

RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LAS EXPECTATIVAS DE LOS ENCARGADOS DE
CONTRATAR A UN MÉDICO FAMILIAR EN EL CAMPO ASISTENCIAL Y
ADMINISTRATIVO Y LAS COMPETENCIAS PROPUESTAS POR EL PROGRAMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

AUTOR

DIANA MARIA CALDAS CAICEDO

NATHALIA LUCIA SUAREZ DIAZ

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

2013

RELACIÓN EXISTENTE ENTRE LAS EXPECTATIVAS DE LOS ENCARGADOS DE
CONTRATAR A UN MÉDICO FAMILIAR EN EL CAMPO ASISTENCIAL Y
ADMINISTRATIVO Y LAS COMPETENCIAS PROPUESTAS POR EL PROGRAMA DE
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR DE LA UNIVERSIDAD EL BOSQUE

AUTORES

DIANA MARIA CALDAS CAICEDO

NATHALIA LUCIA SUAREZ DIAZ

TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TITULO DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

INVESTIGADOR PRINCIPAL

DOCTOR JAVIER URREGO VARELA

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE MEDICINA

ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR

Artículo 37

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

Acuerdo 017 de 14 de Diciembre de 1989

CONTENIDO

CAPÍTULO 1

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	8
Pregunta de investigación	9
Preguntas directrices	9
Objetivo general	10
Objetivos específicos	10

CAPÍTULO 2

REFERENTE TEÓRICO CONCEPTUAL	11
Expectativa	11
Percepción	12
Conocimiento	13
Competencia	14
Habilidades/aptitudes/actitudes	18
Estado del arte	21

CAPÍTULO 3

MODELO DE INVESTIGACIÓN	22
-------------------------	----

CAPITULO 4

CONTEXTUALIZACION	23
Contexto Geográfico	23
Contexto Histórico	23
Medicina familiar - Marco histórico en Colombia	23
Perfil profesional del Médico Familiar	29
Perfil laboral	30
Perfil del Médico Familiar Universidad el Bosque	31
Descripción de los participantes	33

CAPÍTULO 5

EXPERIENCIA Y ROL DE LOS INVESTIGADORES	35
---	----

CAPÍTULO 6

ESTRATEGIA Y RECOLECCIÓN DE DATOS	36
Instrumentos de recolección de la información	37
Criterios de validez de los instrumentos	41
Criterios de selección	42
Planeación de la obtención de la información	42
Plan de análisis de datos	43

Consideración sobre los posibles problemas y las soluciones	44
CAPÍTULO 7	
DESCRIPCIÓN Y CATEGORIZACIÓN	45
CAPÍTULO 8	
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN	47
Conocimiento de medicina familiar	47
Campo laboral Médico Familiar percibido por los encargados de contratar médicos familiares	58
Competencias de los Médicos Familiares	87
CAPÍTULO 9	
CONCLUSIONES	106
PREGUNTAS NO RESUELTAS	113
RECOMENDACIONES	115
BIBLIOGRAFÍA	116
ANEXOS	118
TRANSCRIPCIÓN ENTREVISTAS.	
ARTICULO	

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACION

El sistema de salud en Colombia plantea una especial atención centrada en el núcleo familiar como eje de la comunidad y la atención primaria como estrategia para lograrlo.

Dentro de las especialidades en Medicina, encontramos un programa dirigido a la Atención Primaria en Salud (APS); es la Medicina Familiar. Esta especialidad ya viene desarrollándose en Colombia, teniendo dificultades en su aplicación en algunos lugares; además, por la escasez de especialistas en esta área, está siendo ejercida por otros; Como lo menciona Liliana Arias – Castillo en el artículo Medicina Familiar en Colombia en donde se menciona que “algunas EPS han asumido el modelo del médico especialista en medicina familiar, que se complementa con equipos constituidos con médicos generales, y en otros casos se otorgan diplomaturas en salud familiar, o en atención primaria para que reconozcan el paradigma, pero por supuesto no son especialistas” (Arias-Castillo, 2007).

Por ser una especialidad relativamente nueva, el programa de Medicina Familiar es aún desconocido en algunos escenarios donde se prestan servicios de Salud. En investigaciones anteriores se ha encontrado que los especialistas en Medicina Familiar que se gradúan de los

programas, están actualmente laborando en actividades que si bien están relacionadas con su preparación, no siempre evidencian la integralidad de la misma. Sin embargo en varios escenarios de atención en Bogotá hay contratados Médicos Familiares realizando diversas labores, es por ello que aparece la necesidad de conocer las percepciones de aquellos encargados de contratarlos, para establecer un paralelo entre dichas percepciones y la realidad formativa ofrecida por el programa de la Universidad El Bosque, para poder plantear opciones de mejora en dicho programa formativo.

Pregunta de investigación

¿Cuál es la relación existente entre las expectativas de los encargados de contratar a un Médico Familiar en el campo asistencial y administrativo y las competencias propuestas por el programa de especialización en Medicina familiar de la Universidad El Bosque?

Preguntas directrices

- 1 ¿Que conocen los encargados de contratar a un médico familiar sobre la Medicina Familiar?
2. ¿Cuál es el campo de desarrollo laboral de él Médico Familiar percibido por los encargados de contratar Médicos Familiares?
3. ¿Conocen los encargados de contratar Médicos Familiares las competencias de un Médico Familiar?

Con el ánimo de dirimir los anteriores interrogantes se realiza un cuestionario de 13 preguntas a los encargados de la decisión de contratar a los Médicos Familiares. Este cuestionario se escribirá y analizara más adelante.

Objetivo general

Describir la relación existente entre las expectativas de los encargados de la decisión de contratar a los Médicos Familiares en el campo asistencial y administrativo y las competencias propuestas por el programa de especialización en Medicina familiar de la Universidad El Bosque.

Objetivos específicos

- Describir el conocimiento que tienen los encargados de la decisión de contratar a los Médicos Familiares acerca de la Medicina Familiar.
- Conocer la percepción de los encargados de la decisión de contratar a los Médicos Familiares acerca de la función de estos en el campo laboral en el que se desenvuelven.
- Identificar las competencias esperadas por el mercado laboral, para los Médicos Familiares.
- Establecer si el perfil de los egresados del posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, se relaciona con las competencias laborales que demanda el mercado.
- Plantear una propuesta de mejoras a la luz de los hallazgos, teniendo como base los resultados encontrados en la investigación

CAPITULO 2

REFERENTE TEORICO CONCEPTUAL

Expectativa

Según la academia real española se define cómo: “la posibilidad razonable de que algo suceda” (Real Academia Española, 2001).

El diccionario de términos médicos de psicología define expectativa como: “una variable de naturaleza cognitiva que sustenta la idea de anticipación y cuya inclusión en los análisis psicológicos resulta de fundamental importancia a los fines de explicar y predecir un abanico de comportamientos que cubren desde la dinámica social hasta el motivo de nuestro estado de ánimo. Constituye el ingrediente cognitivo fundamental de al menos dos importantes efectos psicológicos: El efecto Pigmalión y el efecto placebo” (Cosacov, 2007).

Al grupo investigador le interesa conocer la anticipación que tienen los encargados de la decisión de contratar a los Médicos Familiares para poder establecer una relación entre la anticipación y el cumplimiento de objetivos en el momento de elegir y contratar a un especialista.

Percepción

El concepto de percepción encontró en la teoría Gestalt uno de los más importantes esfuerzos de explicación.

“En los comienzos del siglo XX la fisiología había alcanzado un lugar importante dentro de la explicación psicológica (...). La percepción era entendida como el resultado de procesos corporales como la actividad sensorial” (Oviedo, 2004).

La psicofisiológica definía la percepción como una actividad cerebral de complejidad creciente impulsada por la transformación de un órgano sensorial específico como la visión o el tacto(...), mientras con base en los aportes de la teoría Gestalt, la percepción es como el proceso fundamental de la actividad mental, y supone que las demás actividades psicológicas como el aprendizaje, la memoria, el pensamiento, entre otros, depende del adecuado funcionamiento del proceso de organización perceptual(...). Arraigada en la tradición filosófica de Kant que considero la percepción como un estado subjetivo, a través del cual se realiza una abstracción del mundo externo de hechos relevantes. (Oviedo, 2004)

Según la academia real de la lengua española, la percepción se define como: “la sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos”. (Real Academia Española, 2001)

Es relevante definirla debido a que en el proceso de contratación de Médicos Familiares se involucra un proceso de interacción personal mediante la entrevista en donde las percepciones son un mecanismo de ordenamiento de la realidad, una especie de filtro, de toda la información que ingresa a través de los sentidos y que le permitirán al contratante realizar la elección del especialista.

Conocimiento

Existen varias definiciones de conocimiento, Rafael Andreu (1999) menciona desde las clásicas y fundamentales como: “una creencia cierta y justificada”, a otras más recientes y pragmáticas como "una mezcla de experiencia, valores, información y "saber hacer" que sirve como marco para la incorporación de nuevas experiencias e información, y es útil para la acción” (Davenport y Prusak, 1999).

Lo fundamental son básicamente tres características.

1. El conocimiento es personal, en el sentido de que se origina y reside en las personas, que lo asimilan como resultado de su propia experiencia (es decir, de su propio "hacer", ya sea físico o intelectual) y lo incorporan a su acervo personal estando “convencidas” de su significado e implicaciones, articulándolo como un todo organizado que da estructura y significado a sus distintas "piezas"
2. Su utilización, que puede repetirse sin que el conocimiento "se consuma" como ocurre con otros bienes físicos, permite "entender" los fenómenos que las personas perciben (cada una "a su manera", de acuerdo precisamente con lo que su conocimiento implica en un momento determinado), y también "evaluarlos", en el sentido de juzgar la bondad o conveniencia de los mismos para cada una en cada momento.

3. Sirve de guía para la acción de las personas, en el sentido de decidir qué hacer en cada momento - porque esa acción tiene en general por objetivo mejorar las consecuencias, para cada individuo, de los fenómenos percibidos (incluso cambiándolos si es posible).

Una primera distinción entre tipos de conocimiento tiene precisamente en cuenta esta característica: Se llama conocimiento **explícito** al que es fácilmente representable externamente a las personas (utilizando la tecnología que sea), e **implícito o tácito** (Polanyi, 1962; Nonaka, 1994) al que no es representable por medios externos a las personas que lo poseen (en parte porque les resulta difícilmente articulable a ellas mismas, que así "de hecho saben más de lo que creen o de lo que pueden explicar") (Andreu Rafael, 1999).

El termino conocimiento es pertinente en el presente trabajo de investigación porque para poder hacer la relación de las expectativas de los encargados de contratar a un Médico Familiar con las competencias del programa de especialización de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, es necesario construir una base en la idea que tienen los encargados de contratar a un Médico Familiar, acerca de la Medicina Familiar, su objetivos y propósitos.

Competencia

A nivel Colombia el Servicio Nacional de Aprendizaje SENA (Colombia) la define como: “el conjunto de capacidades socio afectivas y habilidades cognoscitivas, psicológicas y motrices, que permiten a la persona llevar a cabo de manera adecuada, una actividad, un

papel, una función, utilizando los conocimientos, actitudes y valores que posee” (Arias Carrillo, 2009).

A nivel internacional conocemos diferentes definiciones, encontrando en su género la Competencia definida como anteriormente se cita. Eulalia Ros Martrat (2004), menciona en su artículo: Las competencias profesionales adquiridas en Medicina Familiar y comunitaria, una mirada desde tutores y residentes, la definición de Competencia Profesional, como: “la aptitud de un individuo para desempeñar una misma función productiva en diferentes contextos y con base en los requerimientos de calidad esperados por el sector productivo”.

