

**PERCEPCIONES DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN
SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ SOBRE EL MÉDICO FAMILIAR**

AUTORES

SHIRLEY ESNEDA MENDOZA RINCÓN

ELIANA GONZALEZ RODRIGUEZ

LUCY SLENDY QUINTERO SANCHEZ

LIBIA ADRIANA GAONA FERNÁNDEZ

ANGELA PATRICIA CASTIBLANCO BAUTISTA

EDUARD NARANJO VARGAS

JESÚS HERNÁN OCAÑA CABRERA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

2016

**PERCEPCIONES DE LOS USUARIOS DEL RÉGIMEN DE SEGURIDAD SOCIAL EN
SALUD EN LA CIUDAD DE BOGOTÁ SOBRE EL MÉDICO FAMILIAR**

AUTORES

SHIRLEY ESNEDA MENDOZA RINCÓN

ELIANA GONZALEZ RODRIGUEZ

LUCY SLENDY QUINTERO

LIBIA ADRIANA GAONA

ANGELA PATRICIA CASTIBLANCO

EDUARD NARANJO

JESÚS HERNÁN OCAÑA CABRERA

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

TUTOR TEMÁTICO

DOCTOR JAVIER URREGO VARELA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

2016

Artículo 37

Ni la universidad El Bosque, ni el jurado serán responsables de las ideas propuestas por los
autores de este trabajo.

Acuerdo 017 de 14 de Diciembre de 1989

Agradecimientos.

Los autores quieren agradecer al Doctor Javier Urrego por su compromiso, cariño y entrega en nuestra formación como especialistas. A nuestros padres, aquellas personas que sin importar lo difícil siempre nos dieron su apoyo.

Contenido

	Pág.
Capítulo 1. El Problema de Investigación	8
Justificación	8
Pregunta de investigación	14
Preguntas directrices	14
Objetivo general	15
Objetivos específicos	15
Capítulo 2. Orientación Epistemológica	16
Capítulo 3. Referente Teórico Conceptual	20
Percepción	20
Medicina Familiar	21
Regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia	25
Relación médico – paciente	31
Factores que influyen en la percepción de los pacientes	32
Rol del médico familiar	34
Marco geográfico y demográfico de la realización de las entrevistas	35
Capítulo 4. Modelo de Investigación	37
Tipo de estudio	37
Población y muestra	37
Métodos y técnicas para la recolección de la información	38
Plan de tabulación y análisis	40
Capítulo 5. Descripción y Categorización	41

Capítulo 6. Análisis e Interpretación de la Información	44
Capítulo 7. Conclusiones	72
Capítulo 8. Limitaciones	76
Capítulo 9. Recomendaciones para nuevas investigaciones	77
Capítulo 10. Recomendaciones para la práctica	78
Referencias	79

Listado de Tablas, Figuras y Gráficas

	Pág.
Tabla N° 1. Respuesta de las entidades con médicos familiares y rol desempeñado	41
Tabla N° 2. Categorías de Análisis	42
Tabla N° 3. Características sociodemográficas de la población entrevistada	44
Figura N° 1. Mapa de la clasificación de las categorías y subcategorías	46
Tabla N° 4. Resultados por categorías	47
Gráfica N° 1. Conocimiento del médico familiar	49
Gráfica N° 2. Conocimiento sobre el médico familiar según el régimen	66
Tabla N° 5. Tipo de contacto según el régimen	66

Capítulo 1. El Problema de Investigación

Justificación.

En Colombia, la atención primaria en salud se ha contemplado desde que se promulgó la declaración de Alma Ata en 1978, pero no fue sino hasta comienzos de la década de los 90 cuando a través de mecanismos normativos se formaliza la atención primaria en salud con la reglamentación de la ley 10 de 1990, por la cual se reorganiza el Sistema Nacional de Salud incluyendo la participación comunitaria en los diferentes procesos relacionados con la salud además de entender el sistema de salud como aquellos proceso encaminados al fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación teniendo en cuenta que sobre él intervienen factores biológicos, ambientales, comportamentales e incluso factores de la misma atención.

En 1991 la nueva constitución cambia el concepto de salud estableciéndolo como un servicio público a cargo del estado, garantizando a toda la población el acceso a servicios de promoción, protección y recuperación de la salud; organizándolos de forma descentralizada, por niveles de atención, con la participación de la comunidad (República de Colombia, 1991).

En Diciembre 23 de 1993 se emite la ley 100 por la cual se crea el Sistema de Seguridad Social Integral que se encuentra a cargo del estado que busca garantizar la cobertura en salud de toda la población, regular el servicio público esencial, crear condiciones de acceso a toda la población, establece la atención básica en salud, organiza los servicios de salud en forma descentralizada, por niveles de atención y con participación de la comunidad. Establece los tipos de afiliados al

sistema a través del régimen contributivo o subsidiado además de la población vinculada de forma transicional (Congreso de la República de Colombia, 1993).

En el año 2000 el Ministerio de Salud expide la Resolución 412 por la cual establece actividades de demanda inducida de obligatorio cumplimiento y además adopta normas técnicas y guías para el desarrollo de acciones de protección específica y detección temprana de tipo individual y la organización de los servicios por programas (Ministerio de Protección Social, 2000).

La ley 1438 de 2011 adoptó la Atención Primaria en Salud como estrategia de reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud constituida por los servicios de salud, la acción intersectorial/transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana; permite la atención integral e integrada desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, tratamiento rehabilitación en todos los niveles de complejidad para garantizar mayor bienestar a los usuarios del sistema (Congreso de la República de Colombia, 2011).

En Febrero del año 2015 el Congreso de la República emite la ley 1751 por la cual busca garantizar el derecho fundamental a la salud, reconociéndolo como autónomo e irrenunciable, comprendiendo el acceso a los servicios de salud de manera oportuna, eficaz y con calidad basándose en los principios de disponibilidad, aceptabilidad, accesibilidad, calidad e idoneidad profesional, universalidad, equidad, continuidad, oportunidad, prevalencia de derechos, progresividad del derecho, libre elección, sostenibilidad, solidaridad, eficiencia, interculturalidad, protección a los pueblos indígenas. Como deber del estado se adoptarán políticas públicas

dirigidas a lograr la reducción de las desigualdades de los determinantes sociales que incidan en el goce efectivo del derecho a la salud, orientadas al logro de la equidad en salud (Congreso de la República de Colombia, 2015). Dada la importancia del enfoque preventivo desde la atención primaria el médico familiar con conocimientos en administración de recursos y enfoque por riesgos entre otras cualidades tiene elementos para cumplir estas tareas y desempeñarse en este escenario (McWhinney, 1987).

La medicina familiar es una especialidad reconocida y avalada por los ministerios de educación y salud (Gutierrez Castañeda & Arboleda Palacio, 2008; Ministerio de Educación Nacional, 2010; Ministerio de Protección Social, 2000). Aunque es una especialidad relativamente reciente en Colombia (desde 1984), cuenta con siete facultades a nivel nacional, una se encuentra en el Valle, una en el Cauca y cinco en Bogotá (Rodriguez, 2011).

Tal como lo manifestó el Doctor Ulloa en el conversatorio de medicina familiar organizado por la Universidad El Bosque en Febrero de 2013, las fortalezas propias del médico familiar le han permitido ser competente y ubicarse en diferentes campos de acción, como la coordinación de centros de atención ambulatoria, urgencias e investigación (Rodriguez, Ulloa, & Urrego, 2013). En cualquiera de estos se destaca por su enfoque orientado en el paciente, donde predomina la visión holística sobre la reduccionista (McWhinney, 1987)

El auge que ha tenido la medicina familiar en las ultima décadas en el país ha motivado el estudio de diferentes percepciones sobre los roles ejercidos por los médicos familiares, un ejemplo de ello es el estudio realizado por las doctoras Natalia Suarez y Diana Caldas, quienes se vieron

motivadas a estudiar la percepción que tienen los directivos de centros de atención médica sobre los médicos familiares y qué los motiva a contratar sus servicios (Caldas Caicedo & Suarez Diaz, 2013). El trabajo previamente citado planteo que los médicos familiares son cada vez más reconocidos por los encargados de contratarlos como especialistas integrales, resolutivos, con un abordaje biopsicosocial, con énfasis en la promoción y prevención y habilidades clínicas excelentes (Caldas Caicedo & Suarez Diaz, 2013), lo cual también fue encontrado en el trabajo de Rodríguez y colaboradores quienes a su vez describen el rol que desempeña el médico familiar en el campo asistencial y concluyen que si bien falta aún mucho por hacer para que en la cotidianidad nos reconozcan ese importante rol que jugamos en el sistema actual de salud, los egresados de los diferentes programas de formación en medicina familiar ya se han destacado por sus fortalezas, pero perciben que deberá ser fortalecido (Rodríguez, Bonivento, & Villadiego, 2012)

Una vez conocidos estos puntos de vista del personal contratante y a fin de complementar la percepción global que se tiene del médico familiar, es necesario conocer la opinión de los pacientes, un ejemplo de ello es la experiencia vivida por los paciente en Eslovenia donde el sistema de salud experimentó un cambio fortaleciendo la atención primaria y de la mano le dio a los pacientes la posibilidad de escoger a su médico familiar, Kersnik evaluó a través de una encuesta la satisfacción de los usuarios y encontró una alta satisfacción con la atención por parte de los médicos de familia (Klemenc-Ketis, Bulc, & Kersnik, 2011). Esto se ha logrado gracias a que en cualquier escenario los pacientes encuentran en el médico de familia un enfoque centrado en riesgo, un abordaje biopsicosocial, continuidad en el cuidado, mantenimiento de la salud y prevención de la enfermedad (Robles, 1989), sin dejar de lado el trato respetuoso que inspira

confianza (Motilla Fraile et al., 2009); esto se debe a que estas fortalezas son cultivadas durante la formación del médico familiar (Rakel & Rakel, 2007).

Otra característica que identifica al médico familiar es incluir en su abordaje a la familia del paciente como parte importante de la consulta (McWhinney, 1987) ya que en ella se puede encontrar etiología y herramientas para la recuperación de las enfermedades (Doherty & JBaird, 2002). Esta relación médico-paciente-familia depende de la comunicación, donde el médico tiene la responsabilidad y la necesidad de adaptarse a cada paciente en particular sin importar su edad, genero, creencias, en general su entorno biopsicosocial para poder obtener la información necesaria y real que está transmitiendo el paciente y con base a esta tomar la actitud médica más beneficiosa para el núcleo familiar que está tratando (De La Torre, 2012; Sainz & Janini, 2005).

Si bien es cierto que en la experiencia de los investigadores se evidencia que la medicina familiar ha ganado espacios importantes, se encuentra también que en algunos contextos aún resulta un tanto desconocida de parte de los pacientes, que aunque notan la diferencia en la consulta de medicina familiar, aún no tienen claro el campo que se cubre o solo perciben la especialidad como un intermediario para obtener servicios que el médico general por algún motivo no puede proveer. Este fenómeno también puede estar relacionado con las áreas en la cuales los médicos familiares han desarrollado su papel en el cuidado de pacientes crónicos, de esta manera el paciente identifica estos patrones y realiza asociaciones entre especialidad y campo de acción específico, pero no define al médico familiar de manera concreta si no como el especialista en

hipertensión arterial, diabetes u otra serie de enfermedades crónicas o de alto costo¹ (Rodríguez et al., 2012).

Partiendo de los conceptos previamente expuestos surge interés en saber qué percepción tienen los pacientes acerca del médico familiar; Al buscar información acerca de este tema específico es escasa la literatura publicada hasta ahora; Al intentar responder ¿Cuál es la percepción que tienen los pacientes sobre la medicina familiar? Surge también la pregunta ¿Reconocen los pacientes al médico familiar como un especialista diferente a los demás?, nuevamente no se encuentra en los motores de búsqueda información específica sobre estos cuestionamientos; Incluso en otros países (España, Inglaterra, México, Canadá entre otros) donde la medicina familiar tiene mayor trayectoria y un posicionamiento más claro que en nuestro país es poco lo que se ha escrito sobre la percepción de los pacientes hacia la especialidad.

Luego de tres décadas de formación de médicos familiares en Colombia y conociendo los diferentes roles que han desempeñado hasta ahora, vale la pena responder a la pregunta ¿Cuál es la percepción del paciente hacia el médico familiar?, con el fin de evaluar experiencias vividas por el pacientes, las fortalezas identificadas en el médico familiar y que cualidades de los médicos familiares están pasando desapercibidas bien por fallas en la atención o por fallas en el sistema de salud, que sean susceptibles de refuerzo o cambio con el fin de mejorar.

¹Como parte del trabajo en algunas observaciones informales realizadas por el equipo investigador Lucy en su experiencia como médica general en una empresa de régimen especial pudo escuchar las versiones de algunos pacientes que decían que se sentían mejor atendidos con el especialista en Medicina familiar, que con otras especialidades, y en muchos casos preferían que los atendiera el médico familiar y no otro especialista. Jesús lo vivió en el programa de pacientes crónicos en una IPS del régimen contributivo, cuando el médico general no podía con algún paciente lo enviaba al médico familiar y el paciente reconocía a éste como el especialista en ese programa.

En la actualidad y teniendo en cuenta las limitaciones del Sistema de Salud, el Ministerio de Salud y Protección Social ha presentado la iniciativa de fomentar la formación de Médicos Familiares, buscando disminuir la desigualdad en el acceso a servicios de salud, y fomentar la integralidad, calidad, equidad, pertinencia. Se plantea la necesidad de formar 5.000 médicos familiares en los siguientes 10 años, teniendo en cuenta que en la actualidad (2015) el número de profesionales especialistas en esta área no excede los quinientos según las últimas cifras registradas (Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, 2014).

Resulta importante para los investigadores, describir las percepciones actuales de la población a estudio acerca del médico familiar y si estas son concordantes con el perfil planteado por el Ministerio de Salud y Protección Social en la actualidad.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Qué percepciones tienen los usuarios del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Bogotá, que han sido atendidos por médicos familiares, acerca del rol que cumple esta especialidad en la atención en salud?

PREGUNTAS DIRECTRICES:

¿Cuáles percepciones existen entre los usuarios sobre los médicos familiares?

¿Existen diferencias en las percepciones sobre la medicina familiar, entre las personas de diferentes regímenes?

