

# La Medicina Familiar en búsqueda de su lugar en el Sistema de Salud colombiano

**Nicolás Arturo Salazar Sánchez**  
**Viviana Esperanza París López**

Tutores:

Dra. Isabel Cristina Ruíz  
Dra. María Helena Mora

Tutor Temático:

Dr. Mauricio Rodríguez

Universidad El Bosque  
Facultad de Posgrados  
Programa Medicina Familiar

Bogotá D.C.  
Marzo 2015

Universidad El Bosque

Facultad de Posgrados Medicina

**LA MEDICINA FAMILIAR EN BÚSQUEDA DE SU LUGAR EN EL SISTEMA  
DE SALUD COLOMBIANO**

**Nicolás Arturo Salazar Sánchez**

**Viviana Esperanza Paris López**

Tutores:

Dra. Isabel Cristina Ruiz

Dra. María Helena Mora

Tutor Temático:

Dr. Mauricio Rodríguez

**Página Aprobación**

**Categoría de Aprobación:**

---

**Firmas:**

---

**Director de Investigaciones**

---

**Director División de Posgrados**

---

**Director Posgrado Medicina Familiar**

---

**Jurado**

“La Universidad El Bosque, no se hace responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia”.

### **Expresamos nuestros agradecimientos:**

A las doctoras Isabel Cristina Ruiz y María Helena Mora por su esfuerzo y dedicación, quienes con su conocimiento, experiencia, paciencia y motivación junto con nosotros guiaron la terminación de nuestra tesis con éxito.

A los directores de posgrado de cada facultad de Medicina Familiar en Colombia, por abrirnos las puertas y permitirnos llenarnos de conocimiento para unificarlo en esta tesis.

Al Dr. Ricardo Escobar director de la ASCOFAME, al Dr. Jorge Castellanos Comisionado Nacional del Ministerio de Salud y Ministerio de Educación para el aseguramiento de la calidad de educación superior y Dr. Luis Carlos Ortiz Director de talento humano Ministerio de Salud y Protección Social, por permitirnos acercarnos a ustedes y relatarnos sus experiencias en temas relacionados y de esta manera poder enriquecer nuestro contenido en esta valiosa tesis que aporta tanto al crecimiento y consolidación de la Medicina Familiar.

Finalmente a nuestros compañeros residentes y colegas especialistas en Medicina Familiar, quienes con cada opinión le dieron vida a la investigación.

## Tabla de Contenido

Lista de tablas .....	7
Lista de Cuadros .....	8
Lista de gráficos .....	14
Resumen .....	20
CAPITULO I: El Problema .....	24
1.1 Planteamiento del problema: .....	24
1.2 Justificación.....	26
1.3 Pregunta de Investigación.....	27
1.4 Objetivos .....	28
1.4.1 Objetivo general .....	28
1.4.2 Objetivos específicos.....	28
CAPITULO II: Marco Conceptual .....	29
2.1 Sistema General de Seguridad Social en Salud .....	29
2.2 Atención Primaria en Salud.....	33
2.3 Medicina Familiar .....	40
CAPITULO III: Marco Metodológico .....	53
CAPITULO IV: Resultados y Análisis .....	56
4.1 Resultados.....	56
4.2 Análisis de resultados: .....	156
4.3 Conclusiones.....	175
4.4 Recomendaciones .....	179
Referencias Bibliográficas.....	181
Anexos .....	184
Presupuesto.....	211

## **Lista de tablas.**

Tabla 1. Comparativo de la organización de la Atención Primaria entre los diferentes países de América. Pag.186

Tabla 2. Comparativo de la organización de la Medicina Familiar entre los diferentes países de América. Pag.189

Tabla 3. Comparativo de la organización de los Sistemas de Salud entre los diferentes países de América. Pag.192

Tabla 4. Comparativo de la organización de los curriculum de Medicina Familiar entre las diferentes universidades que ofrecen el posgrado en Colombia. Pag.195

## **Lista de Cuadros**

- Cuadro 1. Distribución de los residentes de Medicina Familiar encuestados según las universidades de Colombia – Noviembre 2014. Pag.114
- Cuadro 2. Distribución de los residentes de Medicina Familiar encuestados según edad de Colombia – Noviembre 2014. Pag.115
- Cuadro 3. Distribución de los residentes de Medicina Familiar encuestados según semestre de Colombia – Noviembre 2014. Pag.116
- Cuadro 4. Experiencias en Atención Primaria en salud durante su formación en el posgrado de Medicina Familiar por universidad y semestre en Colombia – Noviembre 2014. Pag.117
- Cuadro 5. Contenidos en Atención Primaria en salud durante su formación en el posgrado de Medicina Familiar por universidad en Colombia – Noviembre 2014. Pag.119
- Cuadro 6. Opinión de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar de las diferentes universidades en Colombia sobre la relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en salud por universidades en Colombia – Noviembre 2014. Pag.120
- Cuadro 7. Razones de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre la relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en salud por universidades en Colombia – Noviembre 2014. Pag.122
- Cuadro 8. Razones en contra de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre la no relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en salud por universidades en Colombia – Noviembre 2014. Pag.122

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

Cuadro 9. Opiniones de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre si lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, comparando por semestres y universidades en Colombia – Noviembre 2014. Pag.124

lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, comparando por semestres y universidades en Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 10. Opiniones a favor de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre si lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, comparando universidades en Colombia – Noviembre 2014. Pag.125

Familiar sobre si lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, comparando universidades en Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 11. Opiniones en contra, de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre si lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, comparando universidades en Colombia – Noviembre 2014. Pag.126

Familiar sobre si lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, comparando universidades en Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 12. Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre las barreras dentro del Sistema de Salud para el ejercicio de la Medicina Familiar. Colombia – Noviembre 2014. Pag.127

dentro del Sistema de Salud para el ejercicio de la Medicina Familiar. Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 13. Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre las barreras dentro Sistema de Salud para el ejercicio de la Medicina Familiar. Colombia – Noviembre 2014. Pag.128

dentro Sistema de Salud para el ejercicio de la Medicina Familiar. Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 14. Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre las razones del impacto del Médico Familiar en el paciente y su familia. Colombia – Noviembre 2014. Pag.129

impacto del Médico Familiar en el paciente y su familia. Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 15. Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre el conocimiento de la especialidad Medicina Familiar en los sitios de rotaciones. Colombia – Noviembre 2014. Pag.130

de la especialidad Medicina Familiar en los sitios de rotaciones. Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 16. Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas comunitarias de las diferentes universidades de Pag.132

durante su formación en prácticas comunitarias de las diferentes universidades de

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

posgrado de Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 17. Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas administrativas de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014. Pag.133

Cuadro 18. Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas clínicas de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014. Pag.134

Cuadro 19. Distribución de la opinión de los residentes sobre si se realiza o no investigación durante el posgrado según universidad Colombia – Noviembre 2014. Pag.135

Cuadro 20. Distribución de la opinión de los residentes sobre el tipo de investigación realizada durante el posgrado según universidad Colombia – Noviembre 2014. Pag.136

Cuadro 21. Distribución de la opinión de los residentes sobre el conocimiento de las reformas en salud durante el posgrado según universidad Colombia – Noviembre 2014. Pag.137

Cuadro 22. Opinión de los residentes Medicina Familiar acerca de las transformaciones futuras al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia – Noviembre 2014. Pag.138

Cuadro 23. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados según las universidades de egreso de Colombia – Noviembre 2014. Pag.140

Cuadro 24. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por trabajo actual según universidad de egreso de Colombia – Noviembre 2014. Pag.141

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

Cuadro 25. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por edad. Colombia – Noviembre 2014. Pag.142

Cuadro 26. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por años de egreso Colombia – Noviembre 2014. Pag.143

Cuadro 27. Distribución de los especialistas de Medicina familiar encuestados según estudios complementarios realizados Colombia – Noviembre 2014. Pag.144

Cuadro 28. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por perfil profesional según universidad de egresado. Colombia – Noviembre 2014. Pag.145

Cuadro 29. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la opinión en cuanto a la aceptación en el lugar de trabajo. Colombia – Noviembre 2014. Pag.146

Cuadro 30. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la opinión en cuanto a la relación con especialistas en otras áreas. Colombia – Noviembre 2014. Pag.147

Cuadro 31. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la percepción del sistema de salud actual tienen cuenta a los médicos familiares. Colombia – Noviembre 2014. Pag.148

Cuadro 32. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la opinión por las cuales el sistema de salud actual tiene o no en cuenta a los médicos familiares Colombia – Noviembre 2014. Pag.149

Cuadro 33. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados el ámbito desarrollo actual Colombia – Noviembre 2014. Pag.150

Cuadro 34. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre Pag.151

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

la satisfacción en el ejercicio de la Medicina Familiar Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 35. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la labor del médico familiar a nivel ambulatorio Colombia – Noviembre 2014. Pag.152

la labor del médico familiar a nivel ambulatorio Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 36. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre el reconocimiento o no de la labor del médico familiar por la sociedad. Colombia – Pag.153

Noviembre 2014.

Cuadro 37. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la preparación del posgrado para ejercer la labor actual del médico familiar. Colombia Pag.154

– Noviembre 2014.

Cuadro 38. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las razones por las cuales si hay preparación del posgrado para ejercer la labor actual Pag.155

del médico familiar. Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 39. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las competencias adquiridas en el posgrado lo preparan para el manejo integral del Pag.156

paciente dentro del SGSSS actual. Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 40. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las razones para la preparación por competencias adquiridas en el posgrado lo Pag.157

preparan para el manejo integral del paciente entro dentro Sistema General de Seguridad Social en Salud actual Colombia – Noviembre 2014.

Cuadro 41. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las características en la labor del médico familiar que más aplica en la práctica. Pag.158

Colombia – Noviembre 2014.

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

Cuadro 42. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las competencias del médico familiar según los lineamientos de la WONCA con mayor practica en su práctica de especialista Colombia – Noviembre 2014. Pag.159

Cuadro 43. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre los campos de trabajo de mejor desempeño Colombia – Noviembre 2014. Pag.160

Cuadro 44. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las barreras del SGSSS para el desarrollo de la Medicina Familiar Colombia – Noviembre 2014. Pag.161

Cuadro 45. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre sus mejores experiencias como médico familiar. Colombia – Noviembre 2014. Pag.162

Cuadro 46. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la peor experiencia como médico familiar. Colombia – Noviembre 2014. Pag.163

Cuadro 47. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su conocimiento de las reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud actual en Colombia – Noviembre 2014. Pag.164

Cuadro 48. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su opinión acerca las transformaciones del Sistema de Salud para la inclusión de la Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014. Pag.165

Cuadro 49. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su opinión acerca de las actuales reformas en el Sistema de Salud favorecen la Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014. Pag.166

## **Lista de gráficos**

- Grafico 1. Distribución de los residentes de Medicina Familiar encuestados según edad de Colombia – Noviembre 2014. Pag.115
- Grafico 2. Distribución de los residentes de Medicina Familiar encuestados según semestre de Colombia – Noviembre 2014. Pag.116
- Grafico 3. Contenidos en Atención Primaria en salud durante su formación en el posgrado de Medicina Familiar por universidad en Colombia – Noviembre 2014. Pag.119
- Grafico 4. Opinión de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar de las diferentes universidades en Colombia sobre la relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en salud por universidades en Colombia – Noviembre 2014. Pag.120
- Grafico 5. Razones de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre la relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en salud por universidades en Colombia – Noviembre 2014. Pag.122
- Grafico 6. Razones en contra de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre la no relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en salud por universidades. Colombia – Noviembre 2014. Pag.122
- Grafico 7. Opiniones de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre si lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, Comparando universidades en Colombia – Noviembre 2014. Pag.124
- Grafico 8. Opiniones a favor de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre si lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, Comparando universidades en Colombia – Noviembre 2014. Pag.125

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

Grafico 9. Opiniones en contra, de los residentes de los posgrados de Medicina Pag.126

Familiar sobre si lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, Comparando universidades en Colombia – Noviembre 2014.

Grafico 10. Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre las fortalezas Pag.127

dentro Sistema de Salud para el ejercicio de la Medicina Familiar. Colombia – Noviembre 2014.

Grafico 11. Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre las fortalezas Pag.128

dentro sistema de salud para el ejercicio de la Medicina Familiar. Colombia – Noviembre 2014.

Grafico 12. Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre las razones del Pag.129

impacto del médico familiar en el paciente y su familia. Colombia – Noviembre 2014.

Grafico 13. Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre el grado de Pag.130

conocimiento de la especialidad Medicina Familiar en los sitios de rotaciones.

Colombia – Noviembre 2014.

Grafico 14. Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que Pag.132

tienen durante su formación en prácticas comunitarias de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014.

Grafico 15. Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que Pag.133

tienen durante su formación en prácticas administrativas de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014.

Grafico 16. Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que Pag.134

tienen durante su formación en prácticas clínicas de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014.

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

Grafico 17. Distribución de la opinión de los residentes sobre si se realiza o no investigación durante el posgrado según universidad Colombia – Noviembre 2014. Pag.135

Grafico 18. Distribución de la opinión de los residentes sobre el tipo de investigación realizada durante el posgrado según universidad Colombia – Noviembre 2014. Pag.136

Grafico 19. Distribución de la opinión de los residentes sobre el conocimiento de las reformas en salud durante el posgrado según universidad Colombia – Noviembre 2014. Pag.137

Grafico 20. Opinión de los residentes Medicina Familiar acerca de las transformaciones futuras al Sistema General de Seguridad Social en Salud. Colombia – Noviembre 2014. Pag.138

Grafico 21. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados según las universidades de egreso de Colombia – Noviembre 2014. Pag.140

Grafico 22. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por trabajo actual según universidad de egreso de Colombia – Noviembre 2014. Pag.141

Grafico 23. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por edad. Colombia – Noviembre 2014. Pag.142

Grafico 24. Distribución los especialistas de Medicina Familiar encuestados por años que lleva de egreso especialidad Colombia – Noviembre 2014. Pag.143

Grafico 25. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados según estudios complementarios realizados Colombia – Noviembre 2014. Pag.144

Grafico 26. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por perfil profesional según universidad de egresado. Colombia – Noviembre 2014. Pag.145

Grafico 27. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre Pag.146

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

la opinión en cuanto a la aceptación en el lugar de trabajo. Colombia – Noviembre 2014.

Grafico 28. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la calidad en la relación con especialistas en otras áreas. Colombia – Noviembre 2014. Pag.147

Grafico 29. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la percepción del Sistema de Salud actual tiene en cuenta a los médicos familiares. Colombia – Noviembre 2014. Pag.148

Grafico 30. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la razón por la cual el Sistema de Salud actual tiene o no en cuenta a los médicos familiares. Colombia – Noviembre 2014. Pag.149

Grafico 31. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la razón por la cual el Sistema de Salud actual tiene o no en cuenta a los médicos familiares. Colombia – Noviembre 2014. Pag.150

Grafico 32. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados en el ámbito desarrollo actual Colombia – Noviembre 2014. Pag.151

Grafico 33. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre el grado de la satisfacción en el ejercicio de la Medicina Familiar Colombia – Noviembre 2014. Pag.152

Grafico 34. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la labor del médico familiar a nivel ambulatorio Colombia – Noviembre 2014. Pag.153

Grafico 35. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre el reconocimiento o no de la labor del médico familiar por la sociedad. Colombia – Pag.154

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

Noviembre 2014.

Grafico 36. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre el si salen o no preparados del posgrado para ejercer la labor actual del médico familiar. Colombia – Noviembre 2014. Pag.155

Grafico 37. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las razones por las cuales hay preparación del posgrado para ejercer la labor actual del médico familiar. Colombia – Noviembre 2014. Pag.156

Grafico 38. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las competencias adquiridas en el posgrado lo preparan para el manejo integral del paciente dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud actual. Colombia – Noviembre 2014. Pag.157

Grafico 39. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las razones para la preparación por competencias adquiridas en el posgrado lo preparan para el manejo integral del paciente entro dentro Sistema General de Seguridad Social en Salud actual Colombia – Noviembre 2014. Pag.158

Grafico 40. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las características en la labor del médico familiar que más aplica en la práctica. Colombia – Noviembre 2014. Pag.159

Grafico 41. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las competencias del médico familiar según los lineamientos de la WONCA (World Organization of Family Doctors) con mayor practica en su práctica de especialista Colombia – Noviembre 2014. Pag.160

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

Grafico 42. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre los campos de trabajo de mejor desempeño Colombia – Noviembre 2014. Pag.161

Grafico 43. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las barreras del Sistema General de Seguridad Social en Salud para el desarrollo de la Medicina Familiar Colombia – Noviembre 2014. Pag.162

Grafico 44. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre sus mejores experiencias como médico familiar. Colombia – Noviembre 2014. Pag.163

Grafico 45. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su peor experiencia como médico familiar. Colombia – Noviembre 2014. Pag.164

Grafico 46. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su conocimiento de las reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud actual en Colombia – Noviembre 2014. Pag.165

Grafico 47. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su opinión acerca las transformaciones del Sistema de Salud para la inclusión de la Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014. Pag.166

Grafico 48. Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su opinión acerca de las actuales reformas en el Sistema de Salud favorecen la Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014. Pag.167

## Resumen

La Medicina Familiar en Colombia es una especialidad médica clínica, administrativa e investigativa que inicio en 1987 en Colombia y se encarga desde ese momento de la atención del paciente como un todo, teniendo en cuenta a su familia y a la sociedad o comunidad en donde se desarrolla; en la actualidad se intenta buscar su reconocimiento en el Sistema de Salud, a nivel social y cultural sobre sus acciones y alcances, por lo que se realiza un estudio con metodología mixta donde se busca determinar los espacios para el desarrollo de la Medicina Familiar en el Sistema General de Salud en Colombia, caracterizando el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia en relación con la Medicina Familiar a través de revisión documental, encuestas con preguntas cerradas y abiertas a especialistas en Medicina Familiar y entrevistas con preguntas semiestructuradas e individualizadas a personajes claves del Sistema de Salud colombiano, además, estableciendo el perfil del médico familiar respecto a lo propuesto por los curriculum de los posgrados de Medicina Familiar en Colombia y su concordancia con el perfil propuesto por la Wonca (World Organization of Family Doctors) a través de revisión documental, encuestas con preguntas abiertas y cerradas a directores de los posgrados de medicina familiar en Colombia y a los residentes que asistieron al III congreso de Medicina Familiar de la universidad El Bosque en Bogotá y finalmente se analizaron los roles, experiencias y acciones que realizan los médicos familiares en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia a través de encuestas con preguntas abiertas y cerradas a los egresados especialistas en Medicina Familiar que asistieron también al congreso de universidad El Bosque en Bogotá, donde se analizaron los datos de forma cualitativa con la técnica de análisis de contenido en el programa ATLAS. ti 6.2 y análisis cuantitativo con el programa IBM SPSS Statistics 22.

A partir de estos análisis, se evidencio que el campo de la Medicina Familiar en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano no está descrito en las

políticas de salud actuales, en contraste con los múltiples roles administrativos, clínico e investigativos que desarrolla la especialidad dentro del contexto de aseguradores en el I, II y III nivel de atención con mayor énfasis en el principio de coordinación de servicios de salud y administrador de recursos y en menor cuantía en su principal principio de prevención y promoción de la salud, además también las buenas interrelaciones con especialidades pero con un bajo reconocimiento de su existencia por la sociedad, a pesar de que los diferentes curriculum de las universidades se adecuan a las necesidades del Sistema de Salud actual colombiano pero alejándose de los principios básicos de la Medicina Familiar según WONCA (World Organization of Family Doctors) en el contexto de la Atención Primaria Integral en Salud.

## **Abstract**

Family Medicine in Colombia is one, administrative and investigative medical specialty clinic that began in 1987 in Colombia and is responsible from that point of patient care as a whole, with his family and society, with beginning of recognition in the system health, social and cultural level about their actions and scope, so a study with mixed methodology which sought to determine the spaces for the development of family medicine in the General health System in Colombia I was done, characterizing the system General of Social Security in Health in Colombia in relation to family medicine Atraves document review, surveys semi-structured questions to specialists in family medicine and individualized key characters Colombian Health system interviews, establishing the profile of the family doctor regarding proposed curriculum for postgraduate family medicine in Colombia and its agreement with that proposed by the Wonca profile through document review, surveys semi-structured questions to directors of postgraduate family medicine in Colombia and residents who attended the III Congress family Medicine, University Forest, finally analyzing the roles, experiences and actions performed by family physicians in the General Social Security System in Health in Colombia through surveys with semi-structured questions to specialists in family medicine graduates who attended the III Congress of Family Medicine, University Forest where data qualitatively with the technique of content analysis in the ATLAS program were analyzed. ti 6.2 and triangulation of information, quantitative analysis with IBM SPSS Statistics 22 program, where the field of family medicine was evident in the general social security system in Colombian health is not described in the policies of current health, in contrast to the multiple administrative, clinical and research roles that develops specialty insurers in the context of the I, II and III level of care with greater emphasis on the principle of management of resources and to a lesser extent on its core principle of prevention and promotion health, also showing good relationships with specialties but low recognition of their existence by society, considering further that the curriculum of

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

universities is adapted to the needs of current health system Colombian but away from the basic principles of family medicine as WONCA (World Organization of Family Doctors) in the context of comprehensive primary health care.

## **CAPITULO I: El Problema**

### **1.1 Planteamiento del problema:**

La Organización Mundial de la Salud desde comienzos de los años 80s ha explicado las necesidades, la importancia y los beneficios que tiene un Sistema de Salud basado en Atención Primaria, existiendo distintas experiencias desde este tiempo exitosas en el mundo<sup>1</sup>, como son los ejemplos claros de Cuba, Brasil, España, Canadá, República Dominicana y México entre otros. En Colombia se han intentado desde esta misma época experiencias en Atención Primaria, iniciando en modelos de salud familiar con énfasis en Atención Primaria en Salud y posteriormente Medicina Familiar; algunas de estas experiencias han sido bastante exitosas y han sido institucionalizadas en determinadas entidades, regionalizadas en diferentes partes del país, sin convertirse en un marco general aún<sup>2</sup> para Colombia.

Dentro de la problemática que existe aún es el desconocimiento de la población colombiana por la especialidad en Medicina Familiar dado que no es reconocida a nivel de las sociedades y de la comunidad, por lo tanto no se reconocen sus principios básicos de la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud y la importancia dentro de su territorio, los beneficios ni factores protectores que el médico familiar puede proporcionar en el momento de la atención integral a un grupo de riesgo determinado, tampoco sus habilidades y funciones en el Sistema de Salud, por lo que ha sido difícil que se logre reconocer para lo cual están preparados; sin embargo, día a día se logran experiencias exitosas dando un espacio de reconocimiento para el médico familiar con el paciente, su familia y su entorno.

Por otro lado, también se evidencian dificultades en la integración completa de la Medicina Familiar al Sistema de Salud actual, a falta de programas y políticas en Atención Primaria en Salud y un Sistema de Salud basado en la supra especialidades por baja resolutiveidad en el primer nivel de atención,

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

descuidando el abordaje de los primeros niveles de atención, con carencia en programas de mantenimiento de la salud, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y vacunación entre otros, sumado a que las instituciones en salud de primer nivel no tiene la capacitación para generar atención en salud basados en Atención Primaria Integral y existen pocos especialistas en Medicina Familiar laborando en Atención Primaria en Salud en Colombia<sup>4</sup>.

## **1.2 Justificación**

La Investigación hace parte de un conjunto de estudios que hace la facultad de medicina de la Universidad El Bosque, en el departamento de posgrados con la especialidad de Medicina Familiar, junto con el área de investigación en el campo de la medicina comunitaria; basándonos entonces en la formación en Medicina Familiar, iniciando hace más de 30 años conformada en Colombia y desde ese momento formando más de 400 médicos especialistas creando programas de Medicina Familiar en distintas ciudades de Colombia, sin lograr llegar a consolidar la verdadera labor de la especialidad, teniendo en cuenta que las características y principios implícitos de la enseñanza van encaminadas a desempeñarse como la puerta de entrada al sistema y dirigir la atención primaria integral en salud, sin embargo, el Sistema General de Salud colombiano, a pesar de intentar hacer los cambios para instaurarla no ha tenido éxito y no ha logrado la verdadera relación con la Medicina Familiar y la atención primaria en salud<sup>5</sup>, conociéndola como la más efectiva estrategia de promoción, prevención y mantenimiento de la salud.

Por lo que el fin último de esta investigación es lograr resaltar todas esas características del médico familiar que junto con la atención primaria son ese eslabón perdido dentro del Sistema de Salud actual, caracterizándolo y buscando espacios dentro de éste para el médico familiar, además identificar las falencias en la formación de los médicos familiares y aportar para que correspondan con las necesidades del sistema, llegando a la conclusión de los espacios reales de la Medicina Familiar dentro del Sistema de Salud colombiano.

### **1.3 Pregunta de Investigación**

¿Cuáles son los espacios en el Sistema General de Seguridad Social en Salud Colombiano para que la Medicina Familiar se desarrolle y se consolide?

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo general**

Determinar los espacios para el desarrollo de la Medicina Familiar en el Sistema General de Salud en Colombia

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- Caracterizar el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia en relación con la Medicina Familiar.
- Establecer el perfil del médico familiar, respecto a lo propuesto por los curriculum de los posgrados de Medicina Familiar en Colombia y su concordancia con el perfil propuesto por la WONCA (World Organization of Family Doctors).
- Analizar los roles, experiencias y acciones que realizan los médicos familiares en el Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia.

## **CAPITULO II: Marco Conceptual**

El marco conceptual para esta investigación se desarrollará a partir de tres temas fundamentales, el Sistema General en Seguridad Social en Salud colombiano, la Atención Primaria en Salud, y la Medicina Familiar, iniciando desde sus antecedentes y orígenes hasta su actualidad.

### **2.1 Sistema General de Seguridad Social en Salud:**

Se empieza entonces a partir de la constitución nacional de 1991, en el artículo 48 se definió la seguridad social en la siguiente forma: “La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social”<sup>5</sup>.

Posteriormente, la Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social Integral con los componentes de Pensiones, Riesgos Profesionales y Salud.

La administración de los seguros está delegada en las entidades promotoras de salud (EPS) del régimen contributivo y en las del régimen subsidiado (EPS-S), que pueden ser públicas o privadas. El Sistema reconoce como “prima” de aseguramiento la denominada unidad de pago por capitación (UPC) que se encuentran unificadas para mejorar la atención tanto en el régimen contributivo como en el régimen subsidiado. El plan de beneficios del régimen contributivo (POS) incluye actividades, procedimientos e intervenciones (API) definidos por el acuerdo 08 de la CRES para eventos que requieran atención en los diferentes niveles de complejidad y medicamentos según lista definida por la misma Comisión. El POS del régimen subsidiado es inferior e incluye API de nivel básico de atención, alto costo y en el nivel de mediana complejidad está limitado a cirugías abdominales, oftalmología y optometría para menores de 20 y mayores de 60 años y atención ambulatoria de pacientes con diabetes mellitus tipo 2 e hipertensión arterial<sup>6</sup>.

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

En 2004 se creó el régimen de subsidios parciales para entes territoriales de más de 100.000 habitantes o municipios vecinos con fácil acceso a una entidad de alta complejidad, con un plan de beneficios restringido a eventos de alto costo, procedimientos de ortopedia y traumatología y atención de embarazo, parto y puerperio, con una UPC equivalente al 42% de la correspondiente al régimen de subsidios totales. La población afiliada a este plan de beneficios es prioritaria para afiliarla al de subsidios totales, aunque tiene una proporción de población clasificada por el sisbén como nivel 3, la cual no tendría afiliación. Por orden la corte constitucional en la sentencia T-760 de 2008, los menores de 18 años tienen un solo plan de beneficios, el cual corresponde al definido para el régimen contributivo. El diseño del sistema incluye la prohibición de la selección adversa, sin embargo, se observan obstáculos para la afiliación en las EPS de personas con enfermedades de alto costo o con avanzada edad, quienes se ven obligados a recurrir a la tutela para lograr su afiliación<sup>6</sup>.

Antes de la vigencia de la ley 100 de 1993, en Colombia el sistema nacional de salud incluía en la estructura del ministerio de salud, una dirección de campañas directas, responsable de los programas de control y erradicación de la malaria, dengue y otras enfermedades; una dirección de epidemiología, responsable del estudio y vigilancia de las enfermedades y de las actividades de promoción y prevención; una dirección de salud ambiental responsable de las actividades de prevención y control de los factores ambientales y de alimentos y medicamentos y una dirección médica, con responsabilidad en los programas de atención en salud, materno infantil, vacunación, crónicas, etc<sup>20</sup>.

Como plan de beneficios se creó el plan de atención básica (PAB) que fue reemplazado por el plan nacional de salud pública (PNSP) y este por el plan de salud pública de intervenciones colectivas (PSIC) creado por la ley 1122 de 2007. En este último, las entidades territoriales deben elaborar su propio plan siguiendo los lineamientos definidos por el ministerio de la protección social constituidos por aquellas intervenciones que se dirigen directamente a la colectividad o aquellas que son dirigidas a

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

los individuos pero tienen altas externalidades, tales como la información pública, la educación y el fomento de la salud, medidas para el control de factores de riesgo para la salud, etc.

El SGSSS estableció por norma que las EPS tanto del régimen contributivo como del régimen subsidiado tienen la obligación de realizar un conjunto de acciones individuales de salud pública, dentro de los límites establecidos por el POS. Estas incluyen actividades de promoción de la salud (ej. consulta niño sano), de prevención de la enfermedad (ej. tamizaje cáncer cuello uterino) e intervenciones para el manejo de enfermedades consideradas de interés en salud pública por tener externalidades y por consiguiente un potencial impacto en la salud colectiva, tales como enfermedades infecciosas (ej. tuberculosis) y transmitidas por vectores (malaria) y enfermedades de alta prevalencia que de no recibir control y seguimiento son un factor de riesgo para el desarrollo de enfermedades de mayor gravedad (ej. hipertensión arterial)<sup>7</sup>.

Por todo lo anterior, se considera que un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria será la estrategia ideal para llevar a cabo lo anteriormente planteado de una manera clave, donde debe ser parte integral de las estrategias nacionales y locales de desarrollo socioeconómico, estando fundamentado en valores compartidos que involucren mecanismos activos de participación para garantizar transparencia y rendición de cuentas en todos los niveles<sup>8</sup>. Esto incluye actividades que den poder a los individuos para manejar mejor su propia salud y que estimulen las habilidades de las comunidades para hacerse socios activos en la priorización, gestión, evaluación y regulación del sector salud; ello implica que las acciones colectivas e individuales deben encaminarse a promover ambientes y estilos de vida saludables, mediante la incorporación de actores públicos, privados y de la sociedad civil<sup>9</sup>, estructurando todo un sistema de organización y funciones para la implementación de esta estrategia, incluyendo un marco de referencia legal, política e institucional que identifique y dé poder a las

acciones, los actores, los procedimientos y los sistemas legales y financieros, que permitan a la Atención Primaria desempeñar sus funciones específicas, complementándolo con las buenas prácticas de gestión que faciliten la innovación para mejorar constantemente la organización y la provisión de atención de forma que satisfaga los estándares de calidad, ofrezca lugares de trabajo atractivos para los trabajadores de la salud y responda a las necesidades de los ciudadanos; estas buenas prácticas de gestión mencionadas anteriormente, incluyen entre otras, la planificación estratégica, la investigación operativa y la evaluación del desempeño.

Pero, ¿cómo se inicia entonces la organización de esta estrategia en el sistema?, inicialmente se debe trabajar porque la atención primaria, sea el primer contacto, debe servir como puerta de entrada al sistema de servicios sociales y de salud para la consulta de todos aquellos problemas nuevos de salud y el lugar donde la mayoría de ellos deben ser resueltos. Mediante esta función la Atención Primaria refuerza sus fundamentos, representando en la mayoría de los casos, la interface principal entre el sistema de servicios sociales y de salud y la población. De esta forma, un Sistema de Salud basado en la Atención Primaria fortalece su papel en la atención de primer nivel, pero tiene elementos estructurales y funcionales adicionales que en forma significativa van más allá del primer nivel de atención a la salud, apoyándose en el recurso humano dado por quienes proveen los servicios, los trabajadores comunitarios, los gestores y el personal administrativo, donde deben desarrollar una combinación correcta de habilidades y conocimientos, observar los estándares éticos y tratar a todas las personas con dignidad y respeto; pero para lograr la disponibilidad de este tipo de recursos humanos exige una planificación estratégica e inversión de largo plazo en capacitación, empleo, formas de incentivación del personal, así como la ampliación y fortalecimiento de los conocimientos y de las habilidades de los trabajadores de salud existentes, para así, impulsar equipos multidisciplinarios, donde son fundamentales y requieren no sólo de la combinación correcta de profesionales, sino

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

también de la definición de roles y responsabilidades, de su distribución geográfica adecuada, y de la capacitación necesaria para maximizar la contribución del equipo de trabajo a los resultados de salud, a la mejor salud del trabajador y a la satisfacción del usuario, claro está que todo lo anterior exige compromiso y voluntad política a lo largo del tiempo, debe haber mecanismos explícitos que garanticen, aún en tiempos de cambio político, económico o social, la sostenibilidad de la Atención Primaria y que permitan a los tomadores de decisiones invertir hoy para satisfacer las necesidades del mañana.

## **2.2 Atención Primaria en Salud:**

Ahora bien, ¿Cómo se define y cómo surgió la atención primaria?

La Atención Primaria en Salud se entiende como un primer nivel amplio e integrado, que incluye elementos como participación comunitaria, coordinación intersectorial, respuesta a los más amplios determinantes de la salud, cobertura y accesibilidad universal según la necesidad, auto cuidado, participación individual y comunitaria, tecnología apropiada y costo-efectividad en relación con los recursos disponibles<sup>4</sup>, basándose todo lo anterior en la declaración de Alma Atta en 1978 donde se enmarca que debe haber un sistema que considere el derecho al nivel de salud más alto posible, expresado en muchas constituciones nacionales y articulado en los tratados internacionales. Este derecho es básico, en el sentido que debe garantizarse que los servicios de salud tengan la capacidad de responder a las necesidades de la población, que haya rendición de cuentas en el sistema de salud y que la Atención Primaria sea orientada hacia la calidad, de tal forma que se logre la máxima eficiencia y efectividad y se minimicen los daños y perjuicios.

Otro aspecto que enmarca la Atención Primaria es la equidad en salud, lo que indica la ausencia de diferencias injustas en el estado de salud, en el acceso a la atención, en los ambientes saludables y en el

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

trato que se recibe en los sistemas de servicios sociales, ya que este es la piedra angular de los valores sociales: “La forma como una sociedad trata a sus miembros que están en peor situación reflejando la manera cómo se juzga la vida humana”<sup>11</sup>, lo que quiere decir que la gente debe ser capaz de corregir las inequidades mediante el ejercicio de sus derechos morales y legales para exigir salud y otros bienes de carácter social, por lo que la equidad se debe colocar como un valor central, buscando que las políticas y programas de salud se deben orientar hacia la consecución de la equidad, siendo un imperativo moral, una obligación social y legal<sup>12</sup>.

Siguiendo entonces, otro valor que se debe tener en cuenta es la solidaridad, este se requiere para garantizar que las inversiones en salud sean sostenibles, para proveer protección financiera, manejo descontrolado del riesgo en salud, y para posibilitar que el sector salud trabaje con éxito junto a otros sectores y actores sociales, cuyo involucramiento es fundamental para mejorar la salud y las condiciones que la determinan<sup>11</sup>.

Por lo tanto los sistemas de salud basados en la atención primaria se deben fundamentar también en principios que formen las bases para las políticas de salud, la legislación, la generación y asignación de los recursos, así como para la operativización del Sistema de Salud, siendo los principales, la capacidad de responder a las necesidades en salud de la población, es decir, que los sistemas de salud se centren en las personas de tal modo que puedan satisfacer sus necesidades de la forma más amplia posible y de una manera integral, al tiempo que promueve el respeto y refleja sobre las preferencias y necesidades de las personas independiente de su status socioeconómico, cultura, género, condición étnica o racial<sup>12</sup>; por otro lado, los servicios orientados hacia la calidad son indispensables, donde responden a las necesidades de la población de manera anticipada y tratan a todas las personas con dignidad y respeto al tiempo que aseguran el mejor tratamiento posible de sus problemas de salud. Cumplir con lo

anterior, requiere dotar a los profesionales de salud de todos los niveles con conocimientos clínicos fundamentados en la evidencia y con los instrumentos necesarios para su actualización continua<sup>13</sup>. Un enfoque orientado hacia la calidad requiere de procedimientos adecuados para evaluar la eficiencia y la efectividad de las intervenciones de salud preventiva y curativa y para asignar los recursos de una manera adecuada, es entonces cuando el gobierno inicia su labor, por un lado busca que los ciudadanos sean protegidos de cualquier menoscabo de sus derechos y por otro el manejo de los recursos en salud requiere del desarrollo de políticas y de procedimientos reguladores y legales específicos que permitan a los ciudadanos hacer exigibles sus derechos si no se reúnen las condiciones apropiadas de su aplicación. Este principio se aplica a todas las funciones de los sistemas de salud sin consideración del tipo de proveedor (sea éste público, privado o sin fines de lucro). El Estado, en cumplimiento de sus funciones, debe establecer las condiciones que aseguren los recursos necesarios para satisfacer las necesidades de salud de la población, además garantizar la equidad y la calidad de los servicios de salud, es entonces cuando los distintos niveles del gobierno (ya sea nacional, estatal, regional o local) necesitan de líneas claras de responsabilidad y de los mecanismos correspondientes para la rendición de cuentas y así llevar a cabo una adecuada sostenibilidad del sistema de salud, sumándole el uso de la planificación estratégica y de la generación de compromisos duraderos, donde cada recurso invertido debe ser suficiente para satisfacer las necesidades actuales de la población, al tiempo que se planifica la estrategia para combatir los desafíos de la salud del día a día<sup>14</sup>.

Sumándole a lo anterior la participación de la sociedad, punto indispensable para el desarrollo de un sistema de salud; la participación hace a las personas socios activos de la toma de decisiones sobre la asignación y el uso de los recursos, la definición de las prioridades y de los procesos de rendición de cuentas, es una expresión de la participación cívica en general, permite que el sistema de salud refleje los valores sociales y es un medio para el control de las acciones públicas y privadas que impactan de

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

alguna manera a la sociedad, y finalizando con el complemento de la atención primaria y es el énfasis característico en la prevención y en la promoción, porque estas intervenciones son costo-efectivas, éticas, confieren poder a las comunidades y a los individuos para ejercer mayor control sobre su salud, y porque son esenciales para abordar los principales determinantes sociales de la salud, permitiendo ir más allá de la orientación clínica tradicional para incorporar la educación y la consejería en salud en el ámbito clínico individual y familiar de la población, uniéndolo con una atención apropiada, donde toda la atención prestada se basa en la mejor evidencia disponible y que la asignación de los recursos se prioriza con criterios de eficiencia y de equidad, que no se enfoca en el órgano o en la enfermedad, si no enfocada en la persona como un todo teniendo en cuenta sus necesidades sociales y de salud, su entorno a lo largo de la vida, al tiempo que garantiza que la persona no sufra daños o perjuicios de ningún tipo<sup>9</sup>.

Es entonces donde se toman algunas experiencias de países de América Latina y Europa, con bastante éxito, por lo que a continuación se van a exponer algunos de los sistemas de salud y la organización de estos, donde integran a la medicina familiar como la base del sistema.

