



Universidad de El Salvador
Facultad de Medicina
Maestría en Salud Pública



“PERFIL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD DEL MINSAL, ENERO-JULIO 2017”

TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE MAESTRA EN SALUD PÚBLICA

PRESENTADO POR:

DRA. MARÍA ANGELINA GALLEGOS MINERO
DRA. PATRICIA CAROLINA MINA MONTOYA

ASESORA

LICDA. MSP MARGARITA E. GARCIA.

CIUDAD UNIVERSITARIA SEPTIEMBRE 2017.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS.

MAESTRO ROGER ARMANDO ARIAS

RECTOR

DRA. MARITZA MERCEDES BONILLA DIMAS

DECANA FACULTAD DE MEDICINA

**LICDA. MSP REINA ARACELY PADILLA MENDOZA
COORDINADORA GENERAL DE LAS MAESTRIAS DE
SALUD PÚBLICA Y GESTION HOSPITALARIA**

JURADOS

LICDA. MSP REINA ARACELY PADILLA.

DRA. MSP GUADALUPE MARTINEZ DE MARTINEZ.

LICDA. MSP MARGARITA ELIZABETH GARCIA.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por haberme permitido coronar este gran logro.

También, agradecer a mi familia porque su comprensión y apoyo.

A la Universidad de El Salvador, porque abren sus puertas al aprendizaje de postgrados que permiten dar grandes avances a la Medicina como es la Salud Pública.

A mis docentes en la maestría quienes brindan su conocimiento en el campo de la Salud Pública lo que nos permite desarrollarnos en este campo.

A las autoridades del MINSAL y Médicos de Familia, por el apoyo en la realización del presente trabajo de investigación que nos ayudará a obtener información con el fin de realizar investigaciones nuevas que permitan dar aportes a la Salud Pública de nuestro país.

Dra. Angelina Gallegos Minero

AGRADECIMIENTOS

Primeramente agradezco a Dios por las experiencias que me ha concedido a lo largo de mi vida, permitiendo coronar este nuevo y anhelado logro académico.

También, agradecer a mis padres porque ellos son el origen de todo mi esfuerzo y mi carrera estudiantil, gracias a ellos la inquietud y el interés por aprender comenzó desde muy temprano y continúan hasta el día de hoy.

A la Universidad de El Salvador, por brindarnos las herramientas necesarias para lograr un mejor desempeño profesional y desarrollo en el campo de la Salud Pública.

A mis docentes en la maestría que entregan su esfuerzo para hacer de nosotros personas de buen saber, capaces de combinar nuestro conocimiento con el sentido humano para contribuir a la sociedad.

A las autoridades del MINSAL y Médicos de Familia, por el apoyo en la realización del presente trabajo de investigación que nos ayudará a obtener información con el fin de contribuir al desarrollo continuo de la Salud Pública en nuestro país.

Dra. Patricia C. Mina Montoya

RESUMEN

Título: Perfil de los Médicos de Familia en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud del Ministerio de Salud, enero - julio 2017.

Propósito: Realizar una aproximación a las características, competencias y participación de los Médicos de Familia en Atención Primaria en Salud Integral.

Materiales y Métodos: Se realizó un estudio descriptivo, con enfoque cualitativo, en el cual participaron 10 Médicos de Familia certificados, que laboran en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud, se realizó una entrevista semiestructurada.

Resultados: En el primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud del MINSAL se encuentran contratados 10 Médicos de Familia, distribuidos de la siguiente manera: UCSF San Martín 3 Médicos de Familia, UCSF Guadalupe 1 Médico de Familia, SIBASI Sur 1 Médico de Familia, UCSF San Jacinto 2 Médicos de Familia, UCSF Panchimalco 1 Médico de Familia; UCSF Guazapa 1 Médico de Familia, UCSF Tonacatepeque 1 Médico de Familia. Entre las competencias que practican que son propias del Médico de Familia, 2 de los médicos realizan intervenciones costo efectivas ya que sus funciones se relacionan con el área de administración de recursos y los 10 Médicos de Familia refieren la práctica de la medicina basada en la evidencia ya que su trabajo se basa en las normas establecidas el MINSAL, utilización de recursos disponibles.

Conclusiones: Los Médicos de Familia de la Escuela Latinoamericana de Medicina, tienen un tiempo mayor de formación en APS que en el área hospitalaria mientras que los Médicos de Familia formados en la UES tienen mayores horas dedicadas en el área hospitalaria. La formación en APS es necesaria para la implementación de la reforma de salud basada en el modelo de Medicina Familiar y Comunitario.

Recomendaciones: Dar continuidad al programa de residencia de Medicina Familiar, que incluya una mayor parte de formación comunitaria. Fortalecer la Atención Primaria en Salud con enfoque de Medicina Familiar gestionando nuevas plazas de Médicos de Familia.

CONTENIDO

Capítulo	Página
I. Introducción	1
II. Objetivos	2
III. Marco de Referencia	3
VI. Diseño Metodológico	20
V. Resultados	26
VI. Discusión	34
VII. Conclusiones	40
VIII. Recomendaciones	42
IX. Bibliografía	43
X. Anexos	48

I. Introducción

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

La Medicina Familiar es la especialidad médica que tomando en cuenta los determinantes de la salud brinda una atención con enfoque preventivo, abordando de forma integral los problemas de salud del individuo, familia y comunidad.

El Médico de Familia es el especialista en ejercer la Medicina Familiar que comprende la atención primaria en salud.

Experiencias en países como Cuba y España han implementado el modelo de Medicina Familiar en el Primer Nivel de Atención con resultados que han disminuido la carga de salud interviniendo en la prevención y detección temprana de patologías en individuos y la comunidad. En El Salvador la formación de Médicos de Familia inicia en el ISSS en los años 1973-1976 y en el MINSAL en el año 2000.

A partir de la implementación de la Reforma de Salud en El Salvador comenzando en el año 2009, se ha requerido de la participación de Médicos de Familia con el propósito de que brinden una atención de salud centrada en la persona, la familia y la comunidad y de igual forma se realice el abordaje de los problemas de salud y la enfermedad como parte del proceso vital humano, actuando a lo largo del ciclo vital de las personas y contribuyendo así a la reducción de las inequidades en salud.

La participación del Médico de Familia está sustentada en el eje número uno de la Reforma de Salud el cual plantea que las Redes Integradas e Integrales de Salud buscan fomentar la coordinación intersectorial y la participación comunitaria con la participación del Médico de Familia.

En este contexto se enuncia lo siguiente: ¿Cuál es el perfil del Médico de Familia que labora en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud del MINSAL?

II. Objetivos

Objetivo General

Describir el perfil del Médico de Familia que labora en el primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud de acuerdo al modelo de Atención Primaria en Salud Integral con enfoque de Medicina Familiar, enero-julio 2017.

Objetivos Específicos

1. Caracterizar a los Médicos de Familia contratados en la Región Metropolitana de Salud del MINSAL.
2. Describir las competencias del Médico de Familia en Atención Primaria en Salud Integral con Enfoque en Medicina Familiar.
3. Identificar la actual participación del Médico de Familia de la región de acuerdo con el modelo de Atención Primaria en Salud.

III. Marco de Referencia

En El Salvador en el año 2010 se inició con el proceso de Reforma de Salud un enfoque de Medicina Familiar y comunitario considerando los determinantes en salud. La Salud Pública tiene como objetivo primordial la salud de las poblaciones, que comprende un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad ⁽¹⁾ en sus funciones esenciales contempla competencias de la Autoridad Sanitaria Nacional en Salud Pública.

3.1 Sistema de Salud El Salvador.

El 25 de diciembre de 2015 los líderes mundiales adoptaron la creación de la agenda de desarrollo sostenible, que es de carácter global y tiene como fin erradicar la pobreza proteger el planeta y asegurar la prosperidad para todos para ello se acordó la cobertura sanitaria universal a más tardar en 2030⁽²⁾. La cobertura sanitario universal (CSU) que garantiza el acceso a servicios de salud esenciales de calidad, acceso a medicamentos y vacunas que sean asequibles y de calidad buscando una ampliación progresiva de la cobertura de los servicios de salud y de la protección financiera de las familias conforme se disponga de más recursos.

En este sentido para lograr la cobertura sanitaria universal se requiere fortalecer los sistemas de salud. Un Sistema de Salud es la suma de todas las organizaciones instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. ⁽³⁾ El fortalecimiento de los sistemas de salud y aumento de su equidad son estrategias fundamentales para luchar contra la pobreza y fomentar el desarrollo de un país. Las Instituciones que integran el Sistema Nacional Integrado de Salud son: El Ministerios de Salud Pública y Asistencia Social (MINSAL) y ente rector; Consejo Superior de Salud Pública (CSSP); Instituto Salvadoreño del Seguro Social (ISSS); Fondo Solidario para la Salud (FOSALUD); Ministerio de la Defensa Nacional referido al Comando de Sanidad Militar (COSAM); Instituto Salvadoreño de Bienestar Magisterial (ISBM); Instituto Salvadoreño de Rehabilitación Integral (ISRI) y la Dirección Nacional de Medicamentos (DNM). El MINSAL es financiado por fondos generales del estado y fondos provenientes de la cooperación internacional. El ISRI forma parte del MINSAL su funcionamiento es con

fondos generales y de cooperación El ISSS, Sanidad Militar y el ISBM reciben financiamiento del Estados con aportaciones de los empleadores, los trabajadores afiliados.

Esta institución cuenta con su propia infraestructura (hospitales, unidades de salud) y sus propios recursos humanos, excepto el ISBM. El ISSS atiende a los trabajadores del sector formal y a los pensionados, y sus respectivas familias. El ISRI cubre a las personas con discapacidad y a los adultos mayores forma parte de la estructura del MINSAL. El ISBM cubre a los maestros y sus familias. Sanidad Militar cubre a los miembros de las fuerzas armadas y sus familias, pero también está abierto a particulares que requieran sus servicios de manera privada. Finalmente, el MINSAL cubre a toda la población no asegurada, en su mayoría trabajadores del sector informal, desempleados y personas en condición de pobreza. En el sector privado están las entidades privadas lucrativas y no lucrativas. Las primeras se financian sobre todo con pagos de bolsillo y atienden a las personas con capacidad de pago. Las entidades privadas no lucrativas incluyen a las iglesias y organizaciones no gubernamentales, y se financian principalmente con donaciones que dan servicios de salud a poblaciones de escasos recursos y en sitios de difícil acceso.

Los recursos de FOSALUD provienen principalmente del presupuesto que gestiona el Ministerio de Hacienda. El presupuesto de este fondo debe representar 35% de los ingresos recaudados por concepto de impuestos contenidos en la Ley Reguladora de la Producción y Comercialización del Alcohol y de las Bebidas Alcohólicas, la Ley de Impuesto sobre Productos del Tabaco y Ley de Impuestos Relacionados con el Control y Regulación de Armas de Fuego, Municiones, Explosivos y Artículos Similares. El sector privado no lucrativo se financia con donativos procedentes los gobiernos e instituciones donantes extranjeras.

3.2 Situación de los Recursos Humanos en Salud

Para 2030, se necesitarán más de 18 millones de trabajadores sanitarios suplementarios para atender las necesidades de personal sanitario a que se refieren los Objetivos de Desarrollo Sostenible y las metas relativas a la cobertura sanitaria universal. Las mayores carencias se concentran en los países de ingresos bajos y medios bajos.

Según datos del informe de labores del Ministerio de Salud 2015-2016⁽⁴⁾. En nuestro país existen zonas con menor dotación de recursos humanos en salud a nivel nacional de 6.57

recursos en salud por 10,000 habitantes a 18.4 a 25.0 recursos humanos por 10,000 habitantes), Para lograr el acceso y cobertura universales una de las principales metas de este desafío es acercar el personal de salud a la población.

Una medición realizada en el 2015 reflejó una diferencia rural urbana de 22.79 recursos, a pesar de que han existido avances aún persisten contrastes entre lo urbano y lo rural, lo que sigue siendo un desafío para la gestión de los recursos humanos el acercar el recurso humano a la población. Es por el motivo antes citado que se necesita poner mayor énfasis en la medicina familiar y el médico de familia como estrategia para disminuir la brecha rural - urbana y acercar los servicios de salud a través de los recursos humanos de atención primaria en salud a la población.

3.3 Atención Primaria en Salud.

La Atención Primarios en Salud (APS) se define como la asistencia sanitaria esencial basada en principios contenidos en la Declaración de Alma Ata⁽⁵⁾: Equidad y solidaridad social, universalidad, el derecho de todo ser humano a tener el máximo grado de salud sin distinción de raza, religión y estatus social , puestas al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, a través de su participación y a un costo accesible a la comunidad en cada una de las etapas de desarrollo, constituye la puerta de entrada al sistema de saluda formando parte integral del desarrollo socio económico de la comunidad.

La APS se ha transformando, reformando en el tiempo, conservando los principios con que fue implementada, incorporando principios que incluye sostenibilidad, orientación a la calidad y el apoyo intersectorial ⁽⁶⁾, de los sectores públicos y privados. Permitiéndole hacer uso de la información comunitaria para valorar riesgos, identificar problemas y priorizar las intervenciones, logrando mejorar las condiciones de salud de la población mejorando el desarrollo humano de la misma.

La APS en sus actividades comprende acciones de Salud Pública como promoción de la Salud, educación sanitaria, prevención de la Enfermedad, competencias Asistencia Sanitaria, mantenimiento y recuperación de la Salud, rehabilitación entre otras.

En el país en el documento “Política de Participación Social en Salud ⁽⁷⁾ propone un planteamiento que orienta al Sistema Nacional de Salud hacia la Atención Primaria en Salud Integral (APSI), al abordaje de los problemas de salud intra e intersectorialmente.

Las posiciones que defienden un enfoque de Atención Primaria Integral de Salud, APSI que impulsan diversos sectores académicos y sociales a escala global y regional se encuentran organizados alrededor del Movimiento por la Salud de los Pueblos (phm –People’s Health Movement–, 2002) ⁽⁸⁾ donde se habla de un sector de salud centrado en la población, esta declaración exige la provisión de atención primaria en salud universal sin importar la capacidad de pago de las personas. Esta declaración llama a los pueblos del mundo a: Exigir que los gobiernos promuevan, financien y provean la Atención primaria en salud integral como la manera más efectiva de enfrentar los problemas de salud y de organizar servicios de salud públicos que aseguren acceso gratuito y universal.