¿Cuáles son los factores que pueden influir en la generación de percepciones sobre el médico familiar?

OBJETIVO GENERAL:

Describir las percepciones alrededor del médico familiar en usuarios del sistema de seguridad social de salud en Colombia, en diferentes empresas de salud en la ciudad de Bogotá.

OBJETIVO ESPECÍFICOS:

Describir las percepciones que tienen los pacientes acerca del médico familiar.

Identificar diferencias entre las percepciones de los diferentes regímenes.

Determinar posibles factores que influyen en el desarrollo de la percepción sobre el médico familiar.

Capítulo 2. Orientación Epistemológica

¿Qué es la realidad? Para la Real Academia de la Lengua Española la realidad se define como: “Lo que es efectivo o tiene valor práctico, en contraposición con lo fantástico e ilusorio” (Real Academia Española, 2014) por ello, durante muchos años el hombre, sobre todo aquel dedicado a la investigación se ha esforzado por tratar de explicar todo fenómeno que es susceptible de entrar en contacto con él a través de sus sentidos, aunque en su afán haya reducido dicha exploración a todo lo cuantificable, pero en el camino encontró fenómenos que le generan cuestionamientos a la humanidad y que no pueden ser cuantificables ya que están sometidos o dependen de múltiples variables incluso no visibles (subjetividad).

Para construir la realidad se requiere de la interacción, no sólo entre seres humanos, también entre el hombre y su entorno, de esta manera se construye la realidad social. Es así como se entiende que toda interacción entre los hombres que pertenecen a una comunidad y el conjunto de patrones que regulan su conducta son parte de la realidad social de forma objetiva (Rodríguez Sehk & Bonilla-Castro, 1997) pero entra en juego un factor fundamental para el desarrollo de la sociedad y es cómo el hombre interpreta dichos patrones, cómo percibe tales organizaciones sociales y cómo se define su conducta a través de dicha interpretación. Desde sus orígenes el estudio de las ciencias sociales ha buscado comprender el comportamiento del individuo dentro de la sociedad, este comportamiento se ve influenciado por su cultura, educación, entorno y sobre todo por la interacción con otros individuos, lo que da origen a la socialización, este conjunto de interrelaciones hace de la realidad social, algo más complejo que solo un grupo de personas, para lo cual es muy difícil asignar valores numéricos a la hora de estudiarlo, es por esta razón que al

hablar de estudios relacionados con la parte social los métodos cuantitativos se quedan cortos, ya que asignan valores exactos a aspectos que son subjetivos, perdiendo la esencia del comportamiento del individuo, es aquí donde los estudios cualitativos cobran mayor importancia, permitiendo un mayor acercamiento a la realidad social.

La medicina familiar como especialidad constituye una disciplina que permite preservar e incentivar la atención integral del individuo desde un enfoque holístico favoreciendo un mayor acercamiento e interrelación entre médico y paciente, teniendo en cuenta todas sus dimensiones, biológica, psicológica y social (Rodríguez, 2011), de esta manera el sujeto y todo lo que a él concierne, se convierte en el principal objetivo del médico familiar, el bienestar de la persona en todos los aspectos es uno de los mayores propósitos de la atención brindada por este profesional. Dicha especialización ofrecida por la Universidad El Bosque como institución de educación superior, teniendo en cuenta el contexto socio cultural y el giro que ha dado la salud en Colombia hace importante para los especialistas en medicina familiar y los residentes en formación entender el papel que desempeñan en la sociedad, con el fin de mejorar los procesos que sean susceptibles de ser mejorados y de forma indirecta evaluar el cumplimiento de los objetivos de la especialidad en la formación de sus especialistas.

Con el transcurrir de los años, la relación médico – paciente ha pasado por una transición, desde el momento en que el médico era considerado el consejero del paciente en el modelo paternalista, pasando por la etapa de la autonomía o era del paciente, hasta llegar a la era actual conocida como la era de la burocracia o “de los contribuyentes” donde se busca administrar con eficiencia los recursos sanitarios y encontrar el equilibrio entre las necesidades particulares y las de la

comunidad (J. Lázaro & D. Gracia, 2006), sin lugar a dudas esta transición ha generado también un cambio en la percepción que se tenía inicialmente del médico hace algunas décadas hasta la actualidad, sin embargo, considerando que uno de los principios de la medicina familiar es la integralidad, cobra importancia dentro del contexto general del paciente, conocer su percepción sobre el médico familiar, a fin de identificar si está cumpliendo con las expectativas del paciente.

Este estudio tiene como objetivo identificar las percepciones que tienen usuarios del sistema general de seguridad social en salud en Bogotá, afiliados a diferentes empresas prestadoras de salud sobre el médico familiar, basados en las experiencias previas; es por esto que el grupo investigador busca un acercamiento a esta realidad a través del paradigma cualitativo basado en la metodología empírico idealista, utilizando en primera instancia herramientas del método etnográfico, desarrollado por sociólogos y antropólogos y descrito por Anthony Giddens como el estudio directo de personas a través de la observación participante o entrevistas para conocer su comportamiento social (Murillo & Martínez, 2010), ya que este permite evaluar la percepción de un grupo, o comunidad de interés a través de la observación y la recolección de datos, con fin de comprender a través de la interpretación de la información suministrada por tal grupo con el objetivo de acercarse a la realidad de dicha comunidad. Sin dejar de lado el interaccionismo simbólico que según algunos de sus teóricos como Blumer y Rose parten de unos principios básicos que involucran la capacidad de pensamiento del ser humano que se ve moldeada por la interacción social a través de la cual se aprenden significados y símbolos atribuidos a determinados hechos (Ritzer, 2002).

La recolección de información se llevó a cabo a través de encuestas semiestructuradas, las cuales permitieron al equipo investigador elaborar y guiar las preguntas con el fin de ampliar y profundizar en las respuestas; y obtener respuestas abiertas en un ambiente de neutralidad.

Esta investigación se llevó a cabo bajo dichos paradigmas, dándole importancia a lo que los sujetos involucrados perciben, ya que dicha apreciación se rige por una serie de comportamientos y situaciones que pueden ser susceptibles de cambio y mejoría en pro de dar una mejor atención al paciente que consulta al médico familiar.

Capítulo 3. Referente Teórico Conceptual

Percepción:

La percepción se puede definir según el diccionario de la real lengua española como: “1. la acción y efecto de percibir, 2. sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos, 3. Conocimiento idea extrasensoria o extrasensorial percepción de fenómenos sin mediación normal de los sentidos comprobada al parecer estadísticamente” (Real Academia Española, 2014).

La percepción consiste en una interacción compleja entre el medio externo e interno que rodea al individuo, el cual consiste en que los órganos de los sentidos o propiocepción realizan un proceso que permite que el objeto o situación que observa el individuo pueda tener un significado o interpretación.

Socialmente es de vital importancia entender que el individuo percibe de forma independiente es decir la percepción es objeto dependiente del sujeto y se apoya en los conocimientos previos, en la situación actual y de la época en la que vive, incluso varios individuos pueden percibir de forma diferente una misma situación (Roca Balasch, 1991). Para el grupo de investigadores es importante conocer las percepciones de los usuarios acerca del médico familiar ya que esto permite una construcción de la realidad social que involucra al médico familiar y a los usuarios del sistema general de seguridad social en la ciudad de Bogotá.

Medicina Familiar:

En Estados Unidos en el año de 1966 los informes de Fosom, Miller y Willard acuñan por primera vez el término “Medicina Familiar”, la importancia de tener un médico primario de cabecera, y expone el programa de adiestramiento de este profesional en medicina; todo este proceso es secundario a las exigencias de la sociedad estadounidense que manifiesta su inconformidad ante la atención médica recibida caracterizada por ser fragmentada y despersonalizada, y la necesidad de contar con un servicio humano e integral. En 1969 se establece el Consejo Americano de Medicina Familiar que define esta práctica como “la especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia”; de manera simultánea en Australia, Canadá y Reino Unido se hacen reformulaciones a la medicina general dando inicio a la Medicina Familiar. En 1970 se realizó la 4ª conferencia con el lema “La Unidad Familiar en la Atención de Salud” en la cual se decide establecer WONCA (Organización Mundial de Colegios, Academias y Asociaciones Académicas Nacionales de Médicos Generales y de Médicos de Familia). En 1978 la Conferencia de Alma Ata representa un acontecimiento importante para el impulso y fortalecimiento de la Atención Primaria en Salud que contribuyó de manera indirecta al desarrollo de la Medicina Familiar (McWhinney, 1987)

La definición de WONCA en 1991 señala “El médico de familia es el profesional que es responsable de proporcionar atención integral y continua a todo individuo que solicite asistencia médica y puede implicar para ello a otros profesionales de la salud, que prestarán sus servicios cuando sea necesario” (McWhinney, 1987). Es una especialidad que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento, su alcance no está limitado por la edad, sexo, órgano o sistema o entidad mórbida; atiende al individuo en el contexto de la familia, y a las familias en el

contexto de la sociedad a la cual pertenecen, tiene competencias clínicas que le permiten brindar la mayor atención que requiere cada individuo resolviendo la mayor cantidad de sus problemas (80-90%) con cualidades humanas y habilidades que permitan una buena relación médico paciente (Gomez & Ceitlin, 2014; McWhinney, 1987).

Inicialmente el contenido de la Medicina Familiar consistía principalmente en conocimiento derivado de otras especialidades, pero las investigaciones llevadas a cabo por importantes académicos han integrado los problemas sociales y familiares a la atención en salud permitiendo la descripción de nuevos conceptos como sistemas familiares, funcionalidad familiar, ciclo vital individual y familiar; además se ha profundizado en diversos temas biomédicos que abarcan desde la promoción y prevención hasta el tratamiento y rehabilitación de condiciones prevalentes en toda la población sin limitaciones por edad, sexo o tipo de problema que presente (Gomez & Ceitlin, 2014; M. Zurro & Jodar, 2011).

Hennen en 1997 señala que el médico familiar cumple el papel de ser el primer contacto del paciente con el sistema de salud, es decir ser el profesional más cercano al paciente, otorgándole la responsabilidad de ser el principal intérprete e integrador de sus cuidados sin importar donde este ni en qué etapa de la enfermedad se encuentre. El mismo autor resalta a la continuidad en la atención como una característica esencial de la medicina familiar, representa una ventaja importante tanto para el paciente como para el médico; en 1994 la reunión OMS/WONCA señala que “cada persona debe conocer el nombre del profesional que le provee cuidados primarios de salud y cada persona debe ser conocida por su nombre por un proveedor de cuidados primarios”. La continuidad debe ser cronológica, geográfica, interdisciplinaria e interpersonal; es decir que

las visitas repetidas a través del tiempo funcionan como un instrumento diagnóstico y de tratamiento además de facilitar el desarrollo de una relación personal más profunda de confianza, comprensión y pertenencia que permite trascender los límites de los sistemas orgánicos (Gomez & Ceitlin, 2014; M. Zurro & Jodar, 2011).

La teoría general de los sistemas busca enfocar los problemas incluyendo todas las relaciones significativas partiendo de la premisa de que todos los sistemas vivos son abiertos y presentan un constante flujo de energía y de información que permite un equilibrio de sus partes susceptible de ser alterado. Esta teoría para Engel es la base del modelo biopsicosocial ya que desde esta perspectiva, todas las condiciones que afectan el estado de salud de la persona, lo hacen en todos los niveles o dimensiones contemplando desde el molecular hasta el social (Gomez & Ceitlin, 2014).

La práctica del médico familiar basada en el modelo biopsicosocial establece la continuidad entre el proceso de salud y enfermedad sin tener claras las barreras entre cada uno, lo que deja al médico con la responsabilidad de cuidar la salud no como un producto ni un estado sino un proceso multidimensional en el cual interactúan los sistemas biológicos, psicológicos, social, cultural y ambiental de cada individuo. Como parte de un sistema, cada paciente que presenta una condición de enfermedad se debe enfocar desde un diagnóstico contextualizado teniendo en cuenta la dinámica familiar, los patrones de salud enfermedad familiares y las transiciones entre cada etapa del ciclo vital familiar e individual; además debe ser diestro en reconocer los recursos de la familia que pueden ser utilizados en caso de ser necesario (Bonal, Sanchez, & Suffo, 2011; Gomez & Ceitlin, 2014).

La medicina familiar pasa de una práctica centrada en la enfermedad a una enfocada en el paciente y sus particularidades, teniendo en cuenta que hay variables significativas que modifican la aparición y curso de las enfermedades, lo que implica que el diagnóstico acertado no se hace solo a partir de métodos basados en la tecnología, sino que hace imprescindible la existencia de conocimientos sobre comunicación humana y lenguaje verbal y no verbal y así construir la realidad médico paciente. Además de las competencias clínicas es importante resaltar las otras habilidades que hacen de este un profesional integro: comunicación, razonamiento clínico, gestión, bioética, atención del individuo, familia, comunidad, formación e investigación (Bonal et al., 2011; Gomez & Ceitlin, 2014).

En Colombia el Ministerio de Salud y Protección Social define al médico familiar como “un especialista clínico que lidera el cuidado primario de la salud desde un enfoque holístico y ecosistémico de los determinantes sociales de la salud, centrado en la comprensión de las relaciones entre las personas, como seres biopsicosociales, las familias y sus comunidades, para contribuir a la reducción de inequidades en salud, según las etapas del ciclo vital familiar y la comprensión de la salud y la enfermedad como parte del proceso vital humano” “el médico familiar gestiona la longitudinalidad de la atención integral desde el primer contacto de la población con los servicios de salud. Combina herramientas de las ciencias de la salud y las ciencias sociales para cuidar de manera integral y continua a las personas, sus familias, y sus comunidades, aplicando los principios del humanismo, profesionalismo, juicio crítico y toma de decisiones informadas”. El médico familiar debe tener la capacidad de construir una profunda comprensión humana en el marco de las relaciones médico – paciente, altamente efectiva; es un prestador de servicios especializados experto en dinámica familiar, con un alto nivel de

resolutividad en los problemas de salud más prevalentes con integralidad, continuidad, trabajo interdisciplinario e intersectorial con uso racional de los recursos; es además líder, educador, comunicador, gestor, investigador e innovador (Viceministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, 2014).