Iniciando con la Atención Primaria en el Sistema de Salud de España, donde pone a disposición de la población una serie de servicios básicos con una duración de 15 minutos, desde cualquier lugar de residencia; los dispositivos asistenciales principales son los centros de salud, donde trabajan equipos multidisciplinares integrados por médicos de familia, pediatras, personal de enfermería y personal administrativo, pudiendo disponer también de trabajadores sociales, matronas y fisioterapeutas<sup>15</sup>. Dada su disposición en el entramado de la comunidad, se encomienda a este nivel las tareas de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, educación sanitaria, prevención de la enfermedad, asistencia sanitaria, mantenimiento y recuperación de la salud, rehabilitación y trabajo social, cortando con las

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

barreras de acceso y equidad, la atención primaria llega físicamente hasta el domicilio del ciudadano cuando es necesario<sup>16</sup>.

La asistencia sanitaria se presta tanto a demanda como de manera programada o urgente, y tanto en la consulta del centro de salud o del consultorio rural, como en el domicilio del enfermo; incluye la prescripción y realización, en su caso, de procedimientos diagnósticos y terapéuticos, de igual modo se brinda atención médica y de enfermería de forma continuada, para los problemas de salud urgentes, se realizan actividades de información y vigilancia en la protección de la salud y se ofrecen servicios de rehabilitación física.

Por otro lado el Sistema Nacional de Salud de Cuba, cuenta con un conjunto de instituciones que tienen la obligación de garantizar el acceso libre e igualitario a todos los programas y servicios de salud y brindar una cobertura al 100% de la población. Dicho acceso no está determinado por el nivel de ingreso, economía o pertenencia a un sistema de aseguramiento público o privado. La asistencia médica se brinda a través de una red de 219 hospitales, 13 institutos de investigación, 498 policlínicos y un contingente de médicos de familia ubicados en las comunidades, centros laborales y centros educacionales<sup>17</sup>.

La prestación se enfoca en la atención primaria de salud, basada en el modelo del médico y la enfermera de la familia. Para desarrollar este enfoque se tomaron en cuenta tres elementos: la tendencia a la supe especialización de la práctica médica, los cambios en el patrón de morbimortalidad con incremento de las enfermedades crónicas no transmisibles y la necesidad de promover estilos de vida más sanos en la población. El modelo de médicos y enfermeras familiares garantiza una mayor accesibilidad a los servicios de Atención Primaria y tiene como objetivo general mejorar el estado de salud de la población. Para alcanzar este objetivo aplica un enfoque integral que va desde la promoción

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

hasta la rehabilitación, utilizando como instrumento esencial el análisis de las situaciones de salud. Este análisis demanda la integridad, siendo imprescindible la participación comunitaria e intersectorial.

Ahora bien, en Brasil la propuesta de la salud familiar comenzó a desarrollarse en los años 90 después de casi 3 años de trabajo de los profesionales especializados en salud comunitaria en algunos municipios. El gobierno estaba planeando una forma de poner en acción todos los principios del sistema de salud de Brasil escritos en la constitución nacional en 1988, la aplicación de esta propuesta debería ser una respuesta a las necesidades de salud del país, sin embargo la propuesta fue tomada como un programa, y los primeros equipos comenzaron a trabajar en doce ciudades en 1994 bajo el nombre de los equipos del Programa de Salud Familiar<sup>18</sup>

Estos equipos en su mayoría tuvieron éxito, y otras ciudades comenzaron a implementar nuevos equipos en los años siguientes, pero el programa presentó problemas para despegar y también personal, debido a la forma burocrática de financiar el programa en los primeros años. El municipio tuvo que formular una propuesta anual al ministerio para que este designara recursos de acuerdo a las necesidades y cuántos equipos querían implementar o mantener; este organismo analizaba la propuesta antes de que las partes celebraran un acuerdo y los recursos fueran transferidos. Todo este proceso, por lo general, se tomó el tiempo y exigió un gran esfuerzo para todas las partes involucradas, los retrasos eran comunes en la transferencia por este proceso<sup>30</sup>. En este sentido, algunos municipios optaron por no implementar los nuevos equipos o incluso a suspender el programa; pero aún con estos problemas, el país contaba con 2.054 equipos de trabajo en julio de 1998 con una gran aceptación popular y política.

En el año 2006, el ministerio en unión con los estados y municipios formuló la política nacional de atención primaria de la salud, que trajo un nuevo apoyo en Brasil y reafirmó la salud familiar como estrategia nacional, cambiando su nombre de programa de salud Familiar a estrategia de salud familiar, lo que le dio un mayor estatus<sup>11</sup>.

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

Hoy en día, Brasil cuenta con más de 33.420 equipos de salud familiar que trabajan en todo el país, lo que representa una cobertura nacional superior al 54%. Los equipos de trabajo han vinculado a más de 255.000 trabajadores de salud comunitarios y 22.000 equipos de salud dental. Esto significa que las estrategias han contado con más de 350.000 trabajadores<sup>14</sup>.

La expansión y el mejoramiento de la atención primaria de la salud, de acuerdo con la Estrategia de Salud Familiar, comprenden una serie de prioridades políticas presentadas por el Ministerio de Salud y aprobado por el Consejo Nacional de Salud. Este concepto sustituye a la propuesta anterior, que se centraba exclusivamente en la enfermedad, para dar paso a la gestión y prácticas sanitarias desarrolladas con democracia y participación. Por lo que está estructurada siguiendo la concepción internacional que tiene como base: acceso, integridad, continuidad y coordinación. Al delimitar claramente sus usuarios, los equipos de salud de la familia han logrado establecer un vínculo con el público en general, por lo que es posible que los profesionales se comprometan y compartan la responsabilidad con los usuarios, familiares y comunidad; el reto es ampliar el alcance de estas actividades, con miras a una atención más efectiva; ya que la salud de la familia se entiende como la principal estrategia para el cambio y está plenamente integrada en el contexto general de la reorganización del sistema de salud.

En Europa y otros países industrializados la atención primaria ha sido principalmente identificada con el primer nivel de atención de los servicios de salud para toda la población. En los países en desarrollo la atención primaria ha sido preponderantemente “selectiva”, concentrando sus esfuerzos en pocas intervenciones de alto impacto que han tomado como blanco a las causas más prevalentes de mortalidad infantil y algunas enfermedades infecciosas<sup>6</sup>.

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

Por todo lo anterior y las experiencias tanto a nivel internacional como nacional, se concluye que la atención primaria, sigue siendo la mejor y más efectiva estrategia de promoción, prevención y mantenimiento de la salud, por lo que en Septiembre del 2003 la OPS y la OMS aprobó la resolución para la renovación de la atención primaria en salud, lo que conlleva a lograr mejoras sostenibles en salud para toda la población, dar respuesta a las necesidades en salud, rescatando la universalidad, accesibilidad, equidad y participación social.

### **2.3 Medicina Familiar:**

Para iniciar hablar de la Medicina Familiar, se iniciará abordando su desarrollo en sí misma y en los diferentes países, ya que es fundamental conocer su historia, experiencias y evolución, para así poder acoplarla más fácil a el Sistema de Salud colombiano.

Inicia entonces, en los países de habla inglesa el desarrollo de la Medicina Familiar desde la práctica general. En el siglo XIX y a principios del siglo XX la gran mayoría de la profesión médica era ejercida por médicos generales, los que practicaban medicina, cirugía y obstetricia; Y en los primeros años de este siglo, comenzaron a emerger las especialidades mayores: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. “Las especialidades Médicas surgen porque grupos de médicos se dedicaron a tratar un órgano o restringían su práctica a determinadas patologías o a algunas tecnologías”<sup>4</sup>.

Alrededor de los años 50, el declinante número de médicos generales comenzó a crear una brecha en el nivel de atención primaria. Fue en esa época que en muchos países se formaron los colegios y academias de medicina general, dedicados al desarrollo académico de la disciplina; la práctica de la medicina general comenzó a ser vista, no simplemente como el grueso indiferenciado de la profesión sino, como una disciplina clínica y un cuerpo de conocimientos por propio derecho<sup>19</sup>. Es entonces

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

donde se empieza a crear y a fomentar la Medicina Familiar, como un médico generalista, que maneja las principales o más prevalentes condiciones de enfermedad e intenta hacer un abordaje biopsicosocial, para englobar al paciente en un todo y dar un manejo integral, por lo que empieza a surgir esta concepción de la medicina familiar a nivel mundial, lo que conllevó a que diferentes países como México, Brasil, España, Cuba, Inglaterra, Francia, Canadá entre otros tengan como puerta de entrada al sistema de salud al médico familiar.

Para poner en contexto se inicia hablando de España, donde se vio una gran influencia en la reforma llevada a cabo en la atención primaria, una reforma que se inició en los últimos años de la década de los setenta, que se concretó de forma definitiva al comienzo, de los años ochenta, pero que necesitó, hasta finales del siglo pasado, para extender el modelo a todas las regiones españolas. Sin ningún lugar a dudas, tal como recogen la mayoría de los estudios de evaluación efectuados sobre el sistema sanitario español, el modelo de atención primaria ha contribuido de manera determinante en sus niveles de calidad<sup>26</sup>. Esta etapa de inicio, correspondiente con los primeros años de la década de los ochenta, donde estuvo llena de incertidumbre, pues la corriente ideológica que llega, emanada de Alma-Ata, era claramente insuficiente para construir un nuevo modelo de atención sanitaria<sup>20</sup>.

A pesar de ello, se iniciaron las reformas, que tuvieron tres momentos de claro afianzamiento: el primero, la creación en 1978 de la especialidad de medicina familiar y comunitaria; el segundo corresponde con el año 1984, con la aprobación de un real decreto en el que se definen las estructuras asistenciales de la atención primaria, y que podemos hacer coincidir con el nacimiento en las leyes y el tercero, en 1986, con la aprobación de la ley general de sanidad, que se trata de la norma más importante de la sanidad española, vigente en la actualidad, y en la que se establece que la atención primaria es el eje del modelo sanitario<sup>16-21</sup>.

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

A su vez la Medicina Familiar y Comunitaria en Brasil comenzó su desarrollo en los años 70, incluso antes de la Conferencia de Alma Ata, cuando tuvieron lugar las primeras tres residencias en esta especialidad, en Río Grande do Sul, Río de Janeiro y Pernambuco. Estas experiencias fueron muy importantes para que se entrara en debate sobre la atención primaria de salud desde un nuevo enfoque, dejando atrás los programas verticales centrados en enfermedades que eran muy fuertes en ese momento<sup>11</sup>.

En 1981 se fundó la Sociedad Brasileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SBMFC), en ese momento denominada Sociedad Brasileña de Medicina General y Comunitaria, nombre que mantuvo hasta 2001. En los años 80 y principios de los 90, la SBMFC ha luchado para mantenerse activa en un escenario nacional, con poco o ningún incentivo del gobierno para el desarrollo de la atención primaria. Este panorama cambió abruptamente con la creación del Programa de Salud de la Familia que fue fuertemente influenciado por algunas de las experiencias de medicina familiar y comunitaria sucediendo en Brasil en ese momento. Hoy en día, Brasil cuenta con más de 190 programas de residencia en medicina familiar y comunitaria.

Al ver y conocer los diferentes ejemplos a nivel internacional, donde países en desarrollo y desarrollados han basado su sistema de salud en Atención Primaria y en Medicina Familiar, es indispensable también conocer como inicio la Medicina Familiar en Colombia, además que estrategias y experiencias se han intentado crear y fortalecer a nivel nacional.

Es entonces, cuando la medicina familiar llega por primera vez a Colombia, por el Dr. Diego Mejía, quien nació en Tuluá, Valle, el 7 de agosto de 1.938. Su padre, Célamo Mejía y su madre Isabel Gómez, quien le sobrevivió unos años más. Su voracidad por la lectura, el afán de descubrir lo nuevo y el deseo de plantear cambios en el curriculum de medicina para formar un médico más integral, lo llevan de regreso a Estados Unidos, en donde permanece entre 1.980 y 1.981 en la Universidad de Washington,

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

en Seattle, realizando Fellowship en Medicina Familiar, con el maestro Gabriel Smilkstein. Enfatizando siempre una y otra vez por la continuidad, por valorar cada contacto con la persona como una oportunidad para educar y prevenir, por el ideal de que el médico familiar viviera en el mismo vecindario a cuya comunidad servía<sup>4</sup>.

En la década del 70 el decano de la facultad de medicina de la Universidad del Valle el Dr. Ernesto Zambrano empezó a interesarse en la importancia de la formación de un médico general, envía al Dr. Diego Mejía a realizar una gira en los diferentes programas de Medicina Familiar en Norte América, con el fin de mejorar el currículo del programa del pregrado de la universidad. Este visita la ciudad de Washington, patrocinado por la fundación Kellogg's, donde realizan un Fellow con entrenamiento para ser docente a especialistas de Medicina Familiar y pudo visitar varias universidades en Cleveland con el Dr. Medalie, en Virginia con el Dr. Mayo, en Carolina del Sur con el Dr. Kerry, en Ontario con el Dr. Mc Winney, en Miami con el Dr. Lynn Carmichael entre otro<sup>22</sup>.

Es entonces cuando llega a Colombia por el Dr. Diego Mejía Gómez a comienzo de los años 80 de una experiencia norteamericana basada en las herramientas de la salud familiar y comunitaria, paralelamente la Organización Mundial de la Salud en su proclamación de Alma Atta hablaba de la instauración de sistemas de salud basados en Atención Primaria integral para el mundo, por lo cual argumentando las semejanzas en los principios de la especialidad con atención primaria en salud, se inicia la visualización de estos programas y la capacidad que tienen estos médicos especialistas y el aporte que hacen al realizar un abordaje integral y evitar la fragmentación excesiva del cuidado de salud del ser humano; Es entonces, cuando decide proponer el posgrado de medicina familiar, que inicia en el año de 1984, en la Universidad del Valle<sup>22</sup>, iniciando la especialidad en enero de 1984, fundada por el anterior mencionado doctor, donde se inicia como un programa educativo universitario de especialidad, con duración de 3 años, de tiempo completo y dedicación exclusiva, dando este primer

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

paso, se inicia de manera progresiva pero lentamente la medicina familiar en Colombia, naciendo como respuesta al fraccionamiento del ser humano, siendo esta la especialidad médica que se preocupa, por el cuidado de la salud total del individuo y de su familia, avalado por la Constitución de 1991 y la Ley 100 de Seguridad Social en Salud, promulgada en diciembre de 1993, donde se da prioridad a la familia como fundamento de la sociedad, en 1995, la Universidad Javeriana promueve y ofrece la especialidad de Medicina Familiar, en Bogotá; En el 2005 se aprueban los programas de las Universidades del Cauca y Fundación Universitaria en Ciencias de la Salud (FUCS) y de La Sabana; En 1987, la primera promoción de licenciados como especialistas en medicina familiar fundó la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF), la sociedad pertenece a la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) y al Colegio Mundial de Colegios y Asociaciones de Medicina Familiar WONCA, hay actualmente 50 programas de medicina en Colombia, de esta manera se ha insertado progresivamente en el currículo de pregrado en el país y se imparte en el 70% de las escuelas de medicina<sup>1</sup>.

Todo lo anterior regido por los conceptos y principios establecidos en la educación y formación del médico familiar por la WONCA (World Organization of Family Doctors) Organización mundial de médicos familiares<sup>14</sup>, donde se basan en 15 principios<sup>23-24</sup>:

1. Ser el punto de contacto:
2. Es el primer punto de contacto con la atención en salud porque proporciona acceso abierto e ilimitado a sus usuarios y se ocupa de todos los problemas de salud, independiente de la edad, sexo u otra característica de la persona.
3. Uso eficiente de los recursos en la atención en salud mediante la coordinación de la atención, trabajando con otros profesionales en el ámbito de la atención primaria y gestionando la interrelación con otros especialistas.

4. Enfoque centrado en la persona, orientado hacia el individuo, su familia y su comunidad
5. Se ocupa de las personas y de sus problemas en el contexto de sus circunstancias vitales, no con patologías impersonales o casos.
6. Relación a lo largo del tiempo mediante una comunicación efectiva (relación Médico Paciente)
7. Continuidad longitudinal en la atención de acuerdo con los que determinen las necesidades del paciente: Garantiza la continuidad de la atención pues sigue a los pacientes a lo largo de toda su vida.
8. Toma de decisiones basadas en la incidencia y el predominio:
9. Requiere de un proceso específico de toma de decisiones basado en las probabilidades, informado por un conocimiento de los pacientes y de la comunidad.
10. Tratar simultáneamente problemas crónicos y agudos de pacientes individuales:
11. No se limita a controlar solamente la enfermedad que está presente, y frecuentemente se ocupa de múltiples problemas.
12. Trata enfermedades que se presentan de forma indiferenciada en la fase inicial de su desarrollo lo que exige una intervención urgente.
13. Promueve la salud y el bienestar mediante intervenciones tanto apropiadas como efectivas.
14. Tiene una responsabilidad específica en la salud individual tanto de la comunidad al ocuparse de la atención en salud.
15. Se ocupa simultáneamente de los problemas de salud en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial

Además maneja competencias que se relacionan o complementan con la Atención Primaria como son su gestión, manejar el contacto inicial de los pacientes, ocupándose de problemas no seleccionados,

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

complementándolo con la coordinación de la atención con otros profesionales y especialistas, dominando efectiva y apropiadamente la asistencia médica y la utilización del servicio de salud, poniendo a disposición del paciente los servicios apropiados dentro del sistema de atención sanitaria<sup>25</sup>, actuando como defensor del paciente y brindando siempre una atención centrada en la persona al ocuparse de pacientes y problemas en el contexto de las circunstancias de este, desarrollando y aplicando la consulta de la medicina generalista, a fin de provocar una relación médico-paciente efectiva, con respeto por la autonomía del paciente, comunicando y estableciendo prioridades y actuando en colaboración a este, proporcionando continuidad y longitudinal en la atención, según lo determinando por las necesidades del pacientes y remitiéndose a una gestión permanente y coordinada de la atención médica<sup>24-26</sup>.

Además poseen capacidades específicas para la solución de problemas como la toma de decisiones con el predominio y la incidencia de la enfermedad por comunidad, reúnen selectivamente e interpretan información de los exámenes físicos que constan en los historiales médicos y en las investigaciones para aplicarlos a un plan de gestión apropiado en colaboración con el paciente<sup>8</sup>, interviniendo con urgencia cuando sea necesario haciendo uso efectivo y eficiente de los diagnósticos e intervenciones terapéuticas, con un enfoque integral que gestione simultáneamente múltiples problemas y patologías tanto agudos como crónicos, promocionando la salud y el bienestar aplicando apropiadamente estrategias de fomento de la salud y de prevención de enfermedades.

Todo lo anterior lo desarrolla en diferentes ámbitos del sistema, una parte en el nivel comunitario, donde reconcilia las necesidades sanitarias de los pacientes individuales y las necesidades sanitarias de la comunidad en la que viven, en equilibrio con los recursos disponibles, utilizando un modelo biopsicosocial.

Por todo lo anterior se planteó una estrategia en cuanto a las posibles modalidades para la formación de médicos familiares fueron:

- Homologar los créditos de internado con énfasis en medicina familiar y convalidar créditos que se tomen mediante el acompañamiento del servicio social obligatorio y completar los créditos tomados posteriormente al finalizar este.
- El clásico, médicos graduados que cumplieron el requisito del servicio social obligatorio y desean realizar un programa formal de medicina familiar con la universidad El Bosque o la universidad Juan N. Corpas.
- El esquema de acompañamiento a médicos generales que están laborando o médicos especialistas que desean tomar el postgrado de medicina familiar.

Respecto a la primera modalidad, las inquietudes iniciales estaban dirigidas a la capacidad de lograr competencias tomando dos periodos que tradicionalmente son más prácticos que académicos. La experiencia ha demostrado que la capacidad de desempeño de los egresados no ha dependido de la modalidad que tomen sino de su capacidad individual y de su esfuerzo personal.

Sin embargo, se inició todo un desarrollo en cuanto al perfil del egresado, proponiendo a un profesional preparado para prestar atención de salud de gran calidad científica, con un enfoque integral de los problemas y situaciones de salud de individuos, familias, grupos sociales y comunidades en general, capacitado para actuar en todo el proceso de atención en salud, y tiene la competencia para seleccionar y decidir sobre las modalidades de intervención ya sea en promoción de la salud como en prevención de las enfermedades o en curación y rehabilitación, capacitado para diagnosticar e intervenir los principales problemas y situaciones de salud que se encuentran en la población, abordando los problemas y situaciones de salud desde una perspectiva biopsicosocial y así reconocer, movilizar y coordinar recursos en busca de las soluciones pertinentes, tanto de carácter individual como

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

comunitario, está capacitado para realizar investigación clínica y operativa, cuyos resultados puede aplicar en el contexto sociocultural con el cual interactúa, e integrarlo con el trabajo en equipo y la coordinación de acciones interdisciplinarias.

En estas condiciones realiza interconsultas, según necesidad, con otros profesionales de la medicina y otras disciplinas, acerca de la situación del sujeto de atención, sin detrimento de su responsabilidad en la continuidad y la conducción del proceso de atención correspondiente, su capacidad resolutive se orienta al manejo adecuado de patologías prevalentes en salud como enfermedades infecto contagiosas, enfermedades crónicas transmisibles y no transmisibles problemas de salud mental entre otros.

Está capacitado en el manejo inicial de urgencias vitales, la estabilización del paciente y en direccionarlo a donde se requiera, está capacitado para dirigir y coordinar la organización y funcionamiento de establecimientos básicos de atención de salud y para liderar la elaboración y ejecución de programas integrados de atención individual y comunitaria.

En el campo académico está capacitado para contribuir a la formación de otros profesionales en el área de la salud. Tiene capacidad para dirigir centros de prestación de servicios teniendo clara la visión clínica y administrativa que logre la mejor efectividad en la atención de la comunidad; Es el especialista en cuidado primario, esencialmente médico especialista de primer contacto, siguiendo la filosofía, los principios y fundamentos establecidos para la Medicina Familiar, capacitando para generar conocimiento y contribuir al desarrollo y el avance de la práctica de la Medicina Familiar y la atención de salud<sup>27</sup>.

Ya conociendo como inicio la medicina familiar, quienes fueron los encargados de desarrollarla y contribuir al camino que hoy en día se ha formado, iniciamos a exponer un poco sobre las posibles

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

experiencias de atención primaria, que aunque no se encuentran documentadas en texto, se conocen algunos ejemplo, como el de la EPS Sanitas los médicos familiares realizan las siguientes actividades como directos médicos de los centros de atención primaria:

1. Asesoría clínica a los médicos de atención primaria, médicos generales: solución de inquietudes clínicas a los médicos generales; facilitar el acceso de éstos a paraclínicos de segundo nivel o elementos diagnósticos no incluidos en una cápita de primer nivel.
2. Educación médica continuada: capacitación a los médicos de atención primaria en relación a temas clínicos prevalentes o de interés de salud pública.
3. Realización de exámenes basados en casos clínicos para evaluación de guías clínicas.

Los tres primeros puntos citados tienen como propósito aumentar la resolutivez del CliniCentro debe ser mayor a 90%, lo anterior se mide en remisiones generadas a especialistas no incluidos en la cápita (es decir no incluye ginecología, pediatría o medicina interna). Así como racionalizar la solicitud de procesos diagnósticos.

4. Realizar seguimiento a las acciones médicas a través de auditoría de historias clínicas.
5. Organizar la prestación del servicio de manera tal que indicadores como oportunidad en asignación de consulta se encuentren dentro del estándar.
6. Velar por la satisfacción de los usuarios en relación con la prestación del servicio, teniendo en cuenta que uno de los indicadores de calidad es número de quejas por inconformismo con la atención médica.
7. Crear, implementar y realizar seguimiento a programas de atención a enfermedades prevalentes o de interés para la organización.

Otra entidad es en Javesalud, donde los médicos familiares ocupan los siguientes roles:

1. Interconsultores inmediatos médicos generales sin agenda que apoyan a médicos generales,

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

2. Médicos especialistas tratantes que son médicos familiares a quienes se les asignan pacientes con patologías de alto riesgo.
3. Coordinadores médicos, Médicos familiares sin actividades asistenciales, que realizan el acompañamiento (coaching) a los demás profesionales y lideran los temas científicos de las sedes.
4. Docencia e investigación, en la que acompañan a estudiantes de pre y posgrado<sup>2</sup>.

En la IPS CAFAM, los médicos familiares no tienen tan definidos los roles como coordinadores médicos, aunque si cumplen la función en el manejo de patologías crónicas y como apoyo de médicos generales en las IPS de Bogotá en un modelo o estrategia de grupos de intervención prioritaria (GRIPS) en salud y juegan un papel de primer interconsultor en las IPS de municipios periféricos de Bogotá en un modelo que han denominado estrategia de atención primaria ampliada<sup>3</sup>.

Allí ha sido importante la participación de médicos familiares en el desarrollo de actualización continuada y guías de atención y participan en investigación clínica en protocolos diseñados por casas farmacéuticas.

En PREMISALUD y en Médicos Asociados, si existe el rol de médico Familiar coordinador que comparte similitudes al rol que juegan en SANITAS Y JAVESALUD<sup>2</sup>.

De estas experiencias, anteriormente presentadas se tuvo la participación de los departamentos de Chocó, Santander, Cundinamarca y el Valle, donde se contempla la participación de médicos familiares, donde tienen un rol como capacitadores y miembros del equipo de salud.

Aunque buscan aplicar un concepto de atención primaria integral revelan dificultades importantes en la coordinación intersectorial, con avances innegables en ese sentido y no hacen referencia importante hacia un primer nivel como puerta de entrada con una alta resolutiveidad. De otro lado, se muestra también las experiencias selectivas hacia problemas de salud de alto costo como son las patologías

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

crónicas, implementadas por los aseguradores del plan contributivo o por IPS contratadas por estos en las que hay una importante participación en la implementación del modelo por parte de médicos familiares en las que coinciden en resultados en salud para estas patologías (Mejor control en diabetes e hipertensión), desde CAFAM se presenta una disminución de la remisión a especialidades como Cardiología, Endocrinología, Dermatología, Gastroenterología, Medicina Interna, Neumología, Pediatría entre otras dentro de las que vale la pena resaltar Psiquiatría (70) y un aumento de la resolutivez en el 21% ; se hace una reflexión que no se ha evaluado el costo y el ahorro que implica esta mejoría en control y resolutivez<sup>35</sup>.

Hay experiencias que reportan al igual que la literatura internacional menores tasas de hospitalización y menores tasas de complicaciones de enfermedades crónicas comparando un modelo basado en Medicina Familiar respecto a un modelo tradicional<sup>28-35</sup>.

Aunque estos resultados son puntuales y necesitan ser corroborados en el tiempo, son esperanzadores en un sistema de salud que tienen como una de las quejas principales la baja capacidad resolutivez en un primer nivel.

Es entonces en donde se inicia una nueva ideología de salud, un cambio estratégico de las políticas en salud en nuestro país, desde la creación de la Ley 100 pretende con sus principios mejorar la calidad de vida de los colombianos apoyados en la buena prestación en servicios de salud, sin embargo se ha tenido poco éxito, por lo tanto, las reformas en salud que se discuten actualmente son una clara prueba de que se requieren hacer ajustes importantes para lograrlos y uno de estos ajustes está dirigido a fortalecer la atención primaria, por lo que se debe iniciar con la incentivación y promoción de la formación de médicos familiares acompañado de una organización de la prestación de servicios

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

dirigida a que realmente se mejore la capacidad resolutive y se valore a los profesionales dedicados a esto es una alternativa viable y conveniente.<sup>35</sup>

### **CAPITULO III: Marco Metodológico**

Para aproximarnos a los espacios de la Medicina Familiar dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud en Colombia, fue necesario un estudio mixto transversal que combinara la metodología cualitativa y cuantitativa. La metodología cualitativa se desarrolló por medio de revisión documental y entrevistas con preguntas semiestructuradas, que nos permitió conocer la organización del Sistema de Salud actual con relación a la especialidad, cuáles son sus falencias y fortalezas desde el punto de vista de diferentes entes claves, cuales son los espacios para el desarrollo del médico familiar hasta el año 2014, la pertinencia en la formación de los residentes según las necesidades del Sistema de Salud y finalmente cuales son los cambios al Sistema de Salud y espacios posibles para que los médicos familiares se desarrollen y se consoliden en un futuro con los adelantos del Ministerio de Salud y Ministerio de Educación, en el fortalecimiento de la Medicina Familiar en el Sistema de Salud colombiano actual.

La metodología cuantitativa se desarrolló por medio de encuestas con preguntas abiertas y cerradas dirigidas que permitió conocer los contenidos, rotaciones, énfasis y manejos ofrecidos durante la formación en Medicina Familiar, relacionando si van de la mano con políticas y fundamentos dados por la WONCA (World Organization of Family Doctors) y determinando si había preparación para enfrentar y abarcar las necesidades del Sistema de Salud actual; además se conocieron las experiencias, roles y acciones que realizaban y realizan los médicos familiares en el Sistema General de Seguridad Social en Salud actual, desde el punto de vista de especialistas, conociendo cargos y funciones actuales, además aceptación, desarrollo y convivencias en las instituciones, con equipos de trabajo y con otras áreas de integración de las cuales hace parte el médico familiar.

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

La población de esta investigación fueron entes claves del sistema general de salud actual (2014), que tenían relación con el Ministerio de Salud y Ministerio de Educación, directores de los posgrados de Medicina Familiar de las 6 facultades que ofrecen la residencia en el país actualmente, donde se realizaron las entrevistas. También participaron residentes de Medicina Familiar de todos los semestres y especialistas en medicina familiar que tuvieron la oportunidad de asistir al III congreso de Atención Primaria en Salud realizado en la Universidad El Bosque, Bogotá - Noviembre 2014.

La unidad de análisis estuvo constituida por las respuestas de las personas entrevistadas y encuestadas seleccionadas (Ver anexos).

Las fuentes de recolección seleccionada fueron una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos EMBASE, MEDLINE, PUBMED, BIBLIOTECA VIRTUAL EN SALUD, ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, MINISTERIO NACIONAL DE SALUD COLOMBIANO, BIBLIOTECA UNIVERSIDAD JAVERIANA, BIBLIOTECA UNIVERSIDAD EL BOSQUE, WONCA (World Organization of Family Doctors); allí se añadieron términos MeSH como son Medicina Familiar, Salud Familiar, medicina de familia, medicina comunitaria, Sistemas de Salud & Medicina de familia, Sistema de Salud & Atención Primaria en Salud, Atención Primaria en Salud, complementado con entrevistas a profundidad con cada una de las personas seleccionadas, recogidas por los investigadores. Cada entrevista fue grabada en audio con el consentimiento de cada participante y transcrita. Además se realizaron encuestas con cada persona seleccionada recogida por los investigadores durante el III congreso de atención Primaria en Salud realizado en la universidad El Bosque; Bogotá - Noviembre 2014. (Ver Anexos)

Como instrumento básico para la entrevista se utilizó una guía de entrevista individual, que incluyó todos los ejes temáticos relativos a cada categoría de análisis (Ver Anexos) y como instrumento usado

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

para la encuesta se utilizó de guía una encuesta con preguntas abiertas y cerradas dirigida, que incluyo las variables con definición, operativo y medición.

Los participantes se comprometieron con la investigación firmando previamente un consentimiento informado que se les entrego en forma impresa y que cumplió con los requisitos éticos de este tipo de investigación. (Ver Anexos)

Se realizaron en total 8 entrevistas, posteriormente se realizó el procesamiento de la información, es decir categorización, descripción, análisis e interpretación de acuerdo con las categorías conceptuales de análisis por medio del programa ATLAS.ti 6.2.

Se realizaron en total 138 encuestas, Posteriormente se realizó el procesamiento de la información, es decir categorización, descripción, análisis uni, bi y/o trivariado, e interpretación de acuerdo la definición de variables con el programa IBM SPSS Statistics 22. (Ver Anexos).

## **CAPITULO IV: Resultados y Análisis**

### **4.1 Resultados**

Dentro de la búsqueda de los espacios para el desarrollo del médico especialista en Medicina Familiar mostraremos los resultados de lo general a lo particular comenzando con los resultados cuantitativos de las encuestas, seguidos de los resultados cualitativos de las entrevistas de forma literal:

Se muestran los resultados de las encuestas con preguntas cerradas y abiertas realizadas a los residentes y especialistas que tuvieron la oportunidad de asistir al III Congreso en Atención Primaria en Salud de la Universidad El Bosque en Bogotá (Noviembre 2014).

#### **Número total de residentes encuestados por universidad:**

En el siguiente Cuadro 1. Se puede evidenciar el número de encuestados (residentes) por cada universidad del posgrado en Medicina Familiar, del total de residentes probables encuestados (168) siendo el 100% de la población de residentes en los programas colombianos se recopilaron las encuestas de (92) residentes siendo el 54,7% del total, a los que tuvieron la posibilidad de asistir al III congreso de Atención Primaria en Salud realizado en la universidad El Bosque en Bogotá, Noviembre del 2014. Observamos que el mayor porcentaje de participantes con un 57.6% (53), fueron de la Universidad El Bosque, aunque no es el programa más antiguo es el programa con mayor número de residentes actualmente, en segundo lugar la Universidad de la Sabana y la Universidad de El Valle con un porcentaje de 13,3% (12) y finalizando cada una con un porcentaje de 5.4% (5) la Pontificia Universidad Javeriana, FUCS y Juan N. Corpas.

Cuadro 1. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los residentes de Medicina Familiar encuestados según las universidades.*  
*Colombia – Noviembre 2014*

<b>Universidad</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Bosque	53	57,6
Corpas	5	5,4
FUCS	5	5,4
Javeriana	5	5,4
Sabana	12	13,3
Valle	12	13,3
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Número de residentes encuestados de Medicina Familiar por edad:**

En el siguiente Cuadro 2 y grafico 1. Se puede evidenciar las edades de los encuestados (residentes) del total de universidades del posgrado en Medicina Familiar colombianas, el total de residentes encuestados (92) siendo el 100%, se dividió en quinquenios, evidenciando que la moda se encuentra en edades entre 25 a 29 años con 37 encuestados y la menor cantidad de especialistas encuestados se encuentran entre 40 -44 años siendo 3 personas.

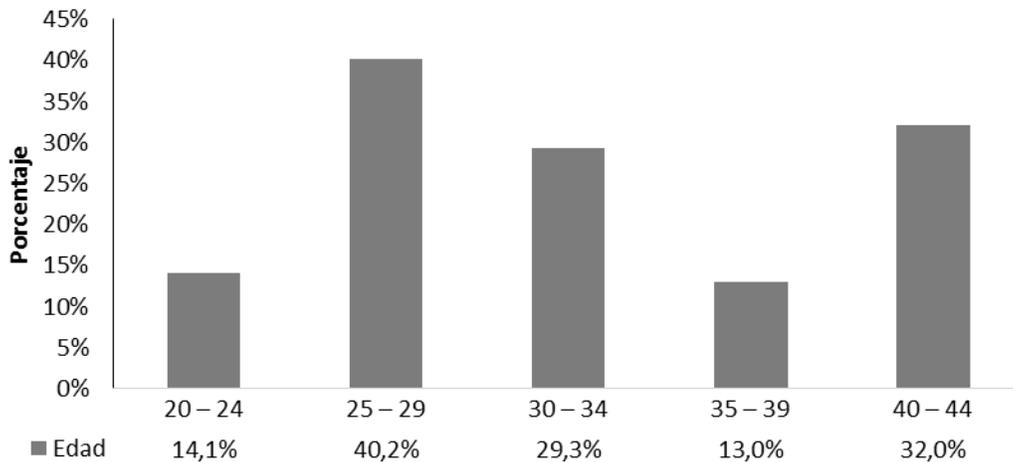
Cuadro 2. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los residentes de Medicina Familiar encuestados según edad.*  
*Colombia – Noviembre 2014*

<b>Edad (años)</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
20 – 24	13	14,1
25 – 29	37	40,2
30 – 34	27	29,3
35 – 39	12	13,0
40 – 44	3	3,2
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 1. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**

*Distribución de los residentes de Medicina Familiar encuestados según edad.  
Colombia – Noviembre 2014*



**Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.**

**Número de residentes encuestados de Medicina Familiar por semestre:**

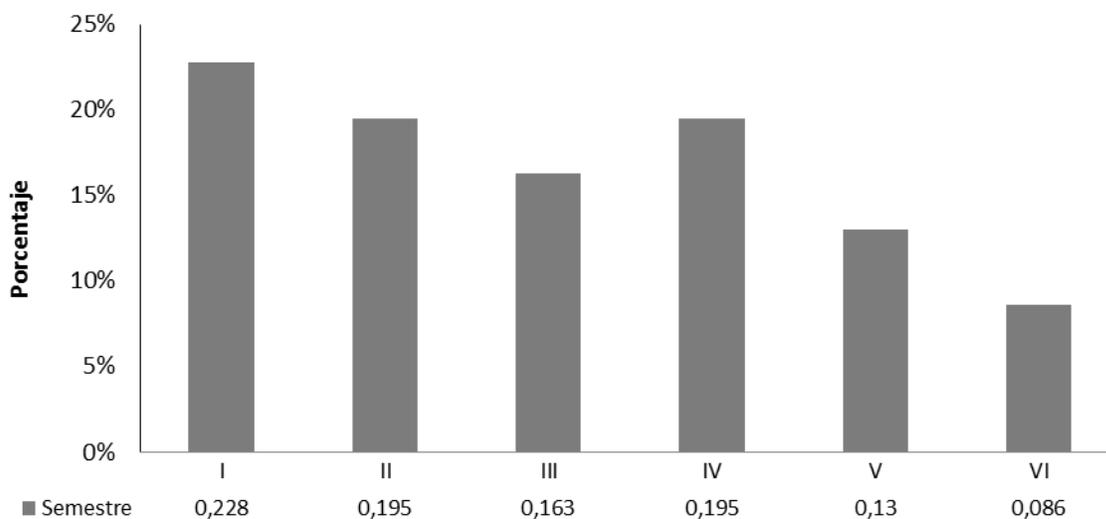
En el siguiente cuadro 3 y grafico 2. Se puede evidenciar la frecuencia de los encuestados (residentes) del total de universidades del posgrado en Medicina Familiar colombianas dividido por semestres, del total de residentes encuestados 92 (100%), podemos observar que la mayor frecuencia se encontró en I semestre con total de 21 residentes siendo el 22,8%, lo que sugiere que la mayor cantidad de residentes tienen pocos conocimientos o conocimientos básicos sobre la especialidad ya que se encuentran en formación, seguidos por II y IV semestres con 18 residentes(19,5) cada uno y siendo el de menor frecuencia VI semestre con 8 residentes (8,6), por lo que se vio poca participación del último año, con lo que inferimos que posiblemente el resultado de las encuesta dio acorde a los conocimientos y experiencias de residentes de los primeros años de estudio del posgrado de Medicina Familiar de las diferentes universidades.