El modelo de atención Familiar con enfoque en salud integral ⁽⁹⁾ posee ejes de intervención en: Promoción de la Salud, Enfoque de Riesgo y prevención del daño, familia saludable y entorno saludable, tomando en cuenta el ciclo de vida, ciclo vital familiar utilizando principios como equidad, solidaridad, integralidad para una intervención adecuada en la salud de las familias y la comunidad.

En los países en que se ha implementado el modelo de Medicina Familiar, se han alcanzado mejores indicadores de salud ⁽¹⁰⁾ y ⁽¹¹⁾. Esta experiencia requiere que los países de América Latina inviertan más en la APS y la Medicina Familiar, para crear políticas estratégicas para identificar precozmente como y porque las personas padecen enfermedades y también para establecer acciones y procedimientos terapéuticos que integren un abordaje de los problemas de salud en el nivel individual, familiar y comunitario, llegando a la recuperación de la Salud de nuestras poblaciones. ⁽¹²⁾ Para ello se requiere de un médico con enfoque holístico, característica del médico de familia en su formación ⁽¹³⁾ adquieren conocimientos más allá del enfoque clínico eminentemente curativo y que aborda no solamente la enfermedad, teniendo un abordaje biopsicosocial de la enfermedad ⁽¹⁴⁾ y ⁽¹⁵⁾, basándose en la teoría de sistemas donde por ejemplo una enfermedad se ve desde el nivel de molécula, pasando por tejido, órgano, persona, familia llegando hasta comunidad.

Sin embargo, la implementación de un modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque de Salud Familiar ha tenido desafíos⁽¹⁶⁾, uno de ellos es el hecho que los profesionales de Medicina Familiar tienen menor motivación y remuneración que otros profesionales médicos especialistas; lo que vuelve necesario la adopción de políticas de salud que promuevan una APS con equipos de salud conformados con especialistas en Medicina Familiar en número y

calidad suficiente para establecer y coordinar el cuidado de la salud, ya no con enfoque vertical y medicalizado sino con un enfoque longitudinal, donde la Medicina Familiar es una de las herramientas clave para el desarrollo pleno de la APS.

3.4 Orígenes de la evolución visión holística enfoque filosófico de la Medicina de Familia

La Medicina Familiar está basada en una visión organísmica de la biología. En contraste con la física, la biología presenta diversidad y especialidad de formas y funciones, los sistemas biológicos son complejos cualquiera sea la definición del término". Esto significa que un organismo es una partícula lo que quiere decir que "ocupa una región del espacio, persiste a través del tiempo, tiene límites, y tiene un ambiente que lo rodea". Lo importante acerca de las partículas es que su comportamiento no puede ser explicado o predicho aplicando solamente las leyes generales de las ciencias. Si la ley se aplica o no a un particular, dependerá de su historia y su contexto o medio ambiente. (17)

Dentro de la practica medicas existen enfermedades que constituyen un reto para el paradigma salud enfermedad pues no tienen una respuesta diagnostica específica y por lo tanto tampoco una cura específica y que son en gran parte causa de alteración en la respuesta al estrés de los individuos pero que dentro de estas se ha observado los efectos positivos del apoyo psicológico y social, esta necesidad da paso a una especialidad médica que aborde de forma holística a la persona y que además establezca una buena relación entre el médico y el paciente como parte del tratamiento médico mismo es así como el médico de familia no solo recibe formación en medicina clínica sino también en medicina social, psicológica, familiar.

Kunh denomina paradigma a ese conjunto de postulados aceptados por la ciencia a que llama ciencia normal, pero en este constructo de postulados se hallan anomalías que refleja en su libro de Structure of Scientist Revolution en 1967, en medicina está el efecto placebo, la anomalía de mente cuerpo y la anomalía de la etiología específica donde el estrés parece ser el que desencadena la enfermedad en más que los agentes etiológicos.

Para luego llegar a los Principios de sistemas auto organizado Second Medical Revolution que dio paso al modelo biopsicosocial de la enfermedad planteado por Engels en 1980 donde se abordan aspectos biológicos y psicológicos que afectan la salud y que por lo tanto deben tratarse como un sistema donde la alteración en una parte de él, afecta todo el sistema y debe tratarse en su conjunto. (18)

Este paradigma es holístico, se fundamenta en la determinación social del proceso Salud/Enfermedad/Intervención. De carácter colectivo estableciendo un equilibrio entre lo general y lo especializado y haciendo uso de la tecnología adecuada llegando a la integralidad de la atención en salud. (19)

3.5 Antecedentes Históricos de la Medicina Familiar

La Medicina Familiar es una especialidad que surge de las necesidades de la comunidad y del estado y no del avance de las ciencias médicas y tecnológicas. Se considera a la Medicina Familiar como la especialidad médica efectora de la Atención Primaria de Salud, tiene como base el método clínico epidemiológico y social e integra las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta. (20)

El Consejo Americano de Medicina Familiar definió la Medicina Familiar como la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. En Cuba a la especialidad se le denomina Medicina General Integral (MGI), sus prácticas son en la comunidad bajo la asesoría de tutores de las especialidades de Medicina Familiar, Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia y Psicología. La formación posgraduada de la MGI, tiene como eje fundamental en su educación el servicio de Atención Primaria de Salud. (21).

En 1910 con la presentación del informe Flexner, en los EEUU, la práctica médica adquiere una tendencia a la despersonalización de la relación médico paciente dividiendo al hombre en sistemas lo que da paso al desarrollo de las especialidades médicas, pero perdiendo el abordaje psicosocial de la Medicina Familiar. (22)

En este sentido, en la década de los 40, la respuesta de los médicos generales se manifestó en la creación de academias y colegios dedicados a la medicina general para impulsar una práctica médica con base en el modelo del médico de familia.

En este orden de ideas en Canadá se fundó el Colegio de Médicos de Familia en 1954.

En 1970, en Chicago, en la Cuarta Conferencia Mundial de Médicos Generales, se estableció la WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Generales/ Médicos de Familia) que hasta la fecha vela por la practica desarrollo y formación de los médicos de familia en el mundo.

En 1978 se celebró, con la participación de 140 países, la Conferencia de Alma Ata, que concluyó con la Declaración de Alma Ata en la que se aprobó la estrategia de atención primaria como la pertinente para alcanzar Salud Para Todos que abrió paso para la medicina familiar en América Latina y el Caribe donde comenzó la concientización para la implantación y desarrollo de programas de medicina familiar en las universidades médicas y en los años 70 comenzó la aplicación de la formación posgraduada de la Medicina Familiar en México, Brasil, Bolivia, Costa Rica, Argentina, Colombia, Ecuador y Venezuela.⁽²³⁾

La Reforma de Salud en 2009, ⁽²⁴⁾ en el país da paso a los Ecos Familiares que permite acercamiento de la salud a la población de difícil acceso. Se han aumentado la cantidad de establecimientos en el Primer Nivel de Atención a nivel nacional, lo que ha fortalecido las unidades comunitarias de salud, la creación de las Redes Integrales Integradas de Salud ha facilitado un modelo de atención integral que aborda a la persona, la familia y la comunidad con acciones de promoción de salud, prevención de la enfermedad en el primer nivel de atención. Implementándose el modelo de medicina familia y comunitario. El estudio de la familia, núcleo de nuestra sociedad, que es de naturaleza dinámica pues sufre modificaciones de acuerdo a los cambios sociales, económicos y culturales de nuestras poblaciones es de vital importancia, por lo que profundizar en el conocimiento de la familia y funciones que esta desempeña, permite tener una fuente de análisis sobre los problemas de salud en nuestras poblaciones para poder realizar las intervenciones necesarias desde el ámbito educativo, político, sanitario y académico. Con la Política Nacional de Salud 2015-2019 se busca el acceso y cobertura universal de la salud en nuestras poblaciones basada en los principios de APS. Con la implementación del modelo de salud urbana MINSAL 2017 se busca incidir en los determinantes sociales de la salud analizando la salud de las ciudades, que permite realizar intervenciones de salud de nuestra población. Este modelo busca reorientar el Sistema Nacional de Salud a la Atención Primaria de Salud Integral, reajustando los servicios de salud para priorizar la promoción, prevención, diagnóstico precoz, curación, rehabilitación, atención paliativa desarrollando un programa de comunicación para promover los sistemas de salud basados en la APS, intersectorial y con el desarrollo de redes y creando alianzas basadas en las dimensiones familia individuo familia y comunidad. El médico de familia es un recurso idóneo que busca promover la salud, prevenir la aparición de enfermedades y daños,

garantizar un diagnóstico oportuno y atención médica integral con base comunitaria, alcanzar cambios positivos en la integración social de la familia y la comunidad.

3.6 Perfil del Médico de Familia como Recurso idóneo en Atención Primaria en Salud con enfoque Holístico de la Salud.

El Médico de Familia resulta un recurso idóneo pues en su formación adquiere conocimientos de atención primaria, bioéticos, de ciencias sociales, clínicos de acuerdo con el perfil epidemiológico, con atención médica más adecuada al problema de salud, con estudios de salud familiar. (25)

De acuerdo a esto el perfil del Médico de Familia para la Universidad Nacional Autónoma de México "Es el médico del primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio, experto en la consulta externa, con atención continua, intradomiciliaria, comunitaria, hogar del adulto mayor, hospitalaria y de urgencias, además de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, capaz de ir del individuo a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de conducta y sociales con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo-efectivas, capaz de resolver el 95% de los problemas, experto en la relación médico-paciente-familia-comunidad. (26)

Existen 5 grandes áreas de práctica que son vitales para el Médico de Familia:(27) y (28)

- **Área de atención al individuo:** Realizando la atención del individuo como un ser biopsicosocial tiene en el médico de familia un experto, capaz de integrar las dimensiones psicológicas y sociales junto a las puramente orgánicas.
- **Área de atención a la familia:** La familia, en tanto que medio social inmediato del individuo, tiene una importancia trascendental en cómo y de qué enferman sus miembros, cuándo y de qué forma expresan la necesidad de atención sanitaria y en la manera en que se produce la resolución del problema.

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

- **Área de docencia e investigación:** Es indudable que los médicos de familia deben hacer todo lo posible para realizar actividades incluidas en esta área, ya que ello llevará a mejorar su formación, prestigio científico y ejercicio profesional. Una vez finalizado el período de formación, el médico de familia necesita desarrollar una actividad continuada de formación.

- Las distintas facetas de las actividades docentes de un médico de familia pueden resumirse en las siguientes:
 - *Autoformación*, de acuerdo a sus necesidades individuales.
 - *Formación continuada dentro del equipo de atención primaria*,
 - *Docencia a otros profesionales*.

En el estudio titulado “Perfil y Competencias del Tutor de Residentes de las Especialidades Hospitalarias de Murcia (España) (29) los tutores opinaron que el método docente más utilizado en la Observación Directa del Residente mientras realiza sus tareas habituales. Las Actividades formativas más utilizados por los tutores son: los casos clínicos, la elaboración de

guías de práctica clínica y trabajos de investigación. Y en el estudio se concluyó que las competencias esenciales en un tutor son:

- Ser un buen docente
- Tener cualidades como Formador
- Ser un buen clínico
- **Área de apoyo:** En esta quinta y última área, deben estar presentes en el perfil de práctica del médico de familia los siguientes aspectos:

1. Trabajo en equipo

El trabajo en equipo aporta una serie de ventajas tanto para los propios profesionales del mismo como para los usuarios, señalándose, entre otras las siguientes:

- El enfermo recibe una mejor atención.
- proporciona mayor satisfacción profesional a los miembros del equipo.
- Previene las duplicidades de esfuerzos.
- Facilita el enfoque biopsicosocial del paciente y la realización de todas las funciones de los equipos de atención primaria.

2. Gestión de recursos y administración sanitaria que incluye:

Organizar adecuadamente el tiempo diario para las diversas funciones a desarrollar (asistencia, prevención, educación para la salud, etc.). Evitar varias consultas para la resolución de un problema de salud o demanda que puede ser resuelto en una única consulta (ser respetuosos con el tiempo de los pacientes).

3. Sistemas de registro e información sanitaria

Tener que intervenir en diversos niveles del proceso salud-enfermedad (promoción de la salud, prevención, curación y rehabilitación de la enfermedad), realizar atención longitudinal de los pacientes, participar con los diferentes profesionales en la atención de los pacientes, responsabilizarse de la atención de familias completas y, por último, precisar información no sólo de individuos, sino también de determinados grupos o de la comunidad entera, son algunas de las características específicas del trabajo en atención primaria que justifican la necesidad de unos registros propios y diferentes de los hospitalarios.

4. Garantía de calidad

Serán necesarias para esta área de práctica profesional actitudes como la de reconocer que nuestro trabajo no es una actividad estrictamente personal, sino que tiene una gran dimensión social que hacen necesarias las actividades de garantía de calidad; aceptar que la opinión de la población es también un elemento importante para determinar la calidad de la atención prestada; aceptar que nuestro trabajo puede ser evaluado por otros profesionales con la finalidad de ser mejorado, así como estar dispuesto a realizar auditorías o evaluaciones sobre el trabajo realizado por otros compañeros.

Entre las competencias de APS ⁽³⁰⁾ que debe reunir el Médico de Familia se encuentran:

- Práctica de la Medicina Basada en la evidencia
- Intervenciones Costo efectivas
- Utilización de recursos disponibles
- Ética en el ejercicio profesional en APS
- Orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares

Las actividades que debe realizar el Médico de Familia ⁽³¹⁾ que forma parte de los equipos comunitarios son:

- Inmersión comunitaria. Es el acercamiento y presentación a las familias y organizaciones comunitarias del área que será responsable, involucrando a la comunidad en la participación en actividades y contraloría social, actuando

conjuntamente con las diferentes organizaciones (ADESCOS, maestros, religiosos, voluntarios entre otros) para planificar las actividades.

- Sectorización. Es una estrategia para la reorganización estructural del área de responsabilidad de los ECOS, debe tener la visión integral del área urbana y rural a su cargo con un enfoque de riesgo, promoción de salud y prevención de enfermedad. En este proceso deben participar las líderes y voluntarios comunitarios, y elaborar el mapa de población que corresponde al ECOS.
- Llenado de la ficha Familiar que nos brindara información sobre tipo de familia, religión a la que pertenece, condiciones relacionadas con la vivienda, servicios básicos, económicos , educación y situación de salud, de los integrantes de la familia, así como el Familiograma , que nos brindan información acerca de la estructura familiar, sus miembros, y las relaciones entre estos, por medio de símbolos que dibujan un árbol familiar, ambos deben ser llenadas al primer contacto con la comunidad y ser actualizados de forma continua y sistemática en visitas domiciliarias por los equipos comunitarios de salud familia.(13).
- Dispensarización (32). Es un proceso dinámico, continuo y modificable de clasificación individual de la población de responsabilidad del ECOS familiar del estado de salud de las personas en su entorno familiar y/o social; , de acuerdo a la siguiente:

Grupo I: Supuestamente sano, no manifiesta ninguna condición de riesgo, individual o enfermedad; las visitas al individuo se realizaran 1 vez al año y las acciones serán de promoción de salud.