Regímenes del Sistema de Seguridad Social en Salud en Colombia

En la década de los noventa con la aprobación de la constitución política de Colombia en el noventa y uno se estableció la seguridad social como un servicio público de carácter obligatorio prestado bajo la dirección, coordinación y control del estado. Ante lo cual el sistema nacional de salud se vio en dificultades para cumplir con los lineamientos de la nueva constitución, ya que cerca del 80% de la población no contaba con un seguro de salud, con ello se da paso a la creación de la Ley 100 de 1993, por la cual se crea el nuevo sistema general de seguridad social en salud, estableciendo como principios (Congreso de la República de Colombia, 1993):

- a) *“Eficiencia. Mejor utilización social y económica de los recursos administrativos, técnicos y financieros disponibles para que los beneficios a que da derecho la seguridad social sean prestados de forma adecuada, oportuna y suficiente”.*
- b) *“Universalidad. Garantía de la protección para todas las personas, sin ninguna discriminación, en todas las etapas de la vida”.*
- c) *“Solidaridad. Es la práctica de la mutua ayuda entre las personas, las generaciones, los sectores económicos, las regiones y las comunidades bajo el principio del más fuerte hacia el más débil.*
Es deber del estado garantizar la solidaridad en el sistema de seguridad social mediante su participación, control y dirección del mismo.

Los recursos provenientes del erario público en el sistema de seguridad social se aplicaran siempre a los grupos de población más vulnerables;

- d) “Integralidad. Es la cobertura de todas las contingencias que afectan la salud, la capacidad económica y en general las condiciones de vida de toda la población. Para este efecto cada quien contribuirá según su capacidad y recibirá lo necesario para atender sus contingencias amparados por esta ley”;*
- e) “Unidad. Es la articulación de políticas, instituciones, regímenes, procedimientos y prestaciones para alcanzar los fines de la seguridad social, y*
- f) “Participación. Es la intervención de la comunidad a través de los beneficiarios de la seguridad social en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en su conjunto”.*

Adicionalmente se establece: Bajo el artículo 157 “que todo Colombiano participará en el servicio público esencial de salud que permite el sistema general de seguridad social en salud. Unos los harán en su condición de afiliados al régimen contributivo o subsidiado y otros lo harán en forma temporal como participantes vinculados”.

Con esta ley se estableció que las personas afiliadas al sistema de seguridad social en salud serían de dos tipos, unos afiliados mediante el régimen contributivo; personas las cuales se vinculan a través de contratos de trabajo, servidores públicos, pensionados, jubilados y trabajadores independientes con capacidad de pago. El otro tipo de afiliados están mediante el régimen subsidiado que son las personas sin capacidad de pago para cubrir el monto total de la cotización.

De esta manera hace parte del sistema subsidiado la población más pobre y vulnerable del país en las áreas rural y urbana (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Los vinculados son un estado transitorio que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran hacer parte del régimen subsidiado tenían derecho a los servicios de atención en salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el estado (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Por último se estableció en esta ley bajo el artículo 279 los regímenes especiales y de excepción en salud, conformados por las fuerzas militares, la policía nacional, Ecopetrol, fondo prestaciones sociales del magisterio y más tarde las universidades públicas u oficiales que se acogieron a la ley 647 de 2001 (Congreso de la República de Colombia, 1993).

Posteriormente se crea la Ley 1438 del 2011 “Por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones”, se establecen como principios del sistema de seguridad social en salud (Congreso de la República de Colombia, 2011):

Universalidad: *El sistema general de seguridad social en salud cubre a todos los residentes en el país, en todas las etapas de la vida*

Solidaridad: *Es la práctica del mutuo apoyo para garantizar el acceso y sostenibilidad a los servicios de seguridad social en salud, entre las personas.*

Igualdad. *El acceso a la seguridad social en salud se garantiza sin discriminación a las personas residentes en el territorio colombiano, por razones de cultura, sexo, raza, origen*

nacional, orientación sexual, religión, edad o capacidad económica, sin perjuicio de la prevalencia constitucional de los derechos de los niños.

Obligatoriedad. *La afiliación al sistema general de seguridad social en salud es obligatoria para todos los residentes en Colombia.*

Prevalencia de derechos. *Es obligación de la familia, el Estado y la sociedad en materia de salud, cuidar, proteger y asistir a las mujeres en estado de embarazo y en edad reproductiva, a los niños, a las niñas y adolescentes para garantizar su vida, su salud, su integridad física y moral y su desarrollo armónico e integral. La prestación de estos servicios corresponderá con los ciclos vitales formulados en esta ley, dentro del plan de beneficios.*

Enfoque diferencial *El principio de enfoque diferencial reconoce que hay poblaciones con características particulares en razón de su edad, género, raza, etnia, condición de discapacidad y víctimas de la violencia para las cuales el sistema general de seguridad social en salud ofrecerá especiales garantías y esfuerzos, encaminados a la eliminación de situaciones de discriminación y marginación.*

Equidad. *El sistema general de seguridad social en salud debe garantizar el acceso al plan de beneficio a los afiliados independientemente de su capacidad de pago y condiciones particulares, evitando que prestaciones individuales no pertinentes de acuerdo con criterios técnicos y científicos pongan en riesgo los recursos necesarios para la atención del resto de la población.*

Calidad. *Los servicios de salud deberán atender las condiciones del paciente de acuerdo con la evidencia científica provistas de forma integral, segura y oportuna, mediante una atención humanizada.*

Eficiencia. *Es la óptima relación entre los recursos disponibles para obtener los mejores resultados en salud y calidad de vida de la población.*

Participación social. Es la intervención de la comunidad en la organización, control, gestión y fiscalización de las instituciones y del sistema en conjunto.

Progresividad. Es la gradualidad en la actualización de las prestaciones incluidas en el plan de beneficios.

Libre escogencia. El sistema general de seguridad social en salud asegura a los usuarios libertad en la escogencia entre las entidades promotoras de salud y los prestadores de servicio de salud dentro de su red en cualquier momento de tiempo.

Sostenibilidad. Las prestaciones que reconoce el sistema se financiarán con los recursos destinados por la ley para tal fin, los cuales deberán tener un flujo ágil y expedito. Las decisiones que se adopten en el marco del sistema de seguridad social en salud, deben consultar criterios de sostenibilidad fiscal. La administración de los fondos del sistema no podrá afectar el flujo de recursos del mismo.

Transparencia. Las condiciones de prestación de los servicios, la relación entre los distintos actores del sistema general de seguridad social de salud y la definición de políticas en materia de salud, deberán ser públicas, claras y visibles.

Descentralización administrativa. En la organización del sistema general de seguridad social en salud la gestión será descentralizada y de ella harán parte las direcciones territoriales en salud.

Complementariedad y Concurrencia. Se propiciará que los actores del sistema en los distintos niveles territoriales se complementen con acciones y recursos en el logro de los fines del sistema general de seguridad social en salud.

Corresponsabilidad. Toda persona debe propender por su autocuidado, por el cuidado de la salud de su familia y de la comunidad, un ambiente sano, el uso racional y adecuado de los recursos del sistema general de seguridad social en salud y cumplir con los deberes de

solidaridad, participación y colaboración. Las instituciones públicas y privadas promoverán la apropiación y el cumplimiento de este principio.

Irrenunciabilidad. *El derecho a la seguridad social en salud es irrenunciable, no puede renunciarse a él ni total ni parcialmente.*

Intersectorialidad. *Es la acción conjunta y coordinada de los diferentes sectores y organizaciones que de manera directa o indirecta, en forma integrada y continua, afecta los determinantes y estados de salud de la población.*

Prevención. *Es el enfoque de precaución que se aplica a la gestión del riesgo, a la evaluación de los procedimientos y a la prestación de los servicios de salud.*

Continuidad. *Toda persona habiendo ingresado al sistema general de seguridad social en salud tiene vocación de permanencia y no debe, en principio, ser separado del mismo cuando esté en peligro su calidad de vida e integridad”.*

Con esta ley se establece la universalización del aseguramiento, con el cual “todos los residentes del país deberán ser afiliados al sistema de seguridad social en salud. El gobierno nacional desarrollará mecanismos para garantizar la afiliación”. Con esto continúa en vigencia el régimen subsidiado y contributivo y desaparecen los vinculados.

Para el grupo de investigadores es importante establecer las poblaciones afiliadas a cada uno de los regímenes con el fin de establecer claridad en cuanto al tipo de vinculación con el sistema general de seguridad social en salud, de igual forma aclarar que los principios de dicho sistema rigen tanto al régimen contributivo como al subsidiado.

Relación médico – paciente:

Según como relata la psicóloga María Antonieta Rodríguez Arce, en su libro relación médico - paciente en el 2008, define este concepto según el Glosario de Bioética (2001), de la siguiente forma: La relación médico- paciente es “una relación asimétrica, modulada por factores sociales y culturales, que se da en un plano intelectual y técnico, pero también afectivo y ético” – Prólogo relación médico paciente (Rodríguez Arce, 2008; Torres Acosta, 2001).

La relación médico – paciente es la interacción entre dos seres humanos, donde el médico intentará ayudar al paciente con sus vicisitudes y el enfermo entrega su humanidad al médico para ser asistido (De Francisco, 1999), es por lo tanto una relación interpersonal que tiene un carácter complejo y posee una serie de componentes que se relacionan mutuamente: económicos, clasistas, partidistas, profesionales, jurídicos, morales, psicológicos y educacionales. La dinámica de los componentes que intervienen en las relaciones interpersonales se expresa tanto en el hecho que tanto el médico como el paciente tienen individualidad y son irrepetibles (Rodríguez Arce, 2008).

En la práctica médica la tendencia más frecuente es valorar los problemas orgánicos que aquejan al sujeto sin integrar a ellos las características de su personalidad y la percepción que tiene de su problema, así como las condiciones sociales y las circunstancias que podría estar determinándolos o agravándolos (Rodríguez Arce, 2008).

Lo correcto es pensar que ambos factores pueden estar presentes en todo problema relacionado con la salud del hombre, en algunos momentos puede predominar lo biológico o lo social, pero siempre debe estar intercomunicado o interrelacionado (Rodríguez Arce, 2008).

La actitud del médico en cuanto a saber escuchar e interpretar el material suministrado por el paciente, es la ayuda técnica que se le presta al enfermo para la adecuada solución de sus conflictos (De Francisco, 1999).

Factores que influyen en la percepción de los pacientes:

La actividad principal de la atención primaria es la consulta (Udonwa & Ogbonna, 2012), para poder hablar de los factores que influyen en la percepción de los pacientes respecto al médico familiar, es importante recordar los factores que pueden afectar la relación médico – paciente. Con respecto a este tema (Loayssa Lara, Ruiz Moral, & González García, 2014), entrevistaron a 84 médicos familiares y presentan nueve categorías de características que afectan esta relación médico - paciente:

- ***Comunicación clínica:*** Indudablemente es un aspecto muy importante para poder establecer una adecuada relación médico – paciente, ya que en ella se basa todo el proceso.
- ***Confianza del paciente:*** Para crear un adecuado clima de confianza entre el médico y el paciente, se hace necesario de parte del médico, demostrar interés hacia el paciente; esto incluye entre otros aspectos, indagar por sus familiares, dejar claro que se tiene en cuenta la opinión del paciente, mostrar una actitud tranquila, clara, receptiva y de escucha, y mantener un seguimiento estrecho.

- ***Exploración e dimensión subjetiva y personal:*** El hecho de explorar circunstancias personales y sociales del paciente es controvertido, sin embargo se plantea que puede surgir como algo espontáneo según los comentarios que el paciente haga durante la consulta.
- ***Atención clínica de calidad:*** Primordialmente, para lograr una buena relación, la actividad clínica debe ser bien fundamentada y de excelente calidad.
- ***La medicalización y dependencia:*** Existe una tendencia a la medicalización por parte de los médicos, y esto a su vez genera algún grado de dependencia de los pacientes tanto por la atención médica como por el consumo permanente de medicamentos; En la medida que mejora la relación médico -paciente, se puede disminuir tanto la dependencia como la medicalización.
- ***Dirección de la entrevista y toma de decisiones:*** algunos médicos tienen una estructura rígida y predeterminada para organizar su consulta de manera que limitan la participación activa del paciente; de otra parte existen quienes permiten mayor intervención del paciente en la toma de decisiones, lo cual para la mayoría de los pacientes es bien aceptado.
- ***Negociación:*** hace referencia a tomar decisiones concertadas entre el paciente y el médico, llegando a un tratamiento de común acuerdo entre las dos partes que se va a ver reflejado en una mayor adherencia y cumplimiento del tratamiento.
- ***Distancia en la relación:*** en este tema existe una gran gama de relaciones desde la técnica, fría y distante, hasta la cálida y estrecha, pero previniendo un acercamiento excesivo; éste distanciamiento depende en gran medida de lo que el paciente requiera o desee.

- **Información y educación:** generalmente éstas son limitadas, y solo se hace de forma más detallada, cuando el paciente no ha entendido o no acepta alguna de las recomendaciones dadas, pero sería de gran beneficio para la relación médico - paciente, si se utilizara de manera rutinaria.

Estos factores que intervienen en la relación médico - paciente, se dan como resultado de la interacción entre las dos partes, en el contexto clínico (Martin Fernandez et al., 2010); esto ha motivado al grupo investigador a estudiar la percepción de los pacientes sobre el médico familiar en EPS de los tres regímenes de salud vigentes actualmente en Colombia, e identificar los factores que pueden estar relacionados con esta percepción y sean susceptibles de mejora.

Rol del Médico Familiar

La real academia de la lengua española define rol como la función que alguien o algo cumple (Real Academia Española, 2014), así pues en este segmento buscamos describir cual es la función que cumplen los diferentes médicos familiares basados en las experiencias recolectadas por Caldas y Suarez (2013) y Rodríguez, Bonivento y Villadiego (2012).

Atención en programas específicos: Se desempeñan como médicos para la atención integral de pacientes con enfermedades crónicas de alto costo o programas preventivos enfocados a pacientes en rangos de edades específicos por ejemplo adolescentes, programa de cuidados paliativos.