**Cuadro 3. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los residentes de Medicina Familiar encuestados según semestre.*  
*Colombia – Noviembre 2014*

<b>Semestre</b>	<b>Número residentes</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
I	21	22,8
II	18	19,5
III	15	16,3
IV	18	19,5
V	12	13,0
VI	8	8,6
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 2. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los residentes de Medicina Familiar encuestados según semestre.*  
*Colombia – Noviembre 2014*



Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

**Experiencias en Atención Primaria en Salud durante su formación en el posgrado de Medicina**

**Familiar por universidades en Colombia:**

En el siguiente cuadro 4, se puede evidenciar las experiencias en Atención Primaria por universidades de los encuestados (residentes) de las diferentes universidades del posgrado en Medicina Familiar colombianas, del total de residentes encuestados (92) siendo el 100%, podemos observar que la mayor cantidad de residentes que respondieron afirmativo sobre las experiencias en Atención Primaria son los de la Universidad El Bosque con 47 residentes encuestados, pero con 5 residentes que manifiestan no haber tenido experiencias en Atención Primaria, sin embargo se evidencia que se encuentran en los semestres I y II, donde seguramente no se ha iniciado dicho proceso, por otro lado la Universidad de la Sabana y Universidad del Valle con 11 residentes que responden afirmativamente la cuestión y se evidencia que solo 1 residente de cada universidad no tiene esta experiencia en Atención Primaria lo que deduce tal vez sea secundaria a encontrarse en primer semestre.

Cuadro 4. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Experiencias en Atención Primaria en Salud durante su formación en el posgrado de Medicina Familiar por universidad y semestre.*

*Colombia – Noviembre 2014*

		Semestre												
		I		II		III		IV		V		VI		
Universidad	Respuesta	Si	No	Si	No	Total								
Bosque		9	3	8	2	4	-	11	-	9	-	7	-	53
Corpas		-	-	-	2	3	-	-	-	-	-	-	-	5
FUCS		-	-	1	-	1	-	3	-	-	-	-	-	5
Javeriana		-	1	2	-	-	-	1	-	1	-	-	-	5
Sabana		3	1	-	-	3	-	2	-	2	-	1	-	12
Valle		2	1	6	-	1	-	1	-	-	-	1	-	12
<b>Total</b>		<b>14</b>	<b>6</b>	<b>17</b>	<b>4</b>	<b>12</b>	<b>-</b>	<b>18</b>	<b>-</b>	<b>12</b>	<b>-</b>	<b>9</b>	<b>-</b>	<b>92</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Contenidos en Atención Primaria en Salud por los residentes en Medicina Familiar por universidad:**

En el siguiente Cuadro 5 y grafico 3 se puede evidenciar los contenidos nombrados por los residentes en Atención Primaria por universidades que tienen el posgrado en Medicina Familiar colombianas, del total de residentes encuestados (92) siendo el 100%, podemos observar que la mayor cantidad de residentes tiene contenidos en participación comunitaria con 69 opiniones de las diferentes universidad, seguido de la accesibilidad universal en 28 opiniones y costo efectividad en 25 opiniones nos indica que los residentes tienen alta preparación en contenidos en Atención Primaria que los prepara para el manejo y desarrollo dentro de esta estrategia.

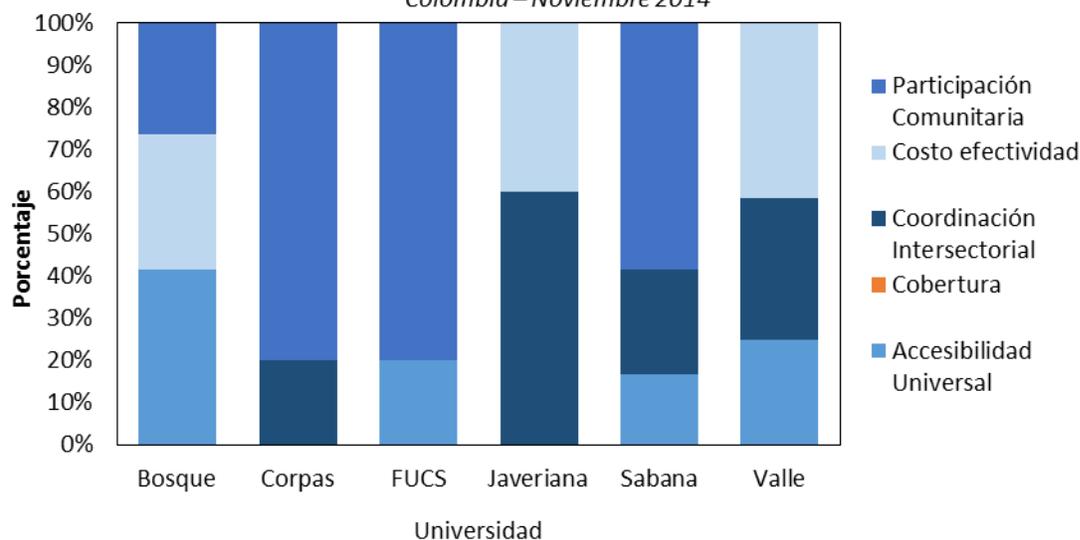
Podemos concluir que todos los posgrados de Medicina Familiar colombianos, con pocas diferencias entre las universidades, tienen experiencias y tratan contenidos de Atención Primaria durante la residencia dando mayor énfasis en participación comunitaria y poca atención a lo que tienen que ver con la cobertura.

Cuadro 5. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Contenidos en atención primaria en salud durante su formación en el posgrado de medicina familiar por universidad.*  
*Colombia – Noviembre 2014*

Contenidos en APS durante el posgrado						
Universidad	Accesibilidad Universal	Cobertura	Coordinación Intersectorial	Costo Efectividad	Participación Comunitaria	Total
Bosque	22	-	-	17	14	53
Corpas	-	-	1	-	4	5
FUCS	1	-	-	-	4	5
Javeriana	-	-	3	2	-	5
Sabana	2	-	3	-	7	12
Valle	3	-	4	5	-	12
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>-</b>	<b>11</b>	<b>24</b>	<b>29</b>	<b>92</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

Grafico 3. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Contenidos en Atención Primaria en Salud durante su formación en el posgrado de Medicina Familiar por universidad.*  
*Colombia – Noviembre 2014*



Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

**Atención Primaria en Salud y su relación con la Medicina Familiar:**

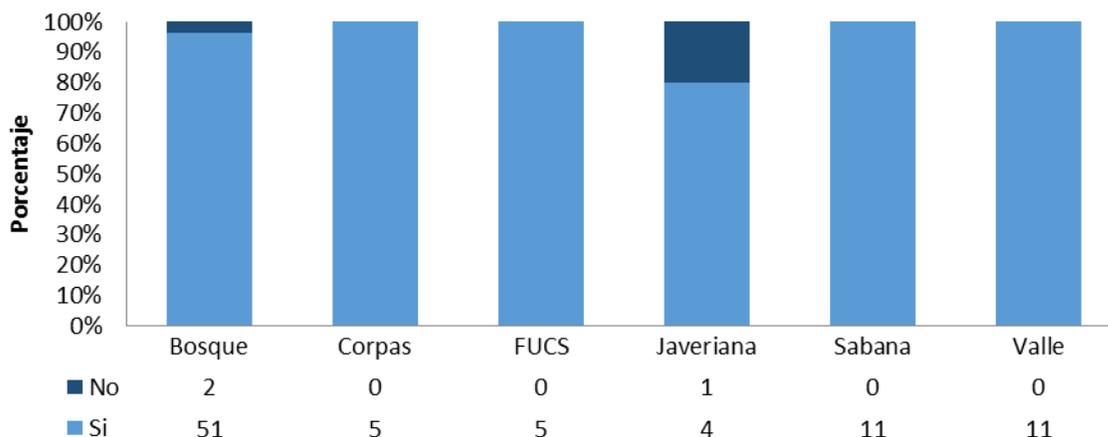
En el siguiente cuadro 6 y gráfico 4 se puede evidenciar la relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en Salud considerada por los encuestados (residentes) del total de universidades del posgrado en Medicina Familiar colombianas; del total de residentes encuestados (92), se pudo observar que 89 residentes, consideran que si existe relación y 3 residentes 3.3% no consideran que haya relación, por lo que se evidencia que los residentes encuestados también consideran que la medicina familiar es parte de la estrategia de la APS y que al estar en íntima relación se puede hacer una diada con excelentes resultados para el Sistema de Salud.

Cuadro 6. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Opinión de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar de las diferentes universidades en Colombia sobre la relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en Salud por universidades.*  
*Colombia – Noviembre 2014*

<b>Relación de la Medicina Familiar con APS</b>			
<b>Universidad</b>	<b>No</b>	<b>Si</b>	<b>Total</b>
Bosque	2	51	53
Corpas	-	5	5
FUCS	-	5	5
Javeriana	1	4	5
Sabana	-	11	11
Valle	-	11	11
<b>Total</b>	<b>3</b>	<b>89</b>	<b>92</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 4. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Opinión de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar de las diferentes universidades en Colombia sobre la relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en Salud.*  
 Colombia - Noviembre 2014



**Fuente:** Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

### **Razones de la relación entre Medicina Familiar con Atención Primaria en Salud:**

En los cuadros 7 - 8 y gráfico 5 - 6. Se puede evidenciar las opiniones de los residentes que si encontraron relación entre la Medicina Familiar y la Atención Primaria en salud, se puede anotar una estrecha unión entre los principios de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en Salud (37 residentes), además la integralidad (30 residentes) y que ambos sean la puerta de entrada al sistema (11) hacen que se compaginen muy bien y tengan la misma visión en el momento del manejo del paciente.

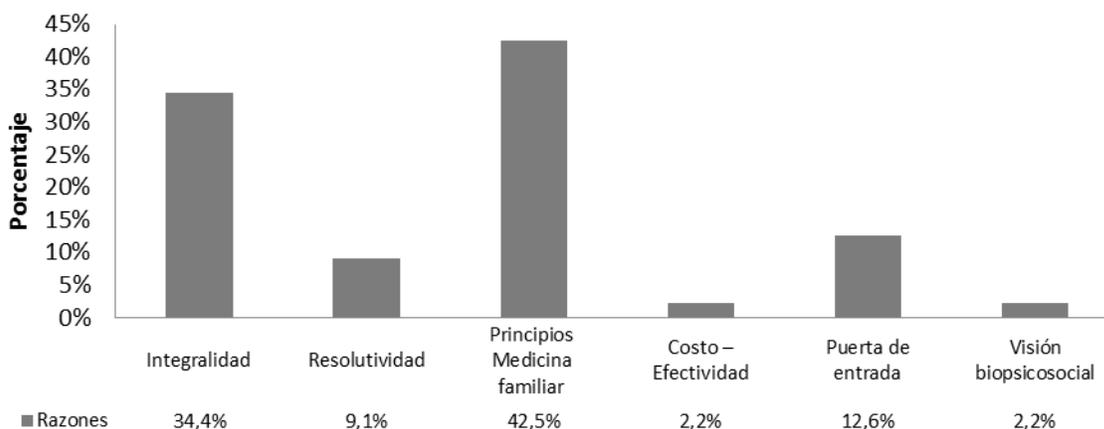
Por otro lado 5 residentes consideran que no hay relación ya que no hay una adecuada definición de la Medicina Familiar y además la Atención Primaria en Salud no existe en nuestro modelo de atención.

Cuadro 7. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
 Razones de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre la relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en salud por universidades.  
 Colombia – Noviembre 2014

Razones a favor de la relación entre medicina familiar con atención primaria en salud	Porcentaje	
	Frecuencia	(%)
Integralidad	30	34,4
Resolutividad	8	9,1
Principios Medicina familiar	37	42,5
Costo – Efectividad	2	2,2
Puerta de entrada	11	12,6
Visión biopsicosocial	2	2,2
<b>Total</b>	<b>87</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 5. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
 Opinión de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre la relación de la Medicina Familiar con las características de la Atención Primaria en Salud por universidades.  
 Colombia – Noviembre 2



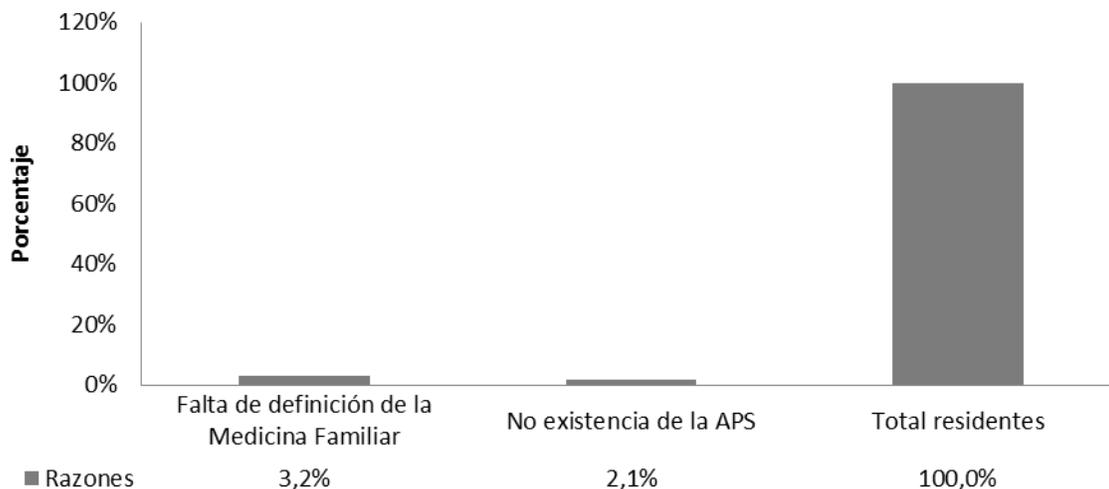
Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

**Cuadro 8. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
 Razones en contra de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre la no relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en Salud por universidades.  
 Colombia – Noviembre 2014

Razones en contra de la relación entre medicina familiar con atención primaria en salud	Porcentaje	
	Frecuencia	(%)
Falta de definición de la medicina familiar	3	3,2
No existencia de la APS	2	2,1
<b>Total general</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 6. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Razones de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre la no relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en Salud por universidades. Colombia – Noviembre 2014*



**Fuente:** Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

### **Ejercicio de la Medicina Familiar según lo aprendido en el Posgrado:**

En el cuadro 9 - 10 – 11 y grafico 7 – 8 - 9, se evidencia lo que consideran los residentes de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar colombianas por semestres, sobre si lo aprendido durante el posgrado le permite o no ejercer su especialidad en el Sistema de Salud, respondiendo en su mayoría que si 87 residentes y respondiendo no 5 residentes.

Ahora bien, los residentes respondieron (23 residentes) que las herramientas dadas durante la formación, tales como adquisición de los conocimientos, experiencias necesarias, habilidades para enfrentar los problemas del paciente, realizar tamizaje de acuerdo con el ciclo vital familiar e

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

individual, entre otras, permiten desarrollarse en el Sistema de Seguridad Social en Salud colombiano, y como segunda respuesta los residentes (22 residentes), estuvieron de acuerdo en la adecuada preparación del manejo interdisciplinario, es decir, el abordaje en todas las esferas del paciente, teniendo en cuenta el rol que desempeña en la sociedad, en la familia y como individuo, enseñándose que todo afecta a la persona.

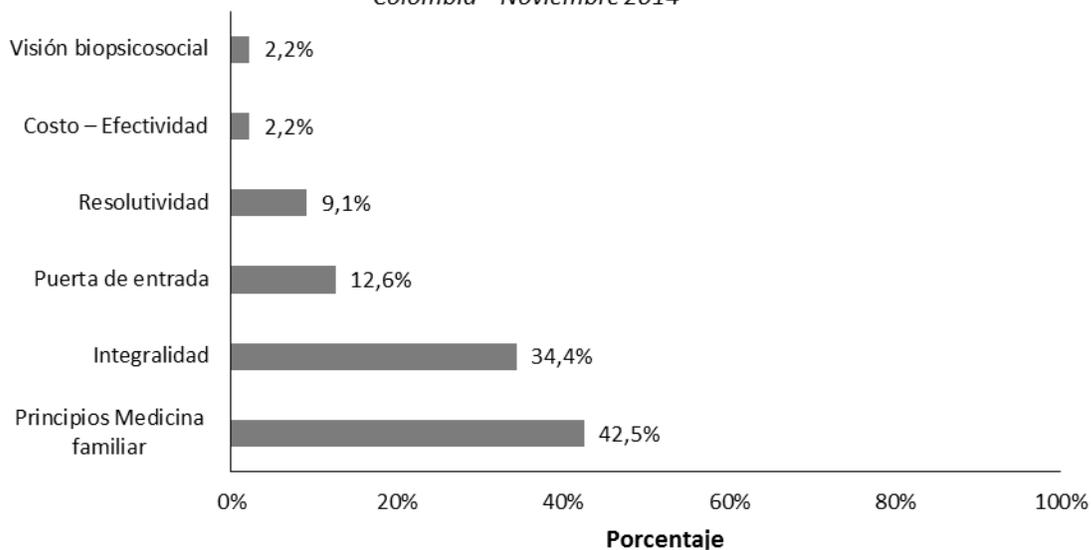
Por otro lado algunos residente 7, consideraron que lo aprendido en el posgrado no les permite ejercer la especialidad en el Sistema de Salud, justificado por la falta de conocimientos, secundario a malas prácticas e ineficientes clases que poco aportan al crecimiento profesional y las fallas dentro del Sistema de Salud, enfocándose en que no hay espacios dentro del Sistema de Salud donde encajen los residentes para adecuado aprendizaje y preparación.

**Cuadro 9. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Opiniones de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre si lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, comparando por semestres y universidades.*  
**Colombia – Noviembre 2014**

Universidad	Respuesta	Semestre												Total
		I		II		III		IV		V		VI		
		Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	Si	No	
Bosque		12	1	11	1	4	-	9	-	4	-	1	-	<b>53</b>
Corpas		-	-		-	3	1	-	-	1	-	-	-	<b>5</b>
FUCS		-	-	1	-	1	-	3	-	-	-	-	-	<b>5</b>
Javeriana		-	1	1	1	-	-	1	-	1	-	-	-	<b>5</b>
Sabana		3	1	-	-	3	-	2	-	2	-	1	-	<b>12</b>
Valle		3	-	5	-	1	-	1	-	-	-	2	-	<b>12</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Gráfico 7. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Razones de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre la relación de la Medicina Familiar con la Atención Primaria en salud por universidades.*  
**Colombia – Noviembre 2014**



**Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.**

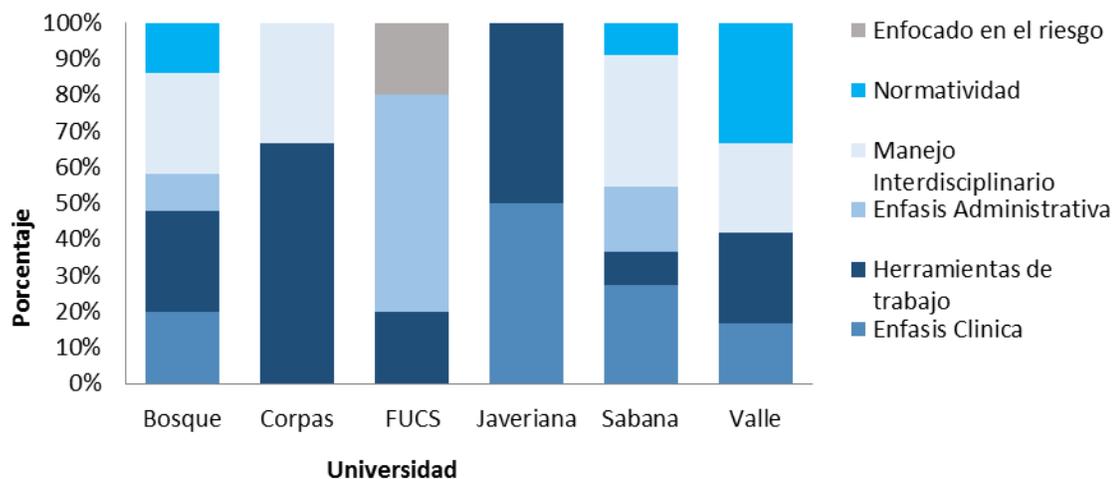
Cuadro 10. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
Opiniones a favor de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre si lo aprendido en la  
residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, comparando  
universidades.

Colombia – Noviembre 2014

Universidad	Énfasis Clínica	Herramientas de Trabajo	Énfasis administrativa	Manejo interdisciplinario	Normatividad	Enfocado en el riesgo	Total
Bosque	10	14	5	14	7	-	50
Corpas	-	2	-	1	-	-	3
FUCS	-	1	3	-	-	1	5
Javeriana	2	2	-	-	-	-	4
Sabana	3	1	2	4	1	-	11
Valle	2	3	-	3	4	-	12
<b>Total</b>	<b>17</b>	<b>23</b>	<b>10</b>	<b>22</b>	<b>12</b>	<b>1</b>	<b>85</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

Gráfico 8. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
Opiniones a favor de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre las  
competencias aprendidas en la residencia que le permiten ejercer su especialidad en el  
Sistema de Salud actual.  
Colombia - Noviembre 2014



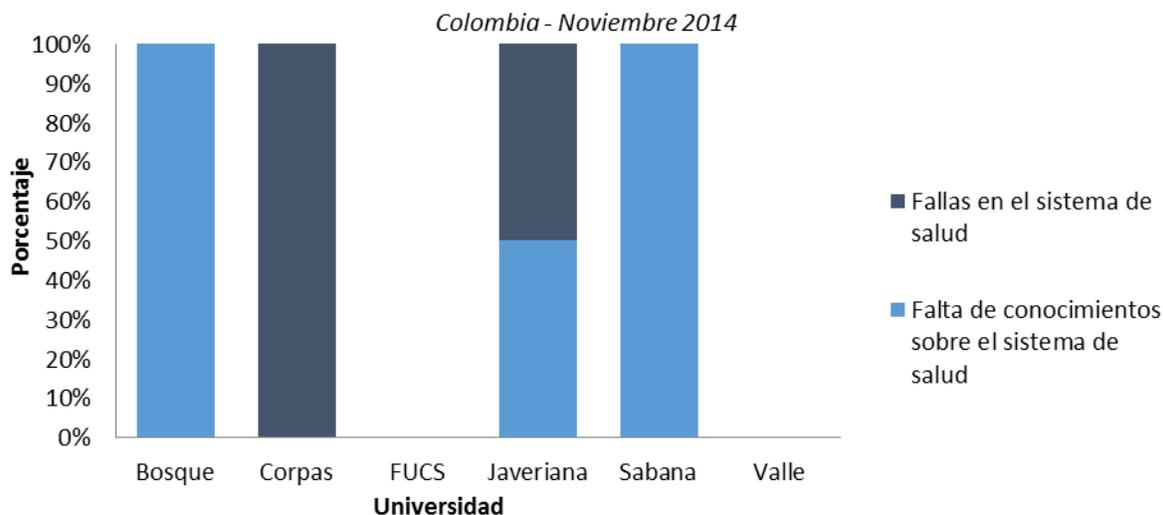
Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

**Cuadro 11. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Opiniones en contra, de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre si lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual, comparando universidades.*  
*Colombia – Noviembre 2014*

<b>Universidad</b>	<b>Falta de Conocimientos</b>	<b>Fallas en el Sistema de salud</b>
Bosque	3	-
Corpas	-	1
FUCS	-	-
Javeriana	1	1
Sabana	1	-
Valle	-	-
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>2</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 9. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Opiniones en contra, de los residentes de los posgrados de Medicina Familiar sobre si lo aprendido en la residencia le permite ejercer su especialidad en el Sistema de Salud actual.*



**Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.**

### **Barreras dentro del Sistema de Salud para el ejercicio de la Medicina Familiar:**

En el cuadro 12 y grafico 10, se evidencian las barreras encontradas por los residentes, identificadas en el Sistema de Salud colombiano para ejercer la Medicina Familiar, respondiendo en su mayoría 50 residentes sobre la falta de conocimiento de la especialidad, por lo que no tiene cabida en el Sistema de Salud, no saben dónde ubicar a los médicos familiares porque en su mayoría desde entes gubernamentales hasta los pacientes no conocen sobre la especialidad y sus funciones dentro del sistema, por otro lado, 14 residentes mencionaron la pobre organización del Sistema de Salud, siendo precario el primer nivel de atención, sin recursos, sin herramientas para adecuado trabajo, sin especialistas, todo orientado y direccionado primero a las supra especialidades y segundo a los niveles más complejos de atención III y IV nivel, además 12 residentes nombraron la falta de integración del médico familiar en la normatividad, lo que hace aún más difícil el ejercicio de su labor , ya que no hay un espacio legal que avale este proceder.

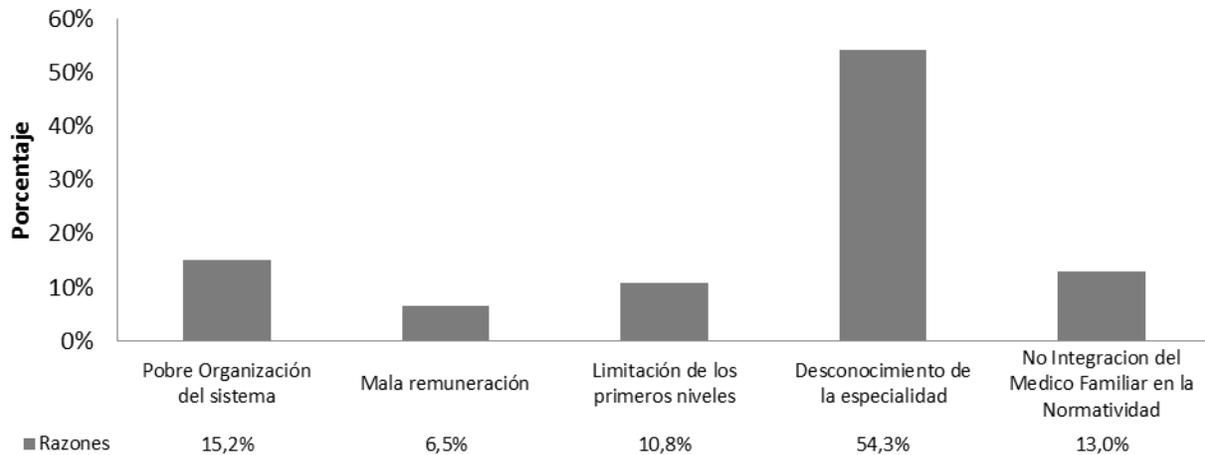
Cuadro 12. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre las barreras dentro Sistema de Salud para el ejercicio de la Medicina Familiar.*

*Colombia-Noviembre 2014.*

<b>Barreras</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Pobre Organización del sistema	14	15,2
Mala remuneración	6	6,5
Limitación en los primeros niveles	10	10,8
Desconocimiento de la especialidad	50	54,3
No hay integración del médico familiar en la normatividad	12	13,0
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 10. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre las barreras dentro del Sistema de Salud para el ejercicio de la Medicina Familiar.*  
 Colombia – Noviembre 2014



**Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.**

### **Fortalezas del Sistema de Salud para la Medicina Familiar:**

En el cuadro 13 y grafico 11 se evidencian las fortalezas encontradas por los residentes, identificadas en el Sistema de Salud colombiano para ejercer la Medicina Familiar, respondiendo en su mayoría 28 y 26 residentes respectivamente, la concientización de la atención primaria en salud como estrategia principal que regula un Sistema de Salud y por ende una mayor integración de la Medicina Familiar dentro del sistema en unión con la APS, lo que hace que la labor del médico familiar se empiece a tener en cuenta y se empiece a necesitar lo que aumenta la demanda (15 residentes) y en la actualidad se esté trabajando en ello, reformulando el sistema dándole cabida indispensable a la especialidad.

También se mencionó por parte de los encuestados (23 residentes), el manejo biopsicosocial al paciente, aumentando la integralidad del sistema, y realmente intentando conocer al paciente dentro el ambiente global de su desarrollo, lo que hace al médico familiar actor clave en el sistema siendo la especialidad con mejor formación en este aspecto.

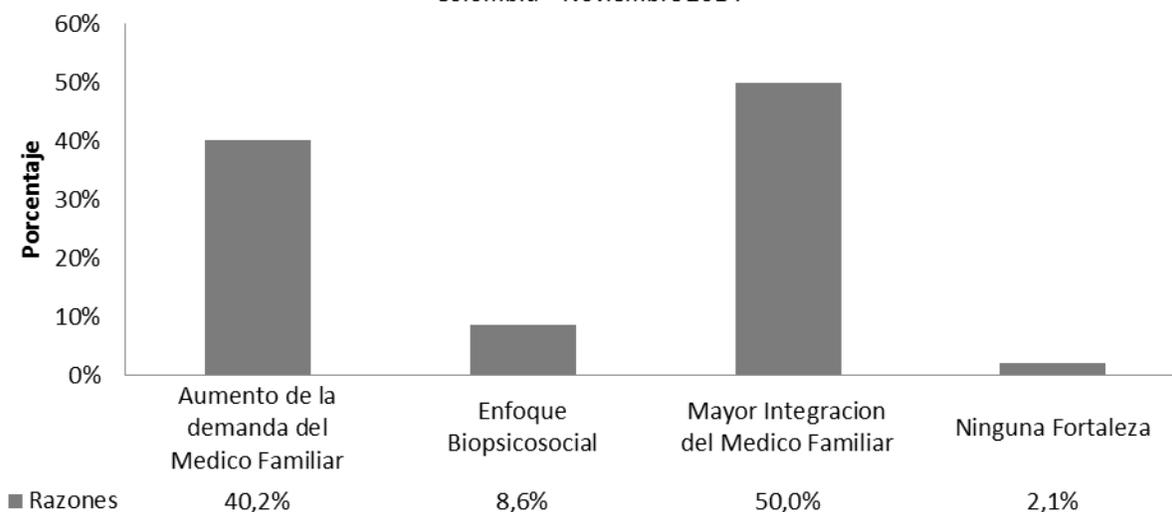
Cuadro 13. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre las fortalezas dentro Sistema de Salud para el ejercicio de la Medicina Familiar.

Colombia – Noviembre 2014

Fortalezas	Frecuencia	Porcentaje
Aumento de la demanda del médico familiar	37	40,2
Enfoque biopsicosocial	8	8,6
Mayor integración del médico familiar	45	50
Ninguna Fortaleza	2	2,1
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafica 11. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
Opiniones de los residentes de medicina familiar sobre las fortalezas dentro Sistema de Salud para el ejercicio de la Medicina Familiar.  
Colombia – Noviembre 2014



Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

**Razones del impacto del médico familiar sobre la salud del paciente:**

En el cuadro 14 y grafica 12 se evidencia lo que consideran los residentes de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar colombianas, sobre el impacto del médico familiar sobre la salud del paciente, respondiendo en su mayoría que si 90 residentes siendo 97.2% y respondiendo no 2 residentes, siendo 2.8%.

Figura 21 se evidencia las razones encontradas por los residentes sobre el impacto del médico familiar sobre la salud del paciente, donde respondieron (30 residentes) que el médico familiar es un medico integral, dando un manejo biopsicosocial, e involucrando todas las esferas de desarrollo del paciente, desde individuo, familia hasta ente indispensable dentro de una comunidad, dando un manejo resolutivo (15 residentes) y sobretodo promoviendo el mantenimiento de la salud (13 residentes), promulgando y efectuando la prevención de la enfermedad como clave en el adecuado desarrollo del paciente, lo que determina que el médico familiar sea un ente clave para el desarrollo y mejoramiento de la salud del paciente, mejorando su enfermedad y manteniéndolo por mucho más tiempo sano.

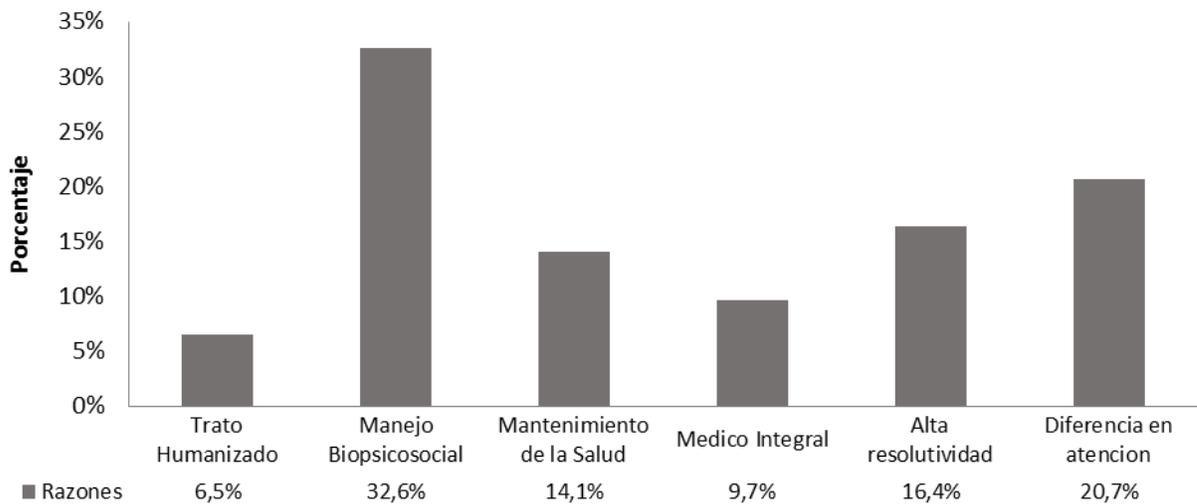
Por otro lado algunos residente 2, consideraron que no hay impacto del médico familiar sobre la salud del paciente, sin dar razones al respecto.

**Cuadro 14. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre las razones del impacto del médico familiar en el paciente y su familia.*  
 Colombia – Noviembre 2014

<b>Impacto del médico familiar en el paciente</b>	<b>Porcentaje</b>	
	<b>Frecuencia</b>	<b>(%)</b>
Trato humanizado	6	6,5%
Manejo biopsicosocial	30	32,6%
Mantenimiento de la salud	13	14,1%
Medico integral	9	9,7%
Alta resolutivead	15	16,4%
Diferencia en atención	19	20,7%
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafica 12. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre las razones del impacto del médico familiar en el paciente y su familia.*  
 Colombia – Noviembre 2014



Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

### Conocimiento de la especialidad en sitios de rotación:

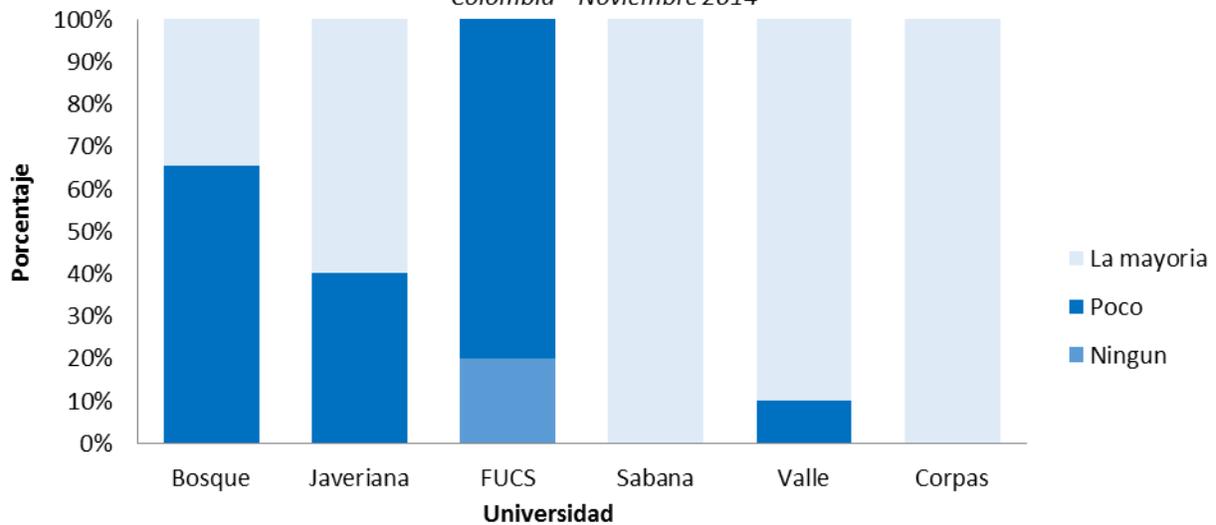
En el cuadro 15 y grafica 13 se evidencian lo que consideran los residentes de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar colombianas, sobre el conocimiento de la especialidad en sitios de rotación, encontrando que la mayoría 43 residentes, siendo el 46.7% consideran poco conocimiento, frente a 48 residentes, siendo el 52.1% que considera que la mayoría tiene conocimiento de la especialidad, por lo que podemos anotar que están muy divididas las opiniones en los dos extremos, sin poder dar una conclusión precisa respecto a esta acotación.

Cuadro 15. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre el conocimiento de la especialidad Medicina Familiar en los sitios de rotaciones.*  
Colombia – Noviembre 2014

<b>Conocimiento de la especialidad En sitios de rotación</b>			
<b>Universidad</b>	<b>Ningún</b>	<b>Poco</b>	<b>La mayoría</b>
Bosque	-	36	19
Corpas	-	-	6
FUCS	1	4	-
Javeriana	-	2	3
Sabana	-	-	11
Valle	-	1	9
<b>Total</b>	<b>1</b>	<b>43</b>	<b>48</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafica 13. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Opiniones de los residentes de Medicina Familiar sobre el grado de conocimiento de la especialidad Medicina Familiar en los sitios de rotaciones.*  
 Colombia – Noviembre 2014



**Fuente:** Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

### **Prácticas comunitarias:**

En el cuadro 16 y grafica 14 se evidencian lo que consideran los residentes de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar colombianas, sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas comunitarias, encontrando en general 44 residentes de las diferentes universidades consideran que tienen menos del 25% de prácticas comunitarias, seguido de 34 residentes que consideran que hay entre un 25% – 50% de estas y finalmente 14 residentes que evidencian menos del 25% de estas rotaciones en comunitaria.

A nivel general la universidad el Bosque, La Corpas, La Javeriana, la mayor cantidad de residentes respondieron que tienen menos del 25% en prácticas comunitarias, lo que haría pensar que los conocimientos en los egresados de estas universidades carecen de conocimientos en este ámbito, con

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

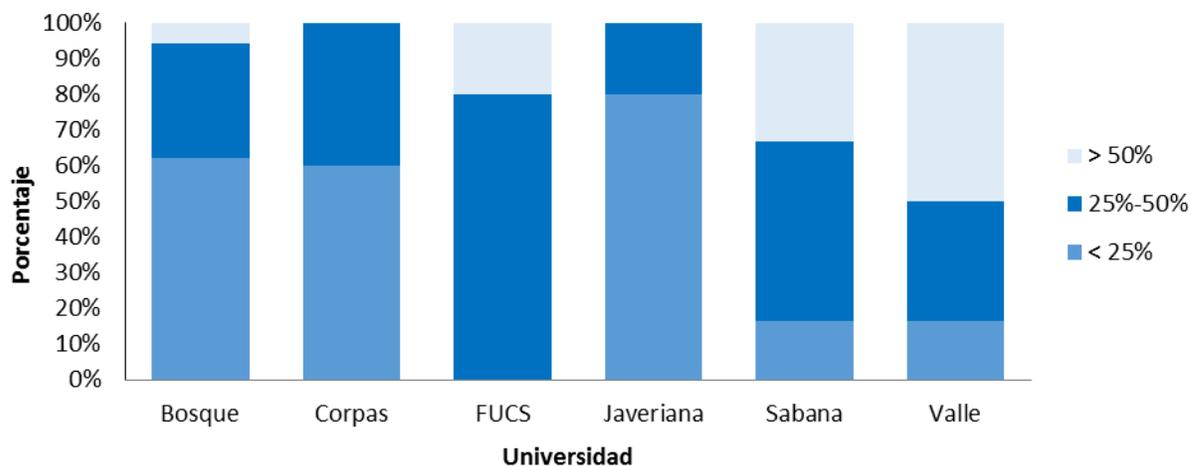
dificultades para la labor en este campo, donde los pacientes son tan vulnerables y que tendrían tanto impacto, por otro lado la mayoría de los residentes de la Universidad de la Sabana consideran que tienen entre un 25% - 50% de estas prácticas y finalmente la Universidad del Valle donde se ve más del 50% de prácticas en este ámbito, lo que haría pensar que los egresados podrían estar más involucrados en este aspecto, con mayor preparación en el momento de desempeñarse como egresados, con más herramientas de trabajo para efectuar con calidad este ámbito como especialistas.