Esta aptitud se logra con la adquisición y desarrollo de conocimientos, habilidades y capacidades que son expresados en el saber, el hacer y el saber hacer funciones específicas.

En este orden de ideas, existe un supuesto de base, y es, que los individuos formados en el modelo de competencias reciben una preparación que les permite responder a los problemas que se les presenten en la práctica profesional.

Es por eso que: “hablar de competencias en la actualidad, no es ninguna novedad y la definición del concepto y sus características, las tipologías existentes, la formación, evaluación y gestión por competencias, etc. Son cuestiones que han ido despertando interés y adquiriendo presencia de formas diversas en entornos profesionales, académicos y laborales por el hecho de ser un concepto asociado a los nuevos modelos educativos y de organización del trabajo” (Ros Martrat, 2004).

En efecto, la competencia es de la persona no sólo por como es, sino por cómo actúa y se comporta en situaciones profesionales o laborales determinadas, siendo pues el contexto laboral uno de los más adecuados para la formación de competencias y la experiencia un elemento clave para su desarrollo (Ros Martrat, 2004).

Si bien la competencia se demuestra en el comportamiento profesional, en ocasiones hay elementos personales o de contexto que pueden dificultar esta actuación. En otras palabras, además de saber actuar, es necesario un querer actuar que depende fundamentalmente de la motivación y un poder actuar condicionado por el contexto organizativo (Ros Martrat, 2004).

Para la presente investigación, las competencias en Medicina Familiar se pueden definir en términos profesionales, donde se requieren amplios conocimientos, habilidades, actitudes y comportamientos específicos, encaminados a las demandas en el Sistema Nacional de Salud.

“El Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad el Bosque ha definido como competencias profesionales, prioritarias a desarrollar, las competencias integrativas que parten de las competencias básicas cognitivas (del saber) técnicas (del saber hacer), relacionales (convivir y comunicarse), morales, éticas y estáticas (sic) (del ser), mentales (del ser), aplicadas al contexto. Se busca que el estudiante en formación alcance las competencias para su desempeño laboral que se describen a continuación”

1. Reconocer, diagnosticar y decidir sobre situaciones en salud, individuales y colectivas, para intervenir sobre ellas, haciendo énfasis en la promoción, prevención y problemas prevalentes y/o de alto impacto en salud.
2. Trabajar con otros y realizar un trabajo interprofesional e interdisciplinario utilizando una adecuada comunicación, como medio de interacción que permita construir proyectos y educar de una forma acorde a los lineamientos que propone la Medicina Familiar.
3. Desarrollar comunicación asertiva y efectiva con los individuos, las familias, la comunidad y el sistema de salud.
4. Entender el enfoque sistémico y su aplicación en el cuidado del individuo y de la comunidad.
5. Seleccionar, movilizar y coordinar los recursos que atañen al proceso de atención en salud individual y colectiva.
6. Conocer, proponer y ejecutar trabajos de investigación que aporten conocimientos a la comunidad y mejoren la prestación de servicios para los usuarios del sistema de salud.
7. Actuar con integridad, responsabilidad y respeto por los valores fundamentales de la sociedad, en su condición de miembro de un grupo profesional que hace parte de una comunidad.

Estas diferentes competencias profesionales, están dirigidas a lograr en el residente una alta capacidad resolutoria en el manejo integral de los pacientes, para la promoción de la salud y prevención de las enfermedades, el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de los problemas más prevalentes que se presentan y para el manejo de

patologías en la primera instancia de prestación de servicios Médicos, cuyo resultado sea un trabajo interdisciplinario e interinstitucional, que promueva la investigación, la prevención, la formación y autoformación continuar que permita un verdadero ejercicio profesional responsable de la Medicina en Colombia. (Posgrados, 2012)

En resumen, se explica la definición de competencia laboral y profesional, para después poder mencionar y más adelante comparar las competencias del postgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque con las opiniones de los entrevistados. De esta forma al finalizar el trabajo de investigación, se puede concluir cuál es la relación de estas competencias con las requeridas en el mercado laboral.

Habilidades/aptitudes/actitudes

Es importante advertir que dentro la Competencia se integran los términos aptitud (conocimiento) actitud (personalidad) y habilidad (potencial), tres características que se requieren para definir si un profesional sabe, es capaz de adaptarse y si con dichas habilidades puede adquirir la destreza para desarrollarse y tener éxito en su profesión.

Las habilidades se refieren al nivel de pericia en una tarea o grupo de tareas específicas. Gumbau Grau y Agut Nieto (2001) citan a McGehee y Thayer (1961) y Goldstein (1986) quienes definen habilidad como: “La capacidad para desempeñar las operaciones del puesto con facilidad y precisión” (...), señalan además que: “las habilidades frecuentemente son de actividades de tipo psicomotor”. Murphy (1988) refiere que se aprenden en un periodo de tiempo relativamente corto, están dirigidas a una meta, usualmente connotan desempeño físico o motor y son más bien específicas para la tarea (Grau Gumbau & Agut Nieto, 2001).

De los trabajos de Fleishman se desprenden que las aptitudes son atributos relativamente permanentes de la persona que hace posible el desempeño de una variedad de tareas. Hontangas (1994) establece que las aptitudes son capacidades específicas que las personas deben poseer y que facilitan el aprendizaje de alguna tarea o puesto. También puede entenderse como capacidades potenciales para desempeñar o adquirir mediante formación, los conocimientos, las destrezas o las respuestas específicas, o incluso como habilidades básicas que diferencian a las personas y facilitan el ajuste laboral. (Grau Gumbau & Agut Nieto, 2001)

En términos psicológicos, una aptitud también será aquella característica a través de la cual los profesionales pueden pronosticar diferencias interindividuales entre diversas personas en una situación de aprendizaje futura, es decir, para la psicología, la aptitud no solo implica lo que mencionábamos más arriba de la capacidad de una persona para realizar correctamente una tarea que se le encomienda, sino que además refiere a aquellas capacidades cognitivas, características emocionales y de personalidad que todos los seres humanos reunimos.

Entonces después de lo anterior podemos decir que las diferencias entre aptitudes y habilidades son claras. “Las aptitudes tienen un carácter permanente, estable, mientras las habilidades son modificables, las aptitudes tienen un carácter innato, no aprendido, mientras las habilidades son aprendidas, y por último, las aptitudes se infieren a partir de la conducta, mientras las habilidades son observables” (Grau Gumbau & Agut Nieto, 2001).

“La actitud es un acto. Disposición de ánimo, para adaptarse al cambio. Adaptación activa a la realidad. Es un acto implícito que se hace con el otro. No es explícita. No es información manifiesta. Por lo tanto deviene en complejidad” (Stortoni, 2011).

En cuestiones de profesionalidad podemos establecer que el profesional cuando actúa en el campo, afecta el contexto.

Por lo tanto la actitud, pertenece al campo de la meta comunicación humana, es simbólica. Podemos decir que existen varios tipos y que estas se pueden desarrollar en el campo de la Medicina Familiar.

Actitud de escucha múltiple: Puede ser activa. Participativa e interesada.

Es el ser escuchado: ser registrado: ser reconocido en la verdad de su esquema referencial.

Actitud de promover el protagonismo del otro el protagonismo está en el otro. Es abandonar una posición pasiva = la pasividad obstaculiza puesto que tiene que ver con la resistencia al cambio.

Actitud de confiabilidad: cuando existe ambivalencia en el vínculo se genera desconfianza.

Actitud de abandono: si el operador se posiciona en el deber ser y no está con el otro = conlleva a un clima de desconfianza.

Actitud de apertura a lo inesperado: capacidad de asombro

Actitud de responsabilidad: hacer responsable al otro. (Stortoni, 2011)

Estado del arte

Se realizaron búsquedas en las bases de datos medline, scielo, en la Organización internacional del trabajo, SENA, ICFES, observatorio de recursos humanos en salud y tesis de grado de médicos familiares de la universidad, acerca de la ubicación laboral , contratación, expectativas de la residencia, todos los términos relacionados con la medicina familiar con las siguientes palabras clave: competencias profesionales, competencias académicas, sistema general de seguridad social en salud y ubicación laboral de los médicos familiares en Colombia. Se encontraron documentos acerca de las expectativas de la residencia en Korea y Estados Unidos.

No se encontraron documentos acerca de los objetivos a calificar en el momento de contratar a los Médicos Familiares.

En Latino América y Colombia específicamente, se encontró un texto elaborado por el ministerio de la protección social en el que se habla del recurso humano de la salud en Colombia y proyecciones económicas para el campo de la salud.

También se encontró un documento escrito por el observatorio de recursos humanos en salud, donde se describen las formas de contratación en el gremio, no se ha encontrado información acerca de los objetivos al contratar al Médico Familiar, ni literatura sobre las competencias laborales en Medicina Familiar.

CAPITULO 3

MODELO DE INVESTIGACION

El presente es un estudio de corte cualitativo, orientado a conocer los aspectos, que los encargados de la decisión de contratar a los Médicos Familiares tienen en cuenta al emplear estos especialistas, y analizar cómo está relacionado con las competencias académicas del programa de especialización en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque.

Para llevarlo a cabo se desarrollaron 12 entrevistas semiestructuradas en Instituciones Prestadoras de Servicio, a los encargados de la decisión de contratar Médicos Familiares. En estas entrevistas, los ejes temáticos fueron conocimiento sobre Medicina Familiar, campo laboral de los Médicos Familiares percibido por los contratantes y las competencias del Médico Familiar.

La información obtenida de las entrevistas, se contrastó y analizó a la luz de la teoría revisada, lo cual permitió una descripción estructurada de la realidad, que dio pie al planteamiento de oportunidades de mejora a nivel del programa.

CAPITULO 4

CONTEXTUALIZACION

Contexto geográfico

La presente investigación se llevará a cabo con los profesionales encargados de tomar la decisión de contratar a los Médicos Familiares en IPS de Bogotá, se escoge esta ciudad por ser la que concentra el mayor número de egresados, y cuenta con mayor número de fuentes de empleo. Además por ser la sede de la especialización en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque y el grupo investigador reside en esta ciudad.

Contexto Histórico

Medicina Familiar – Marco Histórico en Colombia

La especialidad de Medicina Familiar tiene su inicio el 17 de enero de 1984, en la Universidad del Valle, Cali, Colombia. Su fundador, el Dr. Diego Mejía Gómez, internista-nefrólogo (q.e.p.d.).

Progresiva pero lentamente, la medicina familiar se ha difundido en Colombia sin alcanzar aún el número ideal o la masa crítica de especialistas en el área (Arias-Castillo, 2007). La Universidad del Bosque inicia con sus primeros residentes en junio de 1998.

Es importante resaltar las ideas que nos deja la Doctora Arias en su artículo “La Medicina Familiar en Colombia”: la ley 100 de 1993 crea las entidades promotoras de salud (EPS) y estas han intentado acoger el modelo de medicina y salud familiar, puesto que ven cualidades como la calidad, humanización y la racionalización de los servicios de salud sin poner en riesgo la pertinencia ni la oportunidad.

Sin embargo 20 años después se puede observar que la implementación del modelo no ha sido fácil y muchas entidades están lejos de tener un servicio de atención primaria en sus organizaciones.