Rol administrativo: Organización y atención de programas de patologías crónicas, auditoría historias clínicas de medicina general, retroalimentación y mejoramiento de práctica clínica de médicos generales, racionalización de recursos, aumentar la resolutiveidad de las unidades de

atención, organizar la prestación del servicio, de manera que indicadores como oportunidad se encuentran dentro del estándar, velar por la satisfacción de los usuarios, responder quejas, integrar los diferentes servicios que se prestan en el centro de atención presentando informes de gestión, realizar procesos de planeación orientados a ejecutar acciones de mejora continua, coordinadores médicos: no tienen actividades asistenciales, realizan acompañamientos a otros profesionales y lideran temas científicos, realización de guías de manejo, educación continuada e investigación.

Interconsulta a médicos generales: Asesoría a médicos generales en consulta resolutive, solución de inquietudes clínicas, facilitar acceso a paraclínicos de segundo nivel o elementos diagnósticos no incluidos en un capital de primer nivel, educación médica continuada en relación a temas prevalentes o de interés en salud pública "revisiones de temas", realización de exámenes basados en casos clínicos para evaluación de guías clínicas.

Consulta resolutive: Médicos especialistas tratantes a quienes se les asignan pacientes con patologías de alto riesgo, promoción del mantenimiento de la salud.

Clínico Hospitalario: Atención de pacientes que acuden al servicio de urgencias con diferentes patologías, fortalecimiento de la relación médico paciente, participación como especialista interconsultado para manejo de diversas patologías, continuidad en la educación médica con la relación con los otros especialistas (Caldas Caicedo & Suarez Diaz, 2013; Rodriguez et al., 2012).

Marco Geográfico y Demográfico de la Realización de las Entrevistas

La población de Bogotá durante Marzo de 2015 fue de 7.878.783 habitantes según reporte de secretaria distrital de planeación de Bogotá (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015). La salud es un

derecho fundamental del que gozan todos los colombianos sin excepción, tal como se ha afirmado en los artículos 48 y 49 de la constitución política (República de Colombia, 1991).

Para acceder a ese beneficio se tiene dispuesto tres rutas, que según informe de la contraloría general de la nación aproximadamente el 46% de la población lo hace a través del régimen contributivo, el 53% a través del régimen subsidiado y el 1% por el régimen de excepción (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2015).

De esta población se tomó una muestra por conveniencia que guardó la misma distribución y se cuantificó qué proporción de ese universo tenía algún tipo de percepción sobre el médico familiar y posteriormente se describieron esas percepciones.

Los médicos especialistas en Medicina Familiar tienen diferentes campos de acción para poner en práctica los principios que en teoría marcan diferencia con las otras especialidades, sin embargo en la práctica diaria estos especialistas buscan lograr que los pacientes perciban esas cualidades.

Al evaluar la existencia de una percepción en los usuarios del sistema de salud, se está haciendo de manera directa una evaluación en el actuar del médico en cuanto al ejercicio de sus principios, toda vez que al ejercer la labor cumpliéndolos a cabalidad inevitablemente se lograra una percepción en los pacientes.

De la totalidad de los pacientes que tienen acceso al sistema general de seguridad social en salud, algunos tienen contacto con especialista en medicina familiar dependiendo de diferentes factores

(EPS, patologías propias del paciente) y algunos de ellos tendrán algún tipo de percepción mientras que el resto no la tendrá.

Capítulo 4. Modelo de Investigación

Tipo de Estudio.

El presente es un estudio descriptivo, cualitativo orientado a la identificación y descripción de las percepciones de los usuarios del Sistema General de Salud en la ciudad de Bogotá; contrastándolo con el rol del médico familiar, para el que se utilizaron entrevistas semiestructuradas a los participantes en las que se evaluaron las percepciones de los usuarios acerca del médico familiar. Se decidió utilizar como método para desarrollarlo herramientas de la etnografía por medio de observaciones y entrevistas a los participantes y el interaccionismo simbólico con el fin de evaluar el simbolismo que tiene la imagen del médico familiar para los usuarios del sistema de salud.

Población y Muestra.

La población objeto fueron los usuarios de diferentes instituciones prestadoras de salud pertenecientes a los regímenes contributivo, subsidiado y especial donde hay Medicina Familiar. Se realizó una muestra que representó los diferentes roles del médico familiar en diferentes instituciones de la ciudad de Bogotá, en estos tres regímenes hasta saturar la información según las respuestas dadas en la entrevista semiestructuradas.

Criterios de inclusión:

- Pacientes mayores de 18 años de edad usuarios de Instituciones Prestadoras de Salud que presenten servicio de Medicina Familiar.
- Instituciones Prestadoras de Salud que tengan contratados médicos familiares.

Criterios de exclusión:

- Pacientes que no den consentimiento para realizar la entrevista
- Instituciones Prestadoras de Salud que no den autorización para realización de entrevistas.
- Instituciones Prestadoras de Salud que no pertenezcan a la ciudad de Bogotá.

Métodos y técnicas para la recolección de la información.

Objetivo 1: *Describir las percepciones que tienen los pacientes acerca del médico familiar.*

- Se realizó un listado de las diferentes instituciones que tienen contratados médicos familiares y los diferentes roles que cumplen los médicos familiares en esas instituciones. Se encontraron 16 instituciones que cumplían con esas características.
- Se solicitó autorización a las 16 diferentes instituciones escogidas para la realización de entrevistas a los usuarios. No se obtuvo respuesta en 5 instituciones del régimen contributivo. No se obtuvo respuesta de 1 institución del régimen subsidiado. No se obtuvo respuesta de 3 instituciones del régimen especial.
- Los usuarios entrevistados se seleccionaron en la sala de espera de las instituciones que autorizaron la toma de entrevistas.
- Se realizaron entrevistas semiestructuradas a los usuarios con previa firma de consentimiento informado.
- Se transcribieron las entrevistas realizadas en una hoja de Word asignando un código de identificación que incluyera el número consecutivo, un número de identificación de la entidad donde se realizaron las entrevistas, un número de identificación del rol del médico familiar en dicha institución y las iniciales de quienes realizaron la entrevista.
- Se establecieron las categorías de análisis y codificación de las entrevistas.

- Se realizó una triangulación de la información obtenida entre la literatura, el grupo investigador, el perfil definido por el Ministerio de Salud y Protección Social para el médico familiar.

Objetivo 2: Identificar diferencias entre las percepciones de los diferentes regímenes.

- Se analizaron las percepciones sobre el médico familiar según los diferentes regímenes y si existía diferencias dentro de los mismos.
- Basados en la información recolectada se identificó si existen diferencias entre las percepciones relatadas por los usuarios entrevistados.
- Las diferencias encontradas se analizaron en el contexto de las entrevistas y el papel que desempeñan los médicos familiares en las diferentes IPS estudiadas.

Objetivo 3: Determinar posibles factores que influyen en el desarrollo de la percepción sobre el médico familiar.

- Se describieron y analizaron los principales factores que influyen en la generación de percepciones sobre el médico familiar.
- Teniendo en cuenta las características de los roles que juegan los médicos familiares en las diferentes instituciones en las cuales se llevó a cabo la investigación, se estableció la influencia de dichos papeles en la generación de determinada percepción por parte de los pacientes a los cuales se les realizó la entrevista.

Plan de tabulación y análisis:

A partir de la información recolectada se realizó una descripción cuantitativa de los datos recolectados en la entrevista que contribuye al análisis desde el punto de vista de las magnitudes de las cualidades descritas.

A través de la herramienta Atlas ti se realizó codificación de las entrevistas, el proceso de la triangulación de la información entre los investigadores, se realizó en tres fases, en la primera al momento de la realización de las entrevistas, la segunda durante la transcripción, donde cada uno de los investigadores transcribía entrevistas diferentes a las que había realizado, por último la lectura de las entrevistas, donde a cada uno de los entrevistadores se le asignó un grupo de entrevistas al azar, quienes hacían la lectura y respectiva codificación.

Posteriormente se realizaron reuniones entre el grupo de investigadores donde se discutieron los hallazgos encontrados y se unificaron los conceptos de las percepciones de los usuarios entrevistados y se contrastaron con el rol que le da las diferentes instituciones al médico familiar.

Capítulo 5. Descripción y Categorización

Este trabajo de investigación busca conocer las percepciones de los usuarios del sistema general de seguridad social en salud de la ciudad de Bogotá sobre los médicos familiares. Durante el desarrollo de la investigación, se realizó una búsqueda de las entidades en las cuales existían médicos familiares, en la ciudad de Bogotá y los roles que éstos desempeñaban en cada entidad, posteriormente se envió una solicitud por escrito a cada una de estas entidades, a fin de solicitar autorización para aplicar las entrevistas, obteniendo aprobación en algunas de ellas, las cuales se resumen en la tabla N° 1.

Tabla N° 1. Respuesta de las entidades con médicos familiares y rol desempeñado

Régimen	Entidad	Rol del médico familiar	Respuesta a la solicitud
Contributivo	Cafam	Pacientes crónicos	Aprobado
		Paciente difícil	
		Apoyo a médicos generales	
		Investigación	
	Clínica El Bosque	Urgencias	Aprobado
	Santa Ana Medical Center	Puerta de entrada	Aprobado
	Premisalud	Administrativo	Aprobado Aprobado
		Pacientes crónicos	
		Paciente difícil	
	Contributivo	Sanitas	Apoyo a médicos generales
Administrativo			
Pacientes crónicos			
Apoyo a médicos generales			
Contributivo	Compensar	Programas especiales	No se obtuvo respuesta
		Consulta resolutoria	
Contributivo	Cafesalud Mederi	Pacientes crónicos	No se obtuvo respuesta
		Administrativo	
		Apoyo a médicos generales	
Contributivo	Mederi	Consulta de alto costo	No se obtuvo respuesta

	Clínica Juan N Corpas	Hospitalario	No se obtuvo respuesta
Subsidiado	Hospital Engativá	Pacientes crónicos Consulta resolutive	Aprobado
	Hospital Simón Bolívar	Pacientes crónicos Consulta resolutive	Aprobado
	CAMI Hospital de Suba	Consulta resolutive P y P	No se obtuvo respuesta
	Sanidad Militar Ambulatoria	Pacientes crónicos	Aprobado
Especial	Médicos asociados	Administrativo Pacientes crónicos Paciente difícil	No se obtuvo respuesta
	Hospital Militar Central	Hospitalario	No se obtuvo respuesta
	Ecopetrol	Consulta resolutive Puerta de Entrada	No se obtuvo respuesta

Con base en esta clasificación de los roles, se realizaron entrevistas en las entidades aprobadas, donde se obtuvo una muestra que incluyó los diferentes roles que ejercen los médicos familiares en las IPS de la ciudad de Bogotá; de acuerdo a la clasificación del trabajo de Caldas (2013), dentro de las entidades del régimen contributivo, una de estas atiende a pacientes de medicina prepagada. No se obtuvo entrevistas de entidades con el rol como médico hospitalario, que es desempeñado en una institución del régimen contributivo y en una institución del régimen especial, donde no se obtuvo respuesta para realizarlas entrevistas.

Una vez realizadas las entrevistas, fueron analizadas con el programa Atlas Ti, con el que se definieron las categorías de análisis, las cuales se resumen en la tabla N° 2.

Tabla N° 2. Categorías de Análisis

Categorías

Deductivas

Conocimiento del médico familiar

Descripción del médico familiar

Expectativas frente a una consulta de Medicina Familiar

Vivencia en la consulta de Medicina Familiar

Factores que pueden influir en la percepción

Diferencias frente a otras atenciones

Conocimiento de la especialidad

Cambios en la atención recibida

Vía de acceso a Medicina Familiar

Razones para recomendar asistir a Medicina Familiar

Recomendaría asistir a una consulta por medicina familiar

Inductivas

Tipo de contacto con la medicina familiar

Medicina familiar como necesidad para la población

Capítulo 6. Análisis e Interpretación de la Información

Una vez realizadas las entrevistas, se analizaron las características sociodemográficas de la población entrevistada, las cuales se resumen en la tabla N° 3.

Tabla N° 3. Características sociodemográficas de la población entrevistada

Característica	Número	Porcentaje
Total de usuarios entrevistados	55	100%
Mujeres	44	80%
hombres	11	20%
Media de edad 46 años (19 -89)		
Adolescente tardío	1	1.8%
Adulto joven	26	47.2%
Adulto maduro	18	32.7%
Adulto mayor	10	18.1%
Escolaridad		
Primaria	7	12.7%
Secundaria incompleta	4	7.2 %
Secundaria completa	28	50.9%
Técnico	4	7.2 %
Tecnólogo	2	3.6 %
Universitario	10	18.1 %
Estado civil		
Soltero	13	23.6%
Unión libre	14	25.4%
Casado	20	36.3%
Separado	2	3.6%
Viudo	6	10.9%
Régimen		
Contributivo	36	65.4%
Subsidiado	10	18.1%
Especial	9	16.3%
Estrato socioeconómico		
Estrato 1	6	10.9%
Estrato 2	21	38.1%
Estrato 3	21	38.1%
Estrato 4	2	3.6%
Estrato 5	4	7.27%
Estrato 6	1	1.8%

Se obtuvo una muestra total de 60 pacientes de los cuales se excluyeron 5 pacientes, por haber sido entrevistados en una IPS de Facatativá, los cuales no cumplieron con el criterio de inclusión de pertenecer a IPS de Bogotá. La muestra final fue de 55 entrevistas, entre las cuales predominó el género femenino con un 80%; en cuanto a la edad, el grupo de adultos jóvenes fue el más representativo, con un 47,2%. Llama la atención que el 80% de los entrevistados, habían cursado educación básica secundaria o un nivel superior de estudios y el 39% son solteros, separados o viudos. En lo relacionado con el régimen de afiliación, se encontró que el 65.5% de los entrevistados pertenecían al régimen contributivo. En cuanto al estrato socioeconómico, el 76,2% pertenece a los estratos 2 y 3.

En la información revisada y analizada el equipo investigador encuentra una gran variedad de respuestas, para las categorías planteadas, las cuales a su vez se dividieron en subcategorías, como se muestra en la figura N° 1 y los resultados se presentan en la tabla N° 4.