**Cuadro 16. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas comunitarias de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014*

<b>Porcentaje practicas comunitarias</b>				
<b>Universidad</b>	<b>&lt; 25%</b>	<b>25% - 50%</b>	<b>&gt;50%</b>	<b>Total</b>
Bosque	33	17	3	53
Corpas	3	2	-	5
FUCS	-	4	1	5
Javeriana	4	1	-	5
Sabana	2	6	4	12
Valle	2	4	6	12
<b>Total</b>	<b>44</b>	<b>34</b>	<b>14</b>	<b>92</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafica 14. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas comunitarias de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar.*  
*Colombia - Noviembre 2014*



**Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.**

### **Prácticas administrativas:**

En la cuadro 17 y grafico 15 se evidencian lo que consideran los residentes de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar colombianas, sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas administrativas, en general 29 residentes respondieron que tienen menos de 25% en estas práctica, 35 residentes de un 26% - 50% y 8 residentes más de 51%, evidenciando en general que tienen muy poco énfasis administrativo, siendo el mayor desarrollo actual de labor del médico familiar, lo que nos haría pensar si realmente el médico familiar se encuentra preparado realmente para este ámbito en el que tanto se encuentra desarrollándose.

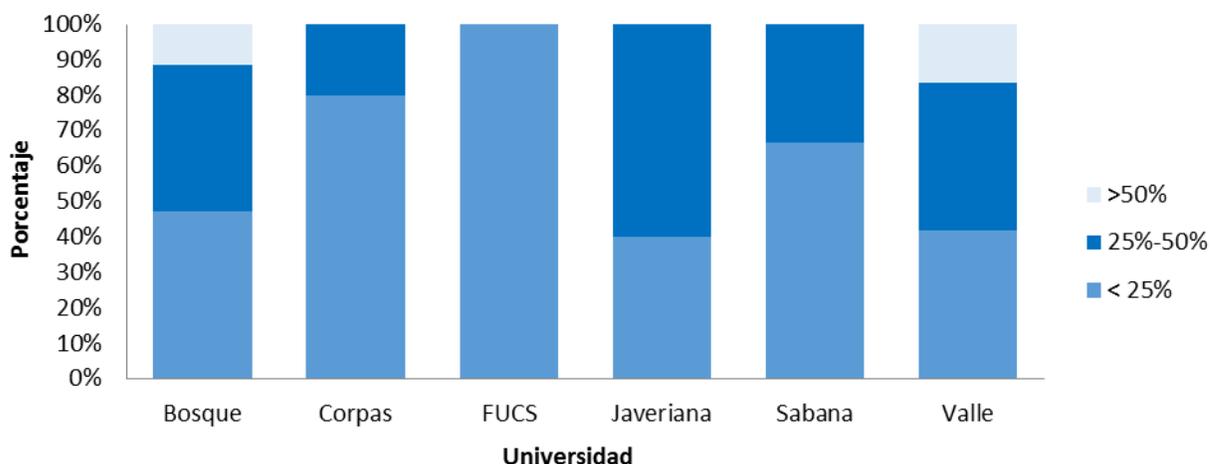
Por otro lado mirando por universidades este porcentaje de práctica, la Universidad el Bosque, FUCS, Corpas y Sabana tienen menos del 25% en este énfasis, Universidad Javeriana y Valle entre el 26% - 50% siendo tal vez las universidades con mayor énfasis en este aspecto, lo que nos haría indagar si realmente a la hora de ejercer, los especialistas de estas últimas universidades tendrán mejor impacto en el ámbito administrativo.

**Cuadro 17. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas administrativas de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014*

<b>Porcentaje prácticas administrativas</b>				
<b>Universidad</b>	<b>&lt; 25%</b>	<b>26% - 50%</b>	<b>&gt;51%</b>	<b>Total</b>
Bosque	25	22	6	53
Corpas	4	1	-	5
FUCS	5	-	-	5
Javeriana	2	3	-	5
Sabana	8	4	-	12
Valle	5	5	2	12
<b>Total</b>	<b>49</b>	<b>35</b>	<b>8</b>	<b>92</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 15. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas administrativas de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar.*  
*Colombia - Noviembre 2014*



**Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.**

## Prácticas Clínicas:

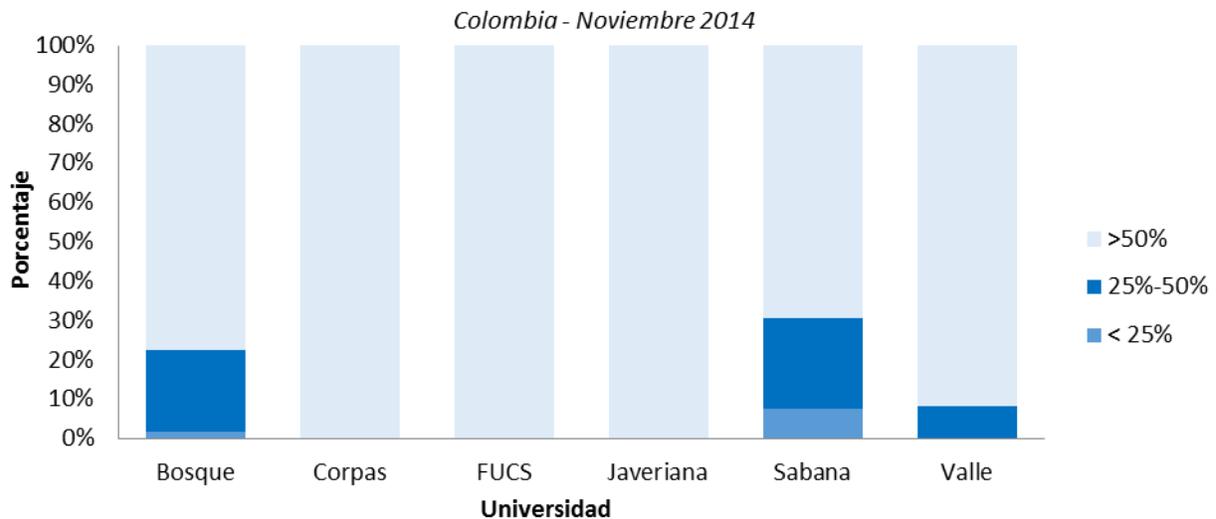
En el cuadro 18 y grafico 16 se evidencian lo que consideran los residentes de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar colombianas, sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas comunitarias, encontrando similitudes marcadas por universidad, donde en general todas las universidades tienen su mayor frecuencia de residentes en más del 50% de énfasis clínico durante la formación, los que explicaría la fortaleza clínica y de resolutiveidad que tienen el médico familiar en este campo, además el impacto tan importante que causa en la salud y enfermedad del paciente, sin embargo determinar si realmente en el momento del ejercicio de la medicina familiar, el profesional está ejerciendo en su mayoría en el ámbito clínico.

Cuadro 18. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas clínicas de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar en Colombia – Noviembre 2014*

<b>Porcentaje práctica clínica</b>				
<b>Universidad</b>	<b>&lt; 25%</b>	<b>26% - 50%</b>	<b>&gt;51%</b>	<b>Total</b>
Bosque	1	11	41	53
Corpas	-	-	5	5
FUCS	-	-	5	5
Javeriana	-	-	5	5
Sabana	1	3	9	12
Valle	-	1	11	12
<b>Total</b>	<b>2</b>	<b>15</b>	<b>75</b>	<b>92</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 16. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre el porcentaje que tienen durante su formación en prácticas clínicas de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar.*



**Fuente:** Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

### **Investigación durante la residencia:**

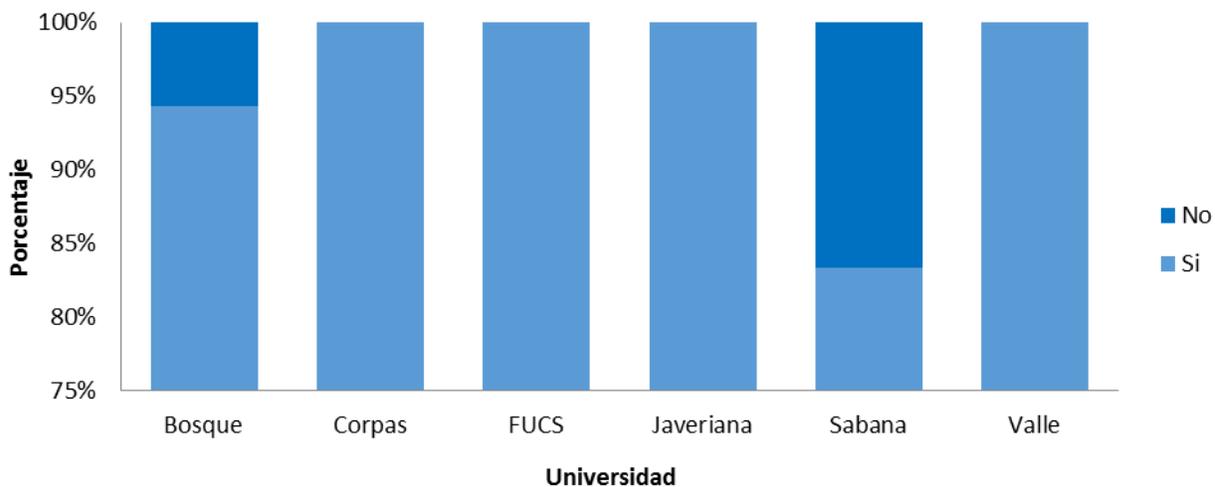
En el cuadro 19-20 y grafico 17-18, se evidencia lo que consideran los residentes de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar colombianas, sobre la investigación realizada o no durante la residencia, respondiendo en su mayoría que si 87 residentes siendo 94.5% y respondiendo no 5 residentes, siendo 5.4%, teniendo dos tipos de investigación cuantitativa y cualitativa donde hay 42 residentes y 45 residentes respectivamente, por lo que se puede evidenciar que en todas las universidades tienen exigencias en el desarrollo de este campo, sin embargo no coincide con las cifras de publicaciones sobre Medicina Familiar, por lo que nos hace concluir que estas investigaciones se están quedando a nivel universitario local, tal vez como un requisito, sin tener impacto en la sociedad y en el desarrollo de la Medicina Familiar en el país.

Cuadro 19. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre si se realiza o no investigación durante el posgrado según universidad.*  
 Colombia – Noviembre 2014

<b>Investigación durante el posgrado</b>			
<b>Universidad</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Total</b>
Bosque	3	50	53
Corpas	-	5	5
FUCS	-	5	5
Javeriana	-	5	5
Sabana	2	10	12
Valle	-	12	12
<b>Total</b>	<b>5</b>	<b>87</b>	<b>92</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 17. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre si se realiza o no investigación durante el posgrado según universidad.*  
 Colombia – Noviembre 2014



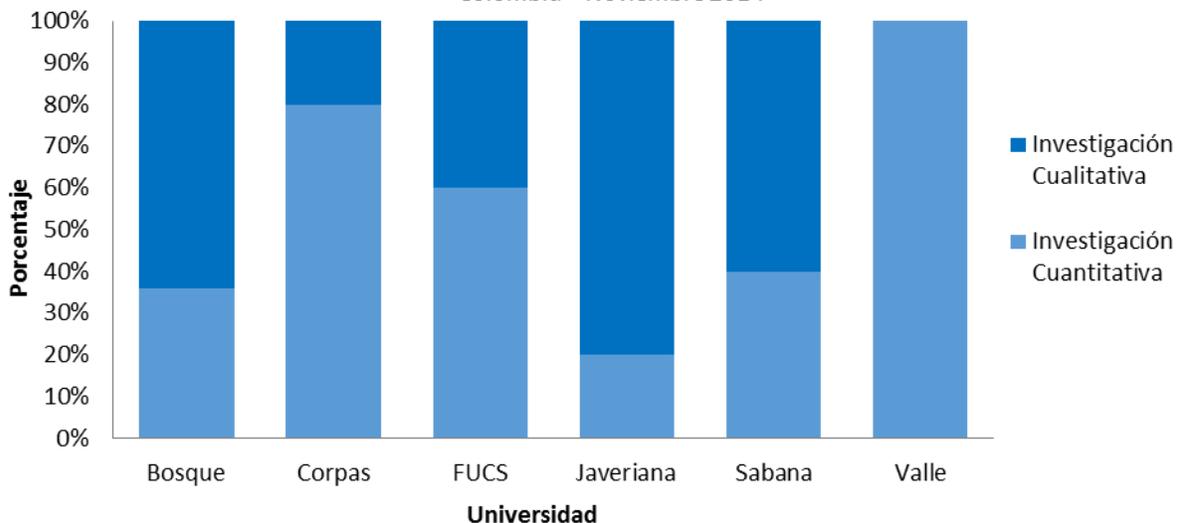
Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

**Cuadro 20. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre el tipo de investigación realizada durante el posgrado según universidad.*  
 Colombia – Noviembre 2014

<b>Tipos Investigación</b>			
<b>Universidad</b>	<b>Cuantitativa</b>	<b>Cualitativa</b>	<b>Total</b>
Bosque	18	32	50
Corpas	4	1	5
FUCS	3	2	5
Javeriana	1	4	5
Sabana	4	6	10
Valle	12	0	12
<b>Total</b>	<b>42</b>	<b>45</b>	<b>87</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 18. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre el tipo de investigación realizada durante el posgrado según universidad.*  
 Colombia – Noviembre 2014



Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.

## Conocimiento de las reformas en Salud:

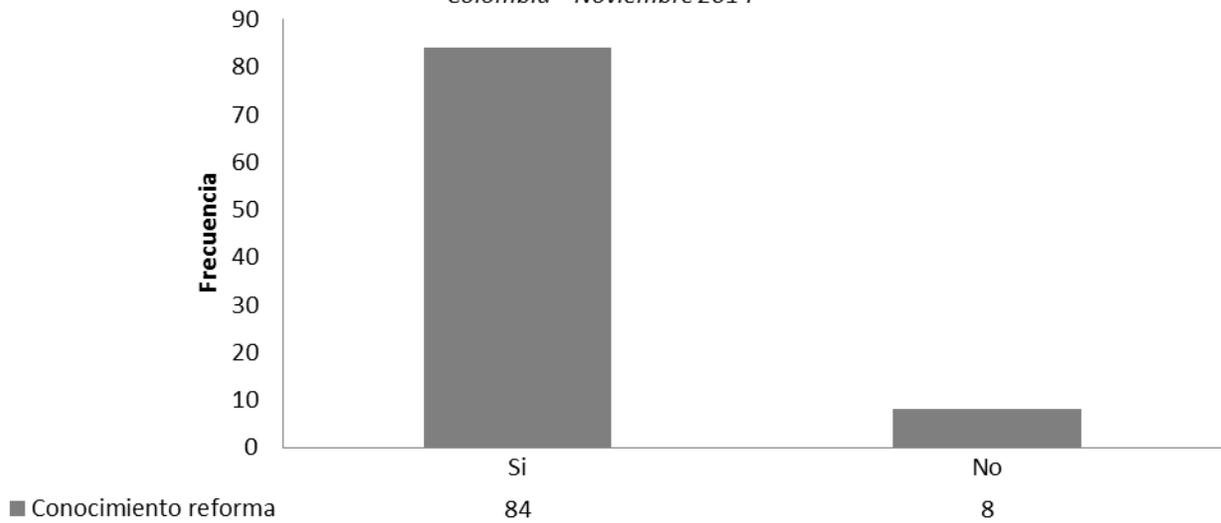
En el cuadro 21 y grafico 19 se evidencia lo que consideran los residentes de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar colombianas, sobre el conocimiento que se tiene o no sobre las reformas actuales en salud, respondiendo en su mayoría que si 84 residentes siendo 91.3% y respondiendo no 8 residentes, siendo 8.6%, lo que nos indica que los residentes están enterados de las transformaciones actuales del Sistema de Salud, siendo importante esto ya que la mayoría de dichas reformas involucran al médico familiar para la prospección y desarrollo de este en el actual o reformado Sistema de Salud.

Cuadro 21. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre el conocimiento de las reformas en salud durante el posgrado según universidad.  
Colombia – Noviembre 2014*

<b>Conocimientos de la reformas en salud</b>			
<b>Universidad</b>	<b>NO</b>	<b>SI</b>	<b>Total</b>
Bosque	4	49	53
Corpas	-	5	5
FUCS	1	4	5
Javeriana	-	5	5
Sabana	2	10	12
Valle	1	11	12
<b>Total</b>	<b>8</b>	<b>84</b>	<b>92</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Figura 19. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de la opinión de los residentes sobre el conocimiento de las reformas en salud durante el posgrado según universidad.*  
*Colombia – Noviembre 2014*



**Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.**

## Transformaciones del Sistema:

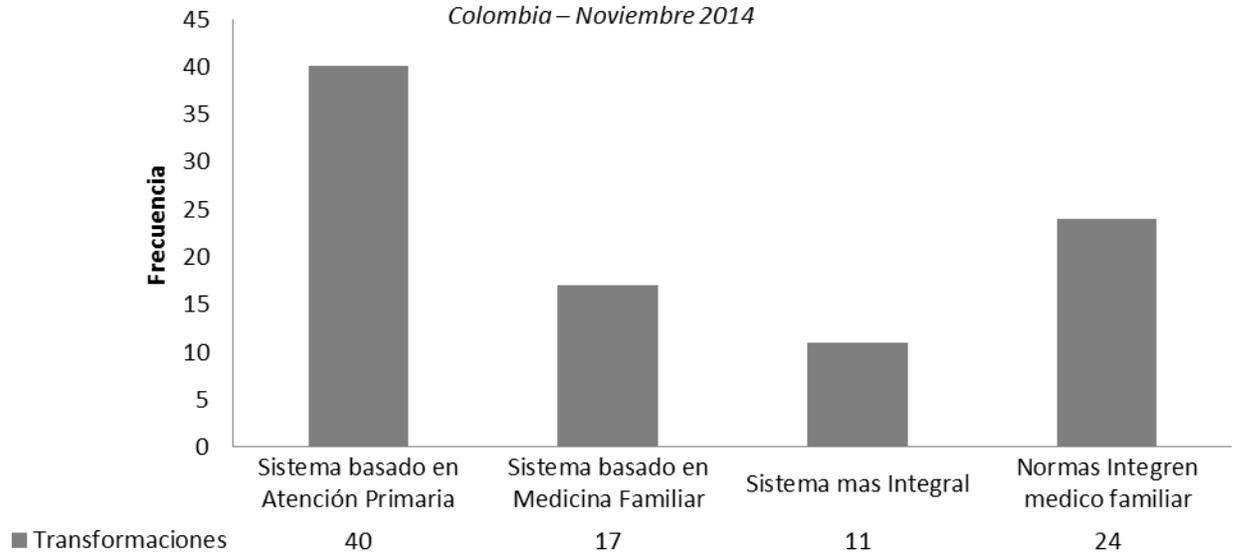
En el cuadro 22 y grafico 20 se evidencia lo que consideran los residentes de las diferentes universidades de posgrado de Medicina Familiar colombianas, sobre las transformaciones que tendría que hacerse al sistema de salud para incluir la Medicina Familiar, respondiendo en su mayoría 40 residentes que debe estar basado en la estrategia de Atención Primaria en salud, donde este integrado el médico familiar (19 residentes), sus funciones y su impacto en la salud de cada paciente que atiende, además que sea un Sistema de Salud más integral (11 residentes), es decir que se preocupe por ver al paciente basado en el modelo biopsicosocial, donde se preocupe por el paciente como parte de una comunidad, familia e individuo y finalmente la normatización (24 residentes), es decir que en las políticas de salud, la reglamentación se encuentre el médico familiar como parte del sistema, donde se vea y note su función y donde se tenga claro la labor de este.

Cuadro 22. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Opinión de los residentes Medicina Familiar acerca de las transformaciones futuras al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*  
*Colombia – Noviembre 2014*

<b>Transformaciones futuras Del Sistema de Salud</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Sistema basado en APS	40	46,4
Sistema basado en Medicina Familiar	17	18,3
Sistema más integral	11	11,9
Normas integran al médico familiar	24	26
<b>Total</b>	<b>92</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de medicina familiar de las universidades con la especialización en Colombia.

**Grafico 20. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Opinión de los residentes Medicina Familiar acerca de las transformaciones futuras al Sistema General de Seguridad Social en Salud.*  
Colombia – Noviembre 2014



**Fuente: Encuesta realizada a residentes del posgrado de Medicina Familiar de las Universidades con la Especialización en Colombia.**

### **Especialistas Egresados por Facultad:**

En el cuadro 23 y grafico 21 se puede evidenciar el número de encuestados (especialistas) egresados por cada universidad del posgrado en Medicina Familiar de Universidades en Colombia, del total de especialistas probables encuestados (500) siendo el 100% de la población de especialistas egresados de los programas colombianos de Medicina Familiar se recopilaron las encuestas de (46) especialistas siendo el 9,4% del total que tuvieron la oportunidad de asistir al III congreso de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque en Bogotá, Noviembre del año 2014..

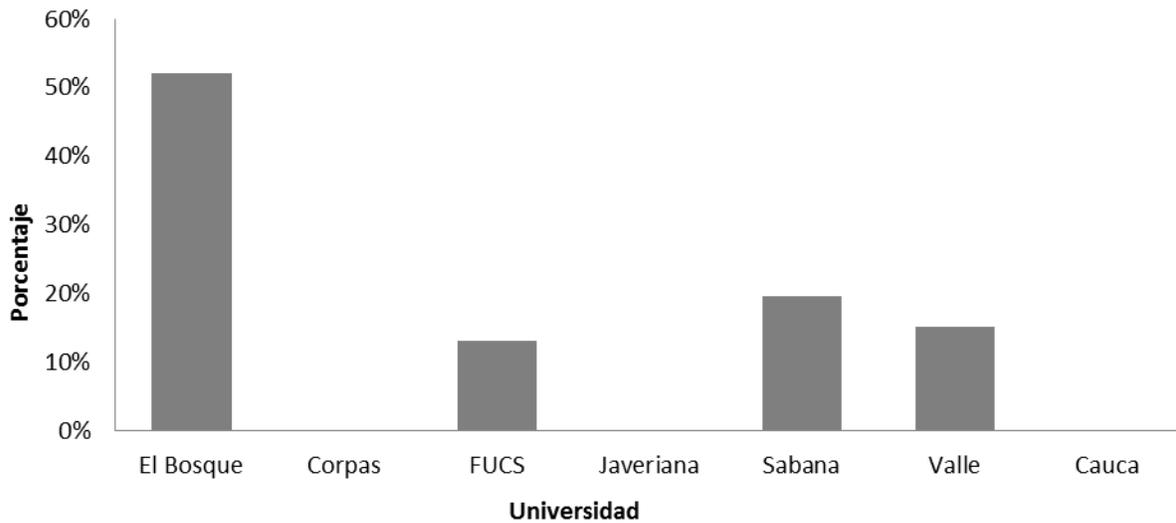
Observamos que el mayor porcentaje de participantes con un 52.1% (24), fueron de la Universidad El Bosque, aunque no es el programa más antiguo es el programa con mayor número de especialistas egresados actualmente, en segundo lugar la Universidad de la Sabana con un porcentaje de 19.5% (9) en tercer lugar la Universidad del Valle con un porcentaje de 15.2% (7) y finalizando con un porcentaje de 13% (6) la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. No se obtuvieron encuestas de egresados de los programas de la Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Juan N. Corpas y Universidad del Cauca ya que no hubo asistencia de ellos al momento de la realización de las encuestas.

**Cuadro 23. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados según las universidades de egreso de Colombia – Noviembre 2014*

<b>Universidad</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Bosque	24	52,1
Corpas	-	-
FUCS	6	13
Javeriana	-	-
Sabana	9	19,5
Valle	7	15,2
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 21. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados según las universidades de egreso.*  
*Colombia – Noviembre 2014*



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Relación de trabajo actual por universidad de egreso:**

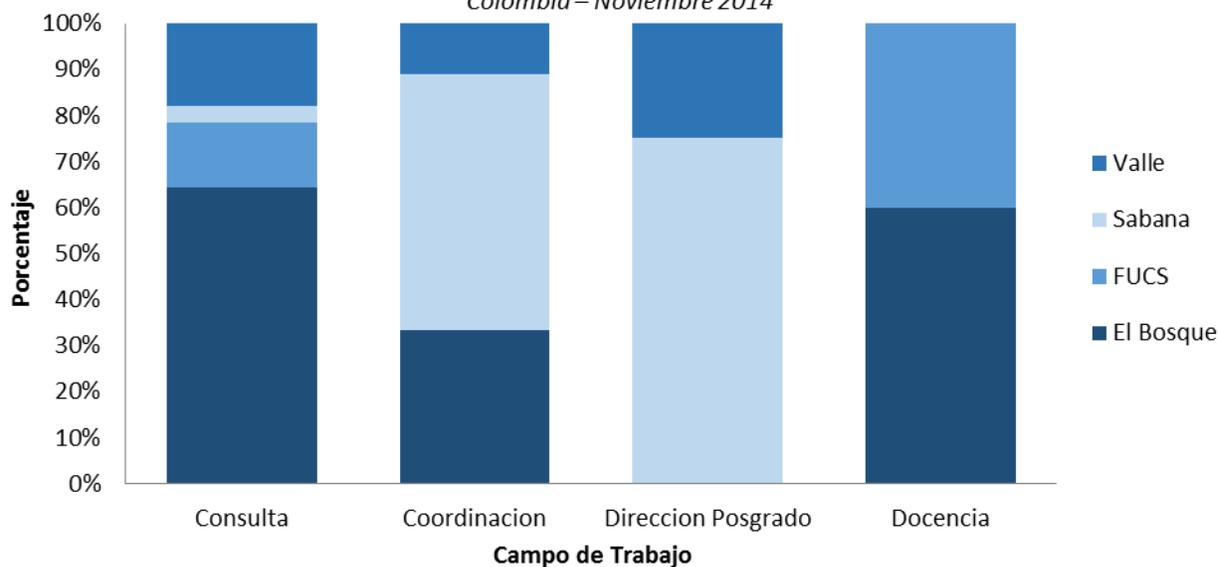
En el cuadro 24 y grafico 22 observamos que de la Universidad El Bosque con el mayor número de participantes con 24 especialistas encuestados la mayoría están trabajando actualmente en consulta externa de Medicina Familiar (18), y comparten con (3) especialistas trabajando en docencia y coordinación médica cada uno, de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud con 6 especialistas encuestados la mayoría están trabajando actualmente en consulta externa de Medicina Familiar (4), y (2) especialistas trabajando en Docencia, no se encontraron encuestados trabajando en coordinación médica y tampoco en Dirección de Programas de especialización en Medicina Familiar, de la Universidad de la Sabana con 9 especialistas encuestados la mayoría están trabajando actualmente en coordinación medica de centros de Atención Primaria (5), (3) especialistas trabajando en dirección de posgrados de Medicina Familiar y (1) especialista trabajando en consulta externa de Medicina Familiar , no se encontraron encuestados trabajando en docencia, de la Universidad El Valle con 7 especialistas encuestados la mayoría están trabajando actualmente en consulta externa de Medicina Familiar (5), (1) especialistas trabajando en dirección de posgrados de Medicina Familiar y (1) especialista trabajando en coordinación medica de centros de Atención Primaria, no se encontraron encuestados trabajando en docencia, no se obtuvieron encuestas de especialistas egresados de los programas de la Pontificia Universidad Javeriana, Universidad Juan N. Corpas y Universidad del Cauca, ni se obtuvieron encuestas de especialistas trabajando en los campos de comunitaria y tampoco en investigación de todos los egresados de las universidades que ofrecen el programa en el país.

Cuadro 24. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de medicina familiar encuestados por trabajo actual según universidad de egreso.*  
 Colombia – Noviembre 2014

Lugar de trabajo					
Universidad	Consulta	Coordinación	Dirección	Docencia	Total
	Posgrado				
Bosque	18	3	-	3	<b>24</b>
FUCS	4	-	-	2	<b>6</b>
Sabana	1	5	3	-	<b>9</b>
Valle	5	1	1	-	<b>7</b>
<b>Total</b>	<b>28</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>46</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en Medicina Familiar

Grafico 22. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por trabajo actual según universidad de egreso.*  
 Colombia – Noviembre 2014



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

### Distribución edad de los encuestados:

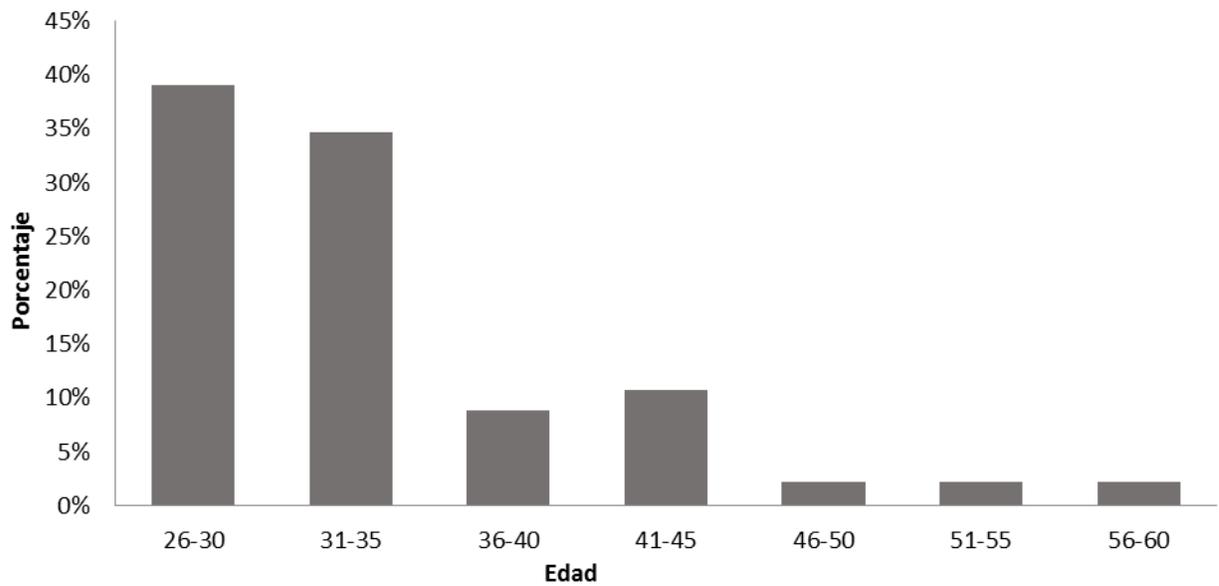
En el cuadro 25 y grafico 23 observamos que el mayor porcentaje de participantes con un 39,1% (18) se encuentran entre los 26 y 30 años y el menor porcentaje lo comparten con 2.2% (1) desde los 40 a los 60 años cada quinquenio respectivamente, no se obtuvieron encuestas de especialistas con edades inferiores a los 26 años o superiores a los 60 años.

Cuadro 25. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de medicina familiar encuestados por edad*  
*Colombia – Noviembre 2014*

<b>Edad (años)</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
26 – 30	18	39,1
31 – 35	16	34,7
36 – 40	4	8,8
41 – 45	5	10,8
46 – 50	1	2,2
51 – 55	1	2,2
56 – 60	1	2,2
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 23. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por edad.*  
Colombia – Noviembre 2014



**Fuente:** Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Tiempo de egresado Medicina Familiar por universidad:**

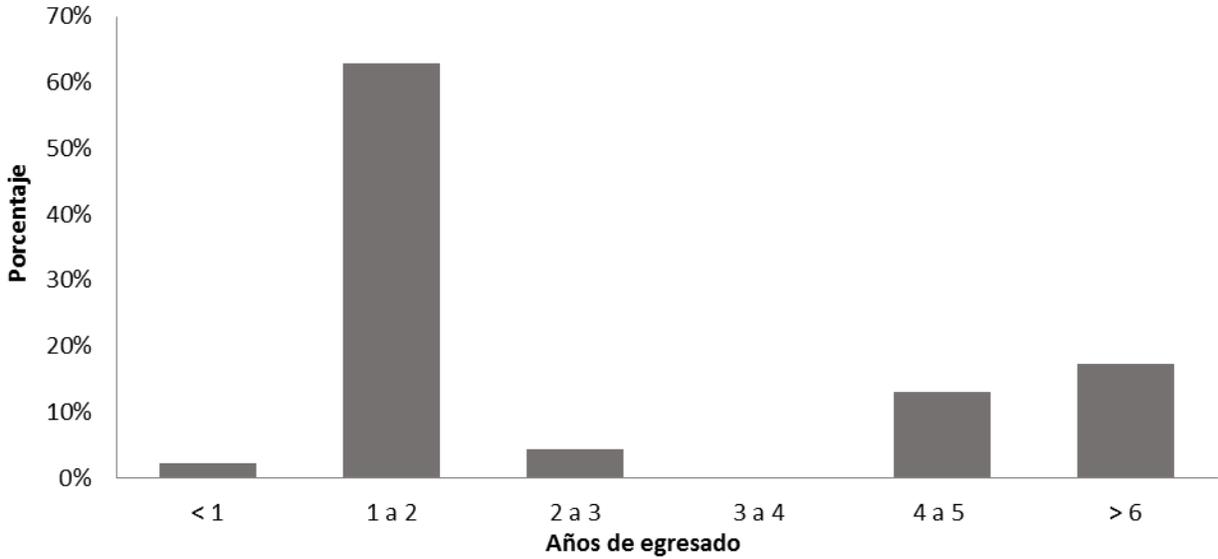
En el cuadro 26 y grafico 24 se evidencia que de los especialistas encuestados el 63% (29) llevan menos de dos años de egresado de la especializacion en Medicina Familiar seguidos por 17,4% (8) con mas de 6 años de egresados de los programas de Medicina Familiar del pais y en su minoria 2,2% (1) menor de 1 año de egresado, no respondieron la encuesta especialistas que llevaban 3 a 4 años de egresados del programa.

Cuadro 26. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de medicina familiar encuestados por años de egreso.  
Colombia – Noviembre 2014*

<b>Años de egresados de la universidad</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
< 1	1	2,2
1 a 2	29	63
2 a 3	2	4,4
3 a 4	-	-
4 a 5	6	13
> 6	8	17,4
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 24. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por años que lleva de egreso especialidad.*  
Colombia – Noviembre 2014



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

### **Formación complementaria a la Medicina Familiar:**

En el cuadro 27 y grafico 25 podemos evidenciar que los especialistas egresados de las universidades del posgrado en Medicina Familiar del País en su mayoría un 38,3% (18) no han realizado un estudio complementario a la especialización, seguido por lo que más han realizado complementario a su educación de la especialización son talleres con 28,2% (13) y lo que menos se ha realizado son otros posgrados con 4,3% (2) especialistas.

**Cuadro 27. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados según estudios complementarios realizados.*

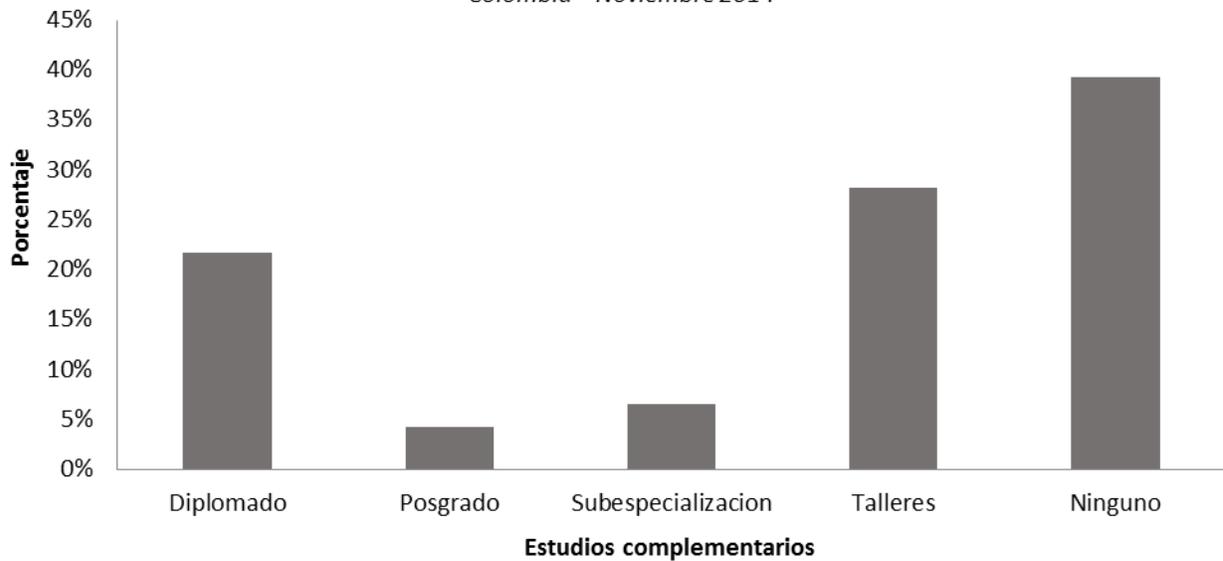
*Colombia – Noviembre 2014*

<b>Estudios complementarios</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Diplomado	10	21,7
Posgrado	2	4,3
Subespecialización	3	6,5
Talleres	13	28,2
Ninguno	18	39,3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 25. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**

*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados según estudios complementarios realizados*  
*Colombia – Noviembre 2014*



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Perfil profesional actual del médico familiar:**

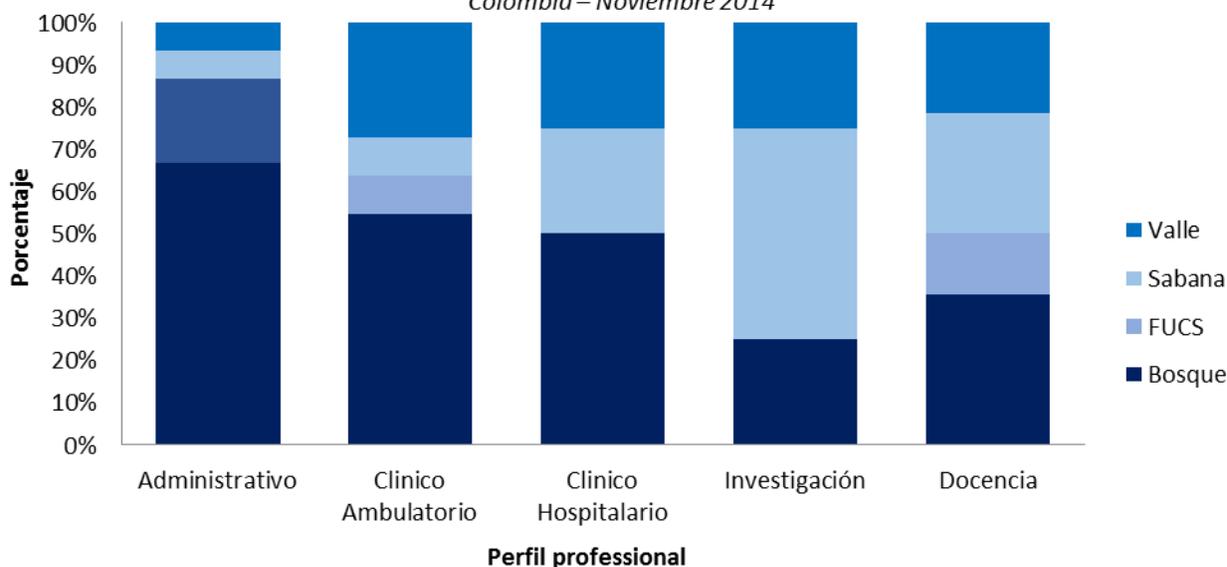
En el cuadro 28 y gráfico 26 se evidencia las diferentes opciones elegidas por los especialistas que mejor describa el perfil profesional actual como médico familiar, evidenciando que los especialistas en general de todas las universidades se encuentran laborando en el perfil profesional Administrativo (15) donde la universidad con mayor número de encuestados al perfil es la Universidad El Bosque, seguido del perfil clínico ambulatorio (11) en su mayoría de la Universidad del Valle y en su minoría los perfiles de investigación y clínico hospitalario.