Grupo II: Con riesgo, expuestas a alguna condición anormal que represente un riesgo potencial para la salud (biológicos, ambientales, de comportamiento, socioculturales, económicos) a mediano o largo plazo; las visitas al individuo se realizaran 2 veces al año y las acciones serán de promoción y prevención de salud.

Grupo III: Enfermo, individuo que padezca de cualquier enfermedad crónica o aguda; las visitas al individuo se realizarán 2-3 veces al año y las acciones serán enmarcadas al tratamiento de las enfermedades.

Grupo IV: Con discapacidad, alteración temporal o definitiva de sus capacidades motoras, funcionales, sensoriales o psíquicas, incluye complicaciones o secuelas; las visitas al individuo se realizarán 3 veces al año y las acciones serán de rehabilitación basada en la comunidad e inclusión social (“lineamientos operativos para el desarrollo de actividades en los ecos familiares y ecos especializados”).

La Ficha Familiar, el Familiograma y la Dispensarización son herramientas para la elaboración del Análisis de la Situación de Salud Integral de salud de las familias de responsabilidad y su entorno, que permite planificar y desarrollar acciones que contribuyan a una adecuada atención en salud con la participación de los actores locales en el proceso de modificación de los determinantes de la salud.

3.7 Situación Actual de la Medicina Familiar

Existen países con Sistema Sanitario Nacional como Dinamarca, Inglaterra, España donde el médico de familia es la puerta de entrada al sistema de salud y existe una cobertura universal del sistema sanitario y en estos países se ha visto una reducción del número de camas de hospital para pacientes agudos ^{(33 y (34))}.

En Latinoamérica países como Cuba tienen implementado el modelo de medicina familiar con un adecuado número de médicos de familia y un número alto de familias intervenidas ⁽³⁵⁾.

Países como México a pesar de tener el modelo de Salud Familiar aun no cuentan con una buena cobertura y enfrenta grandes desafíos en cuanto a la calidad.

La contratación de los médicos de familia difiere en los países es así como España tiene Médicos de Familia contratados por el estado. A diferencia de países como en Francia y Alemania la mayor parte del sueldo se basa en el número de prestaciones que realizan. En Dinamarca esas prestaciones determinan el 70% del salario, mientras que el 30% restante se basa en el número de pacientes. En Italia y en Inglaterra se les paga según el número de pacientes, a parte de los incentivos por el rendimiento y ciertas prestaciones que realizan. En América Latina países como Brasil tienen pocos incentivos para la práctica de la medicina familiar debido a salarios bajos y violencia social ⁽³⁶⁾.

La distribución de recurso humano en medicina familiar varía en los países de América Latina (Tabla 1).

País	Población Millones	Estándar 1MF/2000 personas	Número de Médicos Familiares	Razón de Médicos por 1000 habitantes	Estimación de Población x Médico Familiar
Argentina	41.1	20.545	2.500 (2003)	3.16	16,400 INDF.X MF
Bolivia	10.5	5.250	400 (2006)	1.22	25.000 INDF.X MF
Brasil	198.7	99.350	30.328 (2011)	1.72	6.551 INDF.X MF
Chile	17.4	8.730	470 (2012)	1.09	37.148 INDF.X MF
Colombia	47.7	23.850	150 (2006)	1.35	318.000 INDF.X MF
Costa Rica	4.8	2.403		1.32	
Cuba	11.2	5.635	36.478 (2011)	6.4	309 INDF.X MF
Ecuador	15.4	7.950	300 (2013)	1.48	51.633 INDF.X MF
El Salvador	6.2	3.149	81 (2005)	1.59	77.740 INDF.X MF
España	47.2	23.635	27.913 (2008)	3.96	1.693 INDF.X MF
México	120.8	60.400	39.000 (2011)	2.89	3.097 INDF.X MF
Panamá	3.8	1.901	40 (2006)	1.5	95.050 INDF.X MF
Paraguay	6.6	3.334	400 (2006)	1.1	16.171 INDF.X MF
Perú	29.9	14.995	62 (2006)	0.92	483.709 INDF.X MF
Portugal	10.5	5.265	7.034 (2005)	3.7	1.497 INDF.X MF
República Dominicana	10.2	5.140	500 (2013)	1.88	20.560 INDF.X MF
Uruguay	3.3	1.698	419 (2012)	4.4	8.102 INDF.X MF
Venezuela	29.9	14.975	1700 (2007)	1.94	17.617 INDF.X MF

Para determinar el déficit de Médicos de Familia obtienen datos de la población total del país, total de médicos de familia del país según los respectivos reportes, cantidad de población por cada médico de familia, número ideal de médicos de familia calculado a razón de 2.000 habitantes por médico, diferencia entre el número ideal y el real.

El que más tiene médicos de familia por habitante es Cuba no presentando déficit del mismo. A diferencia de los demás países incluido El Salvador. (37)

El número requerido de Médicos de Familia debe ser de uno por cada 2000 habitantes.

Para el año 2013, en Cuba había un Médicos de Familia por cada 309 habitantes, en España un Médico de Familia por cada 1.693 habitantes, en Chile un Médico de Familia por cada 37.148 habitantes, en Brasil un Médico de familia por cada 6.551 habitantes y en El Salvador un Médico de Familia por cada 77.740 habitantes, siendo pocos países de la región los que se acercan a esta meta, como Cuba y España, en los cuales los indicadores de salud han mejorado(38).

En El Salvador aún estamos lejos de alcanzar lo requerido, siendo uno de los países de Latinoamérica con menor número de Médicos de Familia que se demandan por cada 1,000 habitantes, además a esta situación se suma que existe una disminución en el número de plazas para especialidades básicas incluidas la medicina familiar en Latinoamérica (39).

En países europeos a diferencias de algunos países de América Latina la formación en Medicina Familiar se da desde el pregrado y la residencia tiene una duración que varía entre 2 y 4 años con un alto énfasis en actividades de aprendizaje y procesos de re- certificación que varían entre 3 y 5 años.

Según datos de OPS de residencias medicas por países de América Latina (40) la duración de la Residencia de Medicina Familiar varía entre 2, 3 y 4 años. En el periodo del 2000 al 2010 se ha observado un incremento del número de plazas, de medicina familiar, medicina general integral, medicina general, salud familiar comunitaria pero que no se refleja en un aumento porcentual. La Especialidad de Medicina Familiar es una especialidad reconocida en los países de América Latina. En todos los países conserva como base fundamental en su formación la APS.

3.8 La Medicina Familiar en El Salvador

Inicios de la Medicina Familiar:

En El Salvador la residencia de Medicina Familiar ⁽⁴¹⁾ inicia en el periodo de 1973 a 1976 con apoyo del Instituto Mexicano del Seguro Social para el Instituto del Seguro Social de El Salvador (ISSS); pero solo tenía un enfoque de atención en la embarazada y no existía un Marco legal para la atención de las familias, dichos médicos entraron a subespecialidades o puestos gerenciales. La segunda promoción de Médicos de Familia que ya incluía la atención médica de los niños.

En el año 2000 se fundó el programa de residencia en Hospital de Neumología y Medicina Familiar cuyo campo de estudio se realiza en establecimientos del MINSAL.

Desde el 2002 se da la creación de la Asociación de Médicos Familiares de El Salvador asociación (AMEFAES), que es una entidad Científica y Profesional, sin fines de lucro, independiente que se encarga de impartir capacitaciones a médicos, visitas médicas y medicina familiar a los salvadoreños, constituida por Médicos Especialistas en Medicina Familiar sin fines de lucro que busca mejorar la atención medica en el primer nivel de atención y apoyo a la especialidad de medicina familiar en el país.

Posteriormente en el periodo de 2005 al 2006 se da la incorporación de la Medicina Familiar en el documento de la Reforma del Sistema de Salud en el que se menciona que el Médico de Familia es un recurso necesario en los equipos comunitarios de salud Familiar (ECOSF)

En el 2006 se da la apertura de una residencia de Medicina Familiar en el Hospital Amatepec (2006).

- Al 2013 se cierra el programa de residencia de la Especialidad en el ISSS.
- Al 2014 se cuenta con un pull de 224 Médicos familiares formados.

3.9 Formación de Médicos de Familia:

Marco Legal de la Especialidad de Medicina de Familia en El Salvador

Para el año 2004 la Ley de Educación Superior reconoce las especialidades legalmente establecidas como las especialidades básicas en los hospitales escuela (Hospital Nacional Rosales , Hospital Nacional Benjamín Bloom, Hospital de Maternidad, Hospital San Juan de

Dios de Santa Ana, Hospital de San Miguel, Hospital San Rafael, Hospital Zacamil, Hospital Saldaña, hospitales del ISSS y Hospital Militar), que son Medicina Interna, Cirugía General, Gineco-obstetricia, Medicina Pediátrica, Medicina Familiar y Psiquiatría⁽⁴²⁾.

De acuerdo a la información disponible la formación de los Médicos de Familia en el país no ha sido constante por lo que se necesita destinar recursos para la creación de más plazas para programas de Residencia de Médicos de Familia.

Formación del Médico de Familia en la Universidad de El Salvador

La formación en Medicina Familiar por la Universidad de El Salvador comprende prácticas en el Hospital de Neumología y Medicina Familiar y de forma limitada en el primer nivel de atención. Su formación en Medicina Familiar tiene una duración de 3 años con la acreditación de la Universidad de El Salvador comprende materias de Medicina Familiar, Gestión Clínica, Clínica Médica, desarrollo profesional, metodología de la investigación y tiene una duración de 3 años⁽⁴³⁾.

Tabla 2. Formación Curricular de la Especialidad de Medicina Familiar en la Universidad de El Salvador. Fuente: Departamento de Postgrados UES.

Primer Año Medicina Familiar I Clínica Médica I Salud Mental I Desarrollo Profesional I Metodología de la Investigación I	Gestión en Medicina Familiar I
Segundo Año Medicina Familiar II Clínica Médica II Salud Mental II Metodología de la Investigación II	Gestión en Medicina Familiar II
Tercer Año Medicina Familiar III Clínica Médica III Salud Mental III Desarrollo Profesional III Metodología de la Investigación III	Gestión en Medicina Familiar III

3.10 Participación de los Médicos de Familia en los equipos comunitarios en el marco de la reforma de salud de acuerdo a la Reforma de Salud.

Para el año 2010 con el Proceso de Reforma de Salud el Presidente de El Salvador anunció el 15 de septiembre de 2010, la creación de un Sistema Nacional Integrado de Salud que funcionaría en 74 municipios de los cuales 53 son de extrema pobreza severa y alta del Programa de Comunidades Solidarias Rurales, 2 Comunidades Solidarias Urbanas y 9 municipios con alta prevalencia en Desnutrición Crónica de 8 departamentos del país, con una población de 643,795 habitantes y 146,472 familias en el área urbana y rural iniciando en el mes julio del 2010 en 63 municipios de la zona norte del país . El proyecto fue inaugurado en

el municipio de Guarjila, Chalatenango, donde se instalaron dos equipos comunitarios de salud: uno denominado “ECOS familiar” y el otro “ECOS especializado”.

Los ECOS ⁽⁴⁴⁾ (Equipos Comunitarios de Salud) son los equipos comunitarios de salud conformados por profesionales y técnicos que tendrá como sede comunitaria un establecimiento de salud ubicado lo más cercano de donde viven las familias de su responsabilidad, el establecimiento de salud es llamado Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) tanto a nivel del área urbana como rural. Los equipos están compuestos de 7 miembros que son dirigidos por un Médico General o de Familia y ECOS especializados, incluyen Médicos Especialistas en Pediatría, Obstetricia, Medicina Interna o Medicina Familiar, Psicología, Fisioterapia entre otros.⁽⁴⁵⁾ y ⁽⁴⁶⁾ con responsabilidad de una población de aproximadamente 600 a mil 800 familias dependiendo si es rural o urbana; y los ECOS especializados.

Las UCSF son los establecimientos del Primer Nivel de Atención, donde se prestan servicios de salud integrales de diferente complejidad y resolutiveidad. Se clasifican en básica, intermedias y especializadas según la oferta de servicios y procedimientos que ofrecen. El conjunto de UCSF conforman la Microred (Municipal o Intermunicipal), de la misma forma el conjunto de Microredes más el Hospital de referencia básico o departamental constituyen la Red Departamental ⁽⁴⁷⁾.

3.11 Región Metropolitana de Salud

El departamento de San Salvador tiene una población de 1, 739,863 habitantes que constituye un 27.7% de la población general ⁽⁴⁸⁾.

La Dirección de SIBASI (Sistema Básico de Salud Integral) ⁽⁴⁹⁾ se transforma en una Dirección Departamental de la RISS (Redes Integradas de Servicios de Salud) , en dependencia directa de la Dirección de Primer Nivel de Atención que dirige las UCSF (Unidades Comunitarias de Salud Familiar) y las articula con los Hospitales. En este proceso de transformación, la Dirección Departamental de RISS se fortalece con las capacidades técnicas que son transferidas desde la Dirección Regional.

La Red de la Región Metropolitana ⁽⁵⁰⁾ de salud según datos del Sistema Único de Información en salud tiene 4 SIBASI que son Centro, Norte, Sur y Oriente. El SIBASI centro contiene las Microredes: Ciudad Delgado, Mejicanos, San Miguelito y Barrios. El SIBASI Norte contiene las Microredes: Aguilares, Apopa, Tonacatepeque. El SIBASI Sur contiene las

Microredes: Panchimalco, San Marcos, San Jacinto y El SIBASI Oriente contiene las Microredes: Ilopango, San Martín y Soyapango. con un total de 69 UCSF con 31 ECOS familiares y 5 ECOS especializados que se encuentran funcionando en 10 municipios del Área Metropolitana del departamento de San Salvador con los cuales se está beneficiando a una población de 64,394 familias para los cuales se encuentran contratados 11 Médicos de Familia.

3.12 Perfil epidemiológico de la Región Metropolitana de Salud

El perfil epidemiológico de la Región Metropolitana revela una combinación de enfermedades y muertes producidas por agentes infecciosos, enfermedades crónicas y las causas externas (accidentes y violencia). Mientras que las enfermedades crónicas y las causas externas son las principales causas de mortalidad, las consultas en los establecimientos de salud se producen en mayor medida por enfermedades infecciosas.