Figura N° 1. Mapa de la clasificación de las categorías y subcategorías

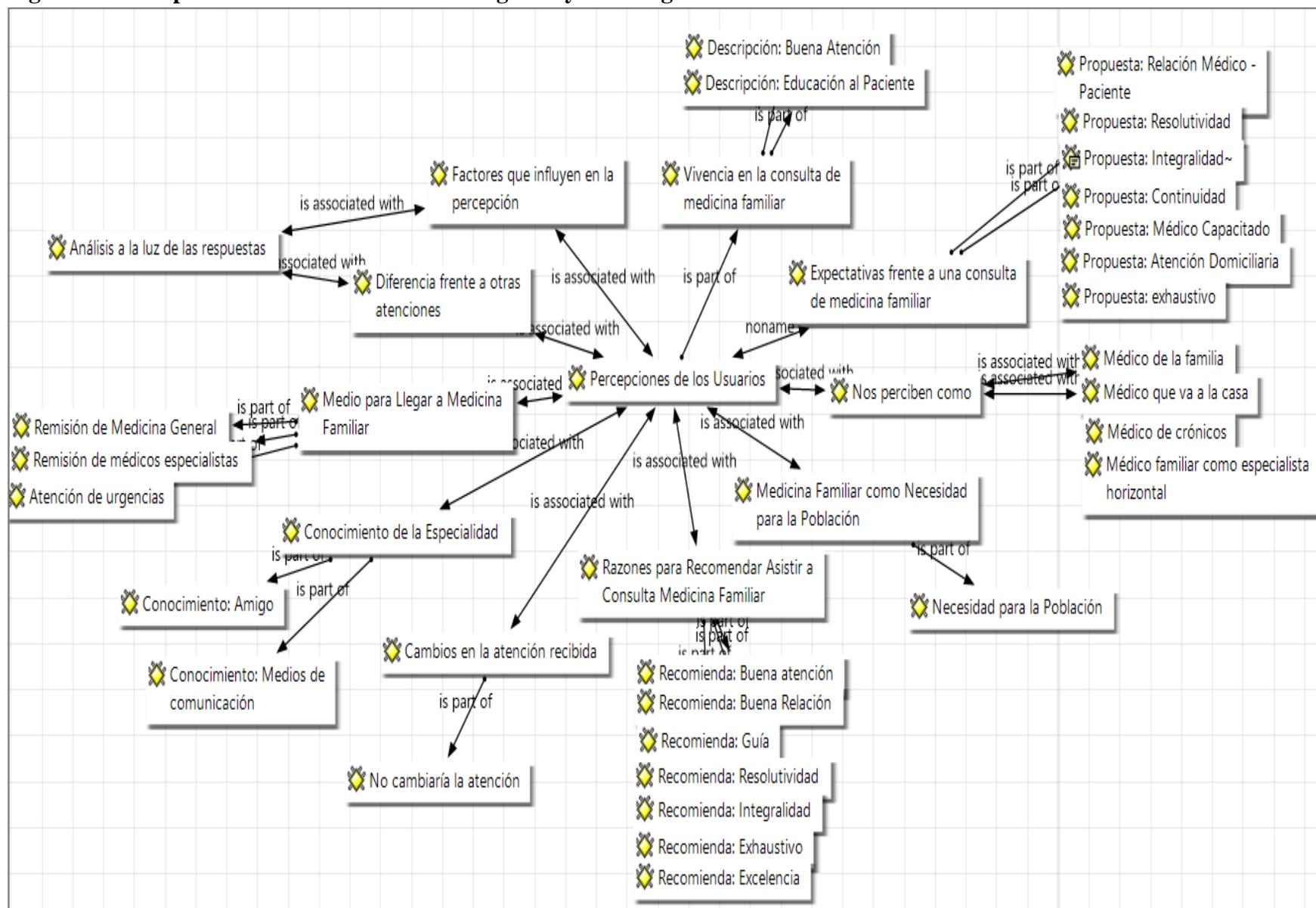


Tabla N° 4. Resultados por categorías

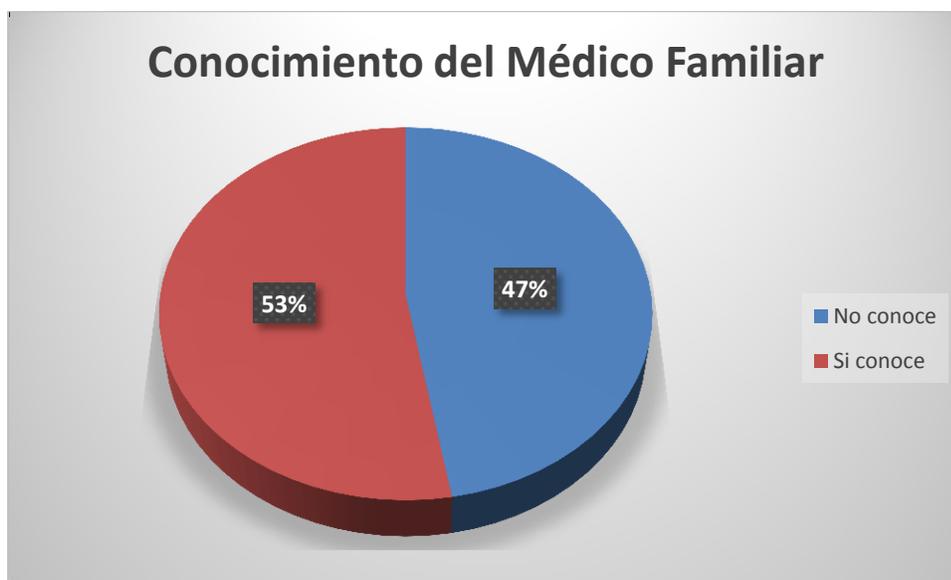
Categorías	Subcategorías	Resultado
Conocimiento del médico familiar	Si conoce	29
	No conoce	26
Descripción del médico familiar	Médico de la familia	23
	Médico que va a la casa	9
	Médico de crónicos	5
	Médico horizontal	2
	Médico guía orientador	1
	Médico que ayuda a concebir	1
	Médico como psicólogo	1
	Médico de las relaciones entre los sujetos de la familia	1
	Médico especial, íntimo	1
	Médico como médico general	1
Expectativas frente a una consulta de Medicina Familiar	Relación Médico Paciente	15
	Resolutividad	11
	Integralidad	5
	Continuidad	4
	Médico capacitado	3
	Atención domiciliaria	3
	Exhaustivo	3
	Contexto de la enfermedad	2
	Personalizado	2
	Buena atención	1
Educación al paciente	1	
Humanización de la medicina	1	
Vivencia en la consulta de Medicina Familiar	Buena atención	15
	Educación al Paciente	12
	Integralidad	9
	Relación médico paciente	11

	Contexto de la enfermedad	10
	Enfoque por riesgos	7
	Resolutividad	6
	Exhaustivo	6
	Tiempo	3
	Continuidad	2
	Interrelaciones	2
	Personalizada	1
	Humanizada	1
	Médico como tratamiento	1
	Seguimiento	1
Factores que pueden influir en la percepción	Factor Tiempo (consulta o intervalo de las citas)	12
	Factor desinformación	1
	Factor administrativo (Copago)	1
Diferencias frente a otras atenciones	Si encuentra diferencia	18
	-Atención exhaustiva	8
	-Relación médico – paciente	3
	-Resolutivo	2
	-Tiempo	1
	-Continuidad	1
	-Integralidad	1
	-Humanizado	1
-Educativo	1	
	-No encuentran diferencias	8
Conocimiento de la especialidad	Por amigo	2
	Por familiar	1
	Por asesor de aseguradora	1
	Por medios de comunicación	1
Cambios en la atención recibida	No cambiaría la atención	4
Vía de acceso a Medicina Familiar	Remisión desde medicina general	14
	Atención de urgencias	4

	Remisión de médicos especialistas	3
Tipo de contacto con la medicina familiar	Directo	26
	Indirecto	7
	No han tenido contacto	22
Recomendaría asistir a una consulta por medicina familiar	Sí recomendaría	25
	No recomendaría	2
	No aplica	28
Razones para recomendar asistir a Medicina Familiar	Buena atención	5
	Buena relación	4
	Médico como guía	3
	Resolutividad	2
	Integralidad	2
	Exhaustividad	2
	Excelencia	1

Para el grupo investigador resultó importante establecer si los usuarios conocían el término de medicina familiar y el tipo de contacto que se tuvo con la especialidad en algún momento. De esto surgen los siguientes resultados:

Gráfica N° 1. Conocimiento del médico familiar



En la población entrevistada más del 50% tiene algún conocimiento sobre el médico familiar. Esto contrasta con las experiencias descritas de forma inicial por el grupo investigador en que el médico familiar parecía resultar desconocido por los usuarios del sistema de salud; vale la pena tener en cuenta que las entrevistas fueron realizadas en entidades que contratan médicos familiares.

El análisis realizado se segmentó entre usuarios que habían tenido contacto con el médico familiar y aquellos que no lo habían tenido. Posteriormente se encuentra el análisis de las percepciones comunes a ambos subgrupos y finalmente sus diferencias.

Los siguientes párrafos dan respuesta al primer objetivo que busca describir las percepciones que tienen los pacientes acerca del médico familiar:

Para el grupo investigador resulta llamativo un hallazgo evidente tanto en el grupo que había tenido contacto como en el que no lo había tenido, es el hecho que algunos pacientes al preguntarle su percepción sobre el médico familiar, no tienen una idea específica cómo describirlo, sin embargo, posteriormente surge una descripción, que puede reflejar el simbolismo que representa la palabra médico familiar.

Características descritas por los usuarios que han tenido contacto con el médico familiar.

Teniendo como referencia los usuarios que habían tenido contacto con la medicina familiar, se describen sus percepciones, desde la vivencia de este contacto, para cada una de las categorías analizadas; 33 personas entrevistadas tuvieron algún tipo de contacto, en 26 de ellos el contacto

fue directo, como paciente en una consulta atendida por médico familiar y en 7 el contacto fue indirecto, a través de la atención de un familiar o conocido.

Es de destacar que existe una diferencia entre el número de personas que tuvieron contacto y las que dicen conocer al médico familiar, ya que se encontró que al preguntar a algunos usuarios que habían tenido contacto con médicos familiares (evidenciado por el grupo de investigación cuando abordaban personas que acababan de salir de la consulta de medicina familiar), no eran conscientes de dicho contacto y fueron tomados como “no conocimiento de la especialidad”; del total de los usuarios entrevistados 9 tuvieron contacto sin conocimiento del médico familiar, lo que sugiere la importancia de que el médico familiar se presente como especialista en esta área al inicio de sus consultas.

- **Descripción del médico familiar**

La mayoría de los pacientes describen al médico familiar como:

- El médico de la familia

“...es el que toma la familia, los padres, todo el mundo y conoce más bien, se entera como más personalizada la información del médico con uno” Ent: C011E08R04JOSM

“Medicina para toda la familia ¿No? niños y adultos” Ent: C046E07R08JOSM

- El médico de crónicos:

Por otra parte existen otras percepciones descritas que concuerdan con las experiencias vividas por los investigadores en cuanto a percibir al médico familiar como el médico de una entidad patológica o un programa específico tal como lo muestran las siguientes entrevistas:

“...lo que yo entiendo es que allá mandan a los hipertensos y a los Diabéticos” Ent: C016E01R0305ENLQ

“Que la medicina familiar es la encargada de las enfermedades graves como hipertensión arterial o diabetes...” Ent: C021E01R0305ENLQ

“Pues es la doctora del oxígeno y los medicamentos de la tensión” Ent: C049E01R0306JOSM

Esta percepción se presentó en el grupo de usuarios que habían tenido alguna forma de contacto con el médico familiar, lo que puede estar relacionado con el rol que desempeñan los médicos familiares en las instituciones donde estas personas fueron entrevistadas; dado que el manejo de pacientes crónicos dentro del desarrollo de la medicina familiar en Colombia ha sido uno de los escenarios donde predominantemente se ha desempeñado el médico familiar (Rodríguez, Bonivento, & Villadiego, 2012) y que concuerda con la tendencia de contratar médicos familiares para liderar la atención de pacientes con patologías crónicas (Caldas Caicedo & Suarez Diaz, 2013).

- El médico horizontal.

Martin A. Zurro (2014) menciona que la medicina familiar se considera una especialidad horizontal ya que aborda problemas que pertenecen a diferentes campos de la medicina, además posee un conocimiento sólido de los problemas de salud frecuentes e importantes en atención primaria (M. A. Zurro, 2014), característica descrita dentro de las percepciones de algunos de los

usuarios entrevistados.

“...yo creo que el médico familiar sabe de todo” Ent: C050E01R03JOSM

“...el médico familiar encierra varios campos, son muy buenos en todo el sentido de la palabra. Son como un híbrido ¿verdad? son un híbrido que funciona... porque es que el médico familiar conjuga muchas especialidades...” Ent: C007E14R08ACEGLQ

Esto posiblemente se explica porque el médico familiar integra varias disciplinas con las cuales ha tenido contacto desde su formación y que permiten resolver situaciones prevalentes desde diferentes campos como la cirugía, la medicina interna, la ginecología entre otros. Debe hacerse la claridad que en la ciudad de Bogotá es poco el rol que se ejerce en la atención de la población pediátrica y embarazadas, como sí ocurre en otros países como Cuba y Chile (Botia, Velandia, & Jimenez, 2015; Rodelo & Rojas, 2015).

- El médico que va a la casa

Algunos pacientes que habían tenido contacto con el médico familiar, lo describieron como el médico que va a la casa.

“Es el médico personalizado, digamos que tiene uno en cuanto a la entidad prestadora de servicio le da como tal, para que le preste su servicio digamos tanto en la clínica como en la casa” Ent: C045E07R08JOSM

- **Expectativas frente a una consulta de medicina familiar**

Al preguntarle a las personas que habían tenido contacto sobre qué características debería tener un médico familiar que atendiera a toda la población, reportan la relación médico paciente, la

resolutividad y manifiestan que esperan profesionales con trato humanizado.