Cuadro 28. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE LA SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por perfil profesional según universidad de egresado.*  
 Colombia – Noviembre 2014

Perfil profesional					
Universidad	Clínico		Clínico		
	Administrativo	Ambulatorio	Hospitalario	Investigación	Docencia
Bosque	10	6	2	1	5
FUCS	3	1	0	0	2
Sabana	1	1	1	2	4
Valle	1	3	1	1	3
<b>Total</b>	<b>15</b>	<b>11</b>	<b>4</b>	<b>4</b>	<b>14</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 26. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados por perfil profesional según universidad de egresado.*  
 Colombia – Noviembre 2014



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

### **Aceptación en lugar de trabajo:**

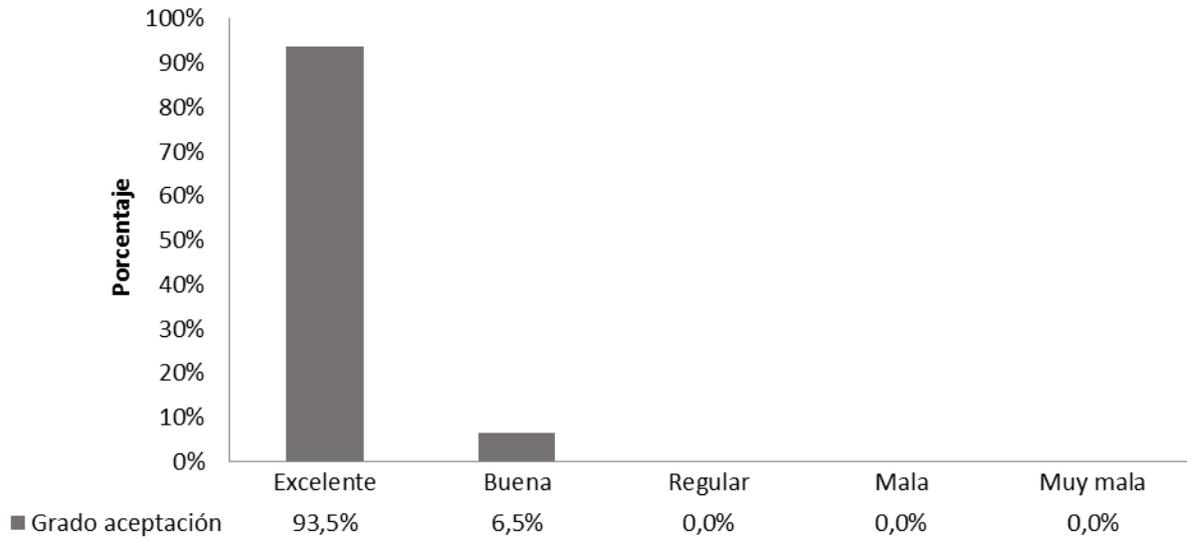
En el cuadro 29 y gráfico 27 se evidencia la aceptación de los especialistas en Medicina Familiar en sus lugares de trabajo, donde la mayoría de especialistas 93,5% (43) de las diferentes universidades del país la categorizan como excelente, seguido por 6,5% (3) especialistas que categorizan como buena, sin encontrar respuestas regulares, mala o muy mala en la aceptación en sus lugares de trabajo.

Cuadro 29. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la opinión en cuanto a la aceptación en el lugar de trabajo.*  
Colombia – Noviembre 2014

<b>Aceptación en lugar De trabajo</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Excelente	43	93,5
Buena	3	6,5
Regular	0	0
Mala	0	0
Muy mala	0	0
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 27. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre el grado de su aceptación en el lugar de trabajo.*  
*Colombia – Noviembre 2014*



**Fuente:** Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Relación con especialistas de otras áreas:**

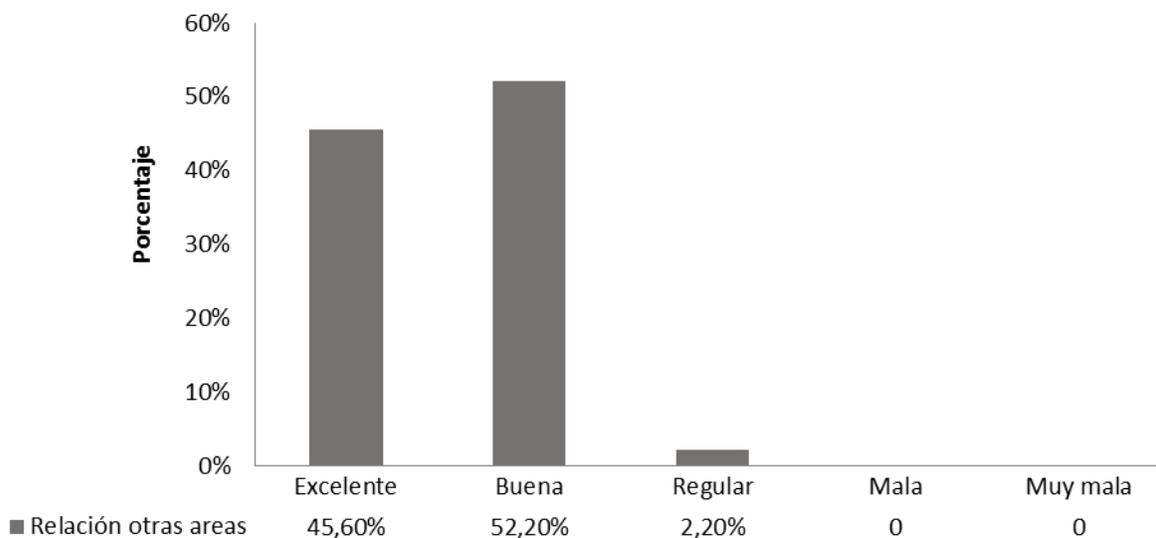
En el cuadro 30 y grafico 28 se evidencia la opinión de los especialistas en Medicina Familiar sobre la relación que existe con especialistas de diferentes áreas de la salud, encontrando que la mayoría 52,2% (24) especialistas, califican de buena relación y como segunda opinión califican excelente 45,6% (21), no se evidencio respuestas de mala y muy mala relación.

Cuadro 30. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la opinión en cuanto a la relación con especialistas en otras áreas.*  
Colombia – Noviembre 2014

<b>Relación con especialistas de otras áreas</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Excelente	21	45,6
Buena	24	52,2
Regular	1	2,2
Mala	-	-
Muy mala	-	-
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 28. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la calidad en la relación con especialistas en otras áreas.*  
 Colombia – Noviembre 2014



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

### **Sistema de Salud actual tiene en cuenta a los médicos familiares**

En el cuadro 31 y grafico 29 se evidencia que la opinión de los médicos familiares en su mayoría 93,5% (43) de todas las universidades consideran que el Sistema de Salud actual colombiano si tiene en cuenta a los médicos familiares, encontrando que el 6,5% con (3) respuestas considerando que no tiene en cuenta a los médicos familiares.

En la cuadro 32 y grafico 30-31 se evidencia que el 76% (35) consideran que el Sistema de Salud colombiano tienen en cuenta a los médicos familiares porque ha creado espacios para su desarrollo y un 10,8% (4) por que se han creado la necesidad de implementar programas basados en APS.

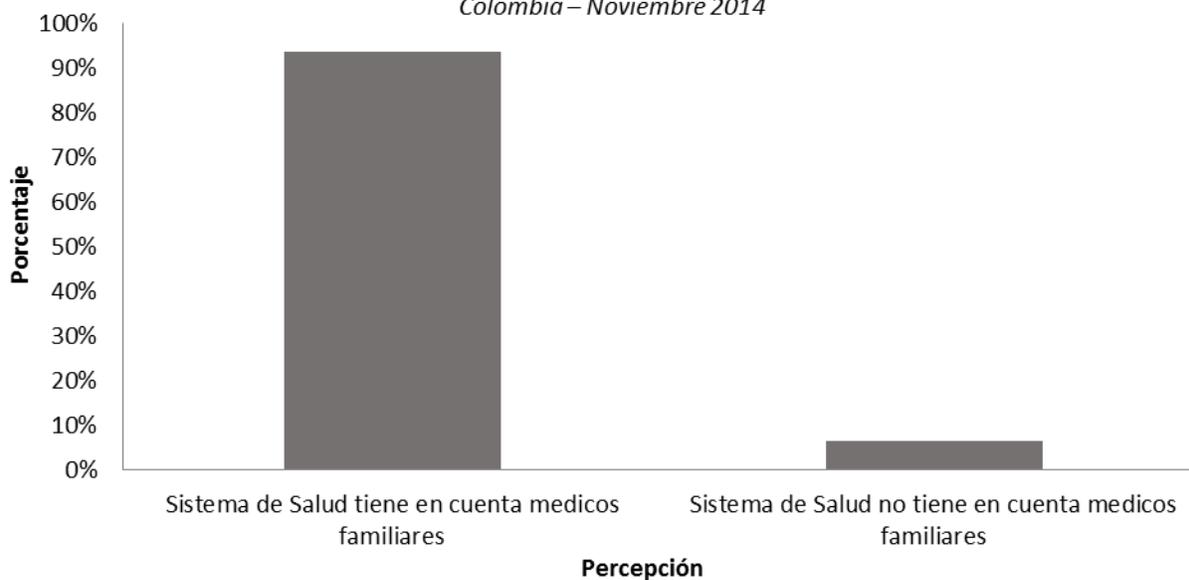
El 6,5% (3) lo comparten con el mismo valor quienes consideran que el Sistema de Salud no tiene en cuenta a los médicos familiares porque se desconoce la especialidad de Medicina Familiar y no hay involucramiento dentro del sistema y en último lugar con 2,2% (1) por no haber reformas de las políticas en salud que involucren a la Medicina Familiar.

**Cuadro 31. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la percepción del Sistema de Salud actual tienen cuenta a los médicos familiares.*  
 Colombia – Noviembre 2014

<b>Percepción sistema de salud actual Tiene en cuenta a los medico familiares</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	43	93,5
No	3	6,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 29. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la percepción del Sistema de Salud actual tienen cuenta a los médicos familiares.*  
 Colombia – Noviembre 2014



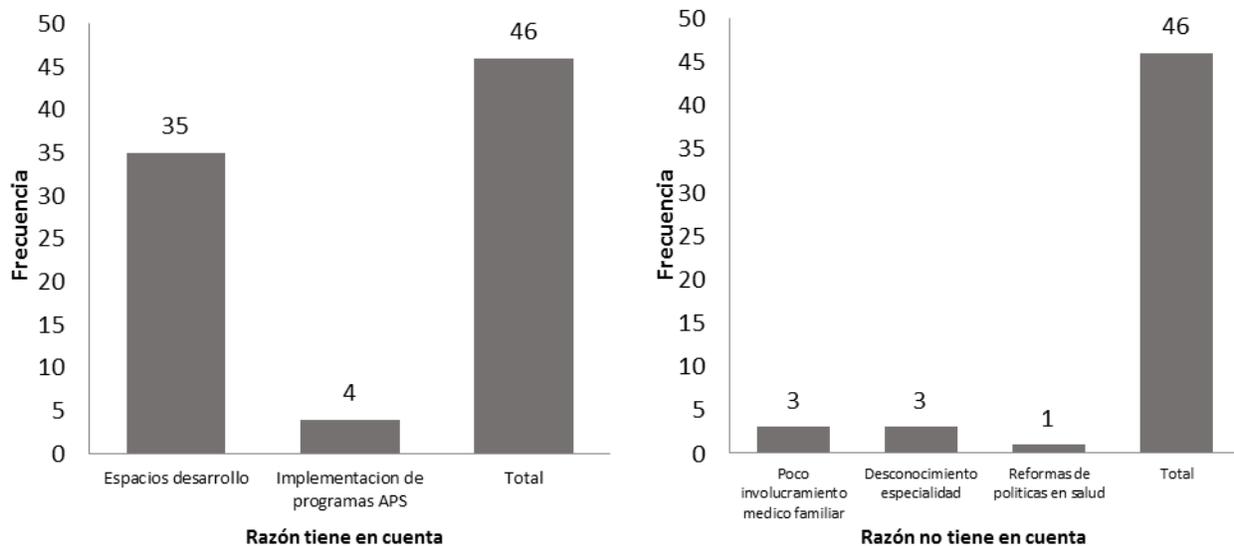
Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Cuadro 32. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la opinión por las cuales el Sistema de Salud actual tiene o No en cuenta a los médicos familiares.*  
 Colombia – Noviembre 2014

<b>Opiniones por las cuales el Sistema de Salud actual tiene en cuenta al médico familiar</b>	<b>Número de Especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Espacios de desarrollo	35	76
Implementación de programas APS	4	10,8
Poco involucramiento médico familiar	3	6,5
Desconocimiento de especialidad	3	6,5
Reformas de políticas en salud	1	2,2
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

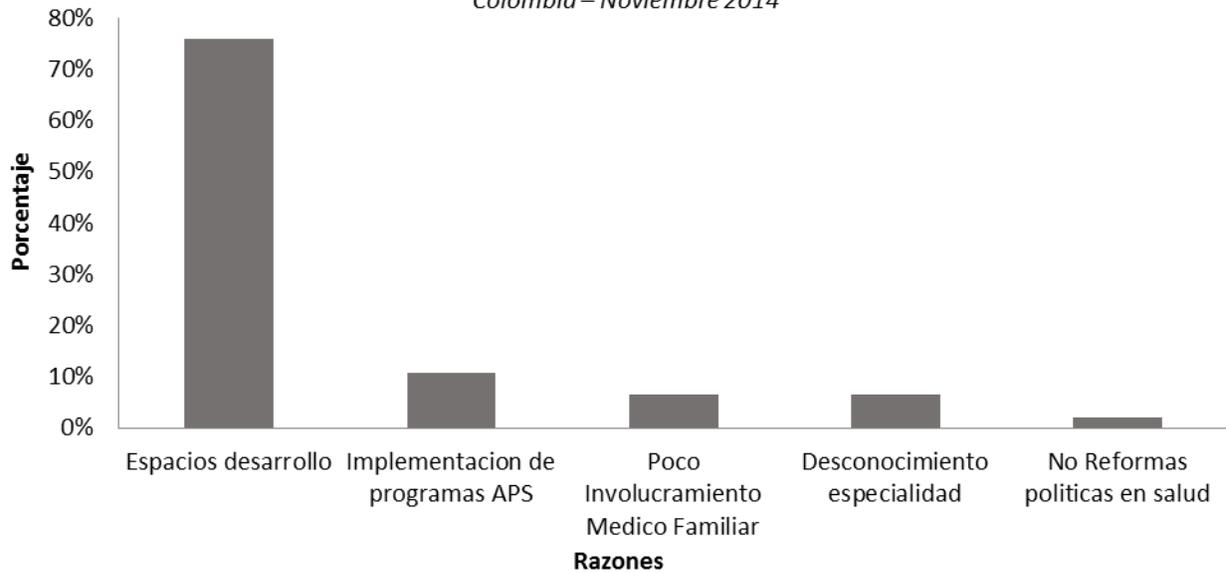
Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 30. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la razón por la cual el Sistema de Salud actual tiene en cuenta o No a los médicos familiares.*  
 Colombia – Noviembre 2014.



**Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.**

**Grafico 31. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la razón por la cual el Sistema de Salud actual tiene o No en cuenta a los médicos familiares.*  
Colombia – Noviembre 2014



**Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.**

**Ámbito de desarrollo del médico familiar:**

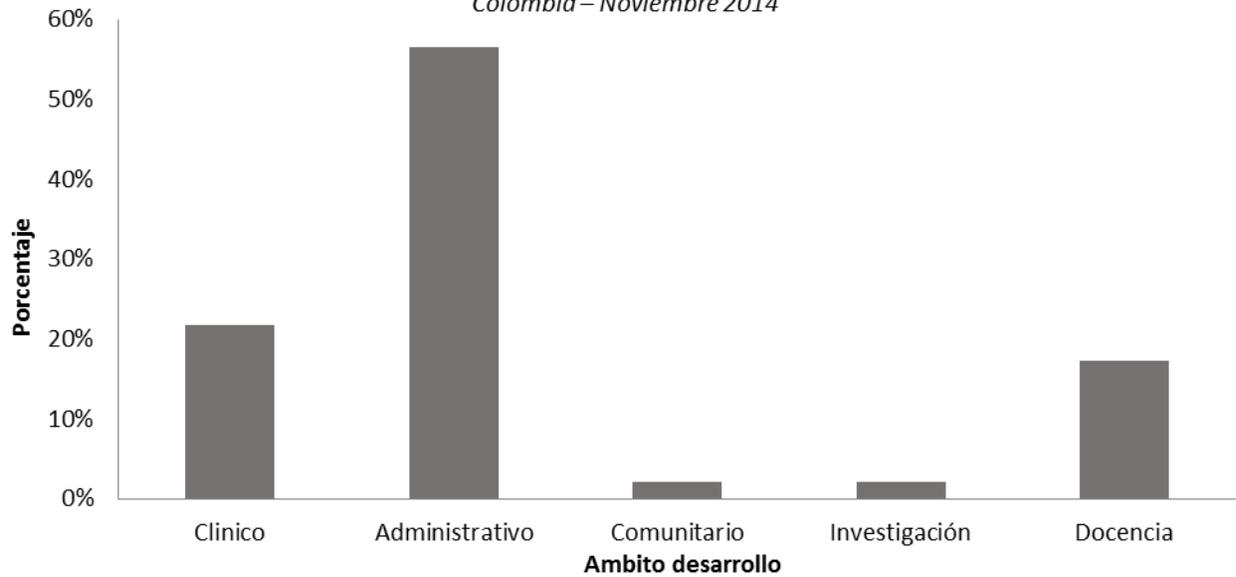
En el cuadro 33 y grafico 32 podemos evidenciar que el Sistema de Salud colombiano tiene en cuenta al médico familiar en su mayoría con un 56,5% (26) en el ámbito administrativo seguido del 21,8% (10) en el ámbito clínico y 17,3% (8) en la docencia universitaria quedando como últimos el ámbito comunitario y la investigación con 2,2% (1) cada uno.

Cuadro 33. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de medicina familiar encuestados el ámbito desarrollo actual  
Colombia – Noviembre 2014*

<b>Ámbito de Desarrollo actual</b>	<b>Número de Especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Ámbito clínico	10	21,8
Ámbito administrativo	26	56,5
Ámbito comunitario	1	2,2
Investigación	1	2,2
Docencia	8	17,3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 32. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados el ámbito desarrollo actual.*  
*Colombia – Noviembre 2014*



**Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.**

**Satisfacción en el ejercicio de la Medicina Familiar:**

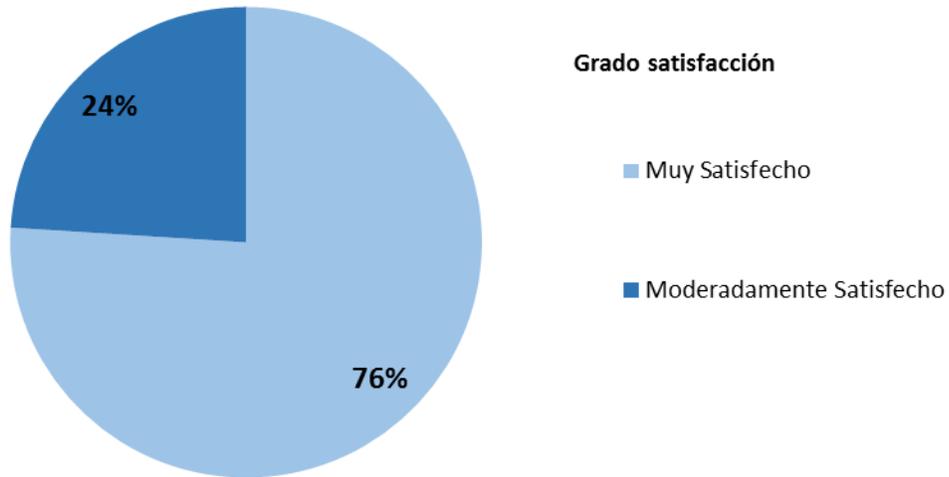
En el cuadro 34 y grafico 33 se evidencia que el 76% (35) se encuentran muy satisfechos con la labor que ejercen actualmente en Medicina Familiar y el 24% (11) se encuentran moderadamente satisfechos, sin encontrar especialistas que se encuentren poco satisfechos o no satisfechos.

Cuadro 34. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la satisfacción en el ejercicio de la medicina familiar.*  
Colombia – Noviembre 2014

<b>Satisfacción en el ejercicio de la medicina familiar</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Muy satisfecho	35	76
Moderadamente satisfecho	11	24
Poco satisfecho	-	-
No satisfecho	-	-
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 33. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre el grado de la satisfacción en el ejercicio de la Medicina Familiar.*  
*Colombia – Noviembre 2014*



**Fuente:** Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Labor del médico familiar actual a nivel ambulatorio:**

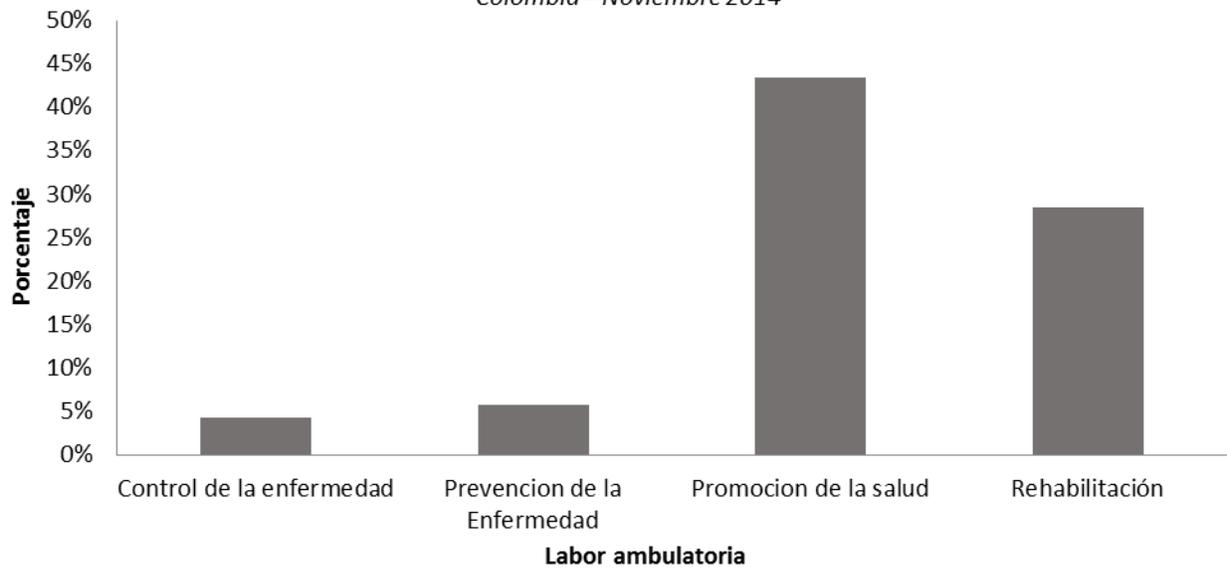
En el cuadro 35 y grafico 34 podemos evidenciar que el papel actual del médico familiar a nivel ambulatorio se encuentra principalmente con un 43,4% (20) en la promoción de la salud seguido de un 28,5% (16) en la rehabilitación del paciente, prevención de la enfermedad con un 5,8% (8) y finalizando en el control de la enfermedad 4,3% (2).

Cuadro 35. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la labor del médico familiar a nivel ambulatorio*  
*Colombia – Noviembre 2014*

<b>Labor del médico familiar actual a nivel ambulatorio</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Control de la enfermedad	2	4,3
Prevención de la enfermedad	8	5,8
Promoción de la salud	20	43,4
Rehabilitación	16	28,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 34. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la labor del médico familiar a nivel ambulatorio.*  
*Colombia – Noviembre 2014*



**Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.**

**Reconocimiento de la labor del médico familiar por de la sociedad:**

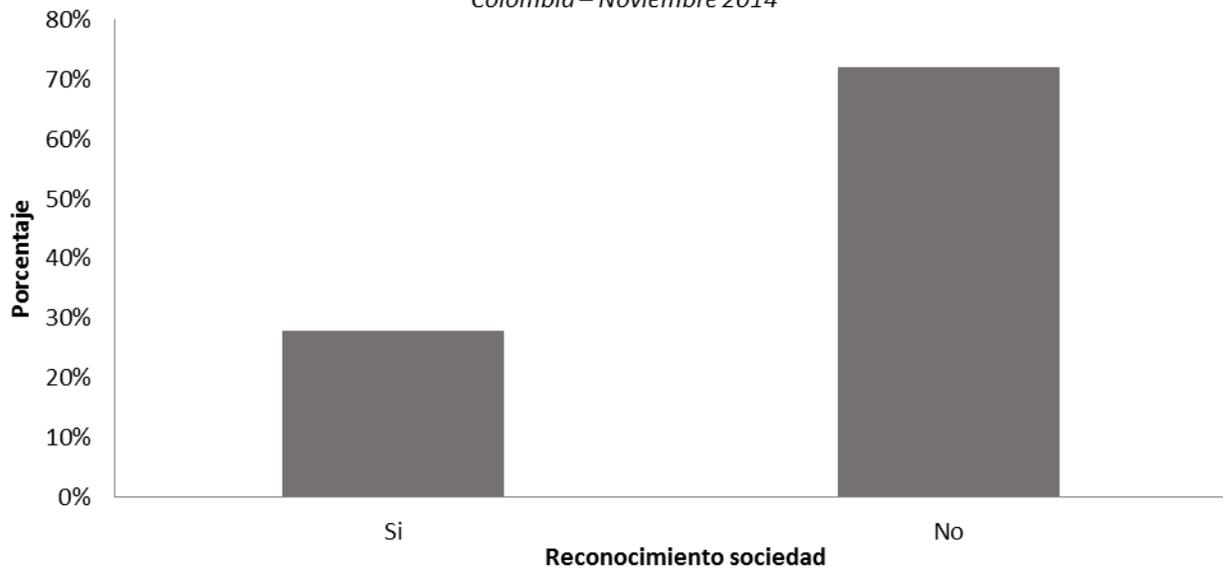
En el cuadro 36 y grafico 35 evidenciamos que la percepción del médico especialista en Medicina Familiar en su mayoría con un 72% (34) es que la labor ejercida por la especialidad no es reconocida por la sociedad y un 28% (12) considera que la labor ejercida por la especialidad si es reconocida por la sociedad.

Cuadro 36. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre el reconocimiento o no de la labor del médico familiar por la sociedad.*  
Colombia – Noviembre 2014

<b>Reconocimiento de la labor del médico familiar por de la sociedad</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	12	28
No	34	72
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Gráfico 35. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMAS DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre el reconocimiento o no de la labor del médico familiar por la sociedad.*  
*Colombia – Noviembre 2014*



**Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.**

### **Preparación del posgrado para ejercer la labor actual del médico familiar:**

En el cuadro 37 y grafico 36 se evidencia 39 de los especialistas de las universidades encuestadas consideran que la educación ofrecida en sus posgrados los capacito para salir preparados a realizar su labor actual como médicos familiares, llama la atención que 7 especialistas participantes consideran que la educación ofrecida en sus posgrados no los capacito para salir preparados para el ejercicio de su labor actual.

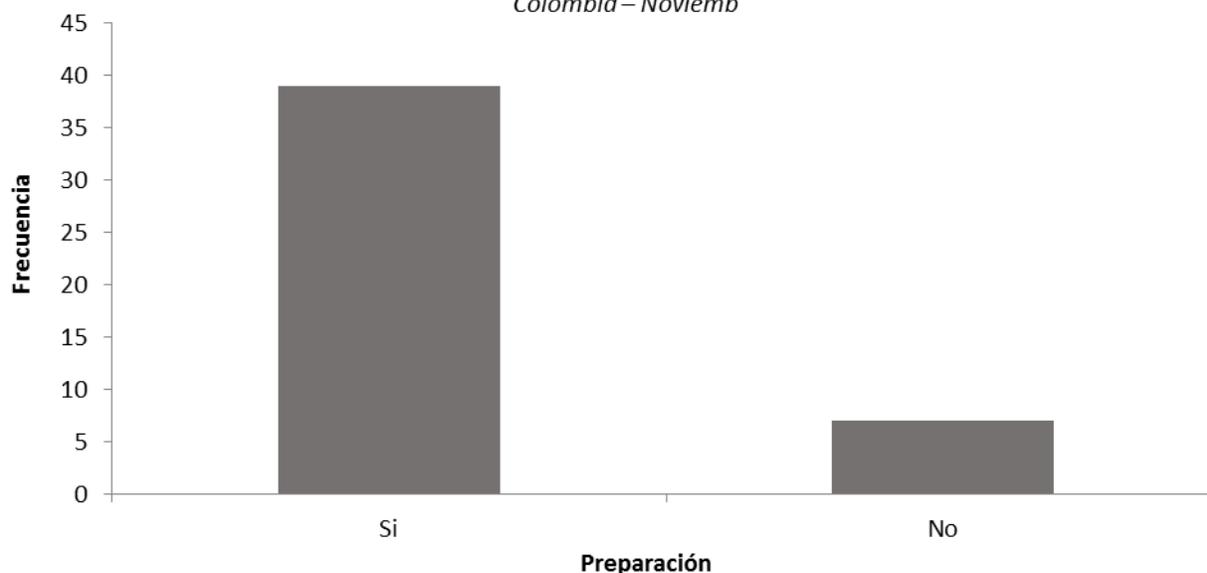
En la cuadro 38 y grafico 37 evidenciamos que la razón por la que consideran se encuentran preparados frente a el ejercicio actual de la especialidad Medicina Familiar con un 39,1% (18), es porque el posgrado les brindo las herramientas básicas para poder ejercer en la actualidad, seguido por el 13% (6) gracias al aprendizaje del manejo biopsicosocial del paciente y culminando 10,8% (3) por el manejo adecuado del paciente.

Cuadro 37. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la preparación del posgrado para ejercer la labor actual del médico familiar.*  
Colombia – Noviembre 2014

Universidad	Preparación del posgrado para ejercer la labor actual del médico familiar	
	NO	SI
Bosque	4	20
FUCS	-	6
Sabana	2	7
Valle	1	6
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>39</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 36. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre el si salen o no preparados del posgrado para ejercer la labor actual del médico familiar.*  
 Colombia – Noviembre

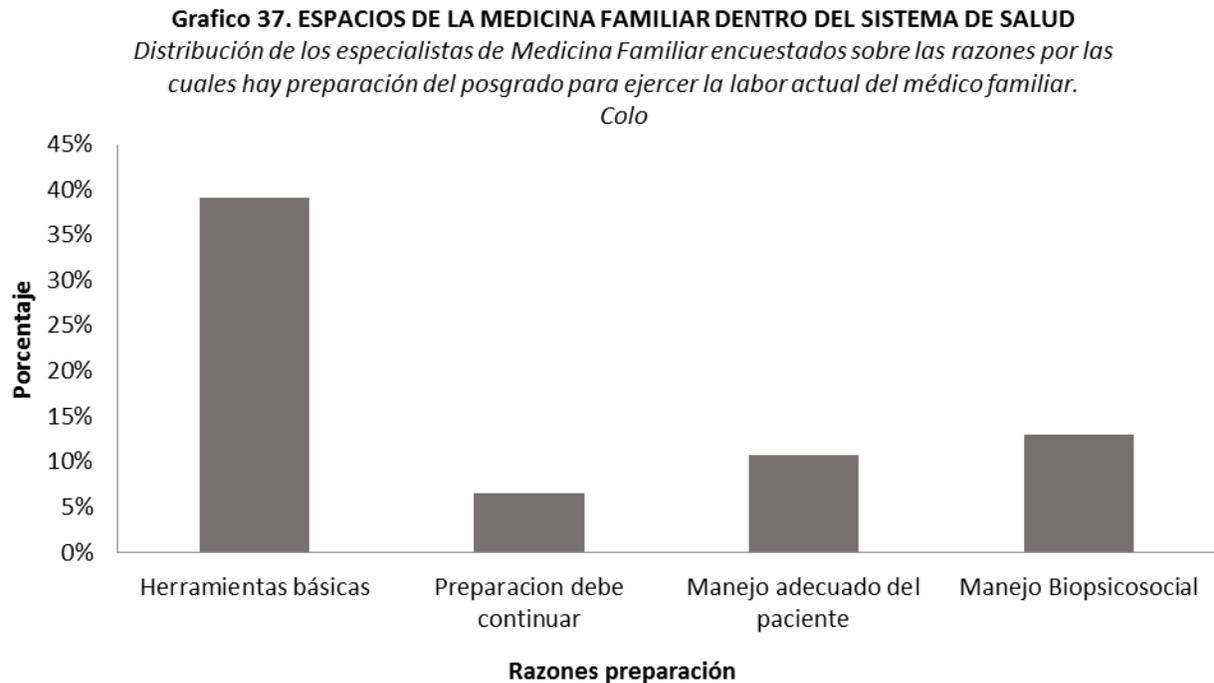


Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Cuadro 38. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las razones por las cuales si hay preparación del posgrado para ejercer la labor actual del médico familiar.*  
 Colombia – Noviembre 2014

Razones por las cuales si hay preparación del posgrado para ejercer la labor actual del médico familiar	Número de especialistas	Porcentaje (%)
Herramientas básicas	18	39,1
Preparación debe continuar	3	6,5
Manejo adecuado del paciente	5	10,8
Manejo biopsicosocial	6	13,0
<b>Total</b>	<b>39</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Competencias adquiridas en el posgrado lo preparan para el manejo integral del paciente dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud actual:**

En el cuadro 39 y grafico 38 se evidencia que los especialistas encuestados egresados de las universidades del país que ofrecen el posgrado de Medicina Familiar consideran el 100% (46) que las competencias adquiridas en el posgrado lo prepararon para el manejo integral del paciente dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano actual.

En el cuadro 40 y grafico 39 se evidencia que la principal razón por la que consideran los especialistas encuestados egresados de las universidades del país que ofrecen el posgrado de Medicina Familiar salen preparados para el manejo integral del paciente dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud actual es con (23) respuestas porque el posgrado le brindó las herramientas para generar adaptabilidad a las condiciones actuales, seguido de (12) respuestas por enseñarles el manejo del

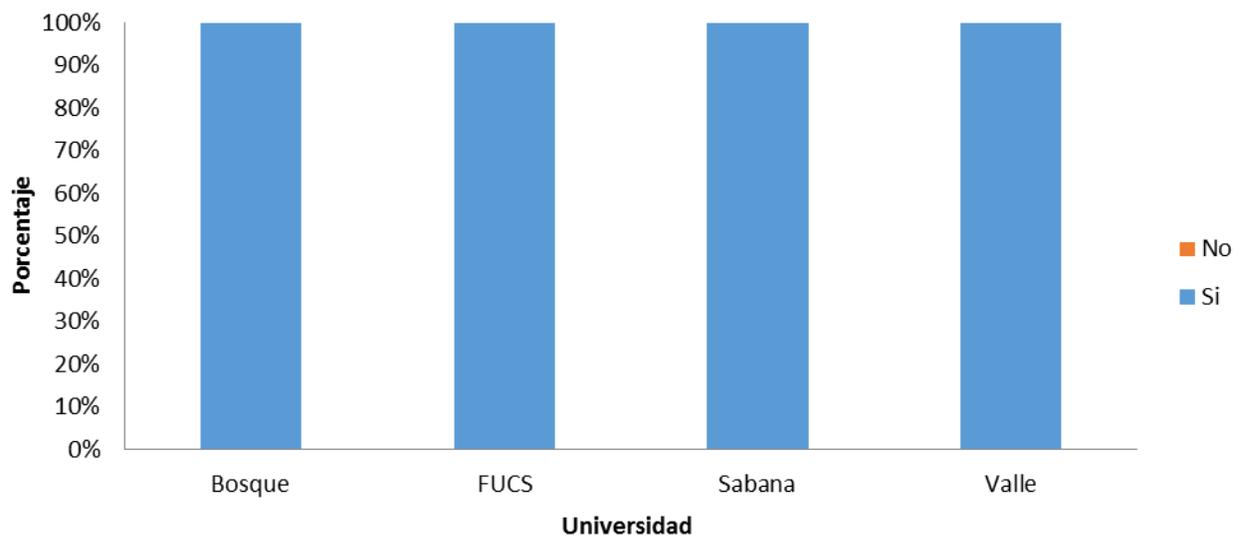
Sistema de Salud actual y finalizando con (11) respuestas por la educación con las competencias y capacidades completas para ser médicos familiares.