En el año 2015 ⁽⁵¹⁾, seis de las primeras diez causas de mortalidad en la población general reportadas fueron por enfermedades no transmisibles crónico degenerativas del sistema genitourinario, cerebrovascular, sistema cardiovascular y diabetes, seguidas por las enfermedades transmisibles como son las muertes por neumonías, septicemias, y las muertes por traumatismos. Los cánceres con mayores tasas de mortalidad e incidencia en mujeres son los de cuello uterino, mama, estómago y ovario; y cánceres de pulmón, estómago, próstata y colorectal en los hombres. Dentro de éstas, la Insuficiencia Renal Crónica (IRC) en El Salvador constituye un grave problema de salud y el conocimiento del agente etiológico es parcial. El perfil epidemiológico de El Salvador revela que las enfermedades infecciosas siguen siendo una de las causas de consulta más importantes en el sistema. La meta es lograr bajar para el quinquenio la mortalidad infantil, la mortalidad en menores de cinco años, la mortalidad materna y la mortalidad por lesiones de causa externa. Asimismo, la meta es reducir las secuelas que dejan las lesiones de causa externa, reducir la incidencia de las enfermedades crónicas no transmisibles y las crónicas transmisibles mediante la transformación de la oferta de salud que se está iniciando.

IV. Diseño metodológico

Tipo de Estudio: Se desarrolló un estudio descriptivo con enfoque cualitativo, que permitió describir el perfil del Médico de Familia, ya que se obtuvo la información desde la perspectiva de los Médicos de Familia que laboran en la Región Metropolitana del Primer Nivel de Atención del Ministerio de Salud en el periodo de enero a julio del 2017

Grupo Poblacional: El grupo de estudio lo conformó el personal médico con certificación de Médico de Familia laborando en la actualidad en la Región Metropolitana de Salud del Ministerio de Salud.

Grupo seleccionado: El grupo seleccionado estuvo constituido por 10 Médicos de Familia que laboran en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud.

Unidad de análisis: Médicos de Familia contratados en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud del Ministerio de Salud.

Criterios de inclusión: Médicos certificados como Médicos de Familia, que al momento de la investigación se encuentren laborando para el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud por un tiempo mayor a 12 meses, y que acepten participar en la investigación con el consentimiento informado.

Criterios de exclusión: Médicos de Familia que estén laborando en la Región Metropolitana por un tiempo menor a 12 meses. Personal médico que no tenga certificación como Médico de Familia.

Técnicas de Recolección de la Información: La revisión documental fue fundamental para comprender o tratar de comprender la aproximación al perfil del Médico de Familia que labora en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud.

Se utilizó la técnica de Entrevista, dirigida a los Médicos de Familia que cumplieron los criterios de inclusión.

Procedimiento: Para la obtención de la información se utilizó como instrumento la guía de Entrevista semiestructurada (ANEXO 1.), dirigida a Médicos de Familia de la Región Metropolitana de Salud, las preguntas se elaboraron partir de cada descriptor detallado en la Matriz de Operacionalización de Descriptores, con el fin de obtener una aproximación que permitiera describir el perfil de los Médicos de Familia de acuerdo al modelo de Atención Primaria en Salud, mediante la caracterización, identificación de las competencias y las

prácticas que realizan en establecimiento de salud en el cual labora. Previo a la recolección de la información, se realizó la validación del instrumento con 3 Médicos de Familia que no formarían parte del estudio. Se gestionó autorización con la Directora Regional de Salud Metropolitana para que facilitara el permiso para realizar la entrevista a los Médicos de Familia de la región. Una vez se contó con la autorización de la Directora Regional se procedió a realizar la visita a los Médicos de Familia (que contarán con la certificación de Médicos de Familia) en el establecimiento de salud en que laboran, solicitándoles su consentimiento para la realización de la entrevista. Cada instrumento lleva un número de registro para proteger la confidencialidad de la persona que brindara la información.

Procesamiento para análisis de la Información:

Una vez recolectada la información se realizó la clasificación y ordenamiento de las respuestas de acuerdo con descriptores y subdescriptores propuestos en la Matriz de Operacionalización de Descriptores.

La información de las entrevistas semiestructuradas se vació en matrices de datos (Anexos 4, 5 y 6).

Consideraciones éticas:

Dentro del siguiente estudio, el equipo investigador respetó la confidencialidad de la información de acuerdo a los principios de:

- Respecto a la autonomía, en donde el Médico de Familia podrá decidir de forma voluntaria e informada participar o no en la investigación como entrevistado.
- Beneficencia, la investigación beneficiara a la población.
- No maleficencia, no se cometerá daño o perjuicio ni al entrevistado ni a terceros.
- Justicia, los beneficios derivados de la investigación serán de igual manera para todos los individuos, familias y comunidades.

Se explicó la importancia de la investigación, y se les solicitó su colaboración para responder a las interrogantes necesarias y además se adjuntará el consentimiento informado a las entrevistas.

Con respecto a los Aspectos Éticos de la Investigación, el consentimiento informado reúne las tres características básicas que son: la información suficiente sobre la investigación, su comprensión y la voluntariedad del Médico de Familia entrevistado.

La información será comprensible para el entrevistado e incluye objetivos, propósito, selección de participantes, procedimiento, beneficios y riesgos.

En el mismo se informa sobre el carácter voluntario de la participación en el estudio, y que puede abandonarlo sin dar explicaciones, no debiendo condicionar con autoridad o poder la participación de los Médicos de Familia en la investigación.

La información obtenida en la guía de entrevista es confidencial y se utiliza de forma anónima, preservando el nombre o identidad de los entrevistados.

Las consideraciones éticas de la entrevista a tener en cuenta son:

- No alterar o ignorar la información u opiniones proporcionadas por las personas entrevistadas.
- No se deben completar los cuestionarios o preguntas que hayan quedado en blanco con información falsa.
- No se debe presionar u obligar a los y las entrevistadas para que proporcionen la información requerida en la encuesta.
- Respetar las respuestas y opiniones de las personas entrevistadas.
- En ningún caso se debe inducir o sugerir las respuestas de las personas encuestadas.
- No ofrecer alguna recompensa o hacer falsas promesas a cambio de brindar la información solicitada en la encuesta.
- Nunca se debe divulgar, repetir o comentar la información u opiniones proporcionadas por la persona entrevistada.
- La información brindada en **Confidencial**.

El formato de consentimiento informado se ha retomado el modelo de la Organización Mundial de la Salud (OPS), Comité de Evaluación Ética de la Investigación (Anexo 3).

Matriz de Operacionalización de Descriptores

Objetivo n° 1. Caracterización de los Médicos de Familia contratados en la Región Metropolitana de Salud del MINSAL.

Componente	Descriptor	Sub descriptor	Técnica	Fuentes de información
Caracterización de los Médicos de Familia	Descripción de la formación, distribución, horas contratadas, funciones y salario del Médico de Familia	<p>Médicos de Familia contratados</p> <p>Lugar de contratación</p> <p>N° de horas contratadas</p> <p>Plaza de Médico de Familia</p> <p>Escala salarial del Médico de Familia</p> <p>Institución en la que se formó</p> <p>Tiempo de formación de su residencia Médica</p> <p>Año en que obtuvo el título de Médico de Familia</p> <p>Tiempo de formación que se le asigna al nivel de Atención Primaria y hospitalaria</p> <p>Funciones del Médico de Familia</p>	Entrevista semiestructurada	Médicos de Familia que laboran en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud del MINSAL

Objetivo n°2. Competencias del Médico de Familia en Atención Primaria en Salud Integral con Enfoque en Medicina Familiar.

Componente	Descriptor	Sub Descriptor	Técnica	Fuentes de información
Competencias del Médico de Familia	Capacidades para la práctica de conocimientos, habilidades y valores	<p>Práctica de valores, principios y elementos esenciales de la APS</p> <p>Competencias del Médico de Familia: Práctica de la Medicina basada en la evidencia, intervenciones costo efectivas, utilización de recursos disponibles, ética en el ejercicio profesional en APS y orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares</p> <p>Participación en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de actividades con un modelo de gestión de recursos y administración sanitaria , sus registro y garantía de calidad con un enfoque de Medicina Familiar</p> <p>Acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamientos, rehabilitación y cuidados paliativos con la comunidad de acuerdo al perfil epidemiológico</p> <p>Alianzas con los diferentes actores de la comunidad de acuerdo a las competencias de su formación o a su experiencia laboral</p>	Entrevista semiestructurada	Médicos de Familia que laboran en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud del MINSAL

Objetivo n°3. Participación del Médico de Familia de la región de acuerdo con el modelo de Atención Primaria en Salud.

Componente	Descriptor	Sub descriptor	Técnica	Fuentes de información
<p>Práctica del Médico de Familia de acuerdo al modelo de Atención Primaria en Salud Integral con enfoque de Medicina Familiar</p>	<p>Establecimiento de la práctica del Médico de Familia en las comunidades de acuerdo al modelo de Atención Primaria en Salud Integral con enfoque de Medicina Familiar</p>	<p>Médicos de Familia como maestros e investigadores en los servicios de salud, con Autoformación, formación continuada dentro del equipo de atención primaria y docencia a otros profesionales</p> <p>Primer contacto con los individuos, familia y comunidad a través de la inmersión comunitaria, sectorización, llenado de la Ficha familiar, Familiograma y Dispensarización, reconociendo los problemas de salud o de otro tipo. Seguimiento de la Dispensarización</p> <p>Convocatoria a los miembros de la comunidad para conocer las necesidades percibidas directamente por el individuo, familia y comunidad.</p> <p>Servicios de educación, promoción, prevención, diagnóstico y tratamientos oportunos, rehabilitación y cuidados paliativos de salud a demanda y/o con el apoyo y participación de la comunidad</p> <p>Promoción de estrategias para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud Las acciones que realizadas de los programas que se controlan por el MINSAL, más que en sus iniciativas y de la propia población</p> <p>Proyectos realizados para resolver las necesidades y problemas de salud locales con enfoque de Medicina Familiar Fomento de alianzas con actores de la comunidad, entre el sector salud y otros sectores(sector público, el privado, sociedad civil, educación, lugares de trabajo entre otros) para el abordaje de los principales determinantes de la salud de la población de acuerdo a las competencias de su formación o a su experiencia laboral.</p>	<p>Entrevista semiestructura</p>	<p>Médicos de Familia que laboran en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud del MINSAL</p>

V. Resultados

Caracterización del Médico de Familia

Matriz 1: Caracterización de los Médicos de Familia en la Región Metropolitana de Salud de acuerdo a tiempo de contratación, lugar de contratación, escala salarial, plaza de contratación.

Subdescriptor	Frecuencia de repetición de respuesta
Médicos de Familia contratados	10
Nº de horas contratadas	6 están contratados 8 horas, 1 esta contratado 6 horas , 2 están contratados 4 horas ,1 está contratado 2 horas , promedio de 6 horas contratadas
Lugar de contratación	UCSF especializada de San Martín 3 Médicos de Familia , UCSF Básica Guadalupe se encuentra 1 Médico de Familia , SIBASI Sur 1 Médico de Familia , UCSF Especializada San Jacinto 2 Médicos de Familia, UCSF Especializada Panchimalco 1 Médico de Familia , UCSF Especializada Guazapa 1 Médico de Familia , UCSF Especializada Tonacatepeque 1 Médico de Familia
Plaza de Médico de Familia	5 con plaza de Médico General 2 con plaza de Médico Especialista 3 con plaza de Médicos de Familia
Escala salarial del Médico de Familia	Desde \$355.00 2 horas contratadas, máximo \$ 1389.00 por 8 horas contratadas , promedio de \$913.000

En el primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud del MINSAL se encuentran contratados 10 Médicos de Familia, distribuidos de la siguiente manera : UCSF San Martín 3 Médicos de Familia , UCSF Guadalupe 1 Médico de Familia , SIBASI Sur 1 Médico de Familia , UCSF San Jacinto 2 Médicos de Familia, UCSF Panchimalco 1 Médico de Familia , UCSF Guazapa 1 Médico de Familia , UCSF Tonacatepeque 1 Médico de Familia; 6 Médicos de Familia están contratados por 8 horas, 1 Médico de Familia está contratado por 6 horas , 2 Médicos de Familia están contratados por 4 horas y 1 Médico de Familia está contratado por 2 horas , con un promedio de 6 horas contratadas para cada Médico de Familia .

De los 10 Médicos de Familia 5 están contratados con nombramiento de Médico General, 2 con nombramiento de Médico Especialista y 3 con nombramiento de Médicos de Familia.

La escala salarial del Médico de Familia en la Región Metropolitana se encuentra desde los \$355.00 por 2 horas contratadas, hasta el máximo de \$1389.00 por 8 horas contratadas, con un promedio de \$ 913.000 por Médico de Familia.

Matriz 2: Caracterización de los Médicos de Familia en la Región Metropolitana de Salud de acuerdo a funciones que realiza, institución formadora y tiempo de formación

Subdescriptor	Frecuencia de repetición de respuesta
Funciones que realiza en el establecimiento de salud	Funciones de médico consultante de Medicina General (5), Médico consultante de Medicina familiar y apoyo a otras en las especialidades(2) Funciones de supervisión de las UCSF (1), funciones de Médico Pediatra(1), funciones de Médico Ginecólogo(1)
Institución formadora	UES (5) , ELAM (5)
Tiempo de formación de su residencia	3 años
Año que se obtuvo el título de Médico de Familia	2006 (1), 2007 (3) ,2008 (3), 2009 (1), 2012(1) ,2013 (1)
Tiempo de formación asignado al nivel de Atención Primaria	Universidad de El Salvador: fue 50% Escuela Latinoamericana de medicina de Cuba: fue 95%
Tiempo de formación asignado al nivel hospitalario	Universidad de El Salvador: fue 50% Escuela Latinoamericana de medicina de Cuba: fue 5%

Entre las funciones que ejercen los Médicos de Familia en sus instituciones tenemos que 1 tiene funciones de supervisión de las UCSF de la Región Metropolitana de Salud, 2 médicos ejercen como médico consultante de Medicina Familiar y cuando se requiere apoyan en las especialidades de Medicina Interna, Ginecología y Pediatría, 5 realizan las funciones de médico consultante de Medicina General, 1 realiza las funciones de Médico Pediatra y 1 realiza las funciones de Médico Ginecólogo.

La Institución formadora de 5 Médicos de Familia fue la Universidad de El Salvador, y de los 5 Médicos de Familia restantes fue la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba, con un tiempo de formación de 3 años en ambas instituciones .