“No pues que sea objetivo, profesional, respetuoso, pues que enfoque en la consulta que yo le estoy pidiendo” Ent: C042E07R08JOSM

“Me gustaría que fuera familiar, de confianza, de que la doctora me llegue y yo le pueda contar mis cosas porque hay doctores que lo oyen a uno... que la doctora o el doctor no fueran de mal genio, que lo recibieran a uno con una sonrisa...” Ent: C015E01R0305ENLQ

“...conciencia, (risas), la verdad falta, se vuelve todo muy mecánico, yo sé que los médicos no pueden estarse apiadando de cada uno, pues que tal ellos llorando con cada caso, pero si un poco más seres humanos” Ent: C024E08R04JOSM

- **Vivencia en la consulta de medicina familiar:**

Los pacientes que en algún momento han asistido a la consulta de medicina familiar, describen diferentes vivencias de dicha atención, dentro de las que se destacan:

- *Buena atención*

“...la verdad muy buena, si porque ella se preocupa... todo lo maneja ella, si ella ve que necesitamos un especialista entonces ella inmediatamente nos envía a que veamos al especialista... la verdad la doctora (menciona a la médica familiar que la atiende) le dedica a uno el tiempo...” Ent: C024E08R04JOSM

“Buena, o sea, me atendieron bien, el tiempo, me dijeron lo que tenía y me mandaron a aplicar una inyección... la atención y el tiempo, que no se demoraron mucho en la consulta y la atención fue bien, porque lo tratan a uno con buena actitud... ellos me preguntaron que si sufría de alguna cosa, que si era alérgica a algún medicamento, me dijeron todos los síntomas que yo

había sufrido de la enfermedad por la que había venido por urgencias... ellos me dijeron que no me automedicara, que fuera de una vez al médico, que no tomara porque todos los cuerpos no son lo mismo, si yo me automedico, entonces pueda que reaccione mal el cuerpo... Ellos me preguntaron que si alguno de ellos estaba enfermo, con los que yo vivía, pues también por lo que de pronto estaba enferma yo, pero pues también ellos me dijeron que tratara de ponerme tapaboca y no hablarles muy cerca para no prenderles esa enfermedad equis” Ent: C040E07R08JOSM

○ *Educación al paciente*

Otros usuarios enfatizaron en la educación al paciente, como lo podemos ver en las entrevistas:

“Buena, porque nos explican... la enfermedad, de qué se trata, por qué los medicamentos” Ent: C017E01R0305ACLQ

“...ellos le explican a uno todos los síntomas, que debe y no debe tomar, cómo colocarse el oxígeno, qué tanto tiempo...” Ent: C049E01R0306JOSM

○ *Integralidad*

“Es donde me revisan todo...” Ent: C054E12R03ENEG

○ *Relación médico paciente:*

“...ella me atendió muy querida, muy formal, y eso es lo que uno valora, que el médico con el paciente compenetre un poco, ¿no?, es que hay unos que dicen: bueno, tómese esto y hasta luego” Ent: C020E01R0305ACLQ

“El trato es muy especial con ellos” Ent: C049E01R0306JOSM

○ *Atención exhaustiva:*

“Ellos son muy pacientes, le llevan a uno la historia con mucho detalle... porque apenas estudiamos un poquito, son tantos diagnósticos, entonces ellos quieren hacer mi historia que quede bien, que quede completa con todos los diagnósticos que yo tengo” Ent: C01801R0305ACLQ

○ *Medico como el tratamiento:*

Se resalta de manera tal las características del médico familiar, que incluso puede llegar a sentir que su relación con él hace parte de su tratamiento:

“...buena, para que, yo no me voy a quejar... la droga ha sido correcta y de la atención también ha sido buena... le explican a uno mucho que lo que tiene que comer, que es lo que tiene que tomar, que no comer dulce ni nada de eso... La humanidad que tiene para atender al paciente, que son súper cariñosas, muy amable, no lo gritan a uno... le roban el cariño a uno, les hace tener más amor a ellos, yo creo que eso es lo que a uno lo alivia, no solamente la droga” Ent: C047E01R0306JOSM.

Posiblemente se explica por el efecto placebo, este efecto ha sido ampliamente estudiado y de vital importancia ya que el efecto placebo es un efecto psicológico que no solo se atribuye a la administración de un compuesto inerte, por ello desde la medicina familiar resulta importante considerar la relación médico – paciente como un recurso terapéutico indispensable (González Blasco, de Benedetto, María Auxiliadora C, & Ramírez Villaseñor, 2008).

Una de las pacientes que tuvo contacto con el médico familiar describió que fue remitida para que le transcribieran la fórmula, lo que puede deberse al rol que desempeña el médico familiar en la institución donde fue atendida.

“...entonces lo que ellos hicieron fue mandarnos... para que ellos nos, mejor dicho, le transcribiera las fórmulas; eso fue lo que realmente hizo.” Ent: C001E14R08ACEGLQ

- **Diferencias frente a otras atenciones**

Ante la pregunta de qué diferencias encontraron entre la atención de medicina familiar, y otras consultas a las que hubieran asistido antes, la gran mayoría encontró alguna diferencia, entre las cuales se destacan:

- Atención exhaustiva:

“En cambio ellos si se sientan, le miran a uno, le revisan la historia, le miran a uno todas sus cosas” Ent: C01801R0305ACLQ

“Si claro, medicina familiar es más específica con el paciente...” Ent: C021E01R0305ENLQ

- Relación médico paciente:

“Sí, a veces otros médicos son muy parcós, como que no te dicen realmente que es lo que pasa sino que tómense y vuelve...” Ent: C024E08R04JOSM

- Continuidad:

“...medicina familiar es más específica con el paciente, medicina general trata algo de momento, pero en medicina familiar si es un tratamiento consecutivo de la enfermedad” Ent: C021E01R0305ENLQ

- ***Medicina familiar como necesidad para la población***

Actualmente el Ministerio de Salud y Protección Social se encuentra impulsando la formación de médicos familiares y de otros profesionales no médicos con el enfoque de salud familiar, con el objetivo de reducir las desigualdades del acceso a los servicios de salud, aportar a la integralidad, pertinencia en salud, calidad y equidad; lo que ha sido descrito como una necesidad reforzada por aquellos que ya han tenido contacto y quienes manifiestan que este tipo de profesional debería llegar a toda la población.

“Todo el mundo debe tener su médico familiar... ya que lo consulte cada cinco años o cada seis meses pero debe tener una persona de confianza profesional en salud, básico” Ent: C010E08R04JOSM

“...yo creo que deberían orientarlos más a las clases sociales que más necesitan fortaleza y orientación, sabe que las personas que no pueden pagar llegan a un SISBEN, a una EPS que es inhumano...” Ent: C024E08R04JOSM

- ***Vías de conocimiento de la especialidad:***

De los pacientes que tuvieron contacto con el médico familiar, y conocieron la especialidad por un medio diferente a la remisión o el acceso directo a la consulta, las vías de conocimiento que se mencionaron fueron: a través de un amigo, un familiar o por medio del asesor de la aseguradora.

- ***Cambios en la atención recibida***

En general los usuarios que han sido atendidos por medicina familiar refieren que no le

cambiarían nada a la atención recibida hasta el momento por este especialista.

“Nada, me parecen muy buenas personas, le explican a ella todo, todo” Ent: C049E01R0306JOSM

- ***Vía de acceso a Medicina familiar***

Las vías por las cuales accedieron los pacientes al servicio de medicina familiar fueron: A través de remisión tanto de medicina general como de otras especialidades; acceso directo a la consulta en el servicio de urgencias y acceso directo a consulta externa en instituciones donde el médico familiar es puerta de entrada bajo la figura de MAI (médico de atención integral).

- ***Razones para recomendar asistir a Medicina familiar***

De los pacientes que contestaron a la pregunta si recomendaría asistir a la consulta de medicina familiar y por qué, 25 pacientes sí lo recomendaría y entre estos, las razones más importantes fueron:

- Buena atención:

“Si lo recomendaría... porque es que digamos, nosotros tenemos el tema de que el médico general es el que te revisa una simple prioritaria por decirlo así, te doy tu analgésico y chao, el médico familiar si te va a mirar desde todo el tema, desde donde viene, te va a tratar y todo, muchísimo mejor” Ent: C041E07R08JOSM

- Buena relación médico paciente:

“Si...por las razones de que obviamente la atención fue optima, calidez, excelencia, no se de

pronto otros pacientes tengan otros puntos de vista, pero si la aconsejaría, si la recomendaría”

Ent: C045E07R08JOSM

- Médico como guía:

“Pues sí, si no sabe exactamente que profesión lo pueda atender para una dolencia específica ese es el médico que lo ve a uno... es un guía, el profesional de familia es un guía” Ent:

C010E08R04JOSM

Características descritas por los usuarios que no han tenido contacto con el médico familiar

En el grupo que no había tenido contacto con el médico familiar, se encontró respuesta en algunas de las categorías planteadas como son:

- ***Descripción del médico familiar:***

Este grupo de usuarios describen al Médico familiar como el médico de la familia y el médico que va a la casa, tal y como se aprecia en las siguientes entrevistas:

“Pues me imagino que de pronto es un servicio más avanzado para el núcleo familiar, pienso yo” Ent: C031E02R0104LGEN

“Medicina familiar... es como creo que es como la medicina para la familia, incluye todo lo del núcleo familiar” Ent: C034E02R0104LGEN

“...creo que son los que van a la casa y le hacen visitas a uno o de la EPS” Ent: C030E02R01ACEG

“Van a la casa, lo atienden ¿eso? algo así” Ent: C029E02R01ACEG

Es posible que estas percepciones surjan del simbolismo que representa las palabras médico familiar y medicina familiar para estas personas, sin embargo cabe resaltar que estas apreciaciones son parciales frente al perfil del médico familiar, ya que lo ven solo como el que va a la casa o el que ve a la familia sin .

- ***Expectativas de una consulta de medicina familiar***

Al preguntar a los pacientes que no han tenido contacto, sobre como esperarían que fuera una consulta de medicina familiar, estos se refirieron a una buena relación médico paciente, resolutive, que tuviera en cuenta el contexto de la enfermedad y continua.

“Un médico amable, buena atención que me preguntara por todo lo importante de mi historia, que me mandara los medicamentos que son y los exámenes necesarios para saber que tengo”

Ent: C060E10R03JOSM

“Lo amable, la atención que tiene con el paciente y que ya atendería a toda la familia o algo así (SIC)” Ent: C059E10R03JOSM

“...o sea que estuvieran como más pendiente que van, para que en verdad se estudie a fondo lo que le está pasando... que nos den la buena atención y nos den los medicamentos apropiados para lo que tengan(SIC)” Ent: C051E10R03JOSM

“...todas las interrelaciones en contexto que pueda afectar esa enfermedad” Ent: C033E02R0104ENLG

“Bueno para tener un buen servicio, la continuidad se me hace chévere y lo de los recursos, porque a veces si se gastan cosas que no son necesarias” Ent: C055E12R03ENEG

- ***Medicina familiar como necesidad para la población***

Llama la atención que al describir las características que identifican al médico familiar, dos de los pacientes que no han tenido contacto con la especialidad, la considera como una necesidad para la población.

“Sería muy bueno porque sale uno más seguro, mejor diagnosticado, mejor en todo” Ent: C059E10R03JOSM

“Si, porque si hay un médico que lo pueda atender con todo eso que usted me lee, uno sale mejor atendido, siente que de verdad le pusieron cuidado, por lo que uno va, si todos tuviéramos la posibilidad de tener un médico así, pues como que uno se sentiría más tranquilo” Ent: C060E10R03JOSM

Percepciones comunes en el grupo de contacto y no contacto.

Dado que la interacción de la medicina familiar con el grupo entrevistado ha sido diferente, la subdivisión entre personas con contacto y no contacto nos permite evaluar las experiencias de los usuarios que tuvieron contacto y hacer un comparativo con las expectativas que tienen las personas que no han tenido contacto sobre una consulta de medicina familiar; llama la atención, cómo las mismas percepciones se presentan en el grupo de usuarios que habían tenido contacto con el médico familiar y los que no lo habían tenido, quienes concuerdan y ven al médico familiar como el médico de la familia y el médico que va a la casa, con la salvedad que en el grupo de contacto se da una descripción más detallada.

Indagar acerca de las necesidades y expectativas de un paciente sobre su atención médica es un ejercicio que se ha venido realizando y en el que se han encontrado hallazgos interesantes que

giran en torno a la relación médico paciente, un ejemplo lo brinda Rakel (2015) quien refiere que el paciente busca en su médico adecuadas herramientas de comunicación y empatía (Rakel, 2015), aspectos que conforman la relación médico - paciente y que también han sido encontrados en estudios como los de Bensing y colaboradores quienes concluyen que los pacientes quieren una relación médico - paciente de confianza donde el médico se tome su tiempo, además de hacer lo necesario para demostrar el interés en su paciente (Bensing, Rimondini, & Visser Adriaan, 2013); o como lo afirman Motilla y colaboradores quienes consideran que el paciente espera encontrar en una consulta un trato integro, respetuoso, un médico honesto, responsable y comprometido, teniendo en cuenta las características previamente mencionadas como la base de una adecuada relación médico – paciente (Motilla Fraile et al., 2009). Estos aspectos también son resaltados por las personas entrevistadas que no habían tenido contacto y quienes de forma llamativa tienen la expectativa de encontrar resolutiveidad y una adecuada relación médico paciente de llegar a ser atendidos en un futuro por el médico familiar.

Es interesante que las expectativas descritas por quienes no han tenido contacto han sido confirmadas en la experiencia por quienes ya han sido atendidos por médicos familiares en diferentes instituciones y además coinciden con el perfil establecido por el ministerio de salud para médicos familiares en Colombia, caracterizado por la resolutiveidad, atención humanizada, adecuada relación médico – paciente, integralidad, continuidad y médico como guía orientador.

La descripción de los usuarios en ambos grupos concuerda con tareas que realiza el médico familiar en sistemas de salud como el de España y Cuba donde parte de estas son el abordaje de

los problemas de salud empleando una estrategia de atención individual, familiar y que abarca los escenarios de la consulta y el domicilio (Bonal et al., 2011).

Un hallazgo que resulta llamativo es el hecho que en los dos grupos se encontró la percepción del médico familiar como una necesidad para la población; en el grupo de contacto, justificado por la buena atención que se ha recibido, la cual se debería extender a toda la población y en el grupo de no contacto, percibida como una necesidad de un médico con las características del médico familiar.

Es de destacar la coincidencia que existe entre estas percepciones y el concepto de atención primaria en salud por parte de los usuarios, que sin ser expertos identifican aquello que ha demostrado tener mayor impacto en el cuidado de la salud de las personas, estas son las características de la atención primaria descritas por Zurro (2014) como: Integral, integrada, continuada, permanente, activa, accesible, basada en equipos interdisciplinarios, comunitaria – participativa, programada – evaluable y docente e investigadora (Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud, 1978; M. Zurro, 2014).