**Cuadro 39. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las competencias adquiridas en el posgrado lo preparan para el manejo integral del paciente dentro del Sistema de Salud actual.*  
 Colombia – Noviembre 2014

Universidad	Competencias lo preparan al manejo integral del paciente	
	SI	No
Bosque	24	-
FUCS	6	-
Sabana	9	-
Valle	7	-
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>-</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 38. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las competencias adquiridas en el posgrado lo preparan para el manejo integral del paciente dentro del Sistem*



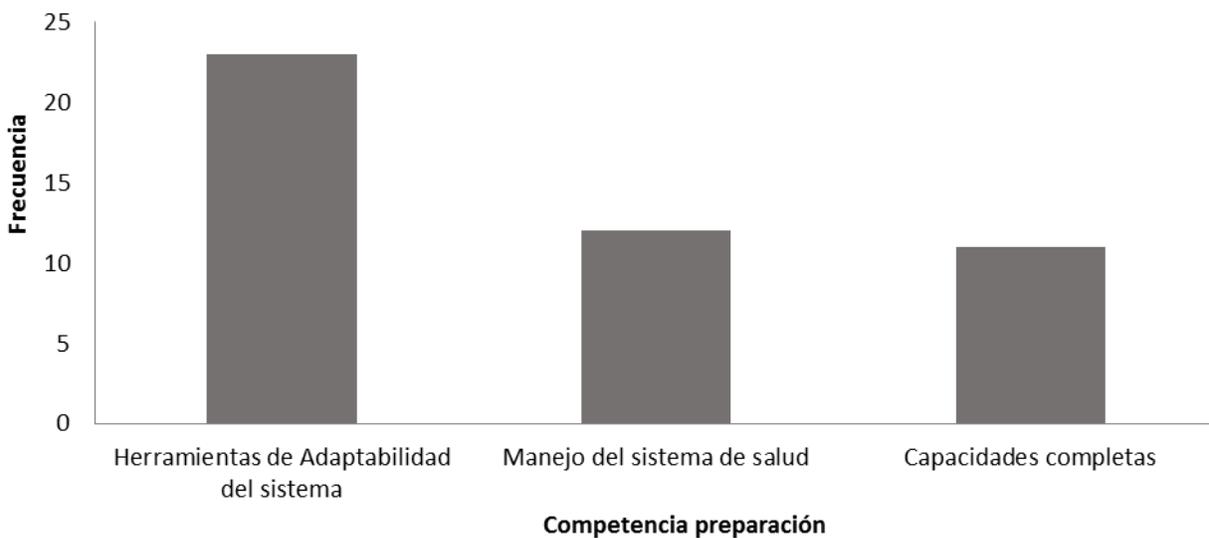
Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Cuadro 40. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las razones para la preparación por competencias adquiridas en el posgrado lo preparan para el manejo integral del paciente dentro del Sistema de Salud actual.*  
 Colombia – Noviembre 2014

Universidad	Razón preparación manejo integral paciente en Sistema de Salud actual		
	Herramientas de Adaptabilidad al sistema	Manejo del sistema de Salud	Capacidades completas
Bosque	10	5	9
FUCS	2	4	-
Sabana	5	3	1
Valle	6	-	1
<b>Total</b>	<b>23</b>	<b>12</b>	<b>11</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 39. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las razones para la preparación por competencias adquiridas en el posgrado lo preparan para el manejo integra*



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Características en la labor del médico familiar que más aplica en la práctica:**

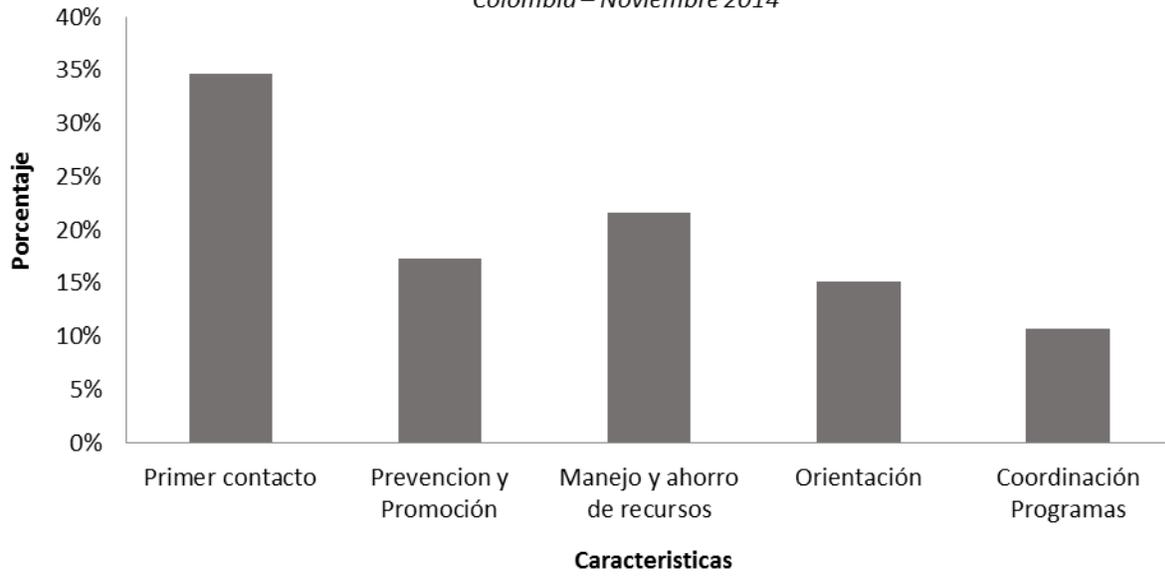
En el cuadro 41 y grafico 40 evidenciamos que de las características del médico familiar que más aplican en la práctica en su mayoría de especialistas considera con un 34,7% (16) es ser el primer contacto, seguido de un 21,7% (10) el manejo y ahorro de recursos, 15,2% (7) orientación y finalizando con un 10,8% (5) coordinación de programas.

Cuadro 41. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las características en la labor del médico familiar que más aplica en la práctica*  
Colombia – Noviembre 2014

<b>Características en la labor del médico familiar que más aplica en la práctica</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Primer contacto	16	34,7
Prevención y promoción	8	17,3
Manejo y ahorro de recursos	10	21,7
Orientación	7	15,2
Coordinación programas	5	10,8
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 40. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las características en la labor del médico familiar que más aplica en la práctica Colombia – Noviembre 2014*



**fuente: Encuesta realizada a los especialistas en medicina familiar.**

**Competencias del médico familiar según los lineamientos de la WONCA practica más en su labor como especialista:**

En el cuadro 42 y grafico 41 se evidencia que los especialistas en Medicina Familiar encuestados consideran que la competencia según los lineamientos de la WONCA (World Organization of Family Doctors) que más practican en su labor con 28,3% (13) es la integralidad, seguida con 21,7% (10) ahorro de recursos, 19,5% (9) continuidad en la atención del paciente y su familia, culminando con 13% (6) actividades de promoción de la salud.

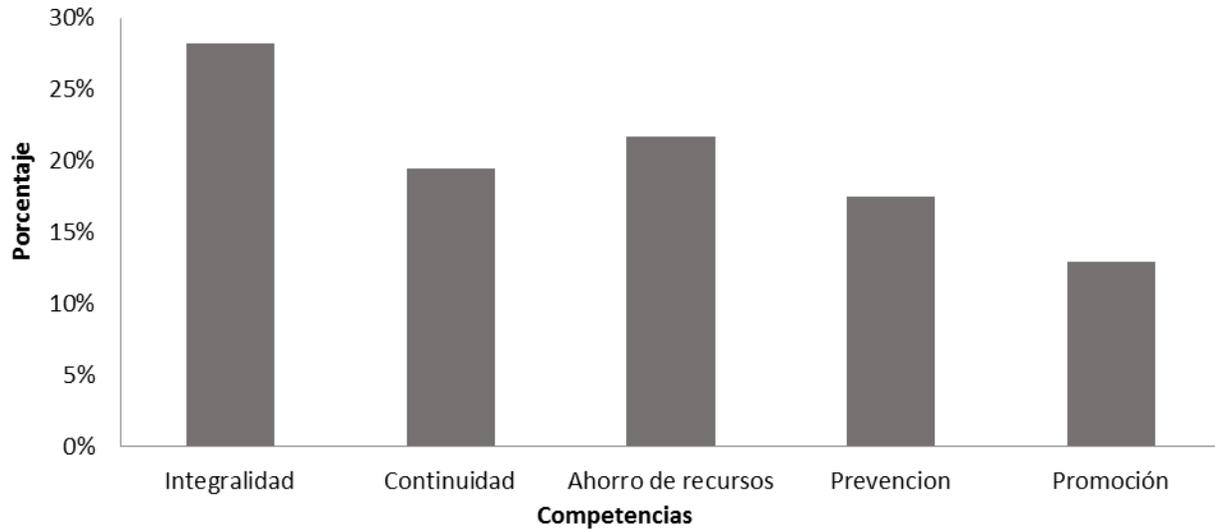
Cuadro 42. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las competencias del médico familiar según los lineamientos de la WONCA (World Organization of Family Doctors) con mayor practica en su práctica de especialista.*  
Colombia – Noviembre 2014

<b>Competencias del médico familiar según los lineamientos de la WONCA con mayor práctica.</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Integralidad	13	28,3
Continuidad	9	19,5
Ahorro de recursos	10	21,7
Prevención	8	17,5
Promoción	6	13,0
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 41. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**

*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las competencias del médico familiar según los lineamientos de la WONCA (World Organization of Family Doctors)*



**Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.**

**Campo de trabajo de mejor desempeño:**

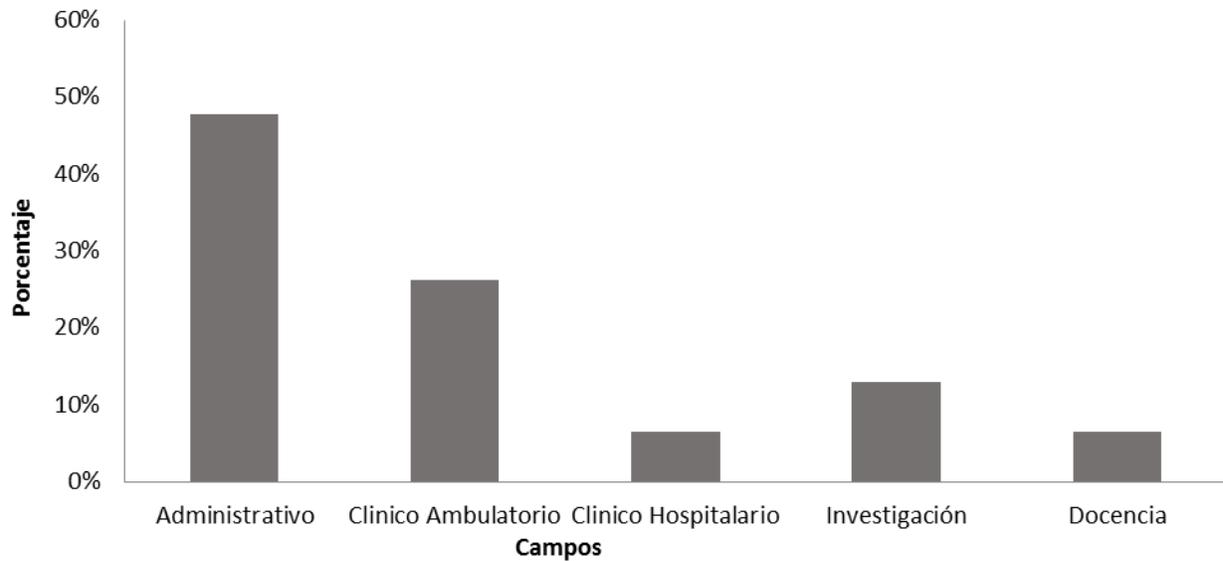
En el cuadro 43 y grafico 42 evidenciamos que el campo con mejor desempeño de la Medicina Familiar según los especialistas encuestados con un 47,8% (22) es el campo administrativo, seguido de un 26,2% (12) del campo clínico ambulatorio, un 13% (6) el campo de la investigación y culminando compartiendo un 6,5% (3) el campo de docencia y clínico hospitalario.

Cuadro 43. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre los campos de trabajo de mejor desempeño.*  
Colombia – Noviembre 2014

<b>Campo de trabajo de mejor desempeño</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Administrativo	22	47,8
Clínico ambulatorio	12	26,2
Clínico hospitalario	3	6,5
Investigación	6	13,0
Docencia	3	6,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 42. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre los campos de trabajo de mejor desempeño. Colombia – Noviembre 2014*



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

### **Barreras del Sistema de Salud colombiano para el desarrollo de la Medicina Familiar:**

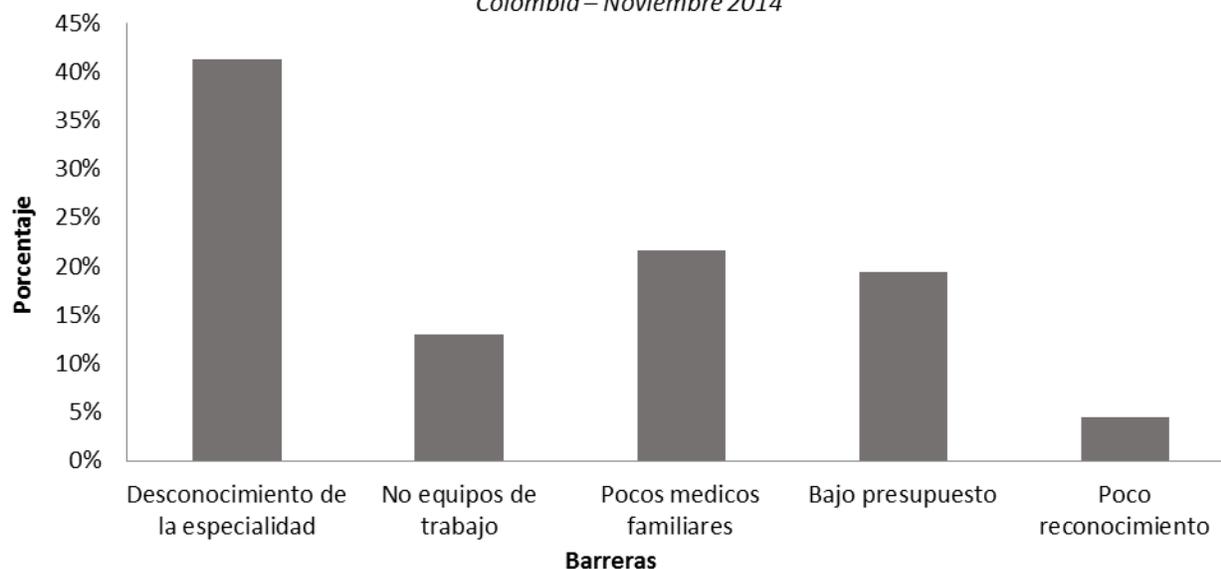
En el cuadro 44 y grafico 43 evidenciamos que de las barreras que existen en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano para el desarrollo de la Medicina Familiar predomina con un 41,3% (19) el desconocimiento por el Sistema de Salud de la especialidad, seguido de un 21,7% (10) por la baja cantidad de médicos familiares disponibles, 19,5% (9) bajo presupuesto económico para la contratación del médico familiar y culminando con el 4,5% (2) poco reconocimiento de la especialidad en Colombia y los gremios de la salud.

Cuadro 45. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las barreras del Sistema de Salud para el desarrollo de la Medicina Familiar.*  
 Colombia – Noviembre 2014

<b>Barreras del Sistema de Salud para el Desarrollo de la Medicina Familiar</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Desconocimiento de la especialidad	19	41,3
No equipos de trabajo	6	13
Pocos médicos familiares	10	21,7
Bajo presupuesto	9	19,5
Poco reconocimiento	2	4,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 43. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre las barreras del Sistema de Salud para el desarrollo de la Medicina Familiar.*  
 Colombia – Noviembre 2014



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

### **Mejor experiencia como médico familiar:**

En el cuadro 45 y grafico 44 evidenciamos la mejor experiencia en el desarrollo de la labor de médico familiar se encuentra con un 43,4% (20) en el contacto con el paciente y su familia, seguido con un

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

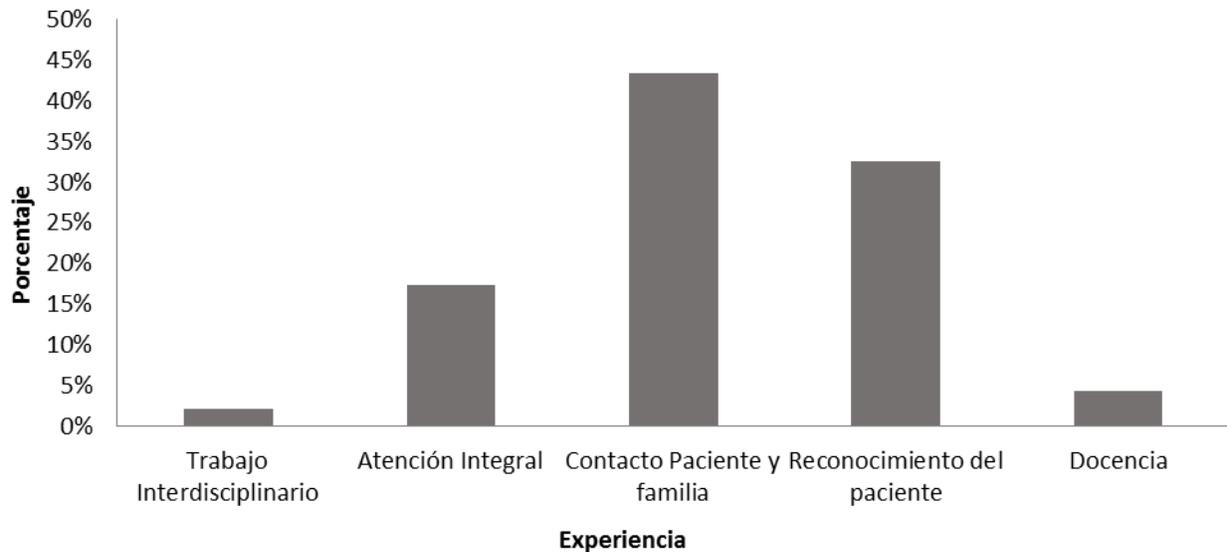
32,6% (15) del reconocimiento del paciente acerca de su médico de cabecera, 17,3% (8) atención integral al paciente y culminando con 2,1% (1) por el trabajo interdisciplinario.

**Cuadro 45. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre sus mejores experiencias como médico familiar.*  
 Colombia – Noviembre 2014

<b>Mejor experiencia como médico familiar</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Trabajo interdisciplinario	1	2,1
Atención integral	8	17,3
Contacto con paciente y familia	20	43,4
Reconocimiento del paciente	15	32,6
Docencia	2	4,3
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 44. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre sus mejores experiencias como médico familiar.*  
 Colombia – Noviembre 2014



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Peor Experiencia como médico familiar:**

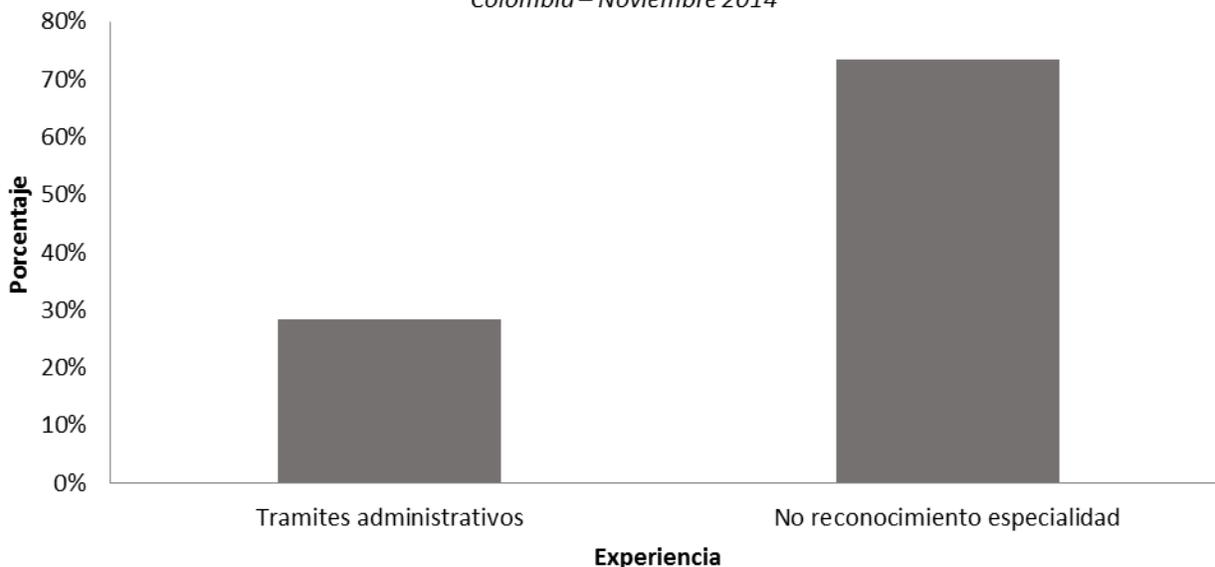
En el cuadro 46 y grafico 45 se puede evidenciar la peor experiencia en la labor de médico familiar con un 73,5% es el no reconocimiento de la especialidad por el paciente y el Sistema de Salud en Colombia, seguido del 26,5% (7) los trámites administrativos por los que debe pasar un paciente para la atención.

Cuadro 46. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre la peor experiencia como médico familiar.*  
Colombia – Noviembre 2014

<b>Peor experiencia como médico familiar</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Trámites administrativos	7	26,5
No reconocimiento de la especialidad	39	73,5
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 45. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su peor experiencia como médico familiar.*  
 Colombia – Noviembre 2014



**fUENTE:** Encuesta realizada a los especialistas en medicina familiar.

**Conocimiento reformas del Sistema de Salud colombiano:**

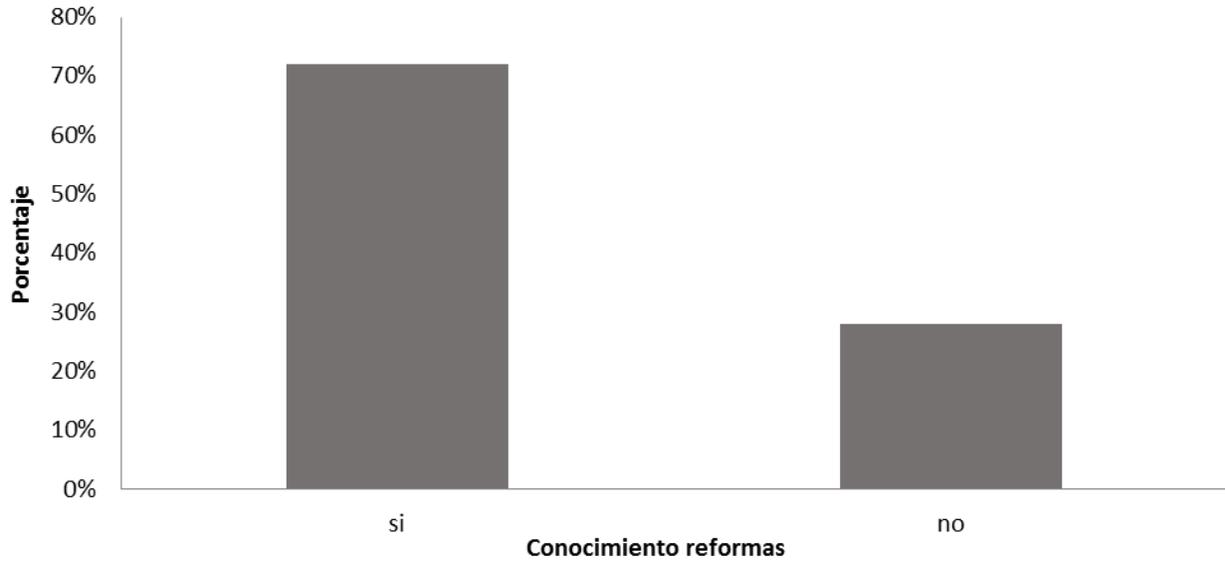
En el cuadro 47 y grafico 46 evidenciamos acerca del conocimiento de las reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano encontrando con un 72% (34) que existe conocimiento a las reformas y con un 28% (22) el desconocimiento de las reformas.

**Cuadro 47. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su conocimiento de las reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud actual.*  
 Colombia – Noviembre 2014

<b>Conocimiento reformas del Sistema de Salud colombiano</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	34	72
No	21	28
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 46. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su conocimiento de las reformas al Sistema General de Seguridad Social en Salud actual.*  
*Colombia – Noviembre 2*



**Fuente:** Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Transformación del Sistema de Salud para la inclusión de la Medicina Familiar:**

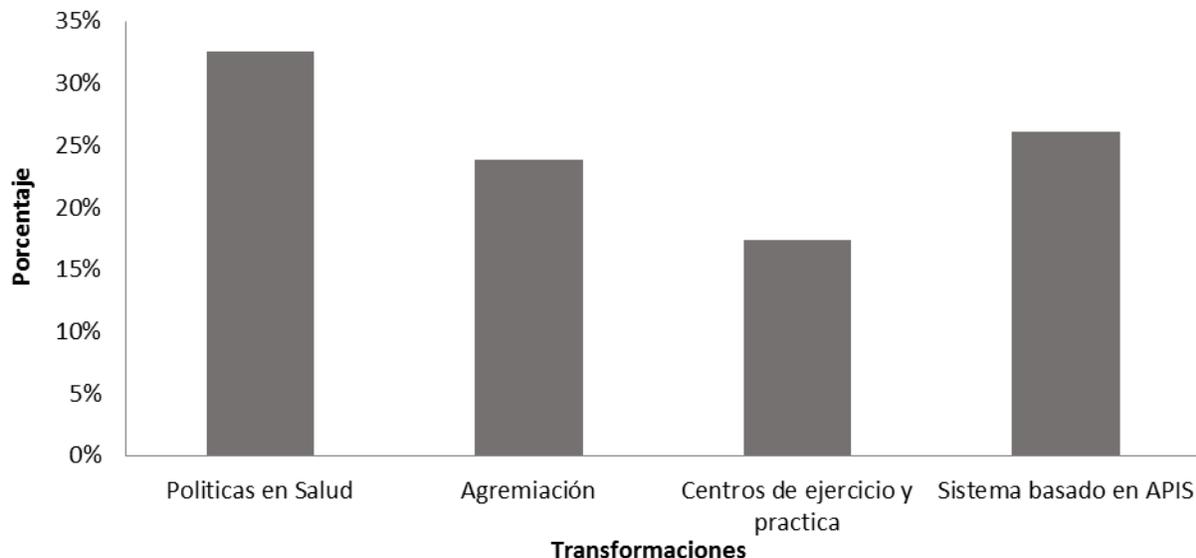
En el cuadro 48 y grafico 47 se evidencia acerca de las transformaciones necesarias al Sistema General de Seguridad Social en Salud actual colombiano para la inclusión de la Medicina Familiar encontrando con un 32,6% (15) la necesidad de crear políticas en salud que integren la Medicina Familiar al Sistema de Salud, seguido del 26,1% (12) crear un Sistema de Salud basado en Atención Primaria Integral en Salud , 23,9% (11) generando la agremiación de los médicos familiares del país y finalizando con 17,4% (8) generando centros de ejercicio y practica propios para las necesidades de la especialidad.

Cuadro 48. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su opinión acerca las transformaciones del Sistema de Salud para la inclusión de la Medicina Familiar.*  
*Colombia – Noviembre 2014*

<b>Transformación del sistema de salud para la inclusión de la medicina familiar</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Políticas en salud	15	32,6
Agremiación	11	23,9
Centros de ejercicio y practica	8	17,4
Sistema basado en APIS	12	26,1
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 47. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su opinión acerca de las transformaciones del Sistema de Salud para la inclusión de la Medicina Familiar.*  
 Colomb



Fuente: Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

**Opinión sobre si las reformas actuales al Sistema de Salud son a favor de la Medicina Familiar:**

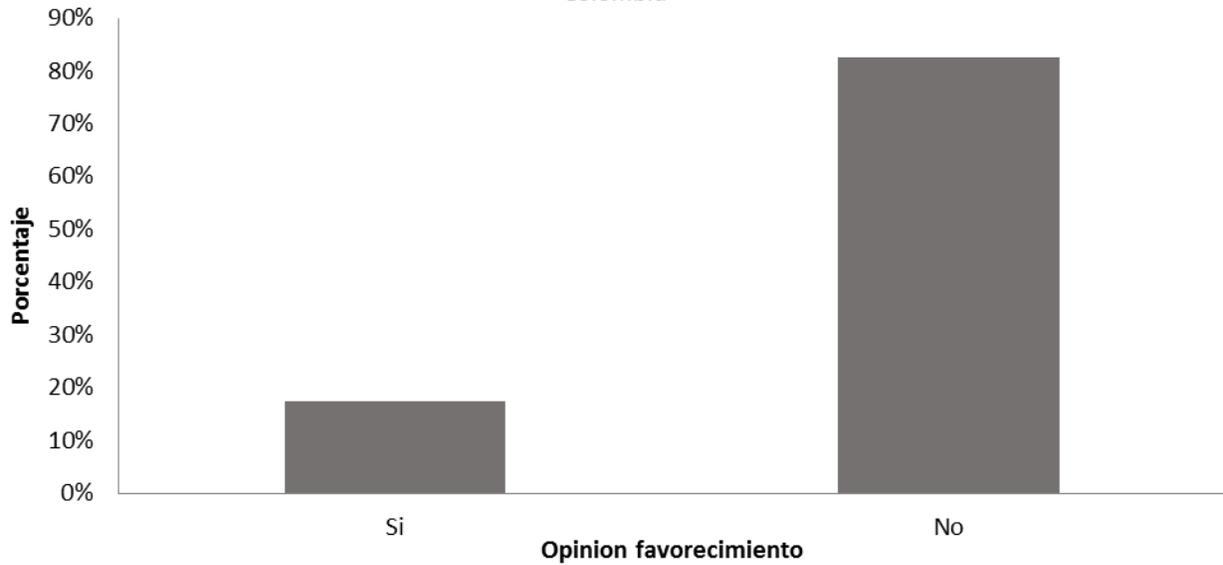
En el cuadro 49 y grafico 48 se evidencia la opinión acerca de la actual reforma en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano y su favorecimiento a la Medicina Familiar encontrando con un 82,6% (38) consideran no es favorable y un 17,3% (8) consideran es favorable para la especialidad.

**Cuadro 49. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su opinión acerca de las actuales reformas en el Sistema de Salud favorecen la Medicina Familiar.*  
 Colombia – Noviembre 2014

<b>Opinión sobre si las reformas actuales al Sistema de Salud son a favor de la Medicina Familiar</b>	<b>Número de especialistas</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Si	8	17,3
No	38	82,6
<b>Total</b>	<b>46</b>	<b>100</b>

Fuente: Encuesta realizada a especialistas en medicina familiar

**Grafico 48. ESPACIOS DE LA MEDICINA FAMILIAR DENTRO DEL SISTEMA DE SALUD**  
*Distribución de los especialistas de Medicina Familiar encuestados sobre su opinión acerca de las actuales reformas en el Sistema de Salud favorecen la Medicina Familiar. Colombia –*



**Fuente:** Encuesta realizada a los especialistas en Medicina Familiar.

Se muestran los resultados cualitativos de las entrevistas semiestructuradas realizadas a los personajes claves dentro del Sistema de Salud colombiano actual año 2014 y directores de los posgrados en Medicina Familiar del país de forma literal:

La opinión acerca del espacio que existe en el año 2014 para la Medicina Familiar dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano: *“el médico familiar tiene una cabida importantísima en el prestador primario en ese prestador, en esa parte donde se vincula el paciente y donde ingresa el paciente al sistema”* (P2: E1- 2:7), *“en los bajos niveles de complejidad, no solo el uno, también el dos, lo veo muy fuerte, en el dos”* (P3: E4- 3:8), *“el tema preventivo y promocional se hace, todo el tema de mantenimiento de la salud se hace”* (P5: E3- 5:18), *“no los utiliza para hacer realmente un proceso de cambio en la atención y en el modelo como lo significa la medicina familiar, si no los ubicaba más bien en algo que le permitiera racionalizar el gasto y el costo a los servicios”* (P4: E7- 4:4), *“el médico familiar sea usado o contratado por IPS, por EPS, principalmente para asumir el rol de contenedores del gasto si?”* (P5: E3- 5:14), *“aunque puede trabajar en el sistema actual en un tercero o cuarto nivel de atención”* (P6: E5 - 6:13), *“que es lo que ha ocurrido con los especialistas en Medicina Familiar? Pues que los han llamado a decir venga atienda la gente aquí, en urgencias, no es que ese no sea un espacio del médico familia, el médico familiar es, los especialistas en Medicina Familiar van a poder trabajar en toda la gama de la prestación de servicios, en toda!!, pero su rol fundamental esta en ese contacto inicial con la población, eso no quiere decir que no trabajen en los servicios de urgencias, si está muy bien, pero la razón por la cual nosotros tenemos a los médicos familiares haciendo tamizajes en los servicios de urgencias es porque, esa es la puerta de entrada a los servicios”* (P4: E7- 4:15).

Lo que opinan acerca de la resolutivez del especialista en Medicina Familiar:

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*“La resolutivead, desde el punto de vista de la clínica, es un campo que es para medicina familiar dentro del primer nivel de atención”(P7: E6- 7:16), “Se limita a contactos puntuales resolutivos de orden netamente clínico”(P5: E3- 5:15), “Nos estamos formando en la clínica” (P7: E6- 7:14), “desempeño clínico en varias, en varias instituciones de salud, generalmente son instituciones de regímenes especiales” (P7: E6 7:2) , “la parte de consulta en Medicina Familiar, manejábamos programa de crónicos y todo lo que era control prenatal, talleres para adolescentes, talleres de crecimiento y desarrollo” (P6: E5- 6:1).*

La opinión acerca del cargo actual de los médicos familiares: *“como coordinador de una IPS de Colsubsidio en la sede de Funza y coordinando todas las actividades de educación al paciente”(P6: E5- 6:1), “participar en la planificación de estos servicios y desarrollo de programas asistenciales sobre todo en atención primaria en el ámbito ambulatorio” (P5: E3- 5:4), “Los han colocado sobre todo el rol de liderar equipos de trabajo, equipos de salud, de profesionales, lo que por un lado de resta también pocas oportunidades para directamente interactuar con el paciente, pues hay otros beneficios de cuando se trabaja en equipo y los demás miembros del equipo adoptan una filosofía de salud familiar, de medicina familiar” (P5: E3- 5:17), “muchos de los que salen a trabajar no solamente tiene labores a nivel clínico sino que la mayoría son líderes de equipo, son líderes de grupo, son directores de IPS, tienen que implementar e incrementar proyectos y programas y obviamente es muy importante que tengas unas bases administrativas” (P8 6: E5- 6:15), “la parte docencia pues es uno de nuestros principios la de educar y educar no solamente nuestros pacientes si no educar a nuestros colegas, educar nuestros equipos de salud” (P6: E5- 6:16) “el programa pues acogió y adapto toda la parte de primer nivel, de atención comunitaria” (P2: E1- 2:2), “los entes territoriales desde las secretaria de salud incluso ministerios donde ya hay médicos familiares pues hee creo que*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*también tiene el médico familiar que aportar en la formulación de políticas, vigilancia y control de estas políticas, pienso yo que tiene un espectro amplio” (P5: E3- 5:11)*

Lo que opinan de las características actuales que debe tener el especialistas en Medicina Familiar: *“actualmente el sistema y más en el ámbito de la Atención Primaria busca heee clínicos líderes, cumplen una función de liderazgo tanto en lo asistencial como en lo administrativo, que tengan un conocimiento amplio de las principales condiciones de salud en los diferentes ciclos vitales y su relación con heee fenómenos heee situaciones de índole familiar social, comunitaria con un entendimiento más amplio más allá de lo biomédico tradicional sino más desde lo biopsicosocial desde el fenómeno salud y enfermedad” (P5: E3- 5:6), “es un profesional que tiene la capacidad o la potencialidad de desempeñarse en cualquiera de los ámbitos, sea hospitalario, ambulatorio, comunitario” (P8: E2- 8:89).*

Las opiniones acerca de las barreras para el ejercicio de la medicina familiar: *“por ejemplo en una familia determinada que usted tenga asignada como médico familiar, puede haber un caso determinado, puede haber alguien del régimen contributivo, alguien del régimen subsidiado, cierto’ y entonces no todos tienen los mismos beneficios, por ejemplo, una empresa de salud, una asegurada del régimen subsidiado permite una serie de exámenes que otra empresa del régimen subsidiado no las permite, entonces es un sistema bastante caótico, entonces eso es muy importante, unificar esas, esas, esos estándares de funcionamiento, ese sería un obstáculo importante, heee... el otro obstáculo es como más bien oportunidad, algo como para trabajar, el poco reconocimiento social del especialista en medicina familiar, tanto de los colegas como a nivel de la sociedad” (P7:E1- 7:17), por otro lado es un sistema poco interesado en el mantenimiento de salud lo que dificulta el desarrollo del énfasis del*

*médico familiar, “Es un sistema que a mi juicio está enfocado más en la enfermedad que en la salud, entonces es un sistema que privilegia lo resolutivo a lo preventivo” (P5: E3- 5:13), “dadas las limitaciones de tiempos de consulta, oportunidad para el seguimiento de los pacientes, y además por parte del mismo profesional incluso, la inestabilidad desde cierto punto que tiene los usuarios con respecto a su afiliación a cierta asegurador y asignación a la misma EPS, esto dificulta que toda la extensión de lo que podría ofrecer en beneficio de los médicos familiares a sus usuarios a sus familias” (P5: E3- 5:14), además es un sistema que no permite la continuidad y el seguimiento de los paciente s y su familia está centrado en la enfermedad y no en el paciente, su familia y su entorno, “se limita a contactos puntuales resolutivos de orden netamente clínico, que con frecuencia cuesta trabajo seguirlos en el tiempo y toda la el enfoque, la influencia y la exploración de toda la influencia familiar, comunitaria, social frente a la salud y a la enfermedad en los casos que atiende el médico familiar pues no se pueda explotar en tal grado por estas limitaciones de los encuentro, del seguimiento, incluso porque hee miembros de una misma familia pueden estar en diferentes IPS pasa eso todavía o en EPS” (P5: E3- 5:16), “primero no aparecíamos en la norma, no existimos en las normas de habilitación, en las normas de habilitación no existía la medicina familiar” (P2: E1- 2:12), “no existía la figura del médico familiar, no aparecía en el sistema no aparecía en la norma de habilitación, entonces digamos que ese es un cierre de puertas muy grande heee a pesar de que la normatividad de la ley 100 había, decía que había que promover la medicina familiar y que se tenía que tener un médico familiar, no se ha dado” (P2: E1- 2:13), “los manuales de habilitación no existe un lugar para el médico familiar, el médico familiar no existe dentro de lo que ya está con lineamientos de atención, no existía o no se veía la importancia y por ende no se tienen la infraestructura donde el médico familiar se pueda desempeñar” (P8: E2- 8:13), “si queremos que tenga un 85% un 90% de capacidad resolutiva pueda tener acceso a tecnología, si? pueda tener acceso a una rayos X, a una buen*

*laboratorio, aaa clínico a un ecógrafo a un ecocardiograma a un eee electrocardiograma y no a 4 paredes donde no puede hacer nada ni podría hacer nada nadie” (P3: E4- 3:6) la dificultad de tener encuentros seguidos continuidad, tiempos de consulta tan estrechos, todo el tema del uso de los sistemas de información que muchas veces no están articulados, heee.. Todo el tema de la papelería que hay que diligenciar que resta tiempos para estos contactos, entonces, si hay barreras del sistema impuestas que hace que el médico familiar no pueda aprovecharse en toda su extensión” (P5: E3- 5:19). “es un ámbito completamente desconocido para el resto del sector de la salud, en el mismo ministerio uno se da cuenta que ellos todavía no tiene muy claro que es la medicina familiar, saben que tenemos que trabajar en APS, pero ellos todavía no lo tienen tan claro” (P8: E2- 8:7) “la gente no conocía la especialidad veía que el médico general no tenía ninguna diferencia con el médico familiar las aseguradoras pagaban a los especialistas a los médicos familiares, sin tener, sin considerarlos como especialistas sino como un médico general más” (P2: E1- 2:14) “la falta de un conocimiento claro de la especialidad pues yo creo que ha sido el principal obstáculo, que afortunadamente el ministerio está dando pasos para solucionarlo pero todavía creo que la falta de reconocimiento de la medicina familiar como una especialidad” (P6: E5- 6:20), “no se conocía ni se conocían los médicos familiares y esto precisamente porque no tenían un espacio dentro de este sistema, se falta de esos espacios y se falta de políticas que le permitan al médico generar actividades donde pueda liderar que es lo que veo que nos falta en este momento” (P8: E2- 8:14), “todavía muchas EPS y autoridades regionales, todavía ven a la medicina familiar como un médico general y y nos niegan muchas veces la oportunidad de ir un poco más allá del estudio del paciente” (P6: E5- 6:21), “no conocimiento por parte de las aseguradoras, no conocimiento por parte de la normatividad, no reconocimiento por parte de la atención , dentro del ciclo de atención, la remuneración inadecuada” (P2: E1- 2:15), “el principal problema ha sido el reconocimiento como especialidad que está cambiando” (P6: E5- 6:22) y*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*obviamente también todo el tema salarial” (P5: E3- 5:19), “el tema salarial, porque si bien se ha venido nivelando en el tiempo, pues de pronto heee en muchos escenarios no logra ofrecerle al médico familiar una estabilidad suficiente con condiciones ideales para ejercer su oficio, luego también limita la continuidad del profesional en la misma institución, o el hecho de que no pueda estar tiempo completo solo en tiempo parcial” (P5: E3- 5:20)*

Lo que respondieron los directores de los posgrados a la formación del número de residentes en Medicina Familiar: Universidad del Cauca: *“inició en 2011, mediados del 2011, donde se recibieron 2 residentes, los que ya egresaron actualmente están ya graduados, están ejerciendo su Medicina Familiar, heee... en este momento el programa cuenta con 2 residentes de Medicina Familiar, una residente de tercer año y una residente, residente de 1 año, eso en cuanto al posgrado” (P7: E6- 7:25), “nuestro cupo aprobado es de 8 residentes, como es una residencia nueva, nosotros estamos graduando unos dos residentes por años, unos dos especialistas cada año estamos así en este momento, nosotros esperamos incrementar el número de ingresados, a partir del programa del ministerio de salud, de la residencia en servicio, esperamos aumentar, sin desecharla la modalidad del esquema clásico de la residencia” (P7: E6-7:2), Pontificia Universidad Javeriana: “bueno ingresan 4 por cohorte por semestre y estamos aproximadamente graduando un numero de e promedio de 3 a 4 por semestre, más o menos 8 por año, somos un programa pequeño comparativamente con otros, heee ha sido como la política de hee de calidad para tener un grupo reducido pero pues mmm de formación privilegiada, no graduamos mucho” (P5: E3- 5:1).*

Universidad Juan N. Corpas y la Fundación Universitaria Ciencias de la Salud: *“hasta el último año noviembre, diciembre del último año alcanzamos a tener 28 residentes en este momento tenemos 24, 23, residentes, entonces mmmm nuestro promedio es más o menos 5 a 10 anuales” (P2: E1- 2:17),*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*“nosotros estamos egresando entre 3 y 8 residentes por año, realmente cada semestre sale una promoción mínimo son tres y máximo son 8, entonces son entre 6 y 9 residentes”*(P8: E2- 8:5)

Universidad de la Sabana: *“el programa nuestro es todavía muy joven y todavía no hemos llegado como a una estabilidad entonces tenemos mucha irregularidad, en el momento la capacidad que tiene el programa es para estar graduando semestralmente 6 médicos familiares ósea serían 12 al año, sin embargo ha sido un poco irregular ha habido semestres donde graduamos uno, ninguno, seis u ocho cuando se nos acumulan un semestre con otro, pero digamos que en promedio son 6, en este momento”* (P6: E5- 6:17).