La Medicina Familiar está reconocida como Especialidad, tanto por el Ministerio de Educación como por el Ministerio de Protección Social de Colombia; se calcula que hay unos 15.000 Médicos Especialistas, de los cuales solo , -cerca de 200- poseen la especialidad en Medicina Familiar. (Arias-Castillo, 2007)

Algunas EPS han asumido el modelo del Médico especialista en Medicina Familiar, que se complementa con equipos constituidos con Médicos Generales, y en otros casos se otorgan diplomaturas en Salud familiar, o en Atención Primaria en Salud (APS) para que reconozcan el paradigma, pero por supuesto no son especialistas (Arias-Castillo, 2007).

Según la definición de Medicina Familiar adoptada por la Consulta de Expertos Nacionales sobre Medicina Familiar (Colombia), ésta corresponde al “ (...) ejercicio Médico que integra las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento, con el propósito de dar atención de salud integral a los individuos y las familias, sin limitaciones derivadas de la

edad, el sexo o los sistemas orgánicos o las enfermedades que los aquejan (...)” (Posgrados, 2012).

El Consejo Americano de Medicina Familiar enunció la práctica familiar como: “La especialidad médica que se preocupa por el cuidado de la salud total del individuo y la familia. Es una especialidad en amplitud que integra las ciencias clínicas, biológicas y del comportamiento, y su alcance no está limitado por la edad, sexo, órgano, sistema o entidad mórbida” (Lemus & Radames, 2001).

En España, la legislación de 1978, reconoce la especialidad de Medicina Familiar y comunitaria, define en su artículo primero: “el Médico de familia constituye la figura fundamental del sistema sanitario y tiene como misión realizar una atención médica integrada y completa a los miembros de la comunidad” (Lemus & Radames, 2001).

El documento que recoge las reflexiones de la Conferencia Conjunta OMS/WONCA (celebrada en Canadá en 1994), dice:

Los Médicos de Familia son considerados como personas que poseen una situación fundamental a la hora de proporcionar una atención sanitaria global, continuada, coordinada y personalizada. Su papel, a la vez que los demás profesionales de atención primaria, es considerado muy importante para llevar a cabo una utilización óptima de los recursos sanitarios. En el futuro, su papel dentro de los sistemas Sanitarios, llegará a ser incluso más importante si son capaces de mejorar la coordinación de la salud individual y de los servicios sanitarios comunitarios (Lemus & Radames, 2001).

Lo que significa o representa el Médico Familiar, para gran parte del mundo es equiparable a una especialidad que paradójicamente hace énfasis en lo general, es derivada de la Medicina General como una disciplina más antigua (Posgrados, 2012).

Esta nueva especialidad en países Europeos y Norteamericanos, es la opción que existe para ejercer el generalísimo, ya que este, no se puede ejercer sin especializarse; este especialista también ha sido denominado como un Médico de Atención Primaria en Salud (APS) por que actúa dentro de unos principios que incluyen la integralidad, la longitudinalidad, el primer contacto y atender a todo el grupo familiar independientemente de la edad sexo o sistema por el que consulte. Estos principios son acordes a un sistema basado en la atención primaria (Rodriguez, Mauricio; Bonivento, Vicente; Villadiego Maria Milagros, 2009-2010).

La concepción sobre el Médico Familiar en Colombia no es la misma que en países Europeos y norteamericanos y esta dificultad se origina claramente en la falta de decisiones políticas que reconozcan el desarrollo de esta especialización como una inversión y no como un gasto. “Esto se dará en la medida que realmente se quiera mejorar la capacidad resolutive en la primera instancia de prestación de servicios y que esta incluya acciones que están reconocidas actualmente como actividades médicas de primer y segundo nivel de atención” (Posgrados, 2012).

La Atención Primaria en Salud (APS) y la Medicina Familiar son ámbitos estrechamente relacionados y la APS es el terreno de actuación fundamental del Médico de Familia, mientras que la Medicina Familiar es la herramienta clave para el

desarrollo pleno de la APS. Es decir, la APS es la estrategia y la Medicina Familiar la disciplina para realizarla (Rubinstein, 2006).

En Colombia cuando se adoptó la Atención Primaria en Salud (APS), esta se asume como una estrategia que permite ampliar la cobertura de los servicios médicos, mediante la realización de acciones simples en relación con la promoción de la salud y las enfermedades más frecuentes y prestación de servicios mínimos de recuperación y rehabilitación, no se habla de la integración con los otros niveles, ni con los demás subsectores del sistema nacional de salud. Se refiere a acciones simples, cuando en la realidad los problemas de las comunidades colombianas son tan complejos que requieren mucha integración de recursos (Rodriguez Mauricio V. M., 1995).

“La nueva Constitución de 1991 y la Ley 100 de Seguridad Social en Salud, promulgada en diciembre de 1993, dan prioridad a la familia como fundamento de la sociedad y constituyen sólidos cimientos para la formación del talento humano en salud, aunque esto no se refleja en la política pública” (Arias-Castillo, 2007).

La tendencia inicial fue hacia la creación de un sistema único de seguridad social. Las propuestas se centraron en asumir de una forma sistemática los conceptos originales de la conferencia internacional de Atención Primaria en Salud (APS) en Alma Atta (sic), para lo cual se hace énfasis en promoción y prevención, se busca aplicar un modelo de Medicina Familiar integral, con la infraestructura financiera del sistema de seguridad social. Se toman como base las experiencias de países desarrollados como Finlandia e Inglaterra y otras experiencias latinoamericanas como Chile, Costa Rica y México.

Dentro de las tendencias neoliberales se abre la posibilidad de crear empresas privadas de seguridad social que compitan con el Instituto de Seguros Sociales, confiando en la eficiencia del libre juego de las fuerzas económicas para mejorar la calidad de la prestación de servicios (Rodriguez, Mauricio; Bonivento, Vicente; Villadiego Maria Milagros, 2009-2010).

Atendiendo estas políticas, con la promulgación de la ley 100 de 1993 se dio inicio al actual Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que sigue los principios de eficiencia, universalidad, solidaridad, integralidad, unidad y participación, y se plantean los objetivos para lograr el aseguramiento universal, mejorar la eficiencia e incrementar la calidad en los servicios de salud.

El Sistema de Seguridad Social pretende que los derechos fundamentales de los ciudadanos sean protegidos por un estado social de derecho, y la salud se concibe como un servicio público.

A su vez, el Ministerio de Salud, en aras de promover acciones preventivas y de mejora busca involucrar un gran número de Médicos Familiares e inicialmente realiza una convocatoria divulgada en 1994, dirigida a las Universidades para que crearan posgrados en Medicina Familiar y salud familiar. (Rodriguez, Mauricio; Bonivento, Vicente; Villadiego Maria Milagros, 2009-2010).

Actualmente, el país cuenta con 7 programas de postgrado en Medicina Familiar, 5 de estos localizados en Bogotá, 1 en Cali y 1 en Popayán. La educación en Medicina Familiar

del país tiene como perfil común, formar médicos familiares, que puedan desempeñarse en los servicios de atención primaria, llevando a cabo la estrategia de atención primaria en salud.

Perfil Profesional Médico Familiar

Podemos decir que el perfil profesional del Médico Familiar se resume en los principios Fundamentales descritos por Ian McWhinney uno de los precursores de la Medicina Familiar, y son los siguientes:

El médico familiar debe:

1. Comprometerse con la persona y su familia, más que con la técnica, sexo o un órgano afectado.
2. Buscar la comprensión del contexto alrededor del padecimiento de sus pacientes y entender que los problemas o las situaciones de salud no ocurren aisladamente; múltiples aspectos del contexto y la cultura de la persona influyen directamente en la aparición y el comportamiento de las enfermedades y los problemas de salud, a la vez que son influenciados por ellos.
3. Considerar cada encuentro con el paciente como una oportunidad para la educación o la prevención.
4. Manejar un enfoque centrado en la Familia.
5. Valorar a sus pacientes y familias con un enfoque de riesgo.
6. Actuar como parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria.
7. Adquirir un mayor y más profundo conocimiento de sí mismo, de sus fortalezas y debilidades, y de sus facilitadores y limitantes, para establecer una comunicación

eficiente y evitar que sus sentimientos y valores le produzcan juicios que contaminen la atención cálida, respetuosa y honesta que debe brindar a las personas de su comunidad.

8. Saber manejar los recursos con racionalidad y eficiencia. Los médicos de Atención Primaria, dada la creciente importancia que se les está asignando como puertas de entrada al sistema de atención médica, se están transformando en “primera línea o guardabarreras” (*gatekeepers* en la definición estadounidense) con el objeto de procurar un uso más apropiado y equitativo de los servicios disponibles.

9. El médico de familia debería vivir cerca de donde viven sus pacientes y, en lo posible, procurar verlos en todas las instancias de atención: consultorio, sala de internación, domicilios, etcétera. La asignación del tiempo para cada una de ellas depende del ámbito de la atención (urbano vs. rural), así como de la distancia entre el lugar donde el médico vive y el lugar donde trabaja.

La aplicación de estos principios por parte del especialista genera una visión integral del ser humano y le permite abordar problemas de salud, desde una perspectiva biopsicosocial.

Perfil Laboral

En Colombia se encuentran 7 programas de especialización en Medicina Familiar; estos programas sitúan al Médico Familiar en varios campos laborales específicos.

En el ámbito asistencial, realizando atención en salud, en todos los niveles de prevención, liderazgo de equipos de salud, mantenimiento de la salud a nivel personal y colectivo.

En lo Administrativo, conociendo el sistema de salud que rige al país, liderando equipos intersectoriales, para la resolución de problemas en salud y de esta manera dar la mejor gestión a los recursos sanitarios.

En el campo Docente, educando diferentes individuos, grupos de pacientes con necesidades en salud específicas, comunidades de profesionales de otras disciplinas de la salud, médicos en formación y médicos que se encuentren a su cargo.

Investigativo generando conocimiento a partir de soluciones a problemas en salud, de índole asistencial, administrativa y social.

Perfil del Médico Familiar Universidad El Bosque.

El Médico Familiar de la Universidad el Bosque como lo nombra el documento maestro de la especialidad (2012) está formado para prestar atención de salud de alta calidad científica, con un enfoque integral de los problemas y situaciones de salud de individuos, familias, grupos sociales y comunidades en general (Posgrados, 2012). Como se puede leer en el documento maestro de la especialidad:

El médico familiar está 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 y prevención de las enfermedades o en curación y rehabilitación. Está capacitado para diagnosticar e intervenir los principales problemas y situaciones de salud que se encuentran en la población sujeto de atención.

El Médico Especialista en Medicina Familiar posee y desarrolla una visión integral de ser humano, que lo capacita para abordar los problemas y situaciones de salud desde una perspectiva biopsicosocial y así reconocer, movilizar y coordinar recursos en búsqueda de las soluciones pertinentes, tanto de carácter individual como comunitario.

En esas dimensiones, está además capacitado para realizar investigación clínica y operativa, cuyos resultados puede aplicar en el contexto sociocultural con el cual interactúa.

El Especialista en Medicina Familiar está capacitado para el trabajo en equipo y para la coordinación de acciones interdisciplinarias. En esta condición 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.

La formación del Médico Especialista en Medicina Familiar lo habilita para atender y solucionar una alta proporción de las patologías prevalentes en las comunidades, desarrollando una óptima relación médico - paciente, en el modelo clínico (tratamiento y control de una enfermedad), en el relacional (proporcionar un soporte que mejore el bienestar del cliente hasta que se resuelva el problema) y en el administrativo (proporcionar a la persona una solución administrativa adecuada a su situación).

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..
(Posgrados, 2012)

Descripción de los participantes

En la ciudad de Bogotá se han identificado diferentes lugares donde los médicos familiares laboran. Dentro de estos encontramos organizaciones en régimen subsidiado y contributivo.