De los 10 Médicos entrevistados, 1 se graduó en el 2006, para el año 2007 se graduaron 3 Médicos de Familia, para el año 2008 se graduaron 3 Médicos de Familia y para los años 2009, 2012 y 2013 se graduaron 1 Médico de Familia por cada año.

Los Médicos de familia graduados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba refieren que el tiempo de formación académica asignado para la Atención Primaria en Salud es del 95% y los Médicos de familia graduados de la Universidad de el Salvador refieren que fue 50% , así mismo el tiempo de formación académica asignado al nivel hospitalario por los Médicos de familia graduados de la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba fue de un 5% y los Médicos de familia graduados de la Universidad de el Salvador fue del 50%.

Competencias del Médico de Familia

Matriz 3: Competencias de los Médicos de Familia en la Región Metropolitana de Salud

Sub descriptor	Frecuencia de repetición de respuesta
Practica de valores, principios y elementos esenciales de la APS	Aplican la calidad y universalidad (5) Brindar salud a población viéndola como un derecho (2) Atención integral al paciente (2) Practican la ética (2)
Competencias del Médico de Familia	Práctica de la Medicina basada en la evidencia, utilización de recursos disponibles, ética en el ejercicio profesional en APS (10), Intervenciones costo efectivas (2)
Participación en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de actividades con un modelo de gestión de recursos y administración sanitaria, su registro y garantía de calidad con enfoque de Medicina Familiar	Planificación (4) Ejecución (4) Monitoreo (5) Evaluación (5) Registro y Garantía de calidad(2)
Acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamientos, rehabilitación y cuidados paliativos con la comunidad de acuerdo al perfil epidemiológico	Promoción (9) Prevención (9) Diagnóstico tratamientos (9) Rehabilitación (9) Cuidados paliativos (9) Perfil epidemiológico (7)
Alianzas con los diferentes actores de la comunidad de acuerdo a las competencias de su formación o a su experiencia laboral	De acuerdo a sus competencias de formación realizaban alianzas con los líderes de la comunidad (10), Acuerdo a su experiencia laboral realizan alianzas con líderes de comunidad(4) , con promotores de salud , miembros de foro de salud y anteriormente (2) visitas intradomiciliar, no lo realizan ninguna alianza con actores de la comunidad actualmente en su experiencia laboral (6)

El total de Médicos de Familia entrevistados refieren que practican los valores, principios y elementos esenciales de la APS y al enumerarlos 5 médicos aplican los de principios de calidad y universalidad , 2 médicos brindan salud a población viéndola como un derecho, 2 médicos practican la atención integral al paciente y 2 médicos practican la ética.

Entre las competencias que practican que son propias del Médico de Familia, 2 de los médicos realizan intervenciones costo efectivas ya que sus funciones se relacionan con el área de administración de recursos y los 10 Médicos de Familia refieren la práctica de la medicina basada en la evidencia ya que su trabajo se basa en las normas establecidas por el MINSAL, utilización de recursos disponibles materiales y en el caso de coordinadores de equipos especializado el recurso humano, ética en el ejercicio profesional en APS.

Ante la interrogante de si participaban en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de actividades con un modelo de gestión de recursos y administración sanitaria, su registro y garantía de calidad con enfoque de Medicina Familiar, 4 Médicos de Familia respondieron que participaban en la Planificación, 5 Médicos de Familia respondieron que participaban en el Monitoreo, 5 Médicos de Familia respondieron que participaban en la Evaluación, 2 Médicos de Familia respondieron que participaban en la gestión de recursos y la garantía de calidad.

De los 10 Médicos de Familia, 9 médicos participan de las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamientos, rehabilitación y cuidados paliativos con la comunidad, 7 de acuerdo al perfil epidemiológico; y solamente 1 refiere no participar en ninguna de estas acciones. Las Alianzas que realizan con los diferentes actores de la comunidad de acuerdo a las competencias de su formación o a su experiencia laboral, 10 Médicos de Familia respondieron que de acuerdo a sus competencias de formación realizaban alianzas con los líderes de la comunidad, y de acuerdo a su experiencia laboral 4 Médicos de Familia realizan alianzas con líderes de comunidad, promotores de salud, miembros de foro de salud y anteriormente 2 realizaban visitas intradomiciliar; 6 de los 10 Médicos de Familia refieren no realizan alianzas con actores de la comunidad actualmente en su experiencia laboral.

Práctica del Médico de Familia de acuerdo al modelo de Atención Primaria en Salud Integral con enfoque de Medicina Familia

Matriz 4: Participación del Médico de Familia de acuerdo al modelo de Atención Primaria en Salud Integral en la Región Metropolitana de Salud

Subdescriptor	Frecuencia de repetición de respuesta
Médicos de Familia como maestros e investigadores en los servicios de salud,	Investigadores; ninguno Docencia (4) Autoformación (9) Formación continua (6)
Primer contacto con los individuos, familia y comunidad a través de la inmersión comunitaria, sectorización, llenado de la Ficha familiar, Familiograma y Dispensarización reconociendo los problemas de salud	Primer contacto con los individuos, familia y comunidad (1) Inmersión comunitaria hace 6 meses (2) Sectorización hace 6 meses (1) Ficha familiar hace 6 meses (1) Familiograma hace 6 meses (1) Dispensarización hace 6 meses(1)
Seguimiento de la Dispensarización	Ninguno
Convocatoria a los miembros de la comunidad para conocer las necesidades percibidas directamente por el individuo, familia y comunidad	Foro nacional de la salud (3), participan en campañas médicas (2) , realizan salidas al campo (2) , participa del consejo de gestión de la RISS(1) , participa de las mesas de diálogo para elaboración de ASIS(1)
Promoción de estrategias para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud	Promueven estrategias de acceso por medio de campañas medicas a la comunidad (4)
Las acciones que realizadas de los programas que se controlan por el MINSAL, más que en sus iniciativas y de la propia población	Realizan programas controlados por el MINSAL (10), por iniciativa propia (1), por iniciativa de la población con la comunidad y la alcaldía (3)
Proyectos realizados para resolver las necesidades y problemas de salud locales con enfoque de Medicina Familia	Ninguno de los médicos de familia realiza proyectos
Fomento de alianzas con actores de la comunidad, entre el sector salud y otros sectores (sector público, el privado, sociedad civil, educación, lugares de trabajo entre otros) para el abordaje de los principales determinantes de la salud de la población de acuerdo a las competencias de su formación o a su experiencia laboral	Alianzas con líderes de la comunidad (4) no se relacionan con la comunidad (6), fomentan alianzas con sector público como escuelas, foro nacional de salud, alcaldía (4) , participación en el foro de salud y el consejo de gestión de la RISS(1)

Los Médicos de Familia que practican la docencia a otros profesionales fueron 4, ninguno de los Médicos de Familia realizan investigación en los servicios de salud, 9 Médicos de Familia respondieron que practican la autoformación como parte del ejercicio de su profesión, la formación continua la realizan 6 Médicos de Familia y es relacionada a temas de las funciones que realizan en su instituciones.

Únicamente 1 Médico de Familia fue el primer contacto con los individuos, familia y comunidad a través de la inmersión comunitaria, sectorización, llenado de la Ficha familiar, Familiograma y Dispensarización, reconociendo los problemas de salud o de otro tipo cuando realizaba visitas a las comunidades hace 6 meses, cumpliendo las funciones de Médico de Familia; 1 Médico de Familia que cumple funciones de Ginecólogo respondió que participaba del reconocimiento de los problemas de salud o de otro tipo cuando realizaba visitas a las comunidades hace 6 meses pero como Médico Ginecólogo y no como Médico de Familia, con respecto al seguimiento de la Dispensarización ninguno respondió que se llevara a cabo.

Al preguntar si realizan convocatoria a los miembros de la comunidad para conocer las necesidades percibidas directamente por el individuo, familia y comunidad, 3 Médicos de Familia respondieron que si lo realizan mediante la participación en Foro Nacional de Salud, además 2 Médicos de Familia participan en campañas médicas, 2 Médicos de Familia realizan salidas al campo con sus equipos a la comunidad, 1 Médico de Familia participa del consejo de gestión de la RISS y 1 Médico de Familia participa de las mesas de diálogo para elaboración de ASIS.

La promoción de estrategias de los Médicos de Familia para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud las realizan únicamente 4 Médicos de Familia, por medio de campañas médicas realizadas en la comunidad y 5 Médicos de Familia respondieron que no realizan.

Al preguntar si las acciones que realizan se controlan por el MINSAL, más que en sus iniciativas y de la propia población, los 10 Médicos de Familia respondieron que realizan programas controlados por el MINSAL, 1 Médico de Familia respondió por iniciativa propia y 3 respondieron por iniciativa de la población con la comunidad y la alcaldía, 6 Médicos de Familia respondieron que no realizan ninguna actividad por su iniciativa ni de la población.

Ninguno de los Médicos de Familia realiza proyectos para resolver las necesidades y problemas de salud locales con enfoque de Medicina Familia porque no consideran realizar actividades del Médico de Familia en la comunidad.

De acuerdo al Fomento de alianzas 4 médicos lo realizan con líderes de la comunidad para el abordaje de los principales determinantes de la salud de la población, y 6 no se relacionan con la comunidad; 4 Médicos de Familia respondieron fomentar alianzas con sector público como escuelas, foro nacional de salud, alcaldía para el abordaje de los principales determinantes de la salud de la población, 1 respondió por la participación en el Foro Nacional de Salud y el consejo de gestión de la RISS y 1 con la participación en el Foro Nacional de Salud .

Mencionaron los 10 entrevistados que la situación de violencia social y la alta demanda de consultas en sus instituciones son una barrera para el desarrollo de actividades en la comunidad.

VI. Discusión

Las horas de contrato para los médicos de familia varían entre 8 y 2 horas al igual que hay variación entre las funciones que realizan; solamente de 2 médicos de familia están nombrados como Médicos de Familia y las funciones que realiza en el establecimiento en el que están contratados al igual que los otros Médicos de Familia son funciones de médicos consultantes de Medicina General, Gineco-obstetricia y Medicina Interna, limitándoles el realizar las verdaderas funciones que debe cumplir el Médico de Familia de acuerdo su formación y sus competencias en el primer nivel de atención, trabajando con la comunidad. La escala salarial de los Médicos de Familia que están nombrados y cumplen funciones del Médicos Generales se encuentra acorde a los salarios de los médicos especialistas, desde los \$355.00 por 2 horas contratadas hasta \$1389.00 por 8 horas contratadas.

En cuanto a la institución formadora de Médico de Familia los entrevistados refirieron dos instituciones formadoras: la Escuela Latinoamericana de Medicina de Cuba ha formado al 50% de Médicos de Familia que laboran en la Región Metropolitana de Salud, dedicando el 90% de la preparación académica a la Atención Primaria en Salud, asignándoles una comunidad en donde vivirán, estudiarán y realizarán sus prácticas, dedicando solamente el 5% al área hospitalaria en toda su formación por considerar más importante la inmersión en la comunidad que el trabajo hospitalario; el resto fue formado en la Universidad Nacional dedicando el 50% de la formación a la atención primaria y el 50% a la atención hospitalaria.

Todos los Médicos de Familia que se encuentran laborando tienen en común 3 años de formación académica y obtuvieron su título entre el año 2006 y 2013.

Entre las competencias de la Atención Primaria en Salud que los Médicos de Familia deben practicar se encuentran los valores: derecho al mayor nivel de salud posible, equidad, solidaridad; los principios son: intersectorialidad, dar respuesta a las necesidades de salud de la población, orientación hacia la calidad, responsabilidad y rendición de cuentas de los gobiernos, justicia social, sostenibilidad, participación y los elementos esenciales de la Atención Primaria en Salud son: recursos adecuados y sostenibles, acciones intersectoriales, cobertura y acceso universales, primer contacto, atención integral integrada y continua,

orientación familiar y comunitaria, énfasis en la promoción y en la prevención, cuidados apropiados, marco político legal e institucional sólido, políticas y programas pro-equidad, organización y gestión óptimas, recursos humanos adecuados; al preguntar sobre cuáles son y cuales practican mencionaron algunos de los valores, principios y elementos esenciales que recuerdan, ya que de acuerdo a las funciones que realizan practican muchos más valores, principios y elementos esenciales de los que respondieron.

Solamente 2 Médicos de Familia practican las intervenciones costo efectivas porque su puesto de trabajo le permite aplicarlo, de acuerdo a sus funciones relacionadas directamente con el área de administración de recursos y todos practican el resto de las competencias; es decir conocen las competencias que deben tener como Médicos de Familia.

De la participación en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de actividades con un modelo de gestión de recursos y administración sanitaria, su registro y garantía de calidad con enfoque de Medicina Familiar y trabajo en equipo, la mitad de los médicos de familia entrevistados respondieron que si participaban de estas, dentro de sus funciones de Médico de Familia porque sus puestos de trabajo les permite aplicarlo.

Entre las actividades que realizan para llevar a cabo lo anterior mencionado están: formar parte del Comité de Morbimortalidad Infantil y Materna, Programa de Lactancia Materna y Embarazos de alto riesgo. Es así como realizan auditorías o evaluaciones sobre el trabajo realizado por otros compañeros y así mismo son evaluados por otros profesionales con la finalidad de seguir mejorado su trabajo.

Solamente los médicos que participan en el Foro Nacional de Salud y en las reuniones de la RISS respondieron que la información contenida en los registros epidemiológicos del centro de salud son informados a los representantes de las comunidades, y que solamente los establecimientos que cuentan con ECOS llevan los registros de los problemas de salud no sólo de individuos, sino también de la comunidad entera y reconocen la importancia de la opinión de los representantes de la comunidad para determinar la calidad de la atención prestada.

Todos respondieron que el trabajo en equipo se realiza tanto fuera del establecimiento de salud como en la comunidad pues deben apoyarse con el conocimiento de cada uno.

Solamente 1 Médico de Familia refiere no participar de las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamientos, rehabilitación y cuidados paliativos de la comunidad de

acuerdo al perfil epidemiológico y de acuerdo a la demanda de la consulta que reciben por realizar actividades administrativas, el resto respondió que las realizan.