Las opiniones acerca del énfasis en la formación del residente en Medicina Familiar:

ASCOFAME (Asociación Colombiana de Facultades de Medicina): *“seres humanos íntegros, completos con una historia de formación clínica pero sobretodo en hee los problemas más prevalente de los pacientes”* (P6: E4 - 6:6)

Universidad de la Sabana: *“debe tener un equilibrio en la parte clínica con la parte de formación en la parte humanística, consideramos que un médico familiar no solamente debe ser un buen clínico sino que debe ser un muy buen ser humano, alguien que realmente se interese por sus paciente, se interese por sus comunidades y digamos que trabajamos en la formación continua también de ese aspecto también de nuestros egresados”* (P6: E5- 6:5), *“la fortaleza grande que ha tenido el programa de la sabana ha sido su formación en la parte de consulta externa, en la parte ambulatoria”*(P6: E5- 6:9)  
*“creo que darle ese enfoque y esa visión del médico familiar es muy importante hee en cuenta al plus que nosotros podemos dar, me explico, de pronto yo puedo formarme en muchas áreas, pero siempre con la visión de otros especialista y a la hora de reunir eso con un enfoque de medicina familiar a veces puede ser un poco más complejo porque son muchas visiones, mientras que si damos el énfasis*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*en la formación con médicos familiares podemos dar esa visión del médico familiar sobre las misma patologías” (P6: E5- 6:10) “la mayoría de programas de medicina familiar, se llaman medicina familiar solitos, mmmm creo que solo la sabana lo llama medicina familiar y comunitaria, heee uno esperaría que la sabana tenga algo de comunitaria, no se si lo tiene” (P3: E4- 3:13)*

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud: *“la fortaleza que tiene de trabajar con un equipo multidisciplinario, poder enfrentarse actividades en la comunidad que no es fácil, nosotros tenemos un programa bastante fuerte en la parte comunitaria dentro del programa tenemos pediatría comunitaria, tenemos una parte que se hace con ginecología, también lo hacemos en la parte comunitaria, y se trabaja en sitios de Bogotá que tiene población vulnerable, entonces eso permite que el residente se acerque a la realidad social del país” (P8: E2- 8:5) “toda la parte humana y antropológica, que es importante como complemento de la formación” (P8: E2- 8:3) “le permite al residente formarse y capacitarse en el trabajo multidisciplinario si? que es lo que más hemos tratado de fortalecer”(P8: E2- 8:4).*

Universidad de la Sabana: *“parte quirúrgica, nuestra parte clínica, la formación nuestra sigue siendo muy centrada en esto, en esta parte en.... Con un énfasis en la atención del paciente hospitalizado del paciente dentro de los servicios de urgencia, dentro de los servicio de hospitalización”(P2: E1- 2:3), “determinar qué es lo que está afectando principalmente ese núcleo familiar, pero que a la vez que el paciente este con nuestro médico familiar le resuelva, sea resolutivo, sea resolutivo y pues para evitar el colapso en el sistema, para evitar que este haciendo tramites atreves del sistema, remitiendo a especialista al supra especialista, a especialidades que se resolutivo en lo que más pueda”(P2: E1- 2:6) “la sabana que es esa formación integral, humanística” (P6: E1- 6:11).*

Pontificia Universidad Javeriana: *“el programa de la javeriana muy énfasis clínico y un poco administrativo últimamente” (P5: E3- 5:23) “la fortaleza clínica es algo que nos diferencia, también*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*ellos tienen un perfil de formación en ciencias administrativas heee ellos pues diferentes asignaturas y prácticas de la formación que les permite entrenarse para liderar servicios de atención primaria”*(P5: E3- 5:3) *“pues la otra fortaleza pues que posiblemente sea compartida con los demás programas es todo el enfoque holístico, mmm.. en el cual pues se entiende el proceso salud enfermedad como una resultante de los múltiples imprudencias y determinantes sociales de la salud pero también de la familia, contexto comunitario”* (P5: E3- 5:5).

Universidad del Cauca: *“la resolutivez no hace únicamente la diferencia para el actuar clínico, en donde evite una remisión innecesaria a un especialista clínico, sino que la resolutivez también debe ser en el sentido de una buena promoción de la salud, una buena prevención de la enfermedad”* (P7: E6- 7:7) *“el 30% diferencial podría ser la parte de familia y de comunidad”* (P7: E6 - 7:11)

Opinión acerca de la unificación de los programas en Medicina Familiar Nacionales: *“si valdría la pena tener una línea de base y esa línea de base es lo que se está trabajando con los demás programas, creo que es benéfico a futuro siempre y cuando se tenga muy en claro eso, no es una camisa de fuerza”* (P2: E1- 2:20), *“me parece que es muy importante y ellos la han entendido así, cuando dicen vamos a unificar una propuesta en el 70% y dejamos un 30% para que cada universidad imprima su propio sello, que imponga su impronta ahí, eso está bien, está bien, lo sustancial, lo significativo va a estar alrededor de ese 70% y eso los va cohesionar muchísimo más, como profesión”* (P4: E7- 4:12) *“si uno mira los 6 programas de... de medicina familiar que existen en el país, pues hay algunas diferencias en áreas de énfasis de los programas, yo creo que el ejercicio que se ha hecho ahora de juntarse los seis, y hacer una propuesta unificada en respuesta a lo que les ha planteado el ministerio es importante porque con la propuesta que se está construyendo, la han formulado los directores y miembros de los cuerpos docentes de esos, esos... seis programas heee, pues es el*

*resultado de la experiencia” (P4: E7- 4:7), “hora se supone que tiene que haber unos mínimos comunes, en lo que estoy de acuerdo totalmente” (P3: E4- 3:9), “yo pienso que es lo mejor que hemos podido hacer si?, porque, porque se permitió la participación de los médicos familiares y en este momento todos los jefes de los programas, se han involucrado y el documento se empezó a trabajar hace más de dos años, ya hay un documento muy estructurado que está en revisión” (P8: E2- 8:6) “pues de hecho yo he participado en la iniciativa y me parece que es un paso muy importante para lograr un heee.. Médico familiar más homogéneo y que responda a esas necesidades, pero en principio me parece que es una iniciativa muy buena sobre todo para lograr esos acuerdos mínimos, para eso, no para todas las minucias que conlleva un programa de formación”(P2: E5- 2:17), “estoy de acuerdo en que haya un curriculum base, de referencia para el país, por de alguna manera así se asegura calidad porque pues se estipulan unos mínimos que los programas tienen que cumplir en su formación para los egresados, pero pues tal como se ha planteado, debe haber un margen de flexibilidad que se ha planteado como tu habías dicho como del 30% más o menos en el cual cada programa le imprime su particularidad, su característica, su énfasis, creo que es importante porque pues es el respeto por la autonomía universitaria, por la vocación y el enfoque que cada programa”(P5: E3- 5:22) “la parte de complemento donde se habla que el 30% es lo que coloca cada institución pues eeee.. También es importante cada uno pondrá su sello, lo importante de esta propuesta es que no condiciona la autonomía universitaria, creo que mientras no se someta a una camisa de fuerza, a todas las instituciones sin que tiene que ser esto, esto y esto, este programa mmm.. Va hacer benéfico” (P2: E1- 2:19) sin embargo a quienes piensan que se está rompiendo la autonomía universitaria, “a mi me parece que eso está bien porque de todas formas le da una estandarización al proceso de formación de los residentes, lo que pudiéramos estar un poquito como en discusión si , porque es un 70% del curriculum debe ser como estandarizado en la parte, ósea un curriculum en un 70% estandarizado que*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*cumplan todas las universidades, y un 30% que sea como el énfasis propio de la universidad donde, donde se esta desarrollando el programa, pues (pausa), no se si eso, pensándolo bien va como con los principio de la autonomía universitaria, de la flexibilidad de los curriculum, de los curriculum alternativos, entonces también hay que pensarlo bien” (P7: E6- 7:10) “creo que ese curriculum debe ser más una guía para, para que nos pongamos de acuerdo en las cosas básicas, mas no una camisa de fuerza, creo que que mmm el problema cuando se empiezan a sacra este tipo de documentos se empiezan a volver como una norma que hay que seguir obligatoriamente y no permite que se desarrolle pues, los diferentes programas de acuerdo con sus propias necesidades y con los propios entornos en los que están trabajando y obviamente pueden tener unos ámbitos diferentes en donde se requiere una formación diferente” (P6: E5- 6:8), “hay unos elementos comunes que debe tener cada programa de todos los programas de medicina familiar, que inclusive, no solo para cuestión de normatividad nuestra sino para convalidaciones internacionales, para aprobación por parte del colegio mundial o la asociación mundial el colegio mundial de médicos familiares, WONCA, heee... entonces creo que si se necesita tener un mínimo de formación, , ese mínimo de formación se ha cuantificado inicialmente en un 70% puede ser más puede ser menos” (P2: E1- 2:18) “en Europa, en primer lugar cuando surge, en los comienzos de los años 80s, todo el desarrollo de la medicina familiar, pues es un movimiento unificado y una propuesta curricular unificada, y un esfuerzo unificado” (P4: E7- 4:11)*

Las opiniones del perfil ocupacional del médico especialista en Medicina Familiar:

*“El perfil del egresado es un perfil, básicamente clínico por excelencia, es un perfil el cual el egresado sale con fortalezas heee para la toma de decisión clínica en escenarios de, principalmente en escenarios de atención primaria”(P5: E3- 5:1), “creemos que el perfil que debe tener el médico familiar egresado de la sabana pues primero va dirigido a atender, hacer puerta de entrada del*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*sistema, es un médico familiar que tiene unas capacidades clínicas muy importantes pero enfocado en lo prevalente, enfocada en el manejo inicialmente ambulatorio”, (P6: E5- 6:3) “Bueno, nuestro perfil de acuerdo a la promulgación de la... de la especialidad en la institución, ha tenido un énfasis muy clínico, nuestro perfil es muy clínico quirúrgico” (P2: E1- 2:1) , “sale con competencias para la atención en el área del ámbito ambulatorio principalmente, para trabajar en comunidad, heee.. tiene grandes fortalezas en el ámbito multidisciplinario, el programa brinda” (P8: E2- 8:9),“pero también en escenarios de mayor complejidad, hospitalización y urgencias, dada que su formación”(P5: E3- 5:1), “perfil asistencial tanto de la parte de atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias” (P7: E7- 7:24), “que tenga un perfil de carácter también de poder gestionar programas de promoción y de prevención y que tenga también un perfil de director de instituciones de primer nivel y de primero y segundo nivel de atención”(P7: E7- 7:24), “el perfil profesional hace referencia a formar un medico integral, que tenga la capacidad de atender al paciente, a la familia, a la comunidad, en los términos de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad heee, la curación, la rehabilitación y la gestión del riesgo” (P7: E7- 7:23).*

La opiniones acerca de la suficiencia del perfil ocupacional para las necesidades del país: “*pero en vista de cómo han ido evolucionando las necesidades de la medicina familiar en Colombia, hemos hecho algunos cambios para irnos enfocando un poquito a ese perfil, me refiero a que no solamente pensamos que nuestro egresado va a estar en los primeros niveles de atención, sino que también pueda estar trabajando en otros niveles de atención y no solamente la parte de consulta externa sino que también estamos tratando de mejorar el perfil para que tenga un buen desempeño tanto en urgencias como en la parte de hospitalización enfocado probablemente si a... a... el manejo de patologías prevalentes y en hospitales de complejidad no tan alta” (P6: E5- 6:3) “yo creo que sí, porque el*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*medico queremos que salga con un concepto integral de lo que es una resolutiveidad” (P7: E7 - 7:6), “el manejo del paciente crónico quedo relegado al manejo del generalista, sin embargo el médico general no parece estar saliendo con suficiente capacitación y competencias para el manejo de pacientes con enfermedades crónicas algunos de ellos complejos y con multimorbilidad heee luego esa figura del médico familiar que además pues es heee es algo que gana en el perfil los javerianos, correspondiendo entonces a las necesidades del sistema, ajustándonos a este” (P5: E3- 5:7),*

Las opiniones acerca de donde se están formando los residentes de Medicina Familiar: *“más o menos el 60% se hace en escenarios hospitalarios de tercer y cuarto nivel y el 40% es en escenarios ambulatorios principalmente en Javesalud” (P5: E3- 5:2), “los médicos familiares los formamos para una visión integral, holística, no sé qué pero lo formamos como formamos al médico familiar en terceros y cuartos niveles de atención si? con una visión segmentada, con una visión organicista, con una visión hee deee sistemas hee separados, si? Y heee niveles de atención donde el acceso a la comunidad es escaso” (P3: E4- 3:12) otros tiene más rotaciones en primeros niveles de atención e instituciones educativas “vincularlos de nuevo al sistema de salud, al primer nivel, al segundo nivel en articularlo , pero nuestros residentes tiene una gran deformación dentro del hospital, tiene en formación en área comunitaria, tienen formación en servicio de urgencias, tiene formación en área ambulatoria en consulta, en centros educativos, en colegios, pero tienen también sus rotaciones siempre en la parte clínica sobre todo en las especialidades básicas, en las aéreas básicas” (P2: E1- 2:4) . “la mitad de su tiempo se están haciendo prácticas de Medicina Familiar como tal, en instituciones de primer nivel, de atención primaria, entonces estamos trabajando en hospitales de primero y segundo nivel, que son oficiales, por decirlo así y trabajamos con IPS de primer nivel,*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*primero y segundo nivel, entonces eso permite fortalecer la formación de atención en prevención y promoción en esos niveles que creo es donde más se necesita en este momento”* (P8: E2- 8:10)

Las opiniones acerca de las transformaciones en la educación de la especialidad en Medicina Familiar:  
*“programas han estado más enfocados en la formación clínica y de pronto ahora últimamente se ha incorporado más lo administrativo porque el mercado a buscado más ese rol”* (P5: E3- 5:12),

Las opiniones acerca de la cantidad de residentes en formación en Medicina Familiar en el país: *“en estos momento somos conscientes, hee... que se necesitan muchos más, sin embargo, primero hemos querido como consolidarnos hee y tener unos procesos académicos”* (P6: E5- 6:19), *“no creo que estén egresando al año más de 30 médicos familiares.. si? Hee Por supuesto y ni debe haber en el mercado laboral medicina familiar, en el país no debe haber más 550, 500, 550 médicos familiares y por supuesto creemos que es un número de médicos familiares que no impacta el sistema general de salud”*(P3: E4- 3:1), *“cuando el ministerio dice, cuando el ministro dice: “aunque aparezca utópica la cifra nosotros tenemos que preparar 5000 médicos familiares en los próximos 10 años”, eso realmente , desde un planteamiento, que no es una meta todavía, pero que se está avanzando para que se constituya realmente en una meta, entonces pues, es una oportunidad muy grande, es una apertura realmente muy grande”* (P4: E7- 4:6), *“ya recibimos 6 residentes es la primera vez que tenemos 6 residentes, y heee... estamos ante la expectativa de ampliarnos un poquito más y de acuerdo a algunos proyectos podemos recibir otros 3, estamos esperando algunos lineamientos desde el ministerio de salud y del ministerio de educación, heee para poder abrir más plazas, esto depende que nos garanticen sitios de práctica de formación de los residentes”* (P8: E2- 8:16) *“Igual estamos estudiando la capacidad también atendiendo las necesidades que nos propone el ministerio, pues de mirar cómo*

*podemos ir ampliando pues paulatinamente esos cupos pero pues obviamente eso implica heee... hacer todas las... mmm pues cumplir con los requisitos que nos pide el ministerio para poder ampliar los cupos, la mirada que estamos haciendo es hacia como, mirar paulatinamente ampliar un poco los cupos, sin, es la preocupación que hemos tenido, es como ampliar esos cupos sin que son nos pierda la calidad que queremos dar” (P6: E5- 6:18), “programa de medicina familiar en el bosque en donde surgió desde un comienzo la idea de incorporar el internado y rescatar el servicio social obligatorio, que en concepto nuestro eran dos años que necesitaban , dos años en la vida de la formación de los médicos que necesitaban heee pues reforzarse, reanalizarse, reformularse, y la medicina familiar, ofrecía la incorporación, pues ofrecía una oportunidad muy buena de ganar tiempo en la preparación de medicina familiar, pero además rescatar dos años que había necesidad de rescatar en la formación de los médicos” (P4: E6 - 4:1), “empezamos a apoyar procesos de formación alternativos de médicos familiares, alternativos me refiere a utilizar el año de internado como primer año de residencia, el año de servicio social como segundo año de residencia y un tercer año eso lo empezamos hacer y se hizo por primera vez con la universidad del Valle”(P3: E4 3:4) , “hemos venido estudiando y proponiendo la formación de médicos familiares en el ejercicio, es decir, sin sacarlos del trabajo, médicos generales que llevan un tiempo ejerciendo 5, 6 años, 10 años que son excelentes médicos generales que necesitan un reforzamiento y una actualización en medicina general, y que mmm pueden recibir los componentes complementarios de la medicina familiar” (P3: E4- 3:5), “Hay responsabilidades de los programas académicos, responsabilidades de las autoridades de salud, pero hay oportunidades y responsabilidades para la profesión, para la especialización, para la especialidad de medicina familiar, tener en cuenta que realmente esto es un espacio que se ha dado en otros países en algún momento así!!, se abre la puerta con diferentes resultados de aprovechamiento , pero con una presencia muy importante de la profesión, que el gremio, que la especialidad, tiene que hacer,*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*entonces, en este momento si! Hay una apertura, pero también hay una responsabilidad grande de los 450 o 480 o 500 médicos familiares con los que cuenta el país hoy” (P4: E7- 4:5)*

Las capacidades que debe tener el médico familiar: *“un médico que logre resolver en los primeros niveles de atención el 85 % de los problemas que le lleguen es lo que necesitamos y creemos que con una formación en general, un médico que pueda manejar heee las patologías frecuentes, que pueda mantener la salud de sus, de sus afiliados y en los primeros niveles, pues va a lograr que ese problema de la falta de especialista pues no exista porque todo se va a resolver o la mayoría se va a resolver en los primeros niveles de atención y creo que nuestros egresados en este momento pueden responder a esa necesidad” (P6: E5- 6:7)“una toda la capacidad clínica en la formación de los médicos de los especialistas en medicina familiar porque realmente tienen que ser responsables de resolución muy amplia, la experiencia nacional muestra que es superior al 90 % y eso pues si uno mira los cuadro de morbilidad, la situación epidemiológica de los países es lógico que que halla que se buque esa capacidad en el contacto inicial, y que de ahí los médicos familiares conduzcan eso” (P4: E7- 4:9) “un médico que sea altamente resolutivo, que no solo haga diagnósticos que no solo haga estudios epidemiológicos, que no solo este pendiente o esté al tanto de la problemática, de los determinantes en salud sino que también sea resolutivo, esa parte de formación lo que nosotros buscamos brindarle al residente es que sea resolutivo” (P2: E1- 2:5), “Integralidad, integralidad, resolutividad, continuidad, los principios de la medicina familiar, yo creo que eso es lo que nosotros buscamos” (P2: E1- 2:21) “es la... resolutividad y el buen direccionamiento, el médico familiar no lo sabe todo ni pretende saberlo todo pero si puede direccionar a los pacientes hacia donde tiene que ir y acompañarlos” (P2: E1- 2:22)*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*“si usted impide que se enfermen las personas haciendo buenos programas de promoción y prevención pues eso es una parte muy importante de la resolutiveidad y no llegan ni siquiera al nivel uno, ni mucho menos al nivel dos ni mucho menos al nivel tres, de eso creo q se trata un poquito esto”* (P7: E6- 7:22) , dirigiendo de esta manera el sistema de salud, *“fortalecer toda la capacidad clínica, para entender el juicio crítico y fortalecer toda esa capacidad de entender su nuevo rol y de conducir el proceso de salud. La otra es el manejo de todo el sistema de ahí en adelante, es decir, conocer el sistema y ahí hay algo que... vale la pena mencionar, si eso se logra, pues no abra más lugar al esquema de referencia y contra referencia”*(P4: E7- 4:10), *“No creo, que haya cambiado mucho, pero no creo tampoco que el sistema haya existido mucho simplemente”* (P3: E4- 3:7),

Las opiniones acerca de los cambios a generar para que el beneficio de la Medicina Familiar: *“el cambio en el sistema de salud, la ley 100 del 93.... Con el cambio en el sistema de salud, la capacidad resolutive de los médicos generales disminuyo, cuando disminuye la capacidad resolutive de los médicos generales nosotros empezamos a ver con buenos ojos la necesidad de apoyar la formación de especialistas en medicina familiar, no es que antes no los quisiéramos, es que creíamos que teníamos muy buenos medico generales ..si?.. y que simplemente teníamos que fortalecerles unos componentes....mmm y nosotros empezamos hablar entonces de medicina familiar y salud familiar, pero la formación es muy similar, siguen teniendo similares competencias enfocadas a resolver las necesidades del sistema”* (P3: E4- 3:3), *“el sistema de salud va a dar un giro con lo que ahora el ministerio de salud está impulsando, que es el énfasis en medicina familiar centrado en la atención primaria y seguramente los programas vamos a tener que ampliar un poco y reforzar e incorporan algunos elementos que se ajusten a eso que el ministerio quiere”* (P5: E3- 5:9), *“el instrumento de la atención primaria es una apretura, un cambio de modelo de prestación de servicios que abre espacios*

*muy importantes para la medicina familiar” (P4: E7- 4:3), “yo creo que su nicho está en el primero y segundo nivel, yo creo que puede causar más impacto, porque es ahí donde falta precisamente una persona o un profesional que se encargue de solucionar los problemas en ese nivel, sin necesidad de que lleguen a otro lado donde se aumentan los costos, donde la disponibilidad de recurso humano va a hacer mucho menor, y va a generar problemas, el entendimiento de las patologías desde el paciente que llega a un centro médico o a un hospital de primer nivel o de segundo nivel” (P6: E5- 6:14) “los especialistas en medicina familiar del futuro en Colombia, tienen que estar claros en que van a tomar una responsabilidad que van a hacer el contacto inicial y de conducir desde ahí todo el proceso de atención” (P4: E7- 4:8) “los espacios laborales para los médicos familiares están muy restringidos porque pues la función de los médicos familiares ; ; es fundamentalmente ; ; en el primer contacto de la población de la prestación de los servicios” (P4: E7- 4:2), “la medicina familiar tiene un nicho muy importante de interpretación y en la aplicación de la estrategia de atención primaria de la salud, entonces, ahí la relación es fundamental” (P4: E7- 4:14) “el nicho de desarrollo el hábitat natural del médico familiar es la atención en los primeros niveles de atención” (P6: E5- 6:12), “la medicina familiar, el cordón umbilical que va a llevar al paciente de un lado al otro, de un prestador primario al complementario, es la misma medicina familiar y el médico familiar, el médico familiar tiene cabida en estos prestadores complementario son el enlace que debe tener el paciente entre su parte inicial básica ambulatoria con su parte hospitalaria”(P2: E1- 2:10), “su ocupación debe ser para liderar, ese día se va a lograr el objetivo de la medicina familiar y seguramente el sistema de salud va a ver la ganancia de tener médicos familiares dentro de su sistema.” (P8: E2- 8:12) “el médico familiar tiene que ser como un director de orquesta, él no tiene que saber cómo se tocan cada uno de los 40 instrumentos, pero él tiene que saber cómo suenan y en qué momento tienen que sonar, eso es lo que tiene que saber el médico familiar” (P3: E4- 3:16) el medico tiene que ser líder, es importante la*

*prestación asistencial, atender consulta, digámoslo así, pero el médico familiar tiene que ser líder, tiene que ser líder de los equipos multidisciplinarios y esos equipos multidisciplinarios” (P8: E2-8:11), “estamos hablando del médico familiar, como un líder de equipo, como un director de orquesta si? Que manda a su paciente lo deriva al subespecialista y luego lo recibe, estoy totalmente de acuerdo esa es una función central del médico familiar” (P3: E4- 3:15)“el liderar equipos de prestación de servicios de salud, desde lo asistencial pero también desde lo administrativo, con labores de apoyo a los médicos generales” (P5: E3- 5:9), “que por supuesto incluya la comunidad, por principio de , mejor dicho, si uno entiende que es la especialidad de medicina familiar sabe que no puede separar al individuo de la familia y no puede separar a la familia de la comunidad, si? y que no puede separar al individuo de los otros entornos sociales si? Y de las otras redes donde se desempeña” (P3: E4-3:11)“escenarios diferentes como son en los comunitarios en los escenarios de colegios, heee concentraciones heee ancianatos, heee universidades ósea en otros escenarios que no necesariamente son de prestación de salud, pero donde si debe haber influencia del médico familiar y esta atención integrada”(P2: E1- 2:9), “Pues hay unos campos que están como por explorarse, el campo de la promoción de la salud, es un campo totalmente inexplorado por medicina familiar, nosotros estamos haciendo creo poca relación intersectorial, creo que nos estamos formando en la clínica, entonces ese campo de la salud promoción que es netamente intersectorial, multidisciplinario ese no está siendo explorado, ese es un verdadero de resolutiveidad de problemas de salud, porque atañe, a determinantes de la salud, no tanto a cosa, riesgos que ya están muy establecidos, la forma como uno debe gestionar estos riesgos, pero, pero, la parte de los determinantes de la salud que es lo que es la promoción de la salud, y la intersectorialidad, eso es un campo muy fuerte que no hemos visualizado todavía (P7: E6-7:21) “trabajando en el desarrollo de programas asistenciales de promoción y prevención, gestión de riesgo mmmm y desde los entes territoriales desde las secretaria de salud incluso ministerios donde ya*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*hay médicos familiares”(P5: E3- 5:10)“el médico familiar podría contribuir mucho Heee sobre modos de vida, sobre estilos de vida, sobre comportamientos, sobre eeee ambientes saludables, sobre cualquier cantidad de cosas que usualmente heeee los otros especialistas no abordan” (P 3: E4- 3:10)*

## **4.2 Análisis de resultados:**

Para responder la pregunta de investigación, se inició triangulando la información recopilada entre las entrevistas, encuestas y revisión documental sobre la caracterización del Sistema de Salud, Atención Primaria y Medicina Familiar. Se realizó desde la parte más general hasta lo más específico.

Iniciamos hablando entonces de la caracterización del Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano actual año 2014, donde su principal objetivo es regular el servicio público esencial de salud y crear condiciones de acceso para toda la población residente del país, en todos los niveles de atención, está integrado por: El estado, a través del Ministerio de Salud y Protección Social, quien actúa como organismo de coordinación, dirección y control; las entidades promotoras de salud (EPS), responsables de la afiliación y el recaudo de las cotizaciones y de garantizar la prestación del plan obligatorio de salud a los afiliados, están encargadas de ser delegatarias del Fondo de Solidaridad y Garantía para la captación de los aportes de los afiliados al Sistema General de Seguridad Social en Salud y su aseguramiento; El Ministerio de salud y protección social, promueven la afiliación de grupos de población no cubiertos actualmente por la seguridad social, organizan la forma y mecanismos a través de los cuales los afiliados y sus familias puedan acceder a los servicios de salud en todo el territorio nacional, las empresas promotoras de salud tienen la obligación de aceptar a toda persona que solicite afiliación y cumpla con los requisitos de ley, definir procedimientos para garantizar el libre acceso de los afiliados y sus familias, a las instituciones prestadoras con las cuales haya establecido convenios o contratos en su área de influencia o en cualquier lugar del territorio nacional, en caso de enfermedad del afiliado y su familia, remitir al fondo de solidaridad y compensación la información relativa a la afiliación del trabajador y su familia, a las novedades laborales, a los recaudos por cotizaciones y a los desembolsos por el pago de la prestación de servicios,

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

establecer procedimientos para controlar la atención integral, eficiente, oportuna y de calidad en los servicios prestados; las instituciones prestadores de salud (IPS), que son los hospitales, clínicas y laboratorios, entre otros, encargadas de prestar la atención a los usuarios donde también hacen parte del Sistema de Salud; las entidades territoriales que garantizan la atención de la población pobre no asegurada, con cargo a los recursos que recibe por transferencias del Sistema General de Participaciones (SGP) para atención de servicios en lo cubierto por subsidio a la oferta, para lo cual se debe cancelar las cuotas de recuperación a que haya lugar y por último la Superintendencia Nacional de Salud.

Para acceder al Sistema de Salud un afiliado o su familia, se debe hacer únicamente a través del régimen contributivo o a través del régimen subsidiado, en el régimen contributivo se pueden afiliar como cotizantes si se encuentran laborando y hacer el aporte de acuerdo a su salario y afiliar como beneficiarios al (o a la) cónyuge, compañero o compañera permanente del afiliado, independientemente de que sean del mismo sexo mientras este no esté trabajando; los hijos menores de 18 años de cualquiera de los cónyuges (incluyendo los adoptivos), que hagan parte del núcleo familiar y que dependan económicamente de este; los hijos de cualquier edad con incapacidad permanente o aquellos que tengan menos de 25 años, que sean estudiantes con dedicación exclusiva y dependan económicamente del afiliado. A falta de cónyuge, compañero o compañera permanente, e hijos con derecho, la cobertura familiar puede extenderse a los padres del afiliado que no sean pensionados y que dependan económicamente de este o a las personas que tengan un parentesco hasta el tercer grado de consanguinidad (padres, hijos, abuelos, nietos, hermanos, bisabuelos, biznietos, tíos y sobrinos) o sean menores de 12 años si no son consanguíneos. Para esto se debe pagar por cada beneficiario un aporte adicional (la denominada unidad de pago por capitación –UPC– que varía según la edad, el sexo y el lugar de residencia de las mismas) y mantenerlos afiliados por lo menos un año. No se puede incluir

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

como afiliados adicionales a personas que tengan capacidad de pago o aquellas que se encuentren afiliados al régimen subsidiado o a un régimen de excepción, salvo que demuestren su desafiliación a dicho sistema. La idea es que la familia completa se encuentre en esta afiliación, ya que es importante para la continuidad y seguimiento de la misma en su desarrollo de salud y enfermedad. En la actualidad se cuenta con problemas en este tipo, ya que los integrantes de la familia no ven inconvenientes en estar separados en las entidades de salud, uno por falta de información al respecto y segundo porque no encuentran importancia en la afiliación en la misma entidad, *“dadas las limitaciones oportunidad para el seguimiento de los pacientes, y además por parte del mismo profesional incluso, la inestabilidad desde cierto punto que tiene los usuarios con respecto a su afiliación a cierta asegurador y asignación a la misma eps”* (P5: E3- 5:14), dándose el mismo inconveniente en el régimen subsidiado, ya que la afiliación se realiza para las personas de cualquier edad que cumplan con no estar en una actividad laboral o devengando un salario menor al salario mínimo mensual, donde algunos integrantes de la familia no trabajan por lo que pertenecen a este régimen aumentando mas la fragmentación.

Para continuar hablando sobre los problemas que se presentan en el Sistema de Salud y su organización, se puede encontrar que su característica principal es estar centrado en la atención de la enfermedad, con dificultad para el ejercicio pleno de los deberes y derechos en salud del paciente y del personal en salud, tiene énfasis en la curación y el control de la enfermedad ya establecida, con enfoque individual de los cuidados, ahora bien si se trae a colocación lo encontrado en las entrevistas, varios anotaron que el sistema de salud va *“encaminado a la atención sub especializada y fraccionando la salud”* (P3: E4- 3:7), realizando trabajo multidisciplinario sin comunicación transdisciplinaria, *“donde no existe relación entre primero..... segundo y menos tercer nivel de atención”* (P7: E6- 7:22) *“enfocado en la atención hospitalaria de urgencias como entrada al sistema”*, ya que al disminuir la oportunidad en la consulta externa y relacionándolo con la baja resolutivez, la única salida para el

paciente es la atención por urgencias, por lo que día a día se colapsa más, uniendo lo anterior con un sistema que piensa en la cobertura en salud de la mayoría de la población, sin tener presente la gestión del riesgo, *“es un sistema poco interesado en el mantenimiento de salud”* (P7:E1- 7:17), prevención de enfermedades no transmisibles y transmisibles asociado y la no promoción de la salud de la población en general. *“Es un sistema que a mi juicio está enfocado más en la enfermedad que en la salud, entonces es un sistema que privilegia lo resolutivo a lo preventivo”* (P5: E3- 5:13), Para esto se han planteado soluciones en distintas leyes que modifican la ley 100 de 1993 como la ley 1122 de 2007 y la ley 1438 de 2011, que intentan tener como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios y por primera vez se nombra el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud, en el marco de la estrategia atención primaria integral en salud. Sin embargo, persiste la dificultad para la integración de las intervenciones colectivas que son responsabilidad de las entidades territoriales, las intervenciones individuales que son responsabilidad de los aseguradores y de la prestación de servicios, la operacionalización del modelo que es responsabilidad de las entidades territoriales; además se está fortaleciendo en la actualidad un proyecto con el Ministerio de Salud y Protección Social *“que garantice una utilización oportuna y efectiva de los servicios y el desarrollo de estrategias, mecanismos e instrumentos que aseguren una atención continua e integral”* (P6: E5- 6:3) , a través del desarrollo de un nuevo modelo de atención basado en Atención Primaria y la gestión integral del riesgo, en los que el núcleo fundamental es la salud familiar y comunitaria, con un rol fundamental del médico familiar, así como de otros especialistas, profesiones y ocupaciones donde estos *“sean clínicos líderes, que cumplan una función de liderazgo tanto en lo asistencial como en lo administrativo, que tengan un conocimiento amplio de las principales condiciones de salud en los diferentes ciclos vitales y su relación con heee fenómenos heee situaciones de índole familiar social, comunitaria con un*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*entendimiento más amplio más allá de lo biomédico tradicional sino más desde lo biopsicosocial desde el fenómeno salud y enfermedad”* (P5: E3- 5:6), relacionándolo con la definición de la salud familiar y comunitaria como un enfoque que orienta la reorganización del Sistema de Salud en función de la situación socio sanitaria de las personas, familias y comunidades. Es un proceso tras disciplinario y un campo de articulación que integra acciones individuales y colectivas, para aportar a la garantía del goce efectivo al derecho a la salud de toda la población. El enfoque de salud familiar y comunitaria orienta el desarrollo del talento humano y de la prestación de servicios de salud desde las necesidades, potencialidades y relaciones de las personas, familias y comunidades, en territorios y ámbitos específicos y reconocidos. En este enfoque, las poblaciones son adscritas, atendidas y acompañadas de manera integral por equipos multidisciplinarios de salud familiar y comunitaria donde como principal eje articulador se encuentra el especialista médico familiar, teniendo en cuenta que la definición de la especialidad según la WONCA (World Organization of Family Doctors) y la academia americana de médicos familiares, es una especialidad médica que proporciona cuidado y atención sanitaria continua e integral a las personas, familias y comunidades. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento que abarca todas las edades, sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades, teniendo como campo de acción también el nivel social y los servicios de salud, bajo las siguientes características: comprensión y abordaje integral especializados de las personas, familias y comunidades con enfoque humanístico y de ciclo vital, compromiso con la calidad de vida de la población, destacando el enfoque diferencial, humanización de los procesos de cuidado de la salud, gestión y articulación de servicios individuales y colectivos, *“participar en la planificación de estos servicios y desarrollo de programas asistenciales sobre todo en atención primaria en el ámbito ambulatorio”* (P5: E3- 5:4), además la participación y liderazgo en el diseño, implementación y seguimiento de las acciones de los equipos interdisciplinarios, *“Los han colocado sobre todo el rol de*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*liderar equipos de trabajo, equipos de salud, de profesionales” (P5: E3- 5:17), y la articulación y transformación de los procesos de educación de los médicos generales y especialistas, “la parte docencia pues es uno de nuestros principios la de educar y educar no solamente nuestros pacientes si no educar a nuestros colegas, educar nuestros equipos de salud” (P6: E5- 6:16)*

Como caracterización del sistema de salud colombiano existen mecanismos para regular los requisitos mínimos para la prestación del servicio de atención en las entidades prestadoras de salud tanto públicas como privadas, llamada norma de habilitación, donde se especifica requisitos por especialidad y nivel de atención. La especialidad medicina familiar no fue nombrada en la resolución 1441 de 2013 y en la norma que la modifica, *“no existía la figura del médico familiar, no aparecía en el sistema no aparecía en la norma de habilitación” (P2: E1- 2:13)*, resolución 2003 de 2014 se nombra en la atención de pacientes en el segundo nivel, *“en los bajos niveles de complejidad, no solo el uno, también el dos, lo veo muy fuerte, en el dos” (P3: E4- 3:8)*, sin dilucidar realmente el contexto donde la especialidad se desarrolla.