La selección de los participantes se hizo de acuerdo al conocimiento previo de la ubicación de los médicos familiares y la facilidad para obtener los datos de las personas encargadas de decidir la contratación de los médicos familiares.

Se solicitaron entrevistas en las siguientes entidades:

- Fundación Santafé de Bogotá
- EPS Sanitas
- Cooperativa Salud Profesional
- Cafam IPS
- Colsubsidio IPS
- Hospital San José
- EPS salud Total
- Ecopetrol
- Javesalud IPS
- Médicos Asociados

- Compensar Plan Complementario
- Clínica Teletón
- Andar IPS
- Premisalud IPS
- Corporación Hospitalaria Juan Ciudad – Hospital Mayor

De estas instituciones:

- En una institución no se obtuvo respuesta
- En dos instituciones no se pudo concretar la cita
- En tres instituciones no se pudo establecer contacto
- En una institución a pesar de haber concretado una cita, en el momento de realizarla, el profesional no pudo atender al grupo investigador

El grupo investigador planteó una fecha límite para la espera de la respuesta. Posterior a esta fecha se realizaron dos entrevistas, que habían sido programadas y postergadas anteriormente. Finalmente, se realizaron 12 entrevistas.

En estas 12 entrevistas, participaron 6 mujeres y 6 hombres, 10 de los cuales son médicos con especializaciones gerenciales, 3 especialistas en epidemiología, 1 especialista en dermatología, 1 médico familiar, 1 odontóloga, 1 ingeniero.

Dentro de los cargos que ocupan están: dirección de salud, gerente de atención primaria, director médico, director de programas especiales, director de planeación y director de servicios ambulatorios.

CAPÍTULO 5

EXPERIENCIA Y ROL DE LOS INVESTIGADORES

Este trabajo de investigación surge de las necesidades que se han venido presentando dentro del Sistema de salud en nuestro país, que día a día, decae por falta de procesos, procedimientos y protocolos bien definidos y donde el programa de Medicina Familiar, que presenta la Universidad El Bosque, nace como una solución para el manejo integral del paciente.

Igualmente, como residentes dentro de la investigación, queríamos poder llegar a resolver las inquietudes que nos asisten frente al programa, saber si para lo que nos está preparando la universidad, es para lo que verdaderamente necesita el sistema e igualmente, cómo podemos llegar a generar mayor impacto y entrar a dar soluciones a tantas falencias que tiene el sistema de salud hoy en día.

Lo anterior, por cuanto en el desarrollo de nuestras prácticas médicas en las diferentes instituciones donde rotamos, nos hemos enfrentado día a día, a preguntas como: ¿Qué es la

Medicina Familiar? ¿Ustedes para que sirven? e incluso nos comparan con otra especialidad con preguntas ¿Ustedes son iguales a los internistas?.

Después de haber enfrentado este tipo de interrogantes y las posibles hipótesis de respuesta que podíamos encontrar, decidimos cuál era nuestra pregunta de investigación.

Para el desarrollo de esta pregunta, nos enfrentamos a algo nuevo y es el tipo de estudio que teníamos que desarrollar, si debía ser cualitativo o cuantitativo, dado que si bien es cierto, no existe un total desconocimiento, tampoco puede decirse que dentro de las instituciones de salud exista certeza, sobre los roles y competencias laborales que pueden desempeñar los Médicos Familiares, dentro de las mismas, pero si esperan o tienen grandes expectativas y nos ven como parte de la solución a las fallas que viene presentando el sistema de salud.

De muchas formas pensamos que debería ser cuantitativo para que tuviera valor, pero consideramos que en Medicina lo que menos se realizan son los estudios cualitativos y realmente lo que conocíamos de este era nulo, con la asesoría de nuestro tutor rompimos el paradigma cuantitativo como única fuente de rigor científico y decidimos iniciar el estudio de forma cualitativa. Esta forma de investigación con la asesoría de nuestro tutor y el libro rojo de Bonilla, se convirtió en un referente importante para el desarrollo de las preguntas, entrevistas y análisis de los datos.

Como investigadores y residentes hemos podido evidenciar, que la Medicina Familiar, en algunas organizaciones está desenfocada, debido a que el conocimiento del programa, depende del administrador o encargado de las instituciones que prestan el servicio de salud.

La revisión de la literatura fue clara, en primera medida, nos permitió darnos cuenta, que aunque se tenía un conocimiento, no se tenía certeza sobre, que es y para qué fue creada la Medicina Familiar, pero logramos dentro de las entrevistas e intercambio de ideas, dar a conocer los beneficios del programa, a los diferentes profesionales entrevistados; concluyendo que el programa de Medicina Familiar ofrece grandes ventajas y encaja perfectamente como una solución para ayudar a reformar el sistema. No fue sencillo, pero durante el transcurso surgieron las respuestas e incluso nuevas inquietudes, donde nos enfrentamos a paradigmas tanto nuestros como de los entrevistados, logrando interactuar y conocer más a fondo la percepción de los estos.

Al planear las entrevistas se programó un tiempo estimado de una hora; este tiempo varió de acuerdo a la disponibilidad de los entrevistados, pero debido al interés que les asistía, su disponibilidad de tiempo terminaba siendo muy amplio, incluso en uno se incluyó trabajo de campo, donde nos dieron a conocer la sede administrativa e interactuamos con sus colaboradores.

Para el análisis de estos datos la experiencia con el programa Atlas Ti fue novedosa y un poco difícil, ya que se utilizó la versión 7.0, gratuita de prueba, que no nos permitió codificar, todos los documentos en una unidad hermenéutica. Por su límite de 100 códigos debimos utilizar más de una unidad hermenéutica, una vez se cuente con la versión completa y actualizada la unión de los datos para el análisis será más fácil. No obstante la herramienta si es muy útil para organizar la información en estudios cualitativos.

Fue impactante saber cómo muchos de los entrevistados, nos ven como una solución para los usuarios e incluso en los temas de carácter administrativo. De entrevistadoras pasamos a ser entrevistadas, toda vez que querían saber si sus conocimientos y expectativas, eran acordes y podían ser cubiertos, por los Médicos Familiares, como un profesional que puede integrar la Medicina en todas sus especialidades en pro de la Administración eficiente y eficaz de los recursos.

CAPITULO 6

ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

La entrevista personal puede definirse según Maccoby y Maccoby: como una conversación o un intercambio verbal cara a cara, que tiene como propósito conocer en detalle lo que piensa o siente una persona con respecto a un tema o situación particular. Las entrevistas individuales son el instrumento más adecuado cuando se han identificado informantes o personas clave dentro de la comunidad. Sus opiniones son representativas del conocimiento cultural compartido por el grupo en cuestión (Bonilla-Castro, 2005).

El grupo investigador escoge realizar entrevistas individuales, por medio de estas se escucha y observa lo que dicen y hacen las personas seleccionadas en su medio de trabajo; de esta manera se pueden recoger los datos relevantes para la investigación.

Se escoge semi- estructurada, porque se han definido un conjunto de temas a tratar, y cómo las personas entrevistadas están en diferentes ámbitos laborales, el objetivo es tratar los mismos temas con todas las personas y de esta forma lograr que se recoja información. También permite al grupo investigador en determinado momento dividirse para realizar las entrevistas, porque la guía de preguntas asegura plantear los temas pertinentes al problema de

investigación. Además si la conversación lo requiere, se pueden realizar preguntas adicionales para aclarar situaciones nuevas o que están incluidas en el cuestionario.

Instrumento de recolección de la información

Para la recolección de la información el grupo de investigación ideó un cuestionario, con el fin de responder las preguntas directrices. Este cuestionario consta de 13 preguntas que se dividen de la siguiente manera:

Cuadro 1. Guión de la entrevista

Duración 1 hora

Comentarios de apertura: Buenos días doctor(a), gracias por recibirnos. El objetivo de esta entrevista es conocer su opinión y percepción acerca del desempeño de los médicos familiares en su organización. Las preguntas que se van a realizar giran alrededor de 3 temas que se relacionan con el mismo número de preguntas directrices que nos permiten resolver la pregunta de investigación.

TEMA 1: CONOCIMIENTO DE MEDICINA FAMILIAR

Para nosotras es muy importante saber que conocimiento tiene usted acerca de la medicina familiar.

¿Qué conoce usted sobre la medicina familiar?

TEMA 2: CAMPO LABORAL DE LOS MEDICOS FAMILIARES PERCIBIDOS POR LOS CONTRATANTES

Teniendo en cuenta su experiencia y conceptos, nos interesa conocer su opinión acerca del campo laboral de los médicos familiares, no solo en su organización si no en general.

¿Cómo es su nombre?

¿Qué cargo ocupa en esta institución?

¿Qué función cumple usted dentro del proceso de contratación de los médicos familiares?

¿Cuántos médicos familiares hay en la institución?

¿Qué cargos ocupan?

¿Cuáles son los objetivos al contratar un médico familiar?

¿Qué función o funciones desempeñan los médicos familiares en su institución?

¿Qué aspectos se tienen en cuenta para definir el perfil del cargo?

¿Se cumplen las metas planteadas al contratar médicos familiares?

TEMA 3: COMPETENCIAS DE LOS MEDICOS FAMILIARES

¿Para usted qué habilidades deben tener los médicos familiares?

¿Qué actitudes deben tener?

¿Qué aptitudes busca?

Criterios de validez de los instrumentos:

Se considera válido un instrumento en la medida en que permita evidenciar coherencia interna de la información. Esto podrá apreciarse en la medida en que se empiece a encontrar a

través de las entrevistas, una tendencia a encontrar saturación de la información, manifestada en la repetición de la misma.

El instrumento de recolección de la información, fue avalado por el director de tesis, y es válido en la medida que permite recolectar la información, establecer similitudes en las respuestas dadas por los entrevistados y permite dar respuesta al problema de investigación.

Criterios de selección:

Selección de los participantes:

Se hizo una investigación previa en EPS s IPS del régimen contributivo y subsidiado para establecer en cuáles instituciones trabajan médicos familiares en la ciudad Bogotá. Las personas relacionadas con la decisión de contratación de médicos familiares, fueron las elegidas para realizar las citas de entrevista. Seleccionar estas personas garantiza la exposición y manejo de los temas pertinentes a este trabajo de investigación.

Planeación de la obtención de la información

Para realizar las entrevistas, se realizó una carta de presentación avalada por el director de tesis y el director del postgrado, en la que se informaba el propósito de la reunión, el título del trabajo de investigación, y se solicitaba una hora de tiempo para realizar la entrevista. Se solicitó una cita con cada una de las personas mencionadas anteriormente.

Las entrevistas fueron guiadas por el grupo investigador, de acuerdo al cuestionario mostrado previamente. La duración de las entrevistas oscilo entre 20 minutos y una hora. En una de las entrevistas la duración fue de 3 horas e incluyo visitas a dos IPS.

La información se grabó con el sistema de grabación de una grabadora marca Panasonic, previa explicación de los objetivos a los participantes. Durante la entrevista se tomaron algunas notas y se observaron las características para verbales, que se tuvieron en cuenta en el momento dela interpretación de los datos.

Plan de análisis de datos:

Las entrevistas se transcribieron en Word y se analizaron mediante la versión 7.0 del software Atlas TI y se organizaron a partir de las categorías deductivas, determinadas que se correlacionan con las preguntas directrices planteadas al principio del trabajo de investigación:

1. Conocimiento de Medicina Familiar
2. Campo laboral de los médicos familiares percibidas por los contratantes
3. Competencias de los médicos familiares.