De los 10 Médicos de Familia entrevistados, 4 respondieron que de acuerdo a sus competencias de formación realizaban alianzas solamente con los líderes de la comunidad, el resto que fueron graduados de la Universidad Latinoamericana de Medicina respondieron que en su formación la realizaban alianzas con líderes de la comunidad y con la intersectorialidad ya que su formación así lo requiere, y de acuerdo a su experiencia laboral 4 Médicos de Familia realizan alianzas con líderes de comunidad, promotores de salud, miembros de Foro Nacional de Salud, Alcaldías y anteriormente 2 Médicos de Familia realizaban visitas intradomiciliarias por lo que realizaban alianzas con la comunidad, familia e individuos, 6 de los 10 Médicos de Familia refieren no lo realizan ninguna alianza con actores de la comunidad actualmente en su experiencia laboral ya que únicamente están realizando funciones de médicos consultantes Generales y algunos tienen pocas horas contratados.

Las plazas y las funciones que se les asignan a los Médico de Familia no les permiten tener todas las competencias de acuerdo a la APSI, aunque reconocen que son básicas para su desempeño dentro de esta la mayor dificultad que encuentran es no realizar gran parte de actividades en su principal campo de acción de Atención Primaria en Salud que es en la comunidad, con la familia y el individuo.

Una de las grandes áreas de práctica para el Médico de Familia es la docencia a otros profesionales, encontrando que 4 médicos las realizan en temas relacionados a Embarazos de alto riesgo, manejo de enfermedades crónico degenerativas y algunos respondieron que se está retomando la docencia a los médicos de año social para su inserción a la atención primaria, la autoformación es practicada por 9 Médicos de Familia como parte del ejercicio de su profesión y de acuerdo a sus necesidades, la formación continua la realizan 6 Médicos de Familia relacionada a temas de las funciones que realizan cada uno en sus instituciones, como capacitación a personal operativo, Diplomado en Geriátrica por el MINSAL, curso de Electrocardiograma del MINSAL, cursos virtual del MINSAL de Ginecología, formación en la docencia a estudiantes del año social y a sus equipos, miembros del Comité de Morbimortalidad Materno Infantil, curso Prenatal de la “fundación de WAAL”, Fundación para la promoción de la salud prenatal, y docencia al club

de las embarazadas; resaltando que 2 de los Médicos de Familia realizaron el diplomado en Atención Primaria en Salud uno con función de Medico General y otro en área administrativa. .

La mayoría de médicos que reciben capacitación continua son los Médicos de Familia con función de Médicos de Familia y de otra especialidad. Ninguno de los Médicos de Familia realizan investigación en los servicios de salud ya que no cuentan con el tiempo y recursos necesarios para poder investigar en sus servicios de salud.

En relación a si realizan convocatoria a los miembros de la comunidad 5 Médicos de Familia respondieron que las realizaban, para conocer las necesidades percibidas directamente por el individuo, familia y comunidad mediante la participación en Foro Nacional de Salud, es decir que las conocen por medio del representante de la comunidad en el Foro Nacional de la Salud y no directamente del individuo, familia y comunidad , 2 Médicos de Familia participan en campañas médicas mediante el acercamiento de los individuos, 1 Médicos de Familia participa del consejo de gestión de la RISS en donde se reúnen representantes de la comunidades con los directores de la Región Metropolitana de Salud para tocar los problemas de salud de las comunidades mas no para conocer las necesidades percibidas directamente por el individuo y la familia , 1 Médicos de Familia participa de las mesas de diálogo para elaboración de Análisis de la Situación de Salud de su respectivo establecimiento con participación comunitaria, 2 Médicos de Familia realizaban visitas intradomiciliares para conocer las necesidades percibidas directamente por el individuo, familia y comunidad, actualmente son 6 meses de no realizar estas actividades por la violencia social y alta demanda en el establecimiento de salud.

A pesar de que la participación de los Médicos de Familia en los equipos comunitarios es importante de acuerdo a la Reforma de Salud en la investigación solo se encontraron 2 Médicos de Familia que participan y estos únicamente asisten a los ECOS a brindar la consulta a demanda pero no a visitar a la comunidad, familia e individuo.

Por lo anteriormente mencionado únicamente 1 Médico de Familia realizo hace 6 meses el primer contacto con los individuos, familia y comunidad a través de la inmersión comunitaria, sectorización, llenado de la Ficha familiar, Familiograma y Dispensarización que tiene funciones de Médico de Familia , contratada por 8 horas , 1 Médico de Familia que cumple funciones de Ginecólogo respondió que participaba del reconocimiento de los

problemas de salud o de otro tipo cuando realizaba vistas a las comunidades hace 6 meses pero como Médico Ginecólogo y no como Médicos de Familia, el resto de Médicos de Familia refieren nunca las han realizado ya que no salen a las comunidades y los otros respondieron que no se realizan por no existir ECOS en su establecimiento. Los Médicos de Familia que asisten a los ECOS respondieron que estas funciones están delegadas a los Médicos Generales coordinadores de los ECOS al igual que el seguimiento de la Dispensarización.

La promoción de estrategias de los Médicos de Familia para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud la realizan únicamente 4 Médicos de Familia por medio de campañas médicas realizadas en un establecimiento de la comunidad en donde el individuo tiene que asistir, refiriendo que son en lugares accesibles para la llegada de los médicos, no significando esto que sea un lugar accesible para todas las familias del área geográfica que cubre el establecimiento, sin realizar visitas domiciliarias en la comunidad de difícil acceso.

Todos los Médicos de Familia respondieron realizan programas controlados por el MINSAL que están orientados a la atención médica y preventiva de niño menor de 5 años ,embarazadas , adolescente, tercera edad entre otros ya; que lo que se audita es el cumplimiento de estas guías o normas, 1 medico respondió que por iniciativa propio pero cuando se le pregunto cuál actividad no supo responder, y 3 respondieron por iniciativa de la comunidad y la alcaldía , a la misma vez respondieron que para poder realizar programas por iniciativa propia necesitan del tiempo adicional para poder planificarlas y efectuarlas y del recurso humano y material necesario con lo que actualmente no cuentan.

Ninguno de los Médicos de Familia realiza proyectos para resolver las necesidades y problemas de salud locales con enfoque de Medicina Familia, expresaron que no salen a visitas a la comunidad por el riesgo social que existe en sus zonas de trabajo y algunos respondieron que es debido a la demanda alta de pacientes que existe en sus establecimientos, ya que al encontrarse falta de otro especialista o inclusive una alta demanda de la consulta de otro especialista tienen que cubrir la consulta, imposibilitando su visitas a la comunidad, los 2 médicos que salen con sus equipos solo se dirigen a la sede de los ECOS especializados sin visitas a la comunidad por el riesgo social alto que es propio de la zona de San Martín en donde laboran.

De acuerdo al fomento de alianzas para el abordaje de los principales determinantes de la salud de la población todos reconocen que la participación comunitaria es importante ya que el abordaje de los determinantes de la salud como los estilos de vida, los factores sociales y medioambientales difícilmente pueden ser modificados por una acción exclusiva dirigida al individuo sino más bien requieren acciones comunitarias y coordinación intersectorial, acciones que se deben realizar de acuerdo a las competencias en su formación como Médicos de Familia y su experiencia laboral, sin embargo son pocos los que las coordinan, ya que 7 Médicos de Familia respondieron que no fomentan alianzas para el abordaje de los determinantes de la salud, mientras que 3 Médicos de Familia fomentan alianzas con líderes de la comunidad de acuerdo a las competencias de su formación y 3 Médicos de Familia respondieron fomentar alianzas con sector público como Escuelas, Foro Nacional de la Salud y Alcaldía para el abordaje de los principales determinantes de la salud de la población de acuerdo a su experiencia laboral.

De acuerdo a lo anterior entre las actividades realizadas para el abordaje de los problemas de salud por los Médicos de Familia de acuerdo al modelo de la APSI, se encuentra que intersectorialmente se realiza por campañas medicas programas, campañas en Escuelas y campañas coordinadas con la Alcaldía, es decir limitada alianza intersectorial y con actores de la comunidad.

A pesar de utilizar principios como equidad, solidaridad, integralidad para una intervención adecuada en la salud, todas las actividades en Atención Primaria en Salud Integral responden solamente al perfil epidemiológico y a los programas controlados por el MINSAL, dejando desprovista las visitas y actividades en salud dentro de las comunidades.

Cabe mencionar que los entrevistados coinciden que la situación social es una barrera para el trabajo en las comunidades ya que son expuestos y han sufrido asaltos.

VII. Conclusiones

1. Los Médicos de Familia de la Escuela Latinoamericana de Medicina, tienen un tiempo mayor de formación en APS que en el área hospitalaria, mientras que los Médicos de Familia formados en la UES tienen mayores horas dedicadas en el área hospitalaria. La formación en APS es necesaria para la implementación de la reforma de salud basada en el modelo de Medicina Familiar y Comunitario.
2. El número de Médicos de Familia contratados no logran cubrir toda el área geográfica representada por la Región Metropolitana de Salud, dejando áreas desprovistas de cobertura de salud y limitando el acceso a la visita comunitaria, familiar y de cada individuo, así como el acercamiento de las comunidades a los servicios de salud, reflejando en un número bajo de familias intervenidas por las actividades de Medicina Familiar.
3. Ninguno de los Médicos de Familia realiza completamente sus funciones como especialistas de la Medicina Familiar en el Primer Nivel de Atención, sino más bien las funciones de Médico General consultante y de otras especialidades.
4. La escala salarial de los Médicos de Familia que están nombrados y cumplen funciones del Médicos Generales o de otra especialidad se encuentra acorde al salario de la especialidad, es decir el salario no parece ser una limitante para el ejercicio de su profesión.
5. De los valores, principios elementos esenciales de la Atención Primaria en Salud el que con más frecuencia fue referido por los Médicos de Familia entrevistados es el de universalidad.
6. Todas las actividades en Atención Primaria en Salud, responden al perfil epidemiológico y a los programas controlados por el MINSAL, que no cuentan con el tiempo y recursos necesarios para abordar los principales determinantes de salud de la población. Las acciones de autoformación, docencia en los servicios de salud, y formación continuada la realizan la mayoría como Médicos Especialistas y no como Médicos de Familia en la Atención Primaria en Salud.
7. A pesar de que la participación de los Médicos de Familia en los equipos comunitarios y sus competencias son parte importante de acuerdo a la Reforma de

Salud, en la investigación actualmente solo se encontraron 2 Médicos de Familia que participan en estos equipos, asistiendo a brindar la consulta a demanda pero no a visitar a la comunidad, familia e individuo; su participación se ve limitada por el riesgo social que existe en sus zonas de trabajo.

8. Todos los Médicos de Familia reconocen la importancia del Foro Nacional para la Salud y las reuniones con la Redes Integradas de los Servicios de Salud como un medio para el reconocimiento de los problemas de salud y las necesidades percibidas directamente de la comunidad, familia e individuos.

VIII. Recomendaciones

A las Universidades:

1. Dar continuidad al programa de residencia de Medicina Familiar, que incluya una mayor parte de formación comunitaria.

Al Ministerio de Salud:

1. Fortalecer la Atención Primaria en Salud con enfoque de Medicina Familiar gestionando nuevas plazas de Médicos de Familia y que sean incorporados en los equipos comunitarios de salud.
2. Incluir indicadores de producción enfocadas a las actividades comunitarias realizadas por los Médicos de Familia.
3. Fortalecer los mecanismos de integración entre el trabajo del primer nivel de atención y el nivel hospitalario.

Al SIBASI

1. Realizar estrategias para que la inmersión comunitaria de los Médicos de Familia no se vea disminuida por el riesgo social.
2. Fortalecer los mecanismos de integración entre el trabajo del primer nivel de atención y el nivel hospitalario
3. El Médico de Familia debe tener una mayor vinculación y participación en la comunidad y en los ECOS familiares

IX. Referencias Bibliográficas

1. OMS. Constitución de la Organización Mundial de la Salud Adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Off. Rec. Wld Hlth Org.; Actes off. Org. mond. Santé, 2, 100). Recuperado de: http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_sp.pdf.
2. OMS. Cobertura Sanitaria Universal. 2016. Recuperado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs395/es/>
3. Acosta M, Sáenz MR, Gutiérrez B, Bermúdez JL. Sistema de salud de El Salvador. Salud Pública Mex 2011; 53 suplemento 2: S188-S196. Recuperado de: www.redalyc.org/pdf/106/10619779014.pdf
4. MINSAL. Informe de labores. 2015.
5. PAHO. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, Declaración de Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978.
6. OPS. La renovación de la Atención Primaria en las Américas. La Formación de la Medicina orientada a la atención primaria en salud. (Leído el 21 de Enero de 2017).
7. MINSAL. Política de Participación Social en Salud 2015-2019.
8. Movimiento para la Salud de los Pueblos. Declaración para la salud de los pueblos. Bangladesh. Diciembre del 2000.
9. MINSAL. Sistema Nacional de Salud. Modelo de Atención Integral con enfoque Familiar. B. Ministro de Salud. Representante legal de fo salud Texto Recuperado de: www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view...familiar...
10. Ceitlin Julio. La Medicina Familiar en América Latina. Aten Primaria. 2006;38(9):511-4
11. Fernández del Río, María del Pilar. La Medicina Familiar en 6 países europeos.. Aten Primaria. 2010;42(12):620–625
12. Ase Ivan, Buriyovich Jacinta. La estrategia de Atención Primaria de la Salud: ¿progresividad o regresividad en el derecho a la salud? Salud colectiva [Internet].

- 2009 Abr [Leído 6 de Febrero de 20017]; 5(1): 27-47. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000100003&lng=e
13. Batistella Gabriel. Revista de Medicina Familiar Introducción a la Medicina Familiar Introducción a la Medicina Familiar. Definición y concepto de Medicina. 2017
 14. Starfield B. Primary Care: Balancing Health Needs, Services, and Technology. New York: Oxford University Press, 1998.
 15. Starfield B. General Practice as an Integral Part of the Health System; 16th Nordic Conference on General Practice; 2009 May 13-16; Copenhagen, Denmark.
 16. Santamaría Daniel Isidoro. Limitaciones para la implementación de la APS en Colombia. Universidad Nacional de Colombia Facultad de Medicina, Instituto de Salud Pública, Bogotá D.C., Colombia 2012. (Leído el 1 de Marzo de 2017). Recuperado de <http://www.bdigital.unal.edu.co/7264/1/danielisidoroblancosantamaria.2012.pdf> (Leído el 22 de Enero de 2017).
 17. Abril-Collado, Ramiro Orlando; Cuba-Fuentes, María Sofía Introducción a la Medicina Familiar Acta Médica Peruana, vol. 30, núm. 1, 2013, pp. 31-36 Colegio Médico del Perú Lima, Perú
 18. Liton R. Introducción. La Historia Natural de la Medicina de Familia. Parson. 1986
 19. Gabriel Batistella. Introducción a la Medicina Familiar. Recuperado de: <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/pdf/5.pdf>
 20. EDESMA, Flor M y FLORES MARTÍNEZ, Omaira. Medicina familiar: la auténtica especialidad en atención médica primaria. *Gac Mes Caracas*. [online]. 2008, vol.116, n.4, pp. 330-340. ISSN 0367-4762.
 21. Cuesta Leonardo (2007). ¿Medicina general integral o medicina familiar?. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(3) Recuperado en 02 de octubre de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252007000300012&lng=es&tlng=es.
 22. Rivero Odalys, Jiménez Ilsa, Maritza, Rojas Maritza, Ana, Salgado Ana, Acosta Nancy. Antecedentes Históricos de la Medicina Familiar. Antecedentes Históricos de la Medicina Familiar. Mediciego 2010.