Pero se debe analizar la concordancia entre el perfil del egresado como médico familiar colombiano, y determinar las necesidades de este dentro del Sistema de Salud colombiano, donde la educación obtenida durante el posgrado, respecto a lo propuesto por los currículos de los posgrados de medicina familiar en el ministerio de educación nacional, con el perfil propuesto por la Wonca, encontramos:

El número total de residentes de Colombia en la actualidad  $n = 121$  y total de egresados  $n = 500$  en el país, para el II periodo del 2014, es un número insuficiente para las necesidades de egresados que necesita el sistema de salud actual a nivel nacional con una población total colombiana de 47.661.790 habitantes (DANE 2014), anotando que el estudio se realizó durante el congreso nacional de medicina familiar en la Universidad El Bosque, se obtuvo la respuesta de 92 residentes de los posgrados del país

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

de los cuales no hubo participación de los residentes de la universidad del Cauca y del total de egresados se obtuvo la respuesta de n=46 encuestas y n=6 entrevistas.

A partir de lo anterior, se puede concluir lo siguiente de las universidades, iniciando con la Universidad del Cauca, donde tienen un promedio de 4 residentes admitidos en el posgrado, graduando 2 residentes al año, *“inició en 2011, mediados del 2011, donde se recibieron 2 residentes, los que ya egresaron actualmente están ya graduados, están ejerciendo su Medicina Familiar, heee... en este momento el programa cuenta con 2 residentes de Medicina Familiar, una residente de tercer año y una residente, residente de 1 año, eso en cuanto al posgrado”* (P7: E6- 7:25), cabe anotar que es el programa más joven de todos, iniciando en el 2011, además la Universidad Pontificia Javeriana, *“bueno ingresan 4 por cohorte por semestre y estamos aproximadamente graduando un numero de e promedio de 3 a 4 por semestre, más o menos 8 por año, somos un programa pequeño comparativamente con otros, heee ha sido como la política de hee de calidad para tener un grupo reducido pero pues mmm de formación privilegiada, no graduamos mucho”* (P5: E3- 5:1), La Corpas *“hasta el último año noviembre, diciembre del último año alcanzamos a tener 28 residentes en este momento tenemos 24, 23, residentes, entonces mmmm nuestro promedio es más o menos 5 a 10 anuales”* (P2: E1- 2:17), y La Fundación Universitaria Ciencias de la Salud, (FUCS) *“nosotros estamos egresando entre 3 y 8 residentes por año, realmente cada semestre sale una promoción mínimo son tres y máximo son 8, entonces son entre 6 y 9 residentes”*(P8: E2- 8:5), las dos anteriores tienen un promedio de 8 residentes al año, graduando aproximadamente 3 a 4 residentes al año aproximadamente y finalmente las dos universidades con más egresados al año son la Universidad de la Sabana graduando aproximadamente 12 residentes al año y la Universidad El Bosque el programa con mayor número de residentes en la actualidad en Colombia graduando de 20 a 25 residentes anualmente.

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

Todos los datos anteriores son relevantes para determinar la cantidad o número de residentes totales anuales en Colombia, identificando si cumplen o no con las necesidades del Sistema de Salud en Colombia y realizar ajustes pertinentes para iniciar la ampliación de cupos en los programas preexistentes y ampliación del programa en otras universidades, buscando poder formar el mayor número de residentes y poder iniciar a ser parte de los planes en reformas en salud basados en atención primaria y medicina familiar liderados por los ministerios de salud y educación.

Ya conociendo el número de egresados por facultad de medicina familiar ahora, se intentó conocer cuáles eran las diferencias del egresado de cada uno de estos posgrados, partiendo de ASCOFAME, con una visión más general, donde desde allí se considera, *“que debe ser un ente integro, que maneje los problemas de salud más prevalentes, con una historia de formación clínica caracterizado por alta resolutivez en los primeros niveles de atención”*.

Es entonces cuando se inicia a determinar si realmente el médico familiar sale preparado para lo que ejerce, por lo que evaluaremos cada ítem que tenga que ver con su formación, por ejemplo en el ámbito clínico la formación de los residentes ocurre en su mayoría en entidades de III y IV nivel en un 60% aproximadamente, con poco énfasis en los primeros niveles de atención 40% aproximadamente, *“más o menos el 60% se hace en escenarios hospitalarios de tercer y cuarto nivel y el 40% es en escenarios ambulatorios”* (P5: E3- 5:2), donde las rotaciones se limitan a evaluar, estudiar y conocer patologías con poca prevalencia clínica y con rotaciones que van dirigidas y encaminadas por supra especialidades médicas, dando un énfasis hospitalario, *“formamos al médico familiar en terceros y cuartos niveles de atención si? con una visión segmentada, con una visión organicista, con una visión hee deee sistemas hee separados, si?”* (P3: E4- 3:12), sin embargo al analizar los niveles o campos de desarrollo más prevalentes de los médicos familiares actualmente son: programa de enfermedades crónicas, control prenatal, talleres para adolescentes, crecimiento y desarrollo, programas de riesgo cardiovasculares,

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

programas de enfermedades autoinmunes, *“la parte de consulta en Medicina Familiar, manejamos programa de crónicos y todo lo que era control prenatal, talleres para adolescentes, talleres de crecimiento y desarrollo”* (P6: E5- 6:1), dándonos cuenta que es en los primeros niveles de atención, con patologías prevalentes en todos los ciclos vitales, por lo que nos queda la duda, si realmente el residente en la parte clínica está siendo preparado por los docentes, las instituciones y los conocimientos que requiere para el ejercicio de la medicina familiar en el contexto actual; porque si vamos a ver lo que se encuentra escrito por cada universidad en la parte clínica y los resultados en las encuestas a los directores de cada posgrado, hablan de la formación indispensable en los primeros niveles de atención lo que no concuerda con lo anteriormente expuesto por los residentes, es decir, la práctica clínica actual dada a los residentes no corresponde a lo escrito en los curriculum.

Sin embargo no podemos dejar por fuera el énfasis que cada universidad intenta dar en la parte de consulta ambulatoria, todos los posgrados tienen carga académica, encaminado por la visión biopsicosocial del médico familiar, que en comparación con la parte hospitalaria y de bajos niveles es poca pero se tienen también este concepto.

En cuanto a la parte administrativa, que es en el momento el campo de mayor desempeño laboral de los médicos familiares, encargado de la coordinación de servicios y gestión de múltiples programas en enfermedades prevalentes en todos los ciclos vitales, además participan en la planificación de estos servicios y desarrollo de programas asistenciales sobre todo en atención primaria en el ámbito ambulatorio, complementándolo con el rol de liderazgo en los equipos de trabajo; *“muchos de los que salen a trabajar no solamente tiene labores a nivel clínico sino que la mayoría son líderes de equipo, son líderes de grupo, son directores de IPS, tienen que implementar e incrementar proyectos y programas y obviamente es muy importante que tengas unas bases administrativas”* (P8 6: E5- 6:15), sin embargo al indagar a los residentes sobre el porcentaje de prácticas administrativas durante la

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

formación en el posgrado la respuesta de la mayoría de los residentes de las diferentes universidades respondieron que tienen menos de 25% en estas prácticas y de enseñanzas basadas en estos temas, evidenciando en general que tienen muy poco énfasis administrativo, con bases muy débiles en este campo, sin embargo el médico familiar, tiene un desenvolvimiento mixto, es decir no es puramente la labor del administrador sino que combina muy bien el ámbito clínico, asiendo asesorías en todos los niveles, campos y tratando con todos los especialistas, desarrollando estrategias para el desarrollo de la salud y prevención de la enfermedad, por lo que en la actual es el mayor desarrollo de la labor del médico familiar.

Por otro lado mirando por universidades este porcentaje de práctica, la Universidad Bosque, FUCS, Corpas y Sabana tienen menos del 25% en este énfasis, Universidad Javeriana y Valle entre el 26% - 50% siendo tal vez las universidades con mayor énfasis en este aspecto, *“el programa de la javeriana tiene mucho énfasis clínico y un poco administrativo últimamente”* (P5: E3- 5:23) lo que se puede pensar si realmente a la hora de ejercer, los especialistas de estas últimas universidades tendrán más impacto en el ámbito administrativo que los otros egresados, sin embargo al preguntar esta cuestión resultó que no tiene distinción entre universidades y al parecer todos tienen similar desempeño, concluyendo entonces que seguramente es secundario al poco énfasis entre universidades lo que en la práctica administrativa no da una distinción real, además especialistas desempeñados en esta área comentan que *“la práctica hace al maestro y que aunque hay poca visión en este campo durante los años de formación, los médicos familiares son personas en su mayoría con bastante capacidad de acople”* (P8: E2- 8:3)“ y aprendizaje, lo que garantiza buen desempeño en esta área.

En el área comunitaria donde según los currículos internacionales y experiencias exitosas en medicina familiar se encuentra el mayor énfasis, falta más cobertura por parte de la medicina familiar desde la

formación hasta el ejercicio; se encontró que el porcentaje de prácticas o rotaciones comunitarias en la universidad El Bosque, La Corpas y La Javeriana, donde la mayoría de residentes respondieron que tienen menos del 25% en prácticas comunitarias, lo que haría pensar que los conocimientos en los egresados de estas universidades carecen de conocimientos en este ámbito, con dificultades para la labor en este campo, donde el paciente es tan vulnerable y que tendrían tanto impacto, por otro lado la mayoría de los residentes de la universidad de la Sabana consideran que tienen entre un 25% - 50% de estas prácticas, y se reconoce como el diferencial más importante de los residentes de esta facultad, *“la mayoría de programas de medicina familiar, se llaman medicina familiar solitos, mmmm creo que solo la sabana lo llama medicina familiar y comunitaria, donde el desarrollo en lo comunitario es mucho as notorio”*(P3: E4- 3:13), desarrollando competencias para trabajo multidisciplinario con énfasis en lo comunitario, complementando con la parte antropológica en su formación y rotan en sitios de Bogotá que tiene población vulnerable, entonces eso permite que el residente se acerque a la realidad social del país; y finalmente la universidad del Valle donde se ve más del 50% de prácticas en este ámbito, lo que haría pensar que los egresados de estas últimas universidades, podrían estar más involucrados en este aspecto, con mayor preparación en el momento de desempeñarse como egresados, con más herramientas de trabajo para efectuar con calidad este ámbito como especialistas, sin embargo, *“en el ejercicio de la medicina familiar actual poco o nada se evidencia el desarrollo de este campo por la especialidad”* (P6: E5- 6:10), pero no se puede olvidar, la prospección de desempeño que va encaminada a este campo, investigando los ajustes del sistema de salud, se identificó apertura de plazas rurales de primer nivel con adecuados herramientas para tratar a determinadas poblaciones vulnerables, con equipos de trabajo liderados por el médico familiar, además *“primeros niveles de atención es decir, I y II nivel con materia prima necesaria para prevención, promoción, diagnóstico, tratamiento y*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*rehabilitación de pacientes con múltiples comorbilidades*” y dirigidas y sustentadas sobre la base de la atención primaria relacionada con la medicina familiar.

En este punto se requiere resaltar el trabajo hecho desde 1998 por la Universidad El Bosque, donde es el posgrado de medicina familiar no más antiguo pero si con la mayor cantidad de residentes y egresados en Colombia, egresados que día a día hacen un reconocimiento de la labor del médico familiar por la calidad y excelencia en el desempeño de sus profesionales, sin embargo con falencias importantes en el momento de la formación y espacios de práctica según lo obtenido por los resultados de las encuestas a los residentes de dicha universidad; se mencionó entonces que la universidad EL Bosque tiene pocas prácticas administrativas, que se realizan en los últimos semestre de formación, sin embargo con acople de la parte clínica, donde tienen un énfasis integrador de las dos habilidades lo que los convierte en excelentes profesionales; analizando la parte clínica, el reconocimiento si es importante donde la rotación en atención primaria son realizadas desde los primeros semestres con excelente énfasis en promoción, prevención, factores de riesgos por ciclo vital entre otros, que además se complementan muy bien con las tutorías académicas dadas en las clases, y finalmente abordando el campo comunitario es bajo el fortalecimiento en esta área, aunque por las respuestas de los egresados en este momento no se considera indispensable su aprendizaje por las condiciones actuales del Sistema de Salud, donde la comunidad está siendo relegada y poco abordaje tienen, por lo que no se ha requerido de estos conocimientos para labor del profesional.

Por todo lo anterior y basándonos en las encuestas a los especialistas en medicina familiar concluimos, que si bien es cierto la formación tiene algunas falencias y vacíos, lo aprendido durante la formación si permite ejercer la especialidad, ya que las herramientas dadas, tales como adquisición de los conocimientos, experiencias necesarias, habilidades para enfrentar los problemas del paciente, realizar

tamizaje de acuerdo con el ciclo vital familiar e individual, entre otras, permiten desarrollarse en el sistema de seguridad social en salud colombiano, además se evidencia adecuada preparación del manejo interdisciplinario, es decir, el abordaje en todas las esferas del paciente, teniendo en cuenta el rol que desempeña en la sociedad, en la familia y como individuo, enseñándose que todo afecta a la persona, por lo que hay que corregir ciertos aspectos de la formación cuando se inicie el desarrollo en estos campos por ejemplo el comunitario que se encuentra abandonado en gran medida y fortalecer ahora lo administrativo, ya que es un campo de acción amplio y complejo que requiere de una preparación más exhaustiva; y si lo vemos por universidades a nivel de la formación no se encuentran similitudes marcadas por universidad, *“donde en general todas tienen su mayor énfasis en el ámbito clínico, lo que explicaría la fortaleza clínica y de resolutivez que tienen el médico familiar”* (P3: E4-3:13), además el impacto tan importante que causa en la salud y enfermedad del paciente, complementándolo con la docencia que es indispensable para la labor diaria, además, educar no solamente a los pacientes si no educar a los colegas, los equipos de salud, para así hacer una coordinación única que ejemplarice un gran equipo de trabajo.

A pesar de que cada posgrado da su énfasis diferencial, como lo anotamos anteriormente, se inició aproximadamente desde el 2012, la unificación de los curriculum para tenerse unos mínimos comunes que debe tener cada programa de todos los programas de medicina familiar, *), “hora se supone que tiene que haber unos mínimos comunes, en lo que estoy de acuerdo totalmente”* (P3: E4- 3:9), que inclusive, no solo para cuestión de normatividad nuestra sino para convalidaciones internacionales, para aprobación por parte del colegio mundial o la asociación mundial el colegio mundial de médicos familiares, WONCA, ese mínimo de formación se ha cuantificado inicialmente en un 70% unificando lo significativo, lo sustancial y un 30% diferencial, *me parece que es muy importante y ellos la han entendido así, cuando dicen vamos a unificar una propuesta en el 70% y dejamos un 30% para que*

*cada universidad imprima su propio sello, que imponga su impronta ahí, eso está bien, está bien, lo sustancial, lo significativo va a estar alrededor de ese 70% y eso los va cohesionar muchísimo más, como profesión”* (P4: E7- 4:12), donde la mayoría de entrevistados estuvieron de acuerdo en que si valdría la pena, tener una línea de base para todos los posgrados y esa línea de base es lo que se está trabajando con los diferentes posgrados, con las universidades interesadas en aperturar el posgrado y con el Ministerio de Salud, Protección Social y Ministerio de Educación para realizar esta unificación, integrando al médico familiar en estas decisiones para lograr un médico familiar más homogéneo y que responda a las necesidades del sistema de salud actual colombiano, *“yo pienso que es lo mejor que hemos podido hacer si?, porque, porque se permitió la participación de los médicos familiares y en este momento todos los jefes de los programas se han involucrado”* (P8: E2- 8:6) y poco a poco el perfil de egreso debe ir encaminado a dichas necesidades; Es entonces, donde sale a relucir la importancia del perfil ocupacional del egresado, el cual es un perfil muy clínico, con poco énfasis en la atención primaria, aunque si centrado en esta y basándose en alguna medida en los primeros niveles de atención, al indagar en las entrevistas a los directores de los posgrados esto fue lo que algunos nos respondieron: *“creemos que el perfil que debe tener el médico familiar egresado de la sabana pues primero va dirigido a atender, hacer puerta de entrada del sistema, es un médico familiar que tiene unas capacidades clínicas muy importantes pero enfocado en lo prevalente, enfocada en el manejo inicialmente ambulatorio”*, (P6: E5- 6:3) *“Bueno, nuestro perfil de acuerdo a la promulgación de la... de la especialidad en la institución, ha tenido un énfasis muy clínico, nuestro perfil es muy clínico quirúrgico”* (P2: E1- 2:1), *“sale con competencias para la atención en el área del ámbito ambulatorio principalmente, para trabajar en comunidad, heee.. tiene grandes fortalezas en el ámbito multidisciplinario, el programa brinda”* (P8: E2- 8:9), *“pero también en escenarios de mayor complejidad, hospitalización y urgencias, dada que su formación”*(P5: E3- 5:1), *“perfil asistencial*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*tanto de la parte de atención ambulatoria, hospitalaria y de urgencias” (P7: E7- 7:24), además con énfasis en coordinador de servicios, “que tenga un perfil de carácter también de poder gestionar programas de promoción y de prevención y que tenga también un perfil de director de instituciones de primer nivel y de primero y segundo nivel de atención”(P7: E7- 7:24), y todo lo anterior, uniéndolo con las respuestas dadas por los residentes no coinciden en muchos aspectos, por ejemplo los residentes comentan que hay poco énfasis administrativo y comunitario, donde la preparación es muy escasa en los primeros niveles de atención, dando un porcentaje muy bajo de rotaciones en estos niveles, como se expuso anteriormente, evidenciando que la fortaleza en la mayoría de las universidades desde la perspectiva de los residentes es en el ámbito clínico e integral, concordando con lo dicho por los directores de posgrado, sin embargo el manejo es desde la perspectiva de altos niveles de complejidad, ya que la mayoría de rotación se da en hospitales, en el área de urgencias, observación y hospitalización, dirigido por especialistas y supra especialistas en otras áreas, donde poco conocen la especialidad y el énfasis diferencial que se intenta dar, además que contrasta con el ejercicio actual de los médicos familiares.*

Por otro lado entre ambos, residentes y directores de posgrados, si se concluye que se forman y salen con un perfil de un médico integral con capacidades de mantenimiento de la salud en todos los niveles de atención, *“el perfil profesional hace referencia a formar un medico integral, que tenga la capacidad de atender al paciente, a la familia, a la comunidad, en los términos de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad heee, la curación, la rehabilitación y la gestión del riesgo” (P7: E7- 7:23) y que en algunos casos para los residentes es difícil aplicarlo en los niveles más complejos de la atención, pero que la alta capacidad resolutive clínica de su labor un plus a la hora del ejercicio de la medicina familiar.*

Es entonces cuando se debe empezar a trabajar para mejorar el perfil del médico familiar y encajarlo con las necesidades de un sistema de salud que se encuentra en cambios, para irse enfocando un poco a ese perfil, donde primero se está trabajando en la ampliación de nuevos cupos para mayor cantidad de residentes, *“ya recibimos más residentes y heee... estamos ante la expectativa de ampliarnos un poquito más, estamos esperando algunos lineamientos desde el ministerio de salud y del ministerio de educación, heee para poder abrir más plazas, esto depende que nos garanticen sitios de práctica de formación de los residentes”* (P8: E2- 8:16) *“Igual estamos estudiando la capacidad también atendiendo las necesidades que nos propone el ministerio, pues de mirar cómo podemos ir ampliando pues paulatinamente esos cupos pero pues obviamente eso implica heee... hacer todas las... mmm pues cumplir con los requisitos que nos pide el ministerio para poder ampliar los cupos”* (P6: E5- 6:18), teniendo proyectos como, ampliar plazas de rotaciones, mejorar las prácticas en la parte administrativa, ampliar rotaciones donde aumente el porcentaje de estas enfocados en el manejo de equipos de trabajo, coordinación de servicios, ahorro de recursos entre otros para fortalecer este campo tan requerido en la actualidad, además fortalecer el manejo clínico de patologías prevalentes y en hospitales de complejidad no tan alta, ya que como se mencionó anteriormente la educación de la mayoría de residentes está enfocada en hospitales de alta complejidad con supra especialidades que aportan poco conocimiento para el desarrollo de un médico especialista en atención primaria, además el manejo del paciente crónico, su prevalencia y problemática, y así, complementarlo con el ámbito comunitario, sin embargo muchos egresados comentan que es difícil la labor en estas áreas, ya que *“el primer nivel de atención está relegado, no hay con que trabajar y el sistema de salud poco o nada lo tienen en cuenta, por lo que las rotaciones son difíciles de encontrar en estas áreas para un desempeño”* (P3: E4 3:4) y la labor como residentes que valga la pena, es entonces donde inicia el trabajo junto con el ministerio de salud y educación para el fortalecimiento de estas áreas, para que así

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

se forme a los residentes donde se van a desempeñar como especialistas, con las herramientas y la materia prima necesaria para la adecuada labor como se había comentado previamente.

Sin embargo hay que estar atentos a estos nuevos cambios y *“tomarlo con responsabilidad por parte de los profesionales actuales de medicina familiar y entes gubernamentales”* (P3: E4 3:4), sin acelerar un proceso que se viene siguiendo con calidad, por la premura de la necesidad del sistema y la formación de residentes sin bases y sin experiencias necesarias para su desempeño en el sistema de salud actual; pero hay oportunidades y responsabilidades para la profesión, para la especialidad de medicina familiar, tener en cuenta que *“realmente esto es un espacio que se ha dado en otros países en algún momento y así, se abre la puerta con diferentes resultados de aprovechamiento, pero con una presencia muy importante de la profesión”*(P3: E4- 3:5), que el gremio, que la especialidad, tiene que hacer, para fomentar y llevar a cabo estas iniciativas poniendo como primer manifiesto el paciente y su necesidad.

Por todo lo anterior, se debe iniciar el fomento de la formación de competencias de médicos familiares en concordancia con las competencias estipuladas por la WONCA, dando el resultado de un médico que *“tenga alta resolutiveidad en los primeros niveles de atención para el manejo de patologías de mayor prevalencia, un médico que logre resolver en los primeros niveles de atención el 85 % de los problemas que le lleguen a su consulta”* (P6: E5- 6:7)“, basando su formación en un médico que pueda manejar las patologías frecuentes, que pueda mantener la salud de sus afiliados y en los primeros niveles, que no solo haga diagnósticos, que no solo haga estudios epidemiológicos, sino que también esté atento a la problemática actual de los determinantes en salud, logrando entonces que no se note la *“falta de especialista”*, ya que todo se va a resolver o la mayoría se va a resolver en los primeros niveles de atención , además con el buen direccionamiento, *“el médico familiar no lo sabe todo ni pretende saberlo todo pero si puede direccionar a los pacientes hacia donde tiene que ir y acompañarlos,*

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

*fortaleciendo la continuidad y el seguimiento en la atención fraccionada actual que se maneja”* (P2: E1- 2:5), además complementario a esto se enfoque en el mantenimiento de la salud, prevención de la enfermedad, promoción de la salud y tamizaje, disminuyendo la remisión a niveles de mayor complejidad sin justificación, dirigiendo de esta manera el sistema de salud, y preparando médicos familiares que se complementen con los cambios y reformas actuales basados en la atención primaria en salud, ya que la medicina familiar es parte de la estrategia de la APS y que al estar en íntima relación se puede hacer una diada con excelentes resultados para el sistema de salud.

Después de conocer la formación y la integración del médico familiar al sistema, ahora es importante analizar un poco y conocer sobre lo que se ha hecho por integrar al médico familiar en el sistema, en que roles se han desempeñado o se desempeñan hasta el momento, que experiencias y acciones ejerce el especialista en medicina familiar actualmente en el sistema general de seguridad social en salud en Colombia, por lo que a lo anterior se concluyó según la opinión de los actores claves del sistema de salud, los especialistas en medicina familiar que se encuentran laborando y los estudiantes residentes de la especialización en las universidades del país, están de acuerdo que se encuentra encargada en Colombia en su mayoría primero *“realizando la gestión de los recursos y control del gasto en el primer nivel de atención en salud, seguido de ser el primer contacto de la atención en el primer nivel”* (P2: E1- 2:21) y algunas veces en segundo nivel de atención en servicios de urgencias, desarrollar programas específicos de prevención de enfermedades prevalentes a través de la gestión del riesgo con guías anticipatorias y tamización con evidencia clínica sin fraccionar la atención médica, *“promocionando la salud con estrategias de mantenimiento y consejería en actividades en salud”* (P3: E4- 3:7), tanto como el tratamiento de enfermedades crónicas no transmisibles y formulación de programas para el control y rehabilitación de las complicaciones asesorando a los médicos generales en

La medicina familiar en búsqueda de su lugar en el sistema de salud Colombiano. (2014)

su manejo, culminando en menor cantidad la atención y supervisión de urgencias en segundo y tercer nivel de atención, todo esto en algunas instituciones prestadoras de salud PREMISALUD, empresas promotoras de salud como Javesalud, Sanitas, Compensar y Nueva EPS, en régimen especiales Médicos Asociados, Sanidad Militar y Pólizas de seguros ALIANZ, Seguros Bolívar, entidades privadas con Fundación Salud Bosque y Fundación Santafé. En el campo de investigación se encuentran algunos especialistas realizando y conduciendo centros de investigación clínica que se especializan en los estudios de medicamentos para enfermedades crónicas no transmisibles prevalentes, otros desarrollando investigación cualitativa en la universidades donde se encuentran laborando en su mayoría y no se encontraron experiencias de especialistas que se desempeñen investigando en el campo comunitario nacional e Internacional. En el campo de agremiación, existe una sociedad colombiana de medicina familiar asociada a la WONCA que tiene su oficina principal en Cali/Valle pero que solo se encuentran en la actualidad 2014 con 3 médicos especialistas afiliados, sin participación internacional y nacional en decisiones públicas y tampoco decisiones de la actualidad acerca del curso de la especialidad en Colombia, por falta de representación y unión del gremio.

### 4.3 Conclusiones

- En el Sistema de Salud actual colombiano basado en aseguradoras existen experiencias de especialistas en Medicina Familiar que se han encargado de obtener lugares de trabajo con buenos resultados como lo son:

Atención en consulta externa del primer nivel con alta resolutivez definida como la disminución de remisiones a otras especialidades, dándole solución al motivo de consulta del paciente, que se debe encontrar en el 80% de la solución de todas las consultas en el primer nivel.

Experiencias en atención de consulta en urgencias segundo nivel con alta resolutivez, trabajo multi y transdisciplinario con orientación a la continuidad en la atención del primer nivel con seguimiento continuo, ya que nuestro Sistema de Salud actual tiene como una de las puertas de entrada a los servicios de salud muchas veces el servicio de urgencias.

Dirección médica de unidades de Atención Primaria creando y dirigiendo programas de control a enfermedades crónicas no transmisibles, administrando y controlando indicadores de calidad, sin la necesidad de ser la puerta de entrada permanente y tampoco tener un Sistema de Salud basado completamente en Atención Primaria en Salud Integral.

- Las experiencias con mayor éxito en América con los médicos especialistas en Medicina Familiar se encuentran la mayoría como la puerta de entrada al Sistema de Salud basadas en cambios enfocados en la Atención Primaria Integral en Salud, con políticas dirigidas a la importancia del enfoque de la atención centrada en el paciente, prevención de la enfermedad y promoción de la salud continua, pero que no necesariamente han sido la experiencia de Colombia donde la puerta de entrada es el médico general con limitantes del propio Sistema de Salud para la resolución en el

primer nivel de atención como lo puede ser el sencillo ejemplo de la solicitud de paraclínicos de prevención cardiovascular catalogados de segundo nivel en la norma.

- La característica que predomina en el especialista de Medicina Familiar egresado, es su conocimiento y habilidad clínica ofrecido por el 50% de los Posgrados del país con mayor énfasis , pero llama la atención el rol predominante del médico familiar colombiano actual se encuentra en la dirección médica de unidades de Atención Primaria ejerciendo el rol clínico - administrativo más que en la atención en consulta en el primer nivel o como puerta de entrada al Sistema de Salud en el primer nivel como son la mayoría de experiencias exitosas en países de América.
- El campo de investigación tanto cualitativa como cuantitativa es importante en el crecimiento y construcción de los cambios para la especialidad a nivel comunitario donde ha sido uno de las necesidades y mayores aportes en la evolución internacional de los Sistemas de Salud, donde en Colombia existen pocos estudios grandes e investigadores especialistas en Medicina Familiar con experiencia amplia en el tema.
- El sistema educativo de los posgrados en Medicina Familiar según las experiencias exitosas internacionales, tienen los currículos un 100% de similitudes con una amplia trayectoria comunitaria entre las universidades que ofrecen los posgrados, mientras en Colombia los currículos de estudio encontrados en el Ministerio de Educación Nacional y contrastados con lo experimentado por los residentes de los posgrados colombianos, tienen un 75% de similitud en el campo clínico con un 25% de diferencia en el enfoque del campo administrativo, comunitario, ambulatorio y hospitalario, encontrando cuando se valora la experiencia de ellos, grandes diferencias en los egresados de las distintas universidades.

- El Sistema de Salud colombiano tiene un enfoque individual de los cuidados, a pesar de que desde la ley 100 de 1993 la afiliación se encuentre encaminada a la atención de la familia como un bien colectivo, actualmente con tendencia a la atención subespecializada y fraccionada de la salud, realizando trabajo multidisciplinario sin comunicación transdisciplinaria, lo que conlleva a una atención fraccionada y poco integral por lo que se están intentando incluir políticas basadas en Atención Primaria en Salud, Salud Familiar y Comunitaria con la participación del especialista en Medicina Familiar.
- La Atención Primaria en Salud es un componente esencial para cualquier Sistema de Salud, haciendo parte del desarrollo social, económico y político, con resultados exitosos en la salud colectiva en un país, sin embargo, para que funcione en el sistema actual colombiano, se debe mejorar la educación orientada en Atención Primaria, Salud Familiar y Comunitaria y Medicina Familiar al personal de salud, modificar la organización de los recursos para la salud y conformar equipos de salud dirigidos por médicos familiares y diferentes profesionales, que se encarguen junto con la comunidad, de la salud de su propio territorio, ampliando la visión de salud, fomentando la perspectiva biopsicosocial interrelacionando los elementos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.
- Tener en cuenta el papel social de la universidad, con la relevancia que se está dando al “conocimiento contextualizado” lo cual implica mayor articulación entre las entidades educativas y el medio en que ellas se desenvuelven, para tener una educación y formación en Medicina Familiar consolidada y fuerte que asegure las necesidades del Sistema de Salud actual colombiano.
- Entre los cambios para la unificación de la formación adecuada al residente en Medicina Familiar colombiano se deben tener en cuenta los currículos internacionales en países exitosos con la

articulación del médico familiar, las experiencias de las universidades en Colombia que ofrecen el programa, las experiencias ocupacionales de los egresados del país, las experiencias de los residentes que cursan el posgrado y la opinión de los entes claves del Sistema de Salud, sin acelerar un proceso con calidad, por la premura de las necesidades.

- La especialidad en Medicina Familiar es una de las efectoras y articuladoras más idóneas para realizar las intervenciones médicas necesarias en el contexto de Atención Primaria en Salud por su afinidad en la educación y sus principios, sin embargo esto no trae implícito que el médico familiar solo pueda ejercer en el contexto de la Atención Primaria, ya que existen experiencias ocupacionales en otros campos de acción.

#### 4.4 Recomendaciones

- El modelo de Atención Primaria en Salud para Colombia debe integrar la estructura bajo la gestión integral del riesgo en salud, enlazando las acciones intersectoriales y sectoriales, colectivas e individuales, incluyendo en esta los procesos clínicos para mejorar la capacidad integral de respuesta del sistema y superar los problemas de la oferta de servicios y sus efectos negativos sobre la demanda.
- Se debe pensar un modelo de atención basado en un programa de salud familiar y comunitaria siendo un proceso transdisciplinario de gestión y prestación de servicios de salud que involucra al médico familiar como eje integrador al ser un ente clave para su desarrollo, pero también a otras profesiones y ocupaciones entrenados que participan en la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud.
- Se debe iniciar el fomento de la formación equitativa en todas las universidades que ofrecen el programa de Medicina Familiar del país a necesidades y por competencia, con un mayor énfasis en atención del ámbito comunitario, en concordancia con las competencias internacionales exitosas, dando el resultado de un médico que tenga alta resolutivez en los primeros niveles de atención para el manejo de patologías de mayor prevalencia, para evitar la disparidad de características de los egresados en el mismo país.
- El especialista en Medicina Familiar tiene un perfil profesional que se adapta a las necesidades del Sistema de Salud, pero debe existir participación de la especialidad en la construcción de políticas públicas en salud encaminadas a modificar el Sistema de Salud centrado en generar mejoras en la atención, seguimiento, en la prevención de la enfermedad, promoción de la salud y resolución de la enfermedad, para ser un modelo costo efectivo a largo plazo.

- Este trabajo de investigación se realizó durante dos años, sin embargo se requiere de una continuidad de la misma para seguir con el análisis de la situación completa y el contexto de desarrollo mirándolo en prospectiva de lo que será el médico familiar, por lo que consideramos que debe existir una continuidad de esta investigación para profundizar muchos conceptos que nos competen y para realizar la publicación de los resultados.

## Referencias Bibliográficas

1. OMS-WONCA Conferencia realizada en London, Ontario, Canadá. Noviembre 6-8, 1994. “Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente; 1-9; 2008.
2. Javesalud. El Modelo de Cuidado Primario Ambulatorio de Javesalud. Avances y retos de la Implementación de la implementación de la APS. Ministerio de protección Social. Bogotá; 16-29/110-131; 2010 Julio.
3. Álvarez, Martha Carolina. Estrategia de Atención Primaria Ampliada. Avances y retos de la Implementación de la implementación de la APS. Ministerio de Protección Social; 157-171; 2012 Julio
4. Mejía D, Dueñas, Abel. Salud Familiar para América Latina. Bases Intelectuales y Científicas de la Salud Familiar. ASCOFAME. Bogotá, Colombia; 74-145;1991
5. Ministerio de Salud. La reforma de salud en Colombia y el Plan Maestro para su implementación. Informe final. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard; 21-60; 1996.
6. Pinto D, Muñoz AL. Colombia Sistema General de Seguridad Social en Salud. Estrategia del BID 2011 – 2014; 1-22/27-36; Junio 2010
7. Guerrero R. El Concepto de la Protección Social Viceministerio Técnico. Ministerio de la Protección Social. 1-22; 2010
8. Pan American Health Organization. Revisión de las políticas de Atención Primaria de salud en América Latina y el Caribe. Washington, DC: PAHO; 1-14; 2003.
9. World Health Organization. Atención primaria de salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Geneva; 5-87; 1978.
10. Tarimo E, Webster EG. Primary health care concepts and challenges in a changing world. Alma-Ata revisited. Volumen 1 1-7; Geneva; 1997.
11. Gusso G, López JM. Tratado de medicina de familia e comunidades. Principios, formación y práctica. Porto Alegre: Artmed, 28-79; 2012.
12. Guerrero R, Gallego AI, Becerril-Montekio V, Vásquez J. Sistema de salud de Colombia Salud Publica. México; 1-12; 2011.
13. Medina Vásquez, Javier y Ortegón, Edgar. Manual de prospectiva y decisión estratégica, bases teóricas e instrumentos para América Latina y el Caribe. ILPES; 129-215; 2007.

14. Nulvio Lermen Junior, Armando Henrique Norma. Medicina familiar y comunitaria y salud de la familia en Brasil: una estrategia para ofrecer atención primaria de salud para todos. Salud Familiar en las América. Medwave; 1-8; 2013 Ene/Feb.
15. Mercedes Alfaro Latorre. Rebeca Isabel Gómez. Pablo Calvete Pérez. David Guevara García.et al. Sistema nacional de salud España; 1-40; 2010. Disponible en: <https://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/docs/sns2010/Principal.pdf>
16. González Caballero. El desarrollo de la medicina de familia en España. Archivos Mes Filiar. 1-3; 2010. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf083b.pdf>
17. Domínguez Emma, Zacca Eduardo. Sistema de salud en Cuba. Salud Publica Mex 2011;53 supl 2:S168-S176.
18. Sampaio FR. The Brazilian health system: highlighting the primary health care reform. IJPH. Brasil; 1-368; 2010
19. Ian Mc Whinney. Orígenes de la medicina familiar. Archivos de medicina familiar. 1-7; 1981
20. Lorenzo-Casares A, Otero A. Evaluación de la atención primaria en España tras veinte años de reforma. Rev. Esp. Salud Pública. 131-145; 2007.
21. European Observatory on Health Care Systems. WHO Regional Office for Europe. Health Care Systems in Transition. España.1-144; 2000. Disponible en: <http://www.who.dk/document/e70504.pdf>
22. Vega Romero, Román. Vigencia y relevancia de la Atención Primaria en Salud. Rev. Gerencia. Políticas. Salud, Bogotá (Colombia),7-10, enero-junio de 2008.
23. Ceitlin J, Gómez T. Medicina de Familia La clave de un nuevo modelo. Editorial Semfyc. Centro Internacional para La Medicina Familiar;1-89; 1997.
24. Aafp. Net. American Academy of Family Physicians. [Actualizado 20 enero 2014]. Disponible en: <http://www.aafp.org>
25. Arias L. Fundamentos en Salud Familiar Principios de Medicina y Salud Familiar. Ascofame. Primera Edición; 1-12; 2008
26. Carmichael, L., Carmichael, J. The Relational Model in Family Practice, USA; 123-133; 1976.
27. Arias, Liliana; Cubides, Hernando; Vásquez, Martha Ruiz, Miguel. Documento tesis de grado para la Especialización en Liderazgo de Recursos Humanos. Brasil; 12-39; 2007
28. Alba L, Murillo R. Utilización de servicios y perfil de morbilidad en Usuarios de Medicina Familiar. Memorias Congreso Iberoamericano De Medicina Familiar. Cali; 1-136; 2001.

29. Cueto M. The origins of primary health care and selective primary health care. *Am J Public Health* 2004;94(11):1864-74
30. OPS-OMS. Renovando la Atención Primaria de Salud en Las Américas. Regional; 1-21; 2005. Agosto.
31. Ruiz F, Matallana MA, Amaya JL, Vásquez ME, Parada LA, Piña MR. Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Bogotá; 29-178/212-300; 2008.
32. Pan American Health Organization. Atención Primaria de Salud en las Américas: Las Enseñanzas Extraídas a lo Largo de 25 Años y los Retos Futuros. Washington, DC: PAHO;1-44; 2003.
33. Balance, competencias y prospectiva. Ministerio de la Protección Social, Universidad Javeriana, Cendex. Fundación Cultural Javeriana de Artes Gráficas Bogotá. Tercera Edición; 4-7; 2009
34. Gómez Vélez, Conrado Alonso Hacia un Modelo de Atención Primaria en Salud, Desde un Enfoque Intersectorial en El Sistema de Salud Colombiano Vice ministerio de Salud y Bienestar Dirección General de Salud Pública Grupo de Gestión Integral en Salud Pública. Ministerio de la Protección Social República de Colombia; 1-102; 2008
35. Rodríguez Mauricio, Villadiego, Bonivento. La Medicina Familiar en Colombia. Experiencias de la Universidad El Bosque. Bogotá, Enero 1-64; 2012