Consideración sobre los posibles problemas y soluciones

El principal reto por superar fue la aceptación de la entrevista por parte de las personas seleccionadas. Por ser profesionales encargados de la decisión de contratación, tienen cargos en sus organizaciones que nos les permite disponer de mucho tiempo.

Es así como en algunas de las IPS y EPS que fueron seleccionadas, no fue posible lograr una cita para la realización de la entrevista.

CAPITULO 7

DESCRIPCION Y CATEGORIZACION

El presente trabajo se desarrolló en torno a tres categorías deductivas y el análisis de la realidad se asoció al surgimiento de categorías inductivas que se describen en el cuadro siguiente:

Las categorías inductivas se establecieron al realizar las entrevistas, de acuerdo con lo temas en común, encontrados durante el trabajo de campo. Posteriormente, el software Atlas TI permitió incluir otras categorías de acuerdo a los hallazgos durante el análisis de los documentos.

CATEGORIAS DEDUCTIVAS	CATEGORIAS INDUCTIVAS	SUBCATEGORIAS INDUCTIVAS
Conocimiento De Medicina Familiar	Atención Primaria Especialización	
Campo Laboral Médicos Familiares Percibido Por Los Contratantes	Objetivos Contratación	Resolutividad Gestión De Riesgo Atención Centrada En El Paciente Apoyo A Médicos Generales Evaluación
	Cargos	Asistencial Administrativo Salud Ocupacional
	Comparaciones	Reemplazo De Médicos Especialistas Diferencias Percibidas Medicina General
Competencias Médicos Familiares	Habilidades Actitudes Aptitudes	

CAPÍTULO 8

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LA INFORMACIÓN

PREGUNTA 1

¿Qué conocen los encargados de contratar a un médico familiar sobre la medicina familiar?

EI CONOCIMIENTO DE MEDICINA FAMILIAR

El concepto acerca de la Medicina Familiar dado por los entrevistados, es heterogéneo; en estas organizaciones donde trabajan los Médicos Familiares el concepto está dado por la experiencia propia de los que los contratan. Algunos, por sus roles laborales anteriores conocen un poco de historia; esta información, les ha hecho madurar su concepto, y establecer las razones por las cuales requieren a un Médico Familiar.

(...)La medicina familiar es una especialización que dura tres años, tiempo completo, dedicación exclusiva, que permite, valorar al paciente de una forma integral, a él y a su grupo familiar, de ahí deriva el nombre y la finalidad es integrar muchos servicios y retomar un poquito la figura, del médico que antes existía; el médico de las familias, el médico personal, ese médico de cabecera, que permite identificar, no solamente las patologías físicas, sino también, el relacionamiento social con el paciente, y poderlo ayudar de esa manera más integralmente. (Ent 41, 1:24)

Es una especialidad clínica de relativa, reciente aparición en comparación con otras disciplinas, otras especialidades, pero que ha venido a ser llamada como la especialidad integradora, la especialidad integradora de ese segundo nivel de prestación de servicios, que por definición hace que el usuario hoy en día, esté muy desintegrado y exista la posibilidad en esta disciplina de encontrar aquel profesional que logre hacer toda esta articulación. Tanto de los diferentes escenarios como también las diferentes especialidades en todo el núcleo familiar. (Ent 22 4:36)

Igualmente, uno de los profesionales entrevistados comenta la experiencia del inicio de la Medicina Familiar en Colombia

(...) Yo conozco los orígenes de la Medicina Familiar en Colombia, eh, tuve la oportunidad de conocerlos, de discutirlos y de trabajarlos cuando eh estaba de directora de Salud Pública en el Ministerio de Salud; en ese tiempo de la protección social, no de salud, era de salud en ese momento y luego se volvió de protección social. Eh con la Organización Panamericana de la Salud y con escuelas de medicina se empezó a discutir la importancia de contar con Médicos Familiares en la estructura del sistema de salud, eh, digamos en la primera reforma; y siempre consideré, impulsé y apoyé desde ese trabajo, la importancia de poder contar con médicos especialistas en Medicina Familiar en nuestros equipos de salud. Considero que la formación integral de los médicos especialistas en Medicina Familiar es un aporte muy importante para el trabajo con los pacientes en este sistema y que hay unos campos de acción diversos y muy interesantes para quien tiene ese tipo de formación; entonces, pues esa fue digamos, mi primera, mi primer contacto, luego incluso se discutieron mucho, como si era cierto que el sistema necesitaba tantos Médicos Familiares, ¿cómo

hacíamos para que rápidamente se contara con Médicos Familiares, si se necesitaban 3 años de formación? entonces, se pensó en que el tiempo de los médicos en su año de internado, en su año rural pudieran ser años de práctica que ya se les contara a esos médicos que querían ser Médicos Familiares y entiendo que en este momento eso está bastante... eh ... bueno ya es un hecho. (...) Incluso participé en una capacitación que se hizo en la Costa Atlántica donde había una necesidad enorme porque los poquitos médicos y escuelas que estaban interesadas, estaban principalmente en el centro del país, pero no había nada en la Costa y se hizo una propuesta con la Organización Panamericana de la Salud precisamente y se inició en Santa Marta, mmm tampoco sé si eso siguió o no siguió. (Ent 71 1:58-1:59)

Para una de las profesionales es claro que la salud familiar, no es lo mismo que la medicina familiar, ella aclara el concepto de cada una, y se correlaciona con lo arriba mencionado por la doctora, quien comenta que es importante para el estado masificar la especialización, pero no es claro de qué forma.

(...) salud familiar pues es como una materia adicional en la que ven un tema comunitario y un tema más de salud pública y de una cobertura muy .. Como hacia ese lado sin que realmente sea una especialización formal eh... y no tienen todo el conocimiento clínico en verdad de lo que tiene que tener un especialista de Medicina Familiar o sea para mí son totalmente diferentes". (Ent 61 1:47)

Como se describe a continuación la primera noción de Medicina Familiar para dos de los entrevistados ocurre conociendo personas o especialistas que les aclaran un poco el concepto de Medicina Familiar.

La primera noticia que tuve de la medicina familiar, la tuve por ahí en el año 1983, aquí en IPS hubo un médico muy inquieto con el tema de medicina familiar que se llamó, porque ya murió, Oscar Ángel. El trajo a IPS un personaje canadiense y trabajo algunos modelos de medicina familiar que posteriormente se implantaron en un centro que se llama IPS Madrid, queda naturalmente en Madrid, Cundinamarca y desde ahí se empezó a trabajar en IPS con un enfoque en medicina familiar. (Ent 24 4:60)

(...) la primera persona que conocí fue en la universidad eh, en la fundación Valle de Lili, fue el primer médico familiar que conocí, mmm pero de pronto eh lo que empecé a conocer primero de medicina familiar, es que no había internistas, empezaron a contratar médicos familiaristas. Ese fue el primer contacto que tuve". (Ent 32 1:28)

Como se menciona anteriormente, este conocimiento se genera en gran medida con la experiencia y va madurando a través del tiempo. En algunas instituciones el grupo investigador nota que a pesar que los médicos familiares han laborado por varios años, el concepto se mantiene igual que al principio.

(...) cuando lee y lo que le pueden aportar los familiares, médicos especialistas en medicina familiar, uno se pone contento y uno dice yo quiero eso, pero la práctica es otra cosa (Ent 31 1:10). (...) me lo han vendido porque no lo conozco y el que me han vendido es

así: es proactivo, se enfoca en el riesgo si? Éste, hace en la demanda inducida, digamos que hace como una atención primaria. Espera, se anticipa, trata de encontrar los factores de riesgo para que no se le enferme el paciente después y trabaja en el antes de, para que no se le enferme y si se enferma, pues no se le complique o no se le ponga peor. (Ent 31 1:11)

Me metí en internet y empecé a buscar las universidades, que era lo que pretendían de su carrera y cuando uno empieza a mirar cuáles, son la esencia del médico familiar, empieza uno a racionalizar y a tratar de entender cuál va a ser el trabajo de ellos acá. (Ent 51 1:20)

De lo anterior el grupo investigador resalta que en las instituciones donde el concepto no está tan claro, los Médicos Familiares no han sido la respuesta a las necesidades generadas al momento de contratar.

Llama la atención del grupo investigador que el conocimiento de medicina familiar nace con la necesidad reemplazar especialistas en Medicina Interna y algunos de los entrevistados comentan su experiencia

(...) hace dos años tuvimos una crisis por ausencia de médicos internistas y eso nos llevó a que estando en la búsqueda encontrara a alguien que me ofreció los servicios de medicina familiar, en ese momento fue que conocí que había medicina familiar como tal, antes no. Se veía que como que no había una necesidad eh y colocamos a un médico familiar para hacer consulta de medicina interna, entre comillas. Ahí empecé a aprender que era medicina familiar. (Ent 11 1:101)

Ahora bien, frente a la misma pregunta, se puede observar, que la mayoría, no describen la especialidad pero si describen al Médico Familiar, lo resaltan como un profesional, con algunas características específicas, que hacen diferente su ejercicio de la medicina.

Médico familiar como un médico muy integral, como un médico altamente resolutivo, como un médico, eh, que permite alivianar un poco la situación actual de ausencia de especialidades del país, pero a la vez veo como un médico familiar que permite abordar otros ramos que se perdieron de la medicina como es todo el enfoque social, como todo el enfoque comunitario, como todo el enfoque preventivo. (Ent 21 4:4)

Tienen la capacidad y están formados para ver cualquier tipo de patología, también entiendo que sobre todo, evidentemente, del tema clínico (Ent 61 1:38).

Continuidad, desde que el paciente llega hasta que puede terminar y pasar por los niveles primario, secundario, terciario o de rehabilitación y convertirse en un médico tratante que resuelve el 90% de los problemas de un paciente normal, sí (Ent 61 1:39).

Integralidad, entonces tienen esa visión completa de cualquier paciente vuelve a lo mismo en que no solamente como que lo desarticulan como en las otras especialidades (Ent 61 1:40).

Las competencias que tenemos de toda la interacción de entender al individuo como en más contexto, de entender la enfermedad con todo su proceso y todos sus determinantes y su contexto y las relaciones, eso hace que tengamos mucho más fácil de relacionarnos con el paciente, con su familia y con las otras especialidades; eso hace que cada vez tomemos más posicionamiento en la parte administrativa. (Ent 81 1:69)

Es un profesional que tiene una formación integral para ver el ser humano en su conjunto, eh, con profundidad, digámoslo así; en donde tiene la formación tal que le permite dar apoyo a los médicos generales, eh y eh, realizar con las interconsultas tener la capacidad de hacer que el acto profesional que tienen los médicos generales sea más resolutivo y evitar remisiones inapropiadas, eh, a especialistas, pudiendo ser manejados en el primer nivel..... de mirar, realmente el usuario integral. (Ent 11 1:1)

De lo anterior el grupo investigador, resalta que el Médico Familiar es visto como una solución a la medicina integral que requieren los pacientes; en su mayoría definen al Médico Familiar, como un profesional que está llamado y debe estar capacitado, para integrar los servicios de primero y segundo nivel, pero igualmente, nace el interrogante de cuál será su rol en el tercer nivel.

No es claro el papel de ustedes en el contexto hospitalario. Ni de segundo ni de tercer nivel (Ent 51 1:32).

Dentro del concepto del médico familiar que los profesionales han dado, resaltan que aunque la formación no es netamente administrativa, respecto a finanzas, si hay temas en la parte de gestión que son muy importantes y deben ser manejados por los especialistas en Medicina Familiar: estos temas se ampliarán más adelante, en el análisis de competencias de Médicos Familiares.