23. Herrera Violeta, Presno Labrador María, Torres Julia, Fernández Ivonne, Martínez Daisy, Machado María del Carmen. (2014). Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en cuba y otros países. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(3), 364-374. Recuperado en 02 de marzo de 2017, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000300010&lng=es&tlng=es.
24. MINSAL. Reforma de salud el salvador “construyendo la esperanza” 2009-2015. (Leído el 15 de enero de 2017). Recuperado de www.minsal.gov.sv
25. Mc Whitney IR. Medicina de Familia. Barcelona. Editorial Mosby-Doyma. 1995.
26. Universidad Autónoma del Estado de México. Perfil del Médico Familiar. Especialización en Medicina Familiar. México, (2004). (Leído 12 de Febrero de 2017). Recuperado de: [web.uaemex.mx/planes/médicos de familia.pdf](http://web.uaemex.mx/planes/médicos%20de%20familia.pdf)
27. Díaz José, Gallego Bárbara, Durán Maricel. Caracterización del médico de familia. *Rev. Cubana Med Gen Integral*. 2005 Dic (Leído 2017 Mayo 05) : Recuperado de : http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000500016&lng=es
28. Montero Joaquín, Rojas Paulina, Castel Josette, Muñoz Mónica, Brunner Astrid, Sáez Yuvitza et al. Competencias médicas requeridas para el buen desempeño en Centros de Salud Familiares en Chile. *Rev. méd. Chile [Internet]*. 2009 Dic [citado 2017 Mayo 10]; 137(12): 1561-1568. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009001200003&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872009001200003>.
29. Saura José, Delgado María, Martínez Nieves, Leal Mariano. Perfil y competencias del tutor de residentes de las especialidades hospitalarias de Murcia (España). *Rev. Méd. La Paz [Internet]*. 2014 [citado 2017 Oct 31]; 20(2): 30-42. Recuperado de: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000200006&lng=es
30. OPS, Renovación de la Atención Primaria en las Américas. Serie 1. Sistemas de Salud Basado en APS. Estrategias para el desarrollo de los equipos de APS 2008. Recuperado de: http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2010/APS.Estrategias_Desarrollo_Equipos_APS.pdf

31. MINSAL. 2011. Instructivo para el llenado de la ficha Familiar.
32. Ricardo Batista Moliner, Félix Sanso Soberants La Dispensarización: una vía para la evaluación del proceso salud-enfermedad. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/237481185_La_dispensarizacion_Una_via_para_la_evaluacion_del_proceso_salud-enfermedad.
33. Harzheim Enzo, Casado Veronica Bonal Vicente. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina y Europa. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/297281581_La_formacion_de_profesionales_de_salud_para_la_APS_y_Salud_Familiar_y_Comunitaria_en_America_Latina_y_Europa
34. Rubinstein Adolfo. El médico de familia como agente de cambio en la reforma de los servicios de salud, (2012). (Leído el 29 de Febrero del 2017). Recuperado de: , <http://www.smu.org.uy/elsmu/organismos/ces/cuadernos/cuadernos4/art10.pdf>
35. Suárez Miguel. Los modelos de la Reforma de Salud Familiar en América Latina. MPA e--Jornal. Año 5. Vol 4. Nro. 1. Enero-Abril 2010.
36. Marti Noticias. Médicos en Brasil. Peligros, Estrés Laboral y 7% del salario. 2013. Texto recuperado de: <http://www.martinoticias.com/a/cuba-brasil-médicos-condiciones-/29699.html>
37. Armiños G, Vaca L, Aguilera L, Casado V, Sánchez G, Alvear S. Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2016; 11(Suppl 1):47-60. (Leído el 3 de Febrero de 2017). Recuperado de: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmédicos de familiac11\(1\)1278](http://dx.doi.org/10.5712/rbmédicos de familiac11(1)1278)
38. Gallo Vallejo, R. Altisent Trota, J. Díez Espino, C. Fernández Sánchez, G. Foz Gil, MI. Granados Menéndez, F. Lago Deibe. Perfil del médico de familia. Grupo de trabajo de la semédicos de familia YC. Elsevier atención Primaria.1997. (leído el 20 de enero de 2017). Texto recuperado de www.elsevier.es/es-revista-atención-primaria-27-articulo-perfil-profesional-del-medico-familia-14766EE
39. Borrell Rosa. Fortaleciendo la Medicina Familiar y la APS en los Sistemas de Salud: Llamados para el siglo 21. Residencias Medicas Tendencias y Necesidades.

40. OPS/OMS. Serie 5. La renovación de la Atención Primaria en las Américas. Residencias Médicas en America Latina. (2011).
41. Ramos Elmer, Granadino Sara. Medicina Familiar en el Salvador. Serie La medicina familiar en las Américas. Aten Primaria. 2006;38(9):517-8
42. MINSAL. Recursos humanos en salud el salvador, 2014. Boletín No. 1 Año 2014. (Leído 15 de Febrero de 2017). Recuperado de: rrhh.salud.gob.sv/
43. MINSAL. Taller de formación en salud familiar. Como construir una estrategia nacional de Salud Familiar. San Salvador. 2015. Recuperado de: rrhh.salud.gob.sv/
44. MINSAL. Lineamientos para el desarrollo de actividades en los ECOS Familiares. 2011.
45. MINSAL. Informe de labores 2011.
46. .MINSAL. Manual de descripción de puestos de trabajo Tomo II. 2014. Recuperado de:
http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/manual/manual_general_descripcion_puestos_14052014_tomoII.pdf
47. OPS/OMS. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas, N°4. Washington D.C. 2010.
48. Consejo de Alcaldes y Oficina de Planificación del Área Metropolitana de San Salvador. Recuperado de:
http://www.opamss.org.sv/index.php?option=com_content&view=article&id=183&Itemid=169
49. MINSAL. Manual del Organización y Funciones de las RISS. 2013.
50. MINSAL. Mapa Sanitario del Ministerio de Salud. 2014.
51. MINSAL. Rendición de cuentas 2015-2016.

X. Anexos

Anexo No 1. Guía de entrevista semiestructurada a Médicos de Familia



Universidad de El Salvador Maestría en Salud Pública



N° de entrevista: _____

Nombre del establecimiento: _____

Nombre del entrevistador: _____

Título de la investigación: “PERFIL DE LOS MÉDICOS DE FAMILIA EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN DE LA REGIÓN METROPOLITANA DE SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD, ENERO-JULIO 2017”

Objetivo: Descripción del perfil de los Médicos de Familia en el Primer Nivel de Atención la Región Metropolitana de Salud

Fecha: _____

La información brindada es de carácter **CONFIDENCIAL** y la guía de entrevista es **ANÓNIMA**.

1. ¿Actualmente cuál es la plaza que ocupa, horas contratadas, salario que recibe y funciones que realiza en el establecimiento de salud? _____
2. ¿En qué institución se formó, tiempo de residencia y año en que obtuvo el título de Médico de Familia? _____
3. ¿En el programa de residencia para el Médico Familiar, cuánto tiempo de formación se le asigna al nivel de Atención Primaria y al nivel hospitalario, y las alianzas con los diferentes actores de la comunidad las realizan de acuerdo a las competencias de su formación o a su experiencia laboral? _____

4. ¿Realiza las actividades de investigación y docencia en los servicios de salud de acuerdo al enfoque de Medicina Familiar, con acciones de autoformación, formación continuada dentro del equipo de atención primaria y docencia a otros profesionales?

5. ¿Practica las competencias de APS que debe reunir el Médico de Familia? _____
6. ¿Practica los valores, principios y elementos esenciales de la Atención Primaria en Salud para el abordaje de las enfermedades? _____
7. ¿Participa de la planificación, ejecución, monitoreo, evaluación de actividades con un modelo de gestión de recursos y administración sanitaria, su registro y garantía de calidad con enfoque de Medicina Familiar? _____
8. Practica las competencias del Médico de Familia: Práctica de la Medicina basada en la evidencia, intervenciones costo efectivas, utilización de recursos disponibles, ética en el ejercicio profesional en APS y orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares? _____
9. ¿En el reconocimiento del problema de salud u otro tipo (económicas, sociales, etc.) que repercute en el proceso salud enfermedad, es usted el primer contacto con el individuo, familia y comunidad, mediante la inmersión comunitaria, sectorización, ficha familiar, Familiograma, Dispensarización y su seguimiento a través de la entrevista,? _____
10. ¿Convoca a los miembros de la comunidad para conocer las necesidades percibidas directamente por el individuo, familia y comunidad? _____
11. Realiza Proyectos para resolver las necesidades y problemas de salud locales con enfoque de Medicina Familia ? _____

12. ¿Realizan acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamientos, rehabilitación y cuidados paliativos con el apoyo y participación de la comunitaria de acuerdo al perfil epidemiológico de su comunidad o únicamente a demanda? _____
13. ¿Las acciones que realiza se derivan de los programas que se controlan por el MINSAL, más que en sus iniciativas y de la propia población, para resolver necesidades y problemas de salud locales y que proyectos realiza? _____
14. ¿Promueve estrategias para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud, alianzas con los diferentes actores de la comunidad y participación intersectorial para el abordaje de los principales determinantes de la salud de la población? _____

Anexo No. 2. Carta de consentimiento informado dirigido a los Médicos de Familia que laboran en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud.



Carta de consentimiento informado dirigido a los Médicos de Familia que laboran en el Primer Nivel de Atención de la Región Metropolitana de Salud



PROPOSITO

Las estudiantes aspirantes a egresar de la Maestría en Salud Publica de la Universidad de El Salvador (UES), María Angelina Gallegos Minero y Patricia Carolina Mina Montoya, realizaran un estudio cualitativo; que tiene como propósito describir el perfil de Médico de Familia que labora en el Primer nivel de atención de la Región Metropolitana de Salud. de acuerdo al modelo de Atención Primaria en Salud Integral, mediante la descripción de su caracterización, competencias y participación en el primer nivel de atención. De lo anterior, se me ha solicitado participar por poseer características y cualidades aptas para la investigación.

PROCEDIMIENTO

Si acepto participar en el estudio, se me solicitara responder preguntas sobre mis datos personales, conocimientos y opiniones sobre los derechos de los/las pacientes; sobre mis valores y principios éticos como Médico de Familia y sobre los contenidos teóricos que he recibido durante el transcurso de mi carrera y durante mi desempeño laboral en la práctica de la Medicina de Familia.

Esto sucederá en un momento conveniente, un lugar seguro, fura de coerción, sin interrupción alguna y con un tiempo disponible de 30 minutos; no hay preguntas que perjudiquen a mi persona o a terceros.

RIESGOS/INCOVENIENTE

La entrevista tomara 30 minutos del tiempo que corresponderá a sus horas laborales, las respuestas serán compartidas con terceras personas a nivel de docencia, se entregara informes a docentes encargados de la investigación.

BENEFICIOS

· La información obtenida del estudio ayudara a la descripción del perfil del Médico de Familia y su integración en el Marco de la Reforma de Salud al Modelo de Atención Primaria en Salud Integral, contribuirá al desarrollo de alternativas de formación de Médicos de Familia y dar seguimiento a nuevas investigaciones; contribuyendo al progreso de la Reforma de Salud que beneficiara a la población.

COSTOS/REMUNERACION

Mi participación en el estudio no tendrá costo y no recibiré ningún pago por participar en el estudio.

Con este formulario, declaro que MI PARTICIPACION EN EL ESTUDIO ES VOLUNTARIA, y no influirá en mi condición actual o futura como Médico de Familia.

Nombre del Participante: _____

Firma de Participante: _____

Fecha: _____

Nombre de la persona que obtiene el consentimiento _____

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo 3. Formulario de Consentimiento.

Formulario de Consentimiento: Esta sección puede escribirse en primera persona. Debiera incluirse una breve información sobre la investigación seguido de una afirmación similar a la que está en negrita debajo. Si el participante es analfabeto pero da un consentimiento oral, un testigo debe firmar. Un investigador o la persona que realiza el consentimiento informado deben firmar cada consentimiento. A causa de que el formulario es parte integral del consentimiento informado y no un documento por sí mismo, la constitución o diseño del formulario debiera reflejar esto. He sido informado de que los riesgos son mínimos y pueden incluir solo _____. Sé que puede que no haya beneficios para mi persona y que no se me recompensará más allá de los gastos de viaje. Se me ha proporcionado el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona. He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que me afecte en ninguna manera mi cuidado médico. Nombre del Participante_____

Firma del Participante _____

Fecha _____ Día/mes/año

Si es analfabeto Un testigo que sepa leer y escribir debe firmar (si es posible, esta persona debiera seleccionarse por el participante y no debiera tener conexión con el equipo de investigación). Los participantes analfabetos debieran incluir su huella dactilar también. He sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del testigo_____ Y Huella dactilar del participante

Firma del testigo _____ Fecha _____ Día/mes/año

He leído con exactitud o he sido testigo de la lectura exacta del documento de consentimiento informado para el potencial participante y el individuo ha tenido la oportunidad de hacer preguntas. Confirmando que el individuo ha dado consentimiento libremente.

Nombre del Investigador_____

Firma del Investigador _____

Fecha _____ Día/mes/año

Ha sido proporcionada al participante una copia de este documento de Consentimiento Informado _____ (iniciales del investigador/asistente).

Anexo No 4. Matriz de caracterización de los Médicos de Familia en la Región Metropolitana de Salud.