Diferencias entre las percepciones del grupo de contacto y no contacto.

Una vez analizada la información obtenida de las entrevistas, luego de haber clasificado los grupos de contacto y no contacto en las diferentes categorías de análisis, se encuentra como principal diferencia, el hecho que los pacientes que han tenido contacto lo describen como el médico de crónicos, mientras que en los que no habían tenido contacto, esta descripción no se menciona; otra descripción diferente es el médico como especialista horizontal, el cual sólo es

percibido por el grupo de contacto; lo que hace pensar que es necesaria la interacción con el médico según el rol que desempeñe para llegar a describirlo como tal.

El segundo objetivo del trabajo buscaba identificar diferencias en las percepciones entre los regímenes. Los hallazgos en este sentido se demuestran a continuación.

Diferencias descritas entre los regímenes

Como se describió en el marco teórico el sistema general de seguridad social en salud tiene tres regímenes, para los investigadores resulta importante establecer si existe alguna diferencia en las percepciones que se tiene acerca del médico familiar de acuerdo a los diferentes regímenes dado que en el sistema actual, el médico familiar se encuentra principalmente vinculado al régimen contributivo, situación que pudo ser apreciada por los investigadores, incluso desde el momento de realizar el listado de instituciones que tenían consulta de medicina familiar encontrando que el régimen contributivo sobresalía en número respecto a las instituciones del régimen subsidiado y el especial. En las Empresas Sociales del Estado (E.S.E) la contratación de estos profesionales es escasa y muchos de ellos asociados a convenio docente asistencial.

Al realizar un comparativo entre los regímenes se encuentra que a nivel del régimen contributivo existe mayor conocimiento sobre el médico familiar en comparación con el régimen subsidiado donde predomina el porcentaje de personas que no conoce sobre el mismo; el régimen especial corresponde a un menor porcentaje de la población entrevistada y en éste se evidencia que la mayor parte de la muestra entrevistada si conoce al médico familiar, tal como lo muestra la gráfica N° 2. Respecto al tipo de contacto de los pacientes según el régimen, las características

específicas se presentan en la tabla N° 5.

Gráfica N° 2. Conocimiento sobre el médico familiar según el régimen

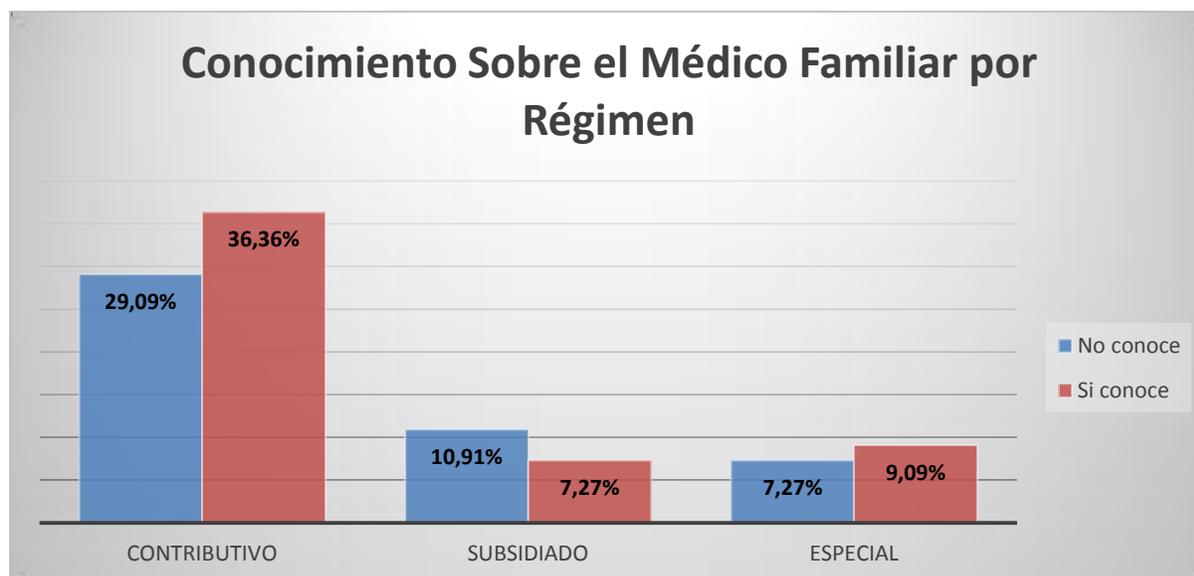


Tabla N° 5. Tipo de contacto según el régimen

Régimen	Tipo de contacto		
	Directo	Indirecto	No ha tenido contacto
Contributivo	22 (61%)	3 (8%)	11 (31%)
Subsidiado	3 (30%)	1 (10%)	6 (60%)
Especial	1 (11%)	3 (33%)	5 (56%)
Total	26 (47%)	7 (13%)	22 (40%)

Al cruzar la información y subclasificar las respuestas de los usuarios entrevistados se encontró que el concepto del médico familiar como “el médico de la familia” es más común en el régimen contributivo tanto en las personas que han tenido contacto como en las que no.

Esta percepción también hizo parte de los regímenes subsidiado y especial pero las personas que dieron este concepto en su mayoría no habían tenido contacto con la especialidad.

“Pues creo que incluido con la familia con la salud de la familia” Ent: C056E12R03ENEG

“Es algo que tiene que ver con la familia” Ent: C005E14R08ACEGLQ

Lo anterior hace pensar, que a pesar de que los usuarios no hayan estado en contacto, el hecho de mencionar al "médico familiar" da un significado intrínseco, como médico de la familia independientemente del régimen al cual pertenezca, ya que esta situación también fue vista en las personas del régimen contributivo sin contacto con el médico familiar.

La percepción del médico familiar como el médico que va a la casa fue común en los tres regímenes. Es llamativo que las personas entrevistadas del régimen especial que dieron este concepto no habían tenido contacto con la medicina familiar. Es posible que se hiciera una evocación de experiencias previas de visita domiciliaria sin que necesariamente estas hayan sido atendidas por esta especialidad.

“...Cuando mi hija estaba pequeñita la iban a visitar a la casa y pues le miraban lo normal, el peso la miraban como estaba...” Ent: C006E14R08ACEGLQ

“Ehh, O sea lo que tengo entendido es que tengo una cuñada que ella tiene un niño discapacitado, el médico va... Pues eso es lo que tengo entendido, que el médico va y le hace visita al niño, allá a la casa (SIC)” Ent: C004E14R08ACEGLQ

Por otra parte la percepción del médico familiar como el médico que va a la casa fue notable dentro de los usuarios entrevistados en el régimen contributivo que no habían tenido contacto a

diferencia del subsidiado donde esta percepción no fue predominante lo que soporta que las palabras médico familiar y medicina familiar tienen un simbolismo importante a la hora de dar representación a un médico especialista en esta área.

Otra percepción que sobresale en el grupo de usuarios del régimen contributivo y especial es la del médico familiar como médico de crónicos, la cual de forma llamativa no es percibida por los pacientes del régimen subsidiado a pesar de que en las instituciones donde se entrevistaron a los usuarios en este régimen, el rol que juega el médico familiar es la atención de pacientes con enfermedades crónicas remitidos desde primer nivel de atención a segundo nivel para seguimiento, lo que posiblemente está en relación con la falta de claridad en la información que recibe el paciente en el proceso de remisión y porque el tipo de atención recibida por parte del médico familiar (centrada en el paciente y no en la patología), hace que el paciente sienta que va más allá de solo el seguimiento por una condición específica.

Otra excepción fue la encontrada para el médico familiar como especialista horizontal, la cual fue referida por usuarios que habían tenido contacto en los regímenes subsidiado y especial, hecho que posiblemente se explica por el tipo de atención recibida por parte del médico familiar, en el cual los pacientes lo perciben como un médico que puede evaluar y dar manejo a diferentes situaciones independiente del sistema u órgano afectado; esta situación puede no verse de igual forma en el régimen contributivo posiblemente por el rol desempeñado como médico de una patología específica o también porque al asignar un rótulo de un programa específico las personas entrevistadas consideran que la atención recibida está enfocada a la entidad patológica y no en la persona que la sufre.

Otra diferencia encontrada fue la percepción del médico familiar como guía/orientador la cual se evidenció en el régimen contributivo:

“Es un guía médico que uno tiene, como un guía medico más que todo, si, si, usted va a tal especialista” Ent: C010E08R04JOSM

Esto se debe probablemente a que el rol del médico familiar en la institución donde se encontró este hallazgo es el de puerta de entrada, donde es el líder del equipo de atención al paciente y debe definir la pertinencia de remisiones, exámenes y demás prestaciones, por lo que es necesario un mayor número de explicaciones. Mientras que en los otros casos es un médico de segundo nivel donde por la estructura de la consulta tiene un papel como interconsultante y requiere dar explicaciones sobre una menor cantidad de aspectos.

El tercer objetivo del trabajo buscaba determinar posibles factores que influyen en el desarrollo de percepciones sobre el médico familiar. Los hallazgos en este sentido se demuestran a continuación.

Factores que influyen en el desarrollo de percepciones sobre el médico familiar

- *Tener contacto con la medicina familiar*

La construcción realizada hasta este punto expone cómo diferentes factores pueden influenciar la elaboración de percepciones por parte de los usuarios entrevistados, el primer factor es el haber tenido o no contacto ya que aunque se puede apreciar que ambos grupos tienen un concepto similar como ocurrió con el médico de la familia y el médico que va a la casa, el detalle y la estructura en la descripción en aquellos que tuvieron contacto es posible gracias a la experiencia

vivida en una consulta de medicina familiar.

- ***Tipo de régimen al que pertenece***

El segundo factor identificado es el régimen de afiliación al sistema de seguridad social, puesto que la distribución de médicos familiares es más extensa en el régimen contributivo lo que permite que los usuarios de este régimen estén en mayor contacto o tengan mayor posibilidad de recibir atención por parte del médico familiar; en el régimen subsidiado si bien es cierto que existe atención por medicina familiar el conocimiento de esta especialidad fue menor que en el contributivo y en el especial.

- ***Rol que desempeña el médico familiar***

El tercer factor que resulta del análisis de la información obtenida, es el rol que desempeña el médico familiar en cada una de las instituciones en la cuales se realizaron las entrevistas. Por ejemplo en instituciones del régimen contributivo y especial donde los médicos familiares atienden pacientes en programas específicos (pacientes crónicos), las personas entrevistadas aparte de describir al médico familiar como el médico de la familia también lo describen como el médico de una patología específica como la diabetes, la hipertensión arterial o el control del oxígeno.

Cuando los roles corresponden a temas administrativos o de investigación o de coordinación la percepción disminuye. Esto es en instituciones en donde los médicos familiares cumplen con

estos roles no son identificados por los pacientes.

Los usuarios entrevistados en instituciones donde el médico familiar es puerta de entrada, reconocen principalmente a este especialista como el médico de la familia. Esto posiblemente se debe al tipo de atención que reciben ya que permite que las personas identifiquen que la atención de este especialista no solo se centra en el paciente sino también involucran a la familia en la atención de manera amplia.

“... Se involucra mucho en el entorno familiar de uno... mire una de las cosas que ella pregunta es si ha habido muertes recientes en el entorno familiar, ¿por qué? Por la cuestión genética, mire un hermano mío murió ahorita en agosto hace un año de cáncer de páncreas... tal vez me pregunta por mi esposa, por mis hijos pero pues yo pienso que más que todo es interrelación humana” Ent: C010E08R04JOSM

La percepción del médico de familia también fue descrita en los pacientes atendidos en una de las instituciones donde el médico familiar tiene doble rol, uno como el de médico de consulta de casos especiales y otro como administrativo; este último no fue descrito por ninguna de las personas entrevistadas.

- ***Vía de acceso a medicina familiar***

El cuarto factor encontrado que influye en el desarrollo de las percepciones fue la vía de acceso a la consulta de medicina familiar: existe la percepción de que el médico familiar es un especialista dado que se requiere un proceso de remisión para acceder a esta atención en algunas instituciones, tal como lo describe una paciente quien trabaja en el área administrativa pero

además fue paciente atendida por medicina familiar y relata su experiencia laboral de la siguiente manera:

“...Porque para cualquier médico familiar te diría yo: claro yo te la asigno sin ningún problema, pero tienes que pasar por medicina general para poder pasar por medicina familiar si no, no sería como un especialista” Ent: C041E07R08JOSM

- ***Desinformación por el personal administrativo***

El quinto factor encontrando y que llama la atención es la desinformación al interior del personal administrativo encargado de autorizar las citas.

“...Lo que si hace falta es informar un poco a la gente de que se trata la medicina familiar, porque yo que pido las autorizaciones en (menciona nombre de la IPS) una de las que dan la citas me dijo: ¿y eso que hacen? o sea, porque muchas veces las que dan la información no sabe de qué se trata, a ella si de pronto sí decirles vea el médico tal hace esto, esto, esto... (SIC)” Ent: C017E01R0305ACLQ

Lo que resalta la importancia de que al interior de las instituciones el personal de las áreas administrativas tenga claro el rol que desempeña el médico familiar para poder brindar una adecuada orientación a los usuarios en torno a esta especialidad.

Capítulo 7. Conclusiones

Dando respuesta a las preguntas directrices, el grupo investigador concluye:

¿Cuáles percepciones existen entre los usuarios sobre los médicos familiares?

Existen percepciones sobre el médico familiar en los tres regímenes de salud en la ciudad de Bogotá, en los diferentes roles desempeñados, independientemente de las circunstancias relacionadas con el contacto.

Todos los usuarios entrevistados tienen una percepción, la cual en los pacientes que han estado en contacto ya sea directo o indirecto con la especialidad, es más detallado y en algunos casos describen los principios de la medicina familiar durante sus diferentes atenciones, entre los que podemos mencionar: Buena relación médico – paciente, atención exhaustiva, integralidad, enfoque por riesgos y médico horizontal.

Contrario a lo que se pensaba al inicio de la investigación, aún en el grupo de personas que no habían tenido contacto con la medicina familiar, existen percepciones; las cuales se construyen con base en las experiencias y el simbolismo derivado del nombre de la especialidad, de esta manera el médico familiar es percibido como el médico de la familia, el médico que va a la casa y en algunas de las instituciones como el médico de crónicos.