Los médicos familiares no tienen formación administrativa creo yo...ja, ja, ja, creo que tienen algo de salud pública, epidemiología y de todo el tema clínico y de todo lo que puedan tener pero así como administración en salud y números y finanzas no (Ent 61 1:54).

La visión acerca de la especialización por parte de los entrevistados, ha cambiado en el tiempo y actualmente muchos trabajan en la visión integral pero colectiva, orientada no a ser puerta de entrada, sino a la atención de poblaciones especiales con necesidades especiales, que otras especialidades o la medicina general no pueden cumplir.

La orientación de lo que yo conozco de los de los programas de medicina familiar, no es esa, es una integración diferente, es una integración del paciente, de su núcleo familiar, etcétera, etcétera; y no tomar una postura de interconsultante frente a esos temas. Cierto?. Es más un médico de atención primaria con un alcance mucho más grande y mucho más integrador frente a los temas de sociedad, obviamente, su comunidad pequeña y el tema, de familiar. (Ent 32 1:31)

A ustedes los están adiestrando para un tipo de consulta diferente a la individual, porque ustedes están para un apoyo en la consulta de medicina general, o sea, ustedes deben ver un gran número de pacientes, evaluando la actividad que hacen los médicos generales, y eso es parte de la premisa que ustedes tienen dentro de su carrera. (Ent 51 1:19)

Nosotros estamos todavía como en un modelo, en un paradigma que estamos elaborando, que hasta ahora estamos elaborando, que es la medicina familiar, que parte de un gran problema, que se llama medicina familiar (Ent 81 1:87).

Son cabeza de los grupos de riesgo, de intervención prioritaria en salud, mejor dicho cabeza de los programas de crónicos, son cabeza de equipo de trabajo, los equipos asistenciales están a cargo de los médicos familiares.(Ent 22 4:45)

El grupo investigador resalta, que aunque el conocimiento de los encargados de contratar Médicos Familiares, no abarca el concepto total, para lo que fue creada esta especialidad, desde lo definido por la Universidad El Bosque, sí (los profesionales entrevistados) tienen una visión sobre el porqué y para qué deben contratar Médicos Familiares.

ATENCIÓN PRIMARIA

Durante el desarrollo de este trabajo se ha encontrado que la atención primaria en salud, es un concepto ligado al de Medicina Familiar, a su vez, esta hace parte de un sistema integrado en salud y el Médico Familiar es el ejecutor de este modelo. Es así como algunos entrevistados afirman:

Para nosotros el médico familiar es pues, la...pieza fundamental para que el modelo funcione, el objetivo es que cumpla con el modelo que tenemos, que haga cumplir y que cumpla con los indicadores que tenemos definidos para ver que ese modelo está funcionando.
(Ent 61 1:48)

La atención primaria, según la definición de Alma Ata en 1978: “Es la asistencia sanitaria esencial, basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación” (Organización Mundial de la Salud, 1978).

Como se menciona anteriormente la atención primaria forma parte tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad.

Para los entrevistados la atención primaria se plantea desde el área de trabajo así:

Cumplir con el modelo de atención primaria, o sea darle una atención al paciente con continuidad desde que lo reciben hasta que el paciente realmente termina como con todos sus tratamientos (Ent 61 1:52). (...) Para nosotros no es un acompañamiento, es cumplir con un modelo de atención (Ent 61 1:37).

Yo espero es que sea muy pro activo, muy antes de, que este pendiente que si tiene una población la esté llamando, la esté buscando; le haga su evaluación, su entrevista, sus exámenes y encuentre antes de, para que no se le esté enfermando. Yo espero mucho eso, muy la atención primaria, Muy antes de, muy. (Ent 31 1:12)

Si nuestra estrategia es el servicio y yo veo un poco la solución de la medicina desde nuestros programas de prevención, promoción y educación en salud a nuestros pacientes, debo tener profesionales competentes, para que asuman esa responsabilidad, el encuentro de un paciente con su médico, debe generar una adherencia de ese paciente a ese médico, en tanto el médico encuentre con el paciente la solución a sus temas de salud; pero adicionalmente un encuentro desde lo social desde un enfoque holístico, amplio de su entorno como persona, si ahí en ese primer encuentro, en la base de la pirámide de la atención en salud, encontramos que el médico familiar nos hace ese acercamiento del paciente con su prestador de salud, pues ahí está la solución a nuestros temas y que solamente va a remitir y va a enviar o a otros niveles o a otras intervenciones cuando realmente es pertinente hacerlo. (Ent 24 4:68)

El grupo investigador resalta que de los entrevistados, sólo tres tienen en cuenta esta estrategia, para cumplir las metas planteadas en los servicios; y se pregunta, si se debe tener más claro el papel de intervención del médico familiar o de acuerdo a los objetivos planteados, se cumple la estrategia sin necesidad de aclarar el concepto. Se espera aclarar esta duda en el desarrollo de los siguientes interrogantes.

PREGUNTA 2

¿Cuál es el campo de desarrollo laboral del médico familiar percibido por los encargados de contratar médicos familiares?

Las instituciones que representan los profesionales entrevistados, contratan a médicos familiares para: consulta asistencial, dirección médica, manejo de programas, gestión y planeación de guías y modelos de servicio, acompañamiento de las familias y demanda inducida, entre otros.

Pensamos que el Médico Familiar, como lo dice el documento maestro de la especialidad, sí es visto como:

“(…) Médico versátil, líder, que complementa y lidera las actividades de los equipos de Médicos Generales, constituidos en las entidades que prestan los servicios de salud, quien entra con competencias laborales específicas, y puede jugar un papel importante en la solución de situaciones problemáticas, que permitirán atender integralmente a los pacientes que sufren de patologías de alto costo y sobre todo apoyar a la organización de servicios en la instancia inicial o primaria de la prestación de servicio público en salud y por ende manejo de la capacidad resolutiva en nuestro sistema, acorde con los principios de eficiencia y eficacia que rigen cualquier servicio público que se preste por los particulares o por el estado(…)”. (Posgrados, 2012)

Lo anterior lo vemos reflejado en lo hablado con los entrevistados:

Algunos entrevistados comentan como ha sido el proceso de abrir el campo para los médicos familiares en sus IPS

Instituciones que dicen no, no me gusta la función de familiarista, porque le encanta remitir, son de alto costo. La experiencia aquí en las IPS ha sido de que bajan costos (Ent 11 1:4).

No me arrepiento de ninguno de los que hemos contratado, um ?, porque están ahí y hemos, los defendemos a capa y espada Mm?; y primero ellos porque se han ganado su espacio, porque lo han demostrado con su, con su capacidad para resolver los problemas, para comunicarse, para estar atentos a los lineamientos y se adaptan muy fácil al medio. (Ent 11 1:100)

(...) a raíz de nuestra experiencia en las IPS, ellos lo han vuelto requerimiento para las otras IPS, por la experiencia que tuvo las IPS en la resolución de mucha problemática a nivel básico y en el apoyo que le han brindado a los médicos generales. (Ent 11 1:111)

Nosotros inicialmente empezamos siendo 100% asistenciales pero entonces nuestras agendas se llenaban, todos los pacientes querían estar con nosotros, además sostener una planta tan grande de médicos familiares nos salía muy caro y casi creo que solo hay una o dos EPS que paga nuestra consulta, como consulta especialista. (Ent 81 1:74)

REQUISITOS PARA LA CONTRATACIÓN

Dentro del proceso de contratación se encuentran estandarizados en la mayor parte de organizaciones los criterios de selección, algunos entrevistados nos comentan que aspectos tienen en cuenta para escoger el médico familiar apropiado. El grupo investigador considera importante este aspecto porque refleja el campo laboral en el que se demanda los servicios del médico familiar y el conocimiento acerca de la Medicina Familiar que tienen en cada organización.

La preparación académica, obviamente la experiencia que haya tenido, la recomendación respecto a sus compañeros, experiencia en el manejo de programas de crónicos. (Ent 11)

(...) que haya hecho consulta externa, que haya manejado algo de P y P, que tenga experiencia en P y P y si eh ha trabajado con algún régimen de excepción o regímenes especiales, medicina pre pagada” (Ent 32 1:38).

Que tenga esa integralidad, que tenga la intención de trabajar con esto; a ustedes los preparan para trabajar con promoción y prevención (Ent 51 1:25).

(...) que tengan el soporte previo, digamos de haber manejado el tema de medicina general a mí me parece importante, haber estado un poquito metido en el tema de medicina familiar y haberlo manejado, eso me parece interesante. (Ent 32 1:40)

(...) 2 años de práctica de su especialización, que ya hayan podido enfrentarse a situaciones diversas (Ent 21 2:17).

Para la contratación se tiene en cuenta experiencia en el manejo de programas de crónicos (Ent 51 1:11).

OBJETIVOS DE CONTRATACIÓN

Los objetivos de contratación hablan de lo que quieren las organizaciones al contratar un médico familiar.

De los principales objetivos es alguien que conozca eh muy bien para que se requiere un médico en un consultorio, que no sea estrictamente enfocado a la atención del paciente en su consulta de morbilidad, eso es lo que yo busco un médico que me dé más, que me de confianza, que me de tranquilidad, que me de experiencia, que me dé seguridad. (Ent 21 4:13)

(...) liderar efectivamente ese programa que va a estar a su cargo y liderarlo quiero decir innovándolo, proponiendo alternativas, resolviendo situaciones, cambiando esquemas, que yo miro mucho eso porque me parece que en el perfil del médico familiar ese es un punto muy importante. (Ent 71 1:63)

(...) lo que más tengo en cuenta es la experiencia que tenga, cierto? y la perspectiva profesional que tenga ese Médico Familiar que se presenta con nosotros. Eh, me llama mucho la atención, eh, de un profesional que su expectativa sea el poder servir. Básicamente lo que buscamos son todas las cualidades de un ser humano más que de un profesional. (Ent 21 4:14)

(...) qué se quiere del médico familiar, que toda esa experiencia acumulada en el manejo de los pacientes, se traduzca en un aprendizaje de un gran número de personas (Ent 51 1:18).

Yo quiero un muy buen Médico Familiar, que tengan competencias para el tema administrativo, competencias básicas, manejo de datos, manejo información (Ent 22 4:41).

(...) los especialistas como Medicina Familiar pues son capaces, vuelvo a lo mismo, de resolverlo en su mayoría, entonces yo creo que para el paciente también es súper importante como ese manejo integral, no solo patología, sino así fuera simplemente de su mantenimiento de la salud entonces pues eso. (Ent 61 1:41)

Uno de los principales objetivos al contratar médicos familiares (que son parecidos a las competencias que se desarrollan en el post grado) va dirigido a cumplir con un esquema planteado hace mucho tiempo en el país como es la atención primaria, ajustado al plan de atención de cada IPS.

(...) modelo de atención. Entonces de definir la manera más costo efectiva de prestar un servicio, entonces, primero en la parte conceptual (Ent 22 4:40).

(...) Alguien que la acompañe y la asesore y sea como ese asesor en salud que ella requiere para que no tenga más daños en salud y pueda vivir una vida tranquila y adecuada (Ent 21 4:31).

(...) médico familiar está en la capacidad de resolver entre el 80 y 90% de las cosas que le llegan en el día a día eh .. entonces la función y el objetivo de ese médico familiar es que sus médicos generales lo cumplan (Ent 61 1:50) (...) para nosotros no es un acompañamiento, es cumplir con un modelo de atención (Ent 61 1:52).