Subdescriptor	Respuesta
Médicos de Familia contratados	10
N° de horas contratadas	6 están contratados 8 horas, 1 está contratado 6 horas , 2 están contratados 4 horas ,1 está contratado 2 horas , promedio de 6 horas contratadas
Lugar de contratación	UCSF de San Martín 3 Médicos de Familia , UCSF Guadalupe se encuentra 1 Médico de Familia , SIBASI Sur 1 Médico de Familia , UCSF 2 Médicos de Familia, UCSF Panchimalco 1 Médico de Familia , UCSF Guazapa 1 Médico de Familia , UCSF Tonacatepeque 1 Médico de Familia
Plaza de Médico de Familia	5 con plaza de Médico General, 2 con plaza de Médico Especialista 3 con plaza de Médicos de Familia
Escala salarial del Médico de Familia	Desde \$355.00 2 horas contratadas, máximo 1389.00 por 8 horas contratadas , promedio de 913.000
Institución formadora	UES 5 ELAM 5
Tiempo de formación de su residencia	3 años
Año que se obtuvo el título de Médico de Familia	2006 (1) , 2007 (3) ,2008 (3), 2009 (1), 2012(1) ,2013 (1)
Tiempo de formación asignado al nivel de Atención Primaria	Universidad Latinoamericana de Medicina de Cuba: 95% Universidad de El Salvador: 50%
Tiempo de formación asignado al nivel hospitalario	Universidad Latinoamericana de Medicina de Cuba: 5% Universidad de El Salvador: 50%
Funciones del Médico de Familia	Funciones de médico consultante de Medicina General (5), Médico consultante de Medicina familiar y apoyo a otras en las especialidades(2) Funciones de supervisión de las UCSF (1), funciones de Médico Pediatra(1), funciones de Médico Ginecólogo(1)

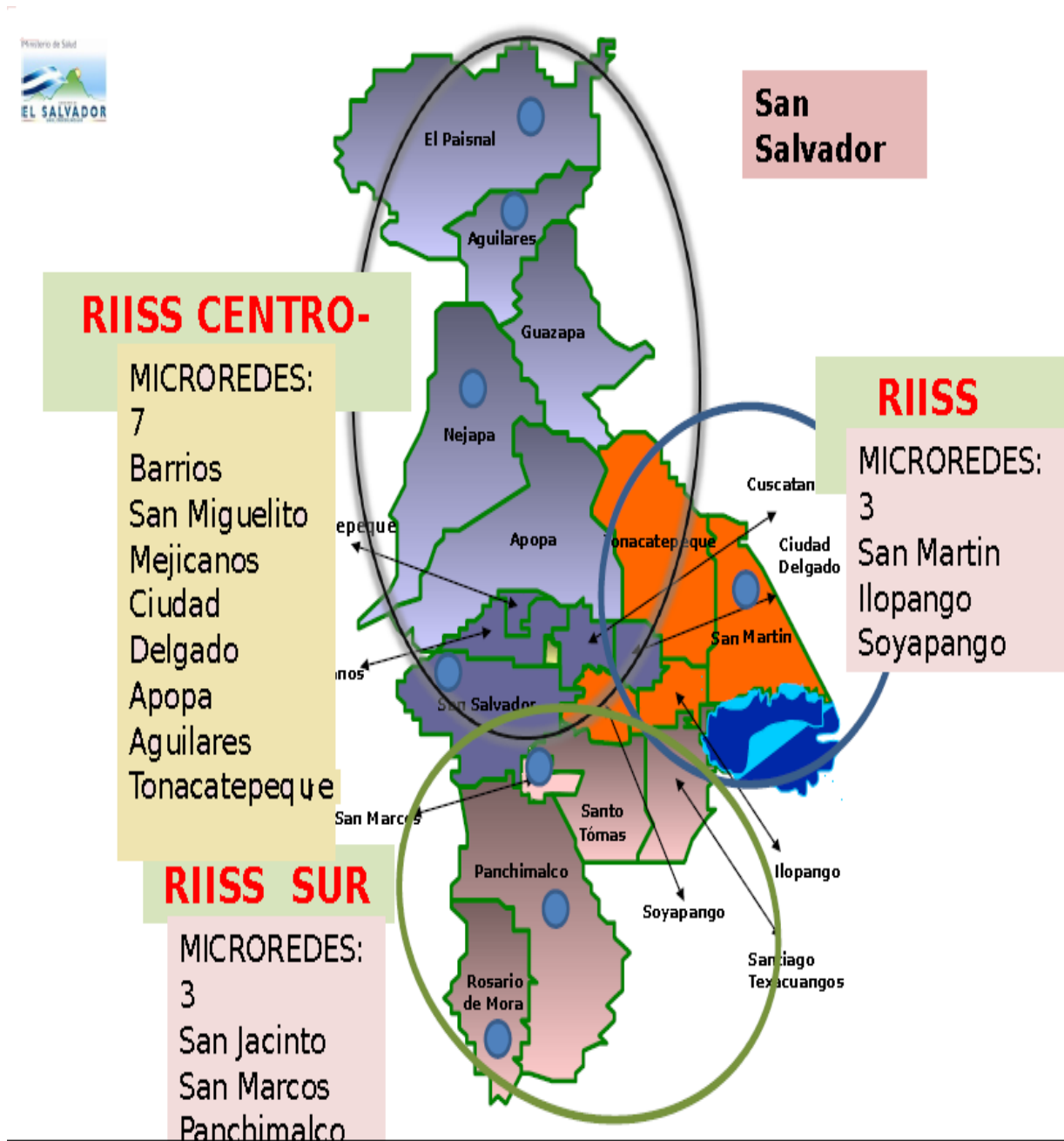
Anexo No 5. Matriz de competencias de los Médicos de Familia en la Región Metropolitana de Salud.

Subdescriptor	Respuesta
Practica de valores, principios y elementos esenciales de la APS	Aplican la calidad y universalidad(5) Brindar salud a población viéndola como un derecho(2) Atención integral al paciente(2) Practican la ética (2)
Competencias del Médico de Familia: Práctica de la Medicina basada en la evidencia, intervenciones costo efectivas, utilización de recursos disponibles, ética en el ejercicio profesional en APS y orientación a satisfacer expectativas de pacientes y familiares	Práctica de la Medicina basada en la evidencia, utilización de recursos disponibles, ética en el ejercicio profesional en APS (10), Intervenciones costo efectivas (2)
Participa en la planificación, ejecución, monitoreo y evaluación de actividades con un modelo de gestión de recursos y administración sanitaria, su registro y garantía de calidad con enfoque de Medicina Familiar	Planificación (4) Ejecución (4) Monitoreo (5) Evaluación (5) Registro y Garantía de calidad(2)
Acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamientos, rehabilitación y cuidados paliativos con la comunidad de acuerdo al perfil epidemiológico	Promoción (9) Prevención (9) Diagnóstico tratamientos (9) Rehabilitación (9) Cuidados paliativos (9) Perfil epidemiológico (7)
Alianzas con los diferentes actores de la comunidad de acuerdo a las competencias de su formación o a su experiencia laboral	De acuerdo a sus competencias de formación realizaban alianzas con los líderes de la comunidad (10), Acuerdo a su experiencia laboral realizan alianzas con líderes de comunidad(4) , con promotores de salud , miembros de foro de salud y anteriormente (2) visitas intradomiciliar, no lo realizan ninguna alianza con actores de la comunidad actualmente en su experiencia laboral (6)

Anexo No 6. Matriz de Participación del Médico de Familia de acuerdo al modelo de Atención Primaria en Salud Integral en la Región Metropolitana de Salud.

Subdescriptor	Respuesta
Médicos de Familia como maestros e investigadores en los servicios de salud, con acciones de autoformación, formación continuada dentro del equipo de atención primaria y docencia a otros profesionales	Investigadores; ninguno Docencia (4) Autoformación (9) Formación continua (6)
Primer contacto con los individuos, familia y comunidad a través de la inmersión comunitaria, sectorización, llenado de la Ficha familiar, Familiograma y Dispensarización reconociendo los problemas de salud o de otro tipo	Primer contacto con los individuos, familia y comunidad (1) Inmersión comunitaria hace 6 meses(2) Sectorización hace 6 meses(1) Ficha familiar hace 6 meses(1) Familiograma hace 6 meses(1) Dispensarización hace 6 meses(1)
Seguimiento de la Dispensarización	Ninguno
Convocatoria a los miembros de la comunidad para conocer las necesidades percibidas directamente por el individuo, familia y comunidad	Foro nacional de la salud (3) , participan en campañas médicas (2) , realizan salidas al campo (2) , participa del consejo de gestión de la RISS(1) , participa de las mesas de diálogo para elaboración de ASIS(1)
Promoción de estrategias para garantizar el acceso de la población a los servicios de salud	Promueven estrategias de acceso por medio de campañas medicas a la comunidad (4)
Las acciones que realizadas de los programas que se controlan por el MINSAL, más que en sus iniciativas y de la propia población	Realizan programas controlados por el MINSAL(10), por iniciativa propia (1), por iniciativa de la población con la comunidad y la alcaldía (3)
Proyectos realizados para resolver las necesidades y problemas de salud locales con enfoque de Medicina Familia	Ninguno de los Médicos de Familia realiza proyectos
Fomento de alianzas con actores de la comunidad, entre el sector salud y otros sectores (sector público, el privado, sociedad civil, educación, lugares de trabajo entre otros) para el abordaje de los principales determinantes de la salud de la población de acuerdo a las competencias de su formación o a su experiencia laboral	Alianzas con líderes de la comunidad(4) ,no se relacionan con la comunidad (6), fomentan alianzas con sector público como escuelas, Foro Nacional de Salud, Alcaldía (4) , participación en el Foro Nacional de Salud y el consejo de gestión de la RISS(1)

Anexo No.7. Mapa de RISS Región Metropolitana. Redes Integradas de Servicios de Salud.



Anexo No.8. Ficha Familiar.

Ministerio de Salud
Viceministerio de servicio de salud
Dirección de primer nivel

(1) Nombre del establecimiento de la salud: _____

(2) Código de ECOSF: _____

--	--	--	--	--	--	--

(3) Número de expediente familiar:

Departamento Municipio Área Cantón/
 Barrio o Colonia Zona No. Vivienda No. Familia

(4) Fecha de llenado: ____/____

(5) Dirección de la vivienda: _____

(6) Situación de la vivienda:

a) Vivienda renuente:

b) Vivienda cerrada:

c) Deshabitada:

(7) Religión a la que pertenece la familia:

(8) Pueblo indígena a los que pertenece la familia:

Riesgo familiar

(74)

(9) Tipo de familia:

Patrimonio		Construcción de vivienda			Vulnerabilidad			Servicios básicos					Presencia de Vectores				Tenencia de mascotas					Patrimonio Familiar											
	Tipo de tenencia de vivienda	Número de habitaciones (dormitorios)	Material de las paredes	Material de piso	Material de techo	Por exposición a riesgo ambiental. Utiliza leña, carbón, o estopa de coco para cocinar dentro de	Luz eléctrica	Teléfono	Abastecimiento de agua	Tratamiento de agua para consumo humano	Tienen letrina	Tipo de letrina	Manejo de aguas negras	Manejo de aguas grises	Manejo de basura	Zanquados	Moscas	Chinches picudas	Cucarachas	Roedores	N° de perros	N° de perros vacunados	N° de gatos	N° de gatos vacunados	N° de otras mascotas	Cultivo agrícola propio	Aves de corral	Ganado vacuno	Ganado porcino	Negocio propio	Baño de CSR o CSU	Vehículo automotor	
	(10)	(11)	(12)	(13)	(14)	(15)	(16)	(17)	(18)	(19)	(20)	(21)	(22)	(23)	(24)	(25)	(26)	(27)	(28)	(29)	(30)	(31)	(32)	(33)	(34)	(35)	(36)	(37)	(38)	(39)	(40)	(41)	(42)

N° correlativo de cada miembro de familia	Nombres y apellidos de las personas que conforman la familia	Nacionalidad	Sexo	Datos generales						Parentesco con jefe familiar	Educación			Económico		
				Fecha de nacimiento			Estado actual				Institución de la que es cotizante o beneficiario	Sabe leer y escribir	Ultimo grado de estudios aprobados	Tiene trabajo remunerado	Ocupación	Recibe pensión
				Día	Mes	Año	Años	Meses	Días							
43	44	45	46	47	48	49	50	51	52	53	54	55	56	57	58	59

Anexo No. 9. Hoja de Seguimiento de la Dispensarización.

HOJA SEGUIMIENTO A LA DISPENSARIZACIÓN

MINISTERIO DE SALUD (MINSAL)

FICHERO DE ACTIVIDADES DE SEGUIMIENTO A LA DISPENSARIZACIÓN

NOMBRE Ecos Familiar _____ No. DE FAMILIA _____

NOMBRE DEL PACIENTE _____

SEXO _____ GRUPO DISPENSARIAL _____

AÑO DE CONTROL	EDAD	No. INCIDENCIA	PREVALENCIA	FALLECIDO	E	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D
2011																
2012																
2013																
2014																
2015																

Corresponde un fichero a cada persona del Ecos Familiar, el cuál será llenado a lápiz, y organizado por meses en un tarjetero, una vez se

- ✓ Realice la actividad correspondiente, este fichero será ubicado en el mes correspondiente a la próxima actividad ya sea terreno o consulta.
- ✓ Las actividades serán planificadas según grupo dispensarial, Colocándose una "C" si le corresponde Consulta en la sede del
- ✓ Ecos Familiares, o "T" si se le planifica visita domiciliar de terreno a la persona.
- ✓ Las actividades que se realicen serán encerradas en círculos una vez se vayan cumpliendo, según lo planificado, ya sean

INCIDENCIA. Paciente con factor de riesgo o enfermedad crónica en el año en curso.

PREVALENCIA. Pacientes con facto de riesgo o enfermedad crónica diagnosticados en el año más los ya conocido.

GLOSARIO DE SIGLAS.

AMEFAES: Asociación de Médicos Familiares de El Salvador

APS: Atención Primaria en Salud.

APSI: Atención Primaria en Salud integral

BID: Banco Interamericano de Desarrollo

CIMF: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar.

ECOS: Equipos Comunitarios de Salud

ELAM: Escuela latinoamericana de Medicina

ISSS: Instituto Salvadoreño del Seguro Social

KOIKA: Agencia de Cooperación Internacional de Corea

MINSAL: Ministerio de Salud.

MFYC: Medicina Familiar y Comunitaria

AMFYC: Asociaciones de Medicina Familiar y Comunitaria

ODM: Objetivos de Desarrollo del Milenio

RISS: Redes Integradas de Servicios de Salud

SIBASI: Sistema Básico de Salud Integral

SIMOW: Sistema de Morbimortalidad en Línea y Estadísticas Vitales.

SNS: Sistema Nacional de Salud

UCSF: Unidad Comunitaria de Salud Familiar.

WONCA: The World Organization of Family Doctors.