El Ministerio de Salud y Protección Social también menciona atributos como coordinación, racionalidad de los recursos, líder de los equipos de salud, aplicación y uso de las herramientas

de salud electrónicas; algunos de ellos consideradas por las personas que contratan médicos familiares, pero no son percibidas por las personas entrevistadas, posiblemente debido a los roles del médico familiar dentro del sistema actual o tal vez porque estos perfiles así como el manejo de tecnologías de comunicación y la investigación se pueden apreciar más en áreas administrativas y académicas.

¿Existen diferencias en las percepciones sobre la medicina familiar, entre las personas de diferentes regímenes?

En cuanto a la distribución de los médicos familiares en el sistema de salud colombiano hay mayor número de médicos familiares en el régimen contributivo, lo que hace que exista una mayor variedad de roles y a su vez de percepciones en este régimen. La población subsidiada cuenta con muy pocos médicos familiares y los que hay en el momento son identificados como especialistas, independiente del tipo de programa o pacientes que atienden. Sin embargo tanto en éste como en el régimen especial se menciona al médico familiar como especialista horizontal, descripción que no se presentó en el régimen contributivo.

Los pacientes entrevistados perciben a la medicina familiar como una necesidad para la salud del país y esto va en concordancia con el objetivo planteado por el modelo integral de salud del ministerio. Sin embargo es una realidad que existe poca vinculación de médicos familiares a la red pública, lo cual hace necesario que el estado promueva la contratación de estos especialistas en un rol de puerta de entrada.

¿Cuáles son los factores que pueden influir en la generación de percepciones sobre el médico familiar?

Al analizar los posibles factores que influyen en las percepciones de los usuarios, el grupo investigador destaca cinco que considera son los que afectaron la percepción en el grupo entrevistado, estos son: haber tenido contacto con la medicina familiar, el tipo de régimen al que pertenece, ya que como se mencionó, el régimen contributivo tiene una mayor vinculación de médicos familiares y en una mayor variedad de roles; el rol que desempeña el médico familiar, ya que se encontró que los roles que no tienen que ver directamente con la parte asistencial, no son percibidos por los usuarios, a diferencia de lo que se había encontrado en estudios previos donde este rol si era tenido en cuenta por los que contratan médicos familiares, la vía de acceso a medicina familiar también es un factor que va a determinar la percepción, dependiendo de la información que se haya dado del médico familiar; por último la desinformación por el personal administrativo, la cual está relacionada con la anterior en la medida que si la parte administrativa no conoce qué es el médico familiar y qué hace, va a brindar una información incompleta o errónea a los pacientes.

Capítulo 8. Limitaciones

Es importante resaltar que durante el desarrollo de la investigación se evidenciaron ciertas limitaciones como la corta experticia de los investigadores en la realización de entrevistas semiestructuradas, donde en algunos casos se obtuvo poca información de parte de los entrevistados.

Debido a que los procesos de autorización por algunas entidades para la realización de las entrevistas, no fue aprobado durante el tiempo destinado para las mismas; la evaluación del rol administrativo es limitada para el rol administrativo, por lo que se recomienda en estudios futuros, explorara las percepciones en este campo, en otras instituciones donde predomine este rol.

Finalmente debido al tipo de estudio se reconoce la necesidad de profundizar en procesos investigativos que permitan generalizar resultados en poblaciones de mayor tamaño y que posibilite correlacionar aspectos sociodemográficos de las poblaciones estudiadas.

Durante el desarrollo de la investigación se encontró que la información del personal no médico no era clara con respecto al médico familiar, por lo que muchos paciente no tienen claro el rol que representa el médico familiar aún cuando hayan sido atendidos.

Capítulo 9. Recomendaciones para nuevas investigaciones

A partir de los hallazgos en el presente estudio surgen varias recomendaciones para nuevas investigaciones, como evaluar la cobertura de la población del Distrito Capital por médicos familiares en la actualidad, con el fin de determinar si se está cumpliendo con el objetivo planteado por el Ministerio de Salud y Protección Social, de “...aportar a la reducción de desigualdades en el acceso a los servicios de salud, a la integralidad, calidad, equidad y pertinencia en salud, en el contexto de la coordinación intersectorial y la gestión territorial.” Fortaleciendo la formación de médicos familiares, para brindar esta atención a los pacientes que no cuentan con ella y continuar brindando a los pacientes que ya cuentan con este servicio.

De otra parte, como se mencionó anteriormente, algunos roles ejercidos por médicos familiares, no son percibidos por los pacientes, como en los casos de cargos administrativos, investigación y líderes de equipos, por lo cual como grupo investigador se sugiere a otros grupos investigar acerca de la percepción de los usuarios sobre los médicos familiares que desempeñan específicamente estos roles y cuáles pueden ser los factores que influyen en esta percepción, no solo en los usuarios si no en el personal que labora con estos médicos familiares.

Otro aspecto que se sugiere sea tenido en cuenta en próximas investigaciones es cómo se está llevando a cabo la vinculación de médicos familiares en la red pública, no solo de Bogotá, sino del resto del país, ya que durante esta investigación se encontró que el régimen subsidiado, es el que tiene una menor contratación de médicos familiares en Bogotá.

Capítulo 10. Recomendaciones para la práctica

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en la investigación y lo que se obtuvo de las entrevistas con los pacientes se recomienda que dentro del proceso de fortalecimiento de la medicina familiar, se abra más espacio dentro del régimen subsidiado para beneficiar a esta población con la atención integral como la que brinda el médico familiar y se fortalezcan aquellos que ya la brindan como sucede en el régimen contributivo y especial.

La difusión de la especialidad no empieza desde el momento en que las personas tienen contacto con el médico especialista en medicina familiar, sino que se ve influenciada por las opiniones dadas por personas que apoyan las actividades administrativas, como la asignación de citas en cada institución; por lo que se recomienda que en las instituciones se realice una socialización con este tipo de personal, para que tengan claro el papel del médico familiar, de la misma manera, los médicos familiares a la hora de recibir al paciente se presenten por su nombre y especialidad. De otra parte, siendo que la especialización en medicina familiar es reciente en Colombia se sugiere que las instituciones realicen actividades de difusión entre los usuarios, de ésta especialidad, sus características y el beneficio que representa para la población.

Referencias

- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2015). Secretaría distrital de planeación de bogotá. Retrieved from <http://www.sdp.gov.co/PortalSDP/InformacionTomaDecisiones/Estadisticas/ProyeccionPoblacion>
- Bensing, J., Rimondini, M., & Visser Adriaan. (2013). What patient want. *Patient Education and Counseling, 90*, 287-290.
- Bonal, P., Sanchez, E., & Suffo, J. (2011). Profesionales de atención familiar y comunitaria: Competencias, tareas y relación con otros profesionales de referencia. *Atención familiar y salud comunitaria* (pp. 143-166). España: Elsevier.
- Botia, D., Velandia, J., & Jimenez, N. (2015). *Aportes de la formación de médicos familiares al desarrollo de la atención primaria en iberoamérica, una revisión hermenéutica, cuba*
- Caldas Caicedo, D. M., & Suarez Diaz, N. L. (2013). *Relación existente entre las expectativas de los encargados de contratar a un médico familiar en el campo asistencial y administrativo y las competencias propuestas por el programa de especialización en medicina familiar de la universidad el bosque*
- Conferencia Internacional Sobre Atención Primaria de Salud. (1978). *Atención primaria de salud*. Alma Ata:
- Congreso de la República de Colombia. (1993). *Ley 100 por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones*
- Congreso de la República de Colombia. (2011). *Ley 1438 por medio de la cual se reforma el sistema general de seguridad social en salud y se dictan otras disposiciones*

- Congreso de la República de Colombia. (2015). *Ley estatutaria 1751 por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones*
- De Francisco, A. (1999). Los fundamentos de la relación médico - paciente. *Educación Y Práctica De La Medicina*, 24(3), 102-111.
- De La Torre, A. (2012). Confidencialidad, secreto profesional y relaciones medico-paciente, medico-familia y medico-medico. *Bioetica para estudiantes y profesionales de ciencias de la salud* (pp. 39-48). México D.F: Alfil.
- Doherty, W., & JBaird, M. A. (2002). *Family therapy and family medicine: Toward the primary care of families*. New York: Guilford Press.
- Gomez, T., & Ceitlin, J. (2014). Medicina familiar en españa y otros países. *Atención primaria. principios, organización y métodos en medicina de familia* (pp. 278-294). España: Elsevier.
- González Blasco, P., de Benedetto, María Auxiliadora C, & Ramírez Villaseñor, I. (2008). El arte de curar: el médico como placebo. *Atencion Primaria*, 40(2), 93-95. doi:10.1157/13116156
- Gutierrez Castañeda, N. P., & Arboleda Palacio, O. (2008). *Ley no. 1188*
- J. Lázaro, & D. Gracia. (2006). La relación médico-enfermo a través de la historia. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 29, 7-17. Retrieved from <https://doaj.org/article/34a04a2c7c2c4784844f2ab3eea90b0c>
- Klemenc-Ketis, Z., Bulc, M., & Kersnik, J. (2011). Attitudes of slovenian family practice patients toward changing unhealthy lifestyle and the role of family physicians: Cross-sectional study. *Croatian Medical Journal*, 52(2), 205-11.
- Loayssa Lara, J. R., Ruiz Moral, R., & González García, F. (2014). Teoría en la acción sobre la relación con el paciente. Una perspectiva diferente de representar y entender el

comportamiento del médico de familia en la consulta. *Atención Primaria*, 47(5), 279-286.

doi:10.1016/j.aprim.2014.07.004

Martin Fernandez, J., Del Cura Gonzalez, I., Gomez Gascon, T., Fernandez Lopez, E., Pajares Carabajal, G., & Moreno Jimenez, B. (2010). Satisfacción del paciente con la relación con su médico de familia: Un estudio con el patient-doctor questionnaire. *Atención Primaria*, 42(4), 196-205.

McWhinney, I. R. (1987). Principios de la medicina familiar. In Fundación para el desarrollo de la Medicina Familiar en Venezuela (Ed.), *Introducción a la medicina familiar* (pp. 11-24)

Ministerio de Educación Nacional. (2010). *Decreto no. 1295*

Ministerio de Protección Social. (2000). *Resolución 412 por la cual se establecen las actividades procedimientos e intervenciones de demanda inducida y obligatorio cumplimiento y se adoptan las normas técnicas y guías de atención para el desarrollo de las acciones de protección específica y detección temprana y la atención de enfermedades de interés en salud pública*

Motilla Fraile, M., Sánchez-Oro, R., Curiel, O., Rodríguez, B., López, M. J., & López de Castro, F. (2009). ¿Qué cualidades valoran más los pacientes de su médico de familia? *Revista Clínica De Medicina Familiar*, , 263-268.

Murillo, J., & Martinez, C. (2010). *Investigación etnográfica - métodos de investigación educativa en ed. especial* (3 ed. ed.). Santa Cruz de Tenerife:

Rakel, R. (2015). Chapter 1. family physician. In R. Rakel, & D. Rakel (Eds.), *Textbook of family medicine* (9 ed. ed., pp. 3-16). Philadelphia: Elsevier.

Rakel, R., & Rakel, D. (2007). *Textbook of family medicine* (8th ed.) Elsevier.

- Real Academia Española. (2014). *Diccionario de la lengua española* (23. ed., ed. del tricentenario ed.). Madrid: Real Acad. Española.
- República de Colombia. (1991). *Constitución Política de Colombia*. Colombia: República de Colombia.
- Ritzer, G. (2002). Capítulo 6. interaccionismo simbólico. *Teoría sociológica moderna* (pp. 247-287). Maryland: McGraw-Hill Interamericana.
- Robles, N. (1989). Las especialidades médicas en México. *La salud en México: Testimonios 1988* (pp. 239-252) Fondo de Cultura Económica.
- Roca Balasch, J. (1991). Percepción: usos y teorías. *Apunts: Educación física y deportes*, (25), 9-14. Retrieved from <http://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=3887488>
- Rodelo, L., & Rojas, T. (2015). *Aportes de la formación de médicos familiares al desarrollo de la atención primaria en Iberoamérica, una revisión hermenéutica, Chile*
- Rodríguez Arce, M. A. (2008). *Relación médico - paciente* (1st ed.). La Habana - Cuba: Editorial Ciencias Médicas.
- Rodríguez Sehk, P., & Bonilla-Castro, E. (1997). *Más allá del dilema de los métodos* (3 ed. ed.). Colombia: Universidad de los Andes.
- Rodríguez, M. (2011). *La medicina familiar en Colombia: Experiencia en la universidad el bosque* (1st ed.) Editorial Kimpres, Ltda.
- Rodríguez, M., Bonivento, V., & Villadiego, M. (2012). *El programa de formación en medicina familiar de la universidad el bosque, su iniciación, su desarrollo y su impacto* (1st ed.)
- Rodríguez, M., Ulloa, M., & Urrego, J. (2013). *Conversatorio medicina familiar universidad el bosque*

- Sainz, M., & Janini, J. (2005). Relación médico-paciente. *Conceptos de bioética y responsabilidad médica* (pp. 25-40). México D.F: Manual Moderno.
- Torres Acosta, R. (2001). *Glosario de bioética* (1st ed.). La Habana - Cuba: Publicaciones Acuario Centro.
- Udonwa, N. E., & Ogbonna, U. K. (2012). Patient-related factors influencing satisfaction in the patient-doctor encounters at the general outpatient clinic of the university of calabar teaching hospital, calabar, nigeria. *International Journal of Family Medicine*, 2012(51), 1-7.
doi:10.1155/2012/517027
- Viceministerio de Salud Publica y Prestación de Servicios. (2014). *Proyecto de fortalecimiento de la especialización en medicina familiar perfil y competencias profesionales del médico familiar*
- Zurro, M. (2014). Atención primaria de salud. In C. Misol, M. Cases, M. Tuduri & T. Santos (Eds.), *Atención primaria* (6. ed. ed., pp. 1-13). España: Elsevier.
- Zurro, M. A. (2014). Docencia en atención primaria y medicina de familia. *Atención primaria. principios, organización y métodos en medicina de familia*. (Séptima ed., pp. 141-153)
- Zurro, M., & Jodar, G. (2011). Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria. *Atención familiar y salud comunitaria* (pp. 1-16). España: Elsevier.