(...) para nosotros el médico familiar es pues la...pieza fundamental para que el modelo funcione, el objetivo es que cumpla con el modelo que tenemos, que haga cumplir y que cumpla con los indicadores que tenemos definidos para ver que ese modelo está funcionando. (Ent 61 1:48)

(...) en ese primer encuentro en la base de la pirámide de la atención en salud encontramos que el médico familiar nos hace ese acercamiento del paciente con su prestador de salud, pues ahí está la solución a nuestros temas y que solamente va a remitir y va a enviar o a otros niveles o a otras intervenciones cuando realmente es pertinente hacerlo. (Ent 24 4:69)

(...) lo que buscamos con los médicos familiares es que ojalá en la medida de las posibilidades, como aquí nosotros manejamos el trabajador con su familia y el trabajador tiene a sus hijos y tiene a su papás, entonces consideramos un valor importante que alrededor del trabajador y de la problemática del trabajador, eh, podamos, eh, garantizarle, digamos su productividad. (Ent 31 1:2)

(...) creería que estas habilidades creo que se logran con el tiempo, pero si me parece importante como que tenerlas, eh, claras en el momento de la contratación, porque para nosotros como una buena parte es la asistencia, aunque depende en el perfil, en el cargo donde se contrate, si es importante tenerlo claro, porque igual nosotros somos los gestores de los recursos. (Ent 81 1:84). Esta entrevistada se refiere a las habilidades administrativas que no son tan claras para ella en la formación de postgrado.

Dentro de los objetivos de contratación, es muy importante la capacidad de relación con médicos generales, con especialistas y con los pacientes, esto permite mejorar e innovar los modelos de servicio y promover una cultura de mejoramiento continuo:

(...) buena capacidad de interrelacionarse, con los otros, tanto con el usuario, con grupos de usuarios como con eh sus colegas que son médicos, que sean médicos generales". (Ent 11 1:12)

(...) la relacional, porque nuestros médicos familiares son la base de la relación tanto para los especialistas, sub-especialistas como para los médicos, eh, generales y el resto de la asistencia, apoyo terapéutico, apoyo diagnóstico, entonces está en relación con los radiólogo, con el cardiólogo, pues todo con lo que tengamos. (Ent 81 1:80)

(...) carisma, ser muy asertivo en la forma en que le van a hablar al paciente es bien importante, entonces uno lo detecta en la entrevista en la forma que se expresa (Ent 41 1:34).

El grupo investigador, encuentra que dentro de los objetivos de contratación, los que más se han destacado son: la resolutiveidad, la gestión del riesgo, la atención centrada en el paciente, el apoyo a los médicos familiares. Se mencionan las opiniones dadas en cada uno de estos aspectos.

RESOLUTIVIDAD

Algunos de los entrevistados, mencionan la resolutiveidad como uno de los objetivos más importantes para contratar médicos familiares. Ellos lo describen de la siguiente manera:

(...) continuidad, desde que el paciente llega hasta que puede terminar y pasar por los niveles primario, secundario, terciario o de rehabilitación y convertirse en un médico tratante que resuelve el 90% de los problemas de un paciente normal. (Ent 61 1:39) (...) lo que se pretende con todo este proceso de tener con este esquema, digámoslo así, de tener a un médico familiar, pues fundamentalmente que haya un apoyo médico y que con esto haya la disminución de la remisión a servicios. (Ent 61 1:2)

Queremos que sean muy resolutivos pero que se hagan cargo integralmente del paciente no que sean remitidores, y en realidad eso no sucede mucho (Ent 31 1:5).

(...) integralidad y articulación que se requieran en cada uno de los programas y las actividades específicas que desde esa perspectiva el médico familiar deba realizar, pero principalmente la interacción del médico familiar con médicos generales y médicos especialistas y la resolución de problemas desde su capacidad. (Ent 71 1:64)

(...) filtro y direccionamiento adecuado de los pacientes, cuando yo hablo de resolver el 90% de las cosas pues es también a eso va el direccionamiento adecuado que tienen a subespecialidades. (Ent 61 1:45)

Capacidad de resolver problemas para comunicarse, se adaptan muy fácil al medio (Ent 41 1:18, 1:7); (...) él me ayuda a resolver lo de reumatología, lo de endocrino, neumología, todo; el anticoagulado, tiene una capacidad de, de mirar, realmente el usuario integral (Ent 41 1:19).

(...) la resolución de mucha problemática a nivel básico y en el apoyo que le han brindado a los médicos generales (Ent 11 1:3).

Un entrevistado sugiere que si la intención de contratación de médicos familiares es la resolutivez, la meta no se cumple, porque los médicos familiares no ahorran costos de remisión, la diferencia está en la forma de trato al paciente, su familia y la promoción y prevención que se puede realizar en la consulta, la integralidad.

Al principio los contrataron para mejorar resolutiveidad y disminuir remisiones a segundo y tercer nivel. Sin embargo lo que percibe el entrevistado es que esa no es la función del médico familiar.

(...) la ventaja competitiva y lo que yo esperaría de un médico familiar es que me integren lo que te estoy diciendo, o sea que no solamente atienda al paciente y atienda la consulta del paciente, que trate de ver otras cosas, que mire la familia, que mire su entorno, que se enfoque un poquito más en la atención primaria que se vaya pa tras y empiece a ver, Promoción, prevención primaria, que eso si se pierde en el médico general. (Ent 32 1:34)
(...) el objetivo no es disminuir el número de remisiones, es integre la información y dele más cosas al paciente de lo que necesite y piense un poquito pa tras (Ent 32 1: 36).

Llama la atención del grupo investigador, la relación que algunos entrevistados hacen entre la gestión administrativa y la resolutiveidad; la atención integral se ve reflejada en el aumento de la resolutiveidad.

(...) yo diría que donde está más enfocada es en el tema de resolutiveidad y de pertinencia, evidentemente el médico familiar como tiene una formación un poco más amplia en término de las especialidades (Ent 23 4:61).

(...) el perfil que quiero, yo quiero, que se enfoquen en riesgo, quiero además que como centralizan el manejo de los pacientes entonces ellos sean quienes definen a donde remiten; que sean muy resolutivos primero, para que vayan solo a las especialidades cuando realmente se necesite. (Ent 31 1:4)

(...) la experiencia clínica es importante, pero también las competencias de tipo administrativas, para uno articular o integrar debe tener un mínimo conocimiento administrativo sobre por ejemplo el tema análisis oferta demanda, frecuencias de usos, tasas, de mucha estadística, mucha epidemiología alrededor del tema del uso de los servicios de salud. (Ent 22 4:37)

(...) tenemos que ser muy consecuentes con el gasto, tenemos que ser muy consecuentes con la calidad de servicio que le vamos a brindar a nuestro usuario y tenemos que ser también, muy intuitivos para poder solicitar lo que sea lo particular y lo pertinente. (Ent 51 1:4)

(...) tener la pertinencia de un laboratorio, entonces tu sabes cuándo le pides o no le pides, ante todos los de tamizaje (Ent 81 1:83).

GESTIÓN DE RIESGO

La gestión de riesgo es un aspecto importante en el campo laboral de los médicos familiares, va de la mano con la resolutiveidad. El grupo investigador observa que en muchas organizaciones, inicia este proceso con la creación de programas especiales, que manejan población con necesidades específicas y el médico familiar es quien lidera estos:

El trabajo de ustedes está en cómo apalancar que los programas funcionen. Para ustedes es mucho más importante que un programa funcione a que la consulta de ustedes individualmente sea una maravilla de consulta. (Ent 51 1:22)

(...) manejar o liderar programas, entonces nosotros en los GRIPS manejamos los HTA, los diabéticos, todo ese tema y ellos son los encargados como de tener el programa bien liderado (Ent 23 4:51).

(...) enfoque de guías y para ma..., y organización de programas, reorganización de, no diría de los programas, porque eso ya está escrito, yo diría re organización de los procesos de atención en P y P, cierto?, Para mí tienen unas fortalezas bien interesantes en ese tema, en cómo estructurar una guía integral para atenciones en general y ehh el enfoque de, del riesgo, de antes, de promoción, prevención primaria. (Ent 32 1:44)

Tenemos uno grande que es el programa de crónicos, que tiene dentro de sí varias patologías, entonces un grupo grande que tiene hipertensión, diabetes, EPOC, protección renal, obesidad, dislipidemia (Ent 22 4:46). Son cabeza de los grupos de riesgo, de intervención prioritaria en salud, mejor dicho cabeza de los programas de crónicos, son cabeza de equipo de trabajo, los equipos asistenciales están a cargo de los médicos familiares (Ent 22 4:45).

(...) formación en Medicina Familiar para opinar sobre este tema de cuál es el deber ser para atender una patología o un grupo de riesgo. Entonces con una persona que tenga esa visión integral se puede dar mejor manera, no quiere decir que otra no pueda ser simple, puede ser de mejor manera establecer la forma más costo efectividad de atender las intervenciones que ese grupo de riesgo o esa patología requiera. (Ent 22 4:73)

Una de las entrevistadas comenta, que aparte de la acción a nivel local en cada IPS, tienen una supervisión central a cargo de una médico familiar:

(...) ella además como que hace esa labor de vigilancia y control de todo, pero tiene una labor muy importante en otras cosas en las que no hay tiempo por el día a día de las sedes, por ejemplo nosotros, pues tenemos que cumplir en cuanto a lo que es el sistema de administración de riesgos pues por norma, y ella es la encargada del sistema de administración de riesgos. (Ent 61 1:58)

(...) la resolución 4505 y la 412 o sea todo de DTPE e.. y ella también pues tiene que velar porque todos estos indicadores, metas y cumplimiento sea aquí y a nivel nacional entonces pues es un cargo que es mas de visión global, mientras que las personas que están en la sede tienen como esa parte local, entonces esta persona consolida como como... todas estas actividades a nivel macro. (Ent 61 1:59)

ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Los entrevistados mencionan que una de las ventajas que ven en los médicos familiares es su forma de abordar a los pacientes:

(...) ese interesarse de verdad por el paciente, que le duela el dolor del paciente (Ent 31 1:15).

(...) ese enfoque de, de atención, de mirar porque fue que le dio ese problema al paciente, es que la mamá, es que el papá, es que no sé quién, es que quién es el cuidador, es que no, eso no es tanto. Y eso es lo que se debe, lo que yo esperaría ganar con el médico familiar que tenga la formación integral y que pueda a llegar a buscar eso, entre otras cosas también la forma como atiende al paciente, el enfoque de ustedes no es exclusivamente asistencial. (Ent 31 1:35)

(...) me ha dado una, un perfil diferente del paciente cierto? e interviene diferente al paciente (aja) eh obviamente pues los pacientes están más satisfechos, por supuesto que sí (Ent 32 1:48).

(...) No encontrábamos la forma de cómo vincularlos y hacerlos más adherentes, los médicos internistas no habían logrado esa captación, como la queríamos, empezamos a vincular a los Médicos Familiares para manejo de paciente crónico y es eso lo que tenemos ahorita” (Ent 41 1: 25)

Las estrategias y modelos de atención señalados por los entrevistados, están enfocados en dar el mejor servicio hacia los pacientes. En las organizaciones entrevistadas lo ven de diferentes formas, pero al analizarlas se puede observar que la mayoría están centradas en poblaciones específicas, con necesidades diferentes a las de la población general.

Para mí cada vez que pienso en un modelo de atención de una patología específica y pienso en alguien cabeza del equipo asistencial, pienso en un médico familiar como cabeza (Ent 22 4:44).

(...) conocí otra visión de la consulta de medicina familiar y está muy enfocada al manejo del paciente crónico (Ent 21 4:3).

El paciente crónico tiene la característica en su mayoría, pues es una población adulta mayor, con ciertas características sociales que los identifican y el médico familiar logró establecer esa adherencia con ellos (Ent 41 1:26).

(...) entonces si yo quiero que ese paciente no se me vaya a enfermar de gravedad al punto de que me llegue a una insuficiencia renal crónica, pues definitivamente yo tengo que actuar, entonces si estamos en una estadio 3 yo tengo que saber cómo médico general y el coordinador como especialista en su área tiene que saber que tiene que intervenir a ese paciente, entonces no se puede quedar quieto y si tiene que pedirle otra creatinina para poder evaluar lo que ha pasado frente al tratamiento que yo deje. (Ent 51 1:7)

(...) yo espero es que sea muy pro activo, muy antes de, que este pendiente que si tiene una población la esté llamando, la esté buscando; le haga su evaluación, su entrevista, sus exámenes y encuentre antes de para que no se le esté enfermando. Yo espero mucho eso muy la atención primaria, Muy antes de, muy. (Ent 31 1:12)

APOYO A MEDICOS GENERALES

Para poder llevar a cabo las estrategias propuestas para desarrollar los modelos de atención de las diferentes organizaciones entrevistadas, uno de los pilares fundamentales es el funcionamiento de los programas en cabeza del Médico Familiar, apoyando a los médicos generales en la parte operacional multiplicando el servicio.

Lo otro de la especialidad es que se ha convertido también en algo muy importante, pues es que tienen esa capacidad y esa buena actitud de desempeñar un rol como muy educativo con los médicos generales, entonces siempre lo hemos visto también, que cuando los especialistas de medicina familiar trabajan con nosotros en cualquiera de los centros, pues realmente la capacidad y la actitud de educar y de enseñar a todos los médicos generales. (Ent 61 1:43)

Los médicos familiares de interconsulta tienen varias actividades, su principal es estar con los médicos siendo de apoyo de interconsultas, apoyando todo el tema de aprendizaje, auditoría con los médicos generales. (Ent 81 1:72)

(...) entonces tiene una mejor resolutiveidad con su formación que apoya al médico general, que toma decisiones especializadas y que son complementarias y articuladas con las otras especialidades (Ent 71 1:65).

(...)qué se quiere del médico familiar, que toda esa experiencia acumulada en el manejo de los pacientes, se traduzca en un aprendizaje de un gran número de personas (Ent 51 1:18).

La estructura es que el médico familiar sea el apoyo de todos los médicos de la unidad (Ent 51 1:1).

El médico familiar no es el médico de la consulta. El médico familiar cuando tu vez los diagramas de flujo del concepto que se tiene en por ejemplo en Canadá o Estados Unidos, en que es el objetivo que debe tener un médico familiar; el médico familiar no está orientado a que haga la consulta individual, está orientado a que él tenga, inclusive el diseño de los consultorios, está dado para que él tenga un corredor en donde él puede estar monitoreando los diferentes médicos con los que están trabajando, en pro de los pacientes y dando la directriz que se necesita. (Ent 51 1:21)

Una de las relaciones que se propone entre el médico familiar y los médicos generales es de asesoría y toma de decisiones conjuntas, además de la capacitación:

(...) una asesoría directa, no es hacer una consulta, ni individual, ni grupal a los pacientes directamente, si no es un esquema de asesoría y de capacitación al médico general (Ent 61 1:49).

(...) evaluación a los médicos, tienen que capacitarlos, tienen que hacer cumplir la guía, revisar la guía periódicamente, pues tener como todo estandarizado, tienen unos comités con sus médicos generales, o sea el objetivo fundamental es que el modelo se cumpla y que logre evaluar y cumplir los indicadores que nosotros tenemos definidos, si eso es. (Ent 61 1:51)

(...) ya lo vimos como un ehh apoyo para ehh hacer Interconsulta y acompañamiento de los médicos generales, de manera que ellos se volvieran tan resolutivos que, que al principio fue mucho acompañamiento así tú a tú. (Ent 11 1:95)

También se puede apreciar como un entrevistado en su IPS, maneja la relación de los médicos familiares con los generales, como una valoración que genera directrices para el manejo de unos pacientes determinados.

(...) esos pacientes seleccionados van una o 2 veces a nuestros médicos familiares, pero el médico familiar de lo que está encargado es cómo enfocar el paciente y dejar una directrices claras para que el médico general lo siga tratando y después lo interconsulte. (Ent 81 1:75)

EVALUACIÓN

Dentro de la evaluación algunos entrevistados mencionan como se mide la productividad de los servicios en los que hacen parte los médicos familiares.

(...) Tenemos otros indicadores que si bien no son tan claros como este, si pues apuntan a lo que hacemos los médicos familiares aquí, que es mejorar la pertinencia y ponerle el costo a los servicios de salud, entonces nuestra siniestralidad que es el porcentaje de lo que gastamos frente a nuestro, lo que gastamos en salud frente a nuestro ingreso, ha estado mucho mejor y se ha mantenido en el tiempo, entonces digamos que eso ha hecho que podamos sostener a largo plazo esa planta de 15 médicos familiares. (Ent 81 1:86)

(...) resolutividad. Nosotros medimos la resolutividad de nuestros médicos, no como el número de remisiones a otras especialidades, si no, eh, con 3 características: Que se le resuelva el motivo de la consulta del paciente, que se tengan en cuenta los antecedentes y que el plan de manejo se acorde con los antecedentes, el motivos de consulta y los principios de seguridad. (Ent 81 1:85)

(...) ella lo que se les mide son los costos, por eso el tema de los hospitalizados, entonces que costos teníamos cuando tu arrancaste con la población a línea de base y luego a partir de que tu empezaste la consulta, la población como ha mejorado, no se les asigna población, si no que la población es espontánea, la población que les va llegando y que ellos se van

encargando de adherir, entonces la población no se les asigna, ellos solícitos van haciendo su población, la población ya está bien estable en cada uno de los médicos y es esa población la que se les mide. (Ent 41 1:45)

Nosotros tenemos unos parámetros donde el costo del especialista debe estar en \$35.000 mensuales y el médico general alrededor de \$8500, cierto? Entonces ese costo se mide semanalmente y mensualmente y se le hace seguimiento eh en todas las IPS; de hecho nos reunimos semanalmente para ver la trazabilidad ese indicador. (Ent 11 1:103) (...) donde miramos indicadores, de cuanta remisiones, Su productividad, ehh costos 1:43. hospitalización, cierto? y coberturas, básicamente. (Ent 11 1:44)

(...) existen dos tipos de indicadores que se le miden a los médicos familiares, uno es el de la productividad, cuantos pacientes vez por hora, o sea un dato numérico prácticamente y el otro tipo de auditoria que se les realiza, es la auditoría de desenlace”. (Ent 41 1:42).

(...) si les pagamos diferente que porque el otro es especialista, pero que le exijamos algo diferente ya a la hora de hacer su trabajo no les exigimos lo mismo (Ent 31 1:24).

Lo que estamos tratando de construir con los gestores técnicos es que los familiaristas tengan metas más retadoras frente al tema de promoción, prevención, intervención integral del paciente, más que el médico general, pero entonces yo tendría una desigualdad con los pacientes. (Ent 32 1:47)

CARGOS

Lo que actualmente se conoce, respecto a los cargos que ocupan los Médicos Familiares en el país, por experiencias de las investigadoras o por los colegas, es que se desempeñan en cargos como coordinadores médicos, asistenciales (como médicos de cabecera o consulta de programas especiales), administrativos, investigación y docencia.

Esto respondieron a la pregunta qué cargos ocupan:

(...) 16 médicos asistenciales están enfocados a la atención población crónica, a la población con patologías crónicas, acá se llaman GRIPS, eh grupos de riesgo de intervención prevención de salud, entonces digamos que están enfocados a atender paciente adulto mayor. (Ent 21 4:9)

(...) 5 Médicos de Familia, se encarga de todo lo que es la gestión del modelo de atención, la gestión de la calidad (Ent 21 4:10).

Están más enfocados a todo el tema de centro de investigación, desarrollo de guías, innovación, productos, más que todo de desarrollo y de educación, todo el programa de educación de la IPS (Ent 23 4:12).

Aquí el centro de investigación esta manejado por un Médico Familiar...entonces en el tema administrativo, en el tema de educación continuada también se están utilizando Médicos Familiares (Ent 23 4:53).

(...) enfoque de guías y para ma., y organización de programas, reorganización de, no diría de los programas, porque eso ya está escrito, yo diría re organización de los procesos de atención en P y P, cierto?, Para mí tienen unas fortalezas bien interesantes en ese tema, en cómo estructurar una guía integral para atenciones en general y ehh el enfoque de, del riesgo, de antes, de promoción, prevención primaria. (Ent 32 1:44)

(...) viendo pacientes como Médicos Familiares, esos médicos, ven pacientes seleccionados, pacientes de quejas, pacientes re consultantes, pacientes post hospitalizados, pacientes con pluri patologías que los identificamos en las auditorias como casos especiales para hacerles seguimiento, pacientes con maltrato, eh pacientes para hacerles consejería pre y post test de HIV, digamos que esos son nuestros pacientes. (Ent 81 1:73)

(...) programas específicos, donde por ejemplo, el programa de artritis reumatoide o de hemofilia o el programa de VIH, si hacemos consulta directa con Medicina Familiar (ent 61 1:55).

El campo administrativo, ha sido un tema de discusión en el presente trabajo, el grupo investigador considera que aunque se dan bases para las habilidades administrativas, estas no

se confrontan en la práctica, pues las situaciones son muy diferentes a las postuladas en la teoría y en algunas situaciones no se cuenta con las herramientas suficientes. Una de las profesionales entrevistadas lo manifiesta

Ahora bien a nosotros nos están formando para ser asistencialistas, yo no sé las otras universidades pero a nosotros nos dan como un semestre de administración, si... lo que pasa es que, yo te puedo decir, de lo que yo aprendí de administración, pues obviamente tú estabas enfocándote en algo netamente asistencial...entonces, tu como como que, todavía no tienes la capacidad para decir: ay oiga si, como voy implementar un programa en salud, ay mire esto, mire lo otro, si?. No es tan fácil integrarlo y entonces creería que ahí también pues hay una brecha que habría que empezarla a modificar. (Ent 81 1:95)

Y resalta la importancia de tener esta competencia ya que se requiere en el campo laboral, al igual que otros lo manifiestan

(...) aunque son procesos propios de las instituciones, yo como médico tengo que tener claridad de algunos proceso que si a veces llegan y entonces llegan los Médicos Familiares y...como así tu no sabías que el pañal o que la tutela...y uno ni idea. (Ent 81 1:97), pero si pienso que el Médico Familiar básico debería saber” (Ent 81 1:98).

Algunos entrevistados consideran que aunque el Médico Familiar no tiene la preparación administrativa suficiente, al ocupar cargos administrativos y directivos, debe tener una preparación para asumir estos cargos y poder desarrollar estrategias que movilicen de la mejor maneja los recursos.

Si bien no es un médico administrativo, si tiene por lo menos un gran bagaje en todo lo que se relaciona a nivel político, a nivel social, a nivel administrativo con la salud (Ent 21 4:27).

El Médico Familiar, debe estar al tanto de las cifras para tomar decisiones. No está contratado específicamente para realizar las estadísticas, pero es que parte del proceso también es esa, conocer y saberlas analizar, para qué? Para tomar decisiones (Ent 51 1:17)

(...) cargos administrativos las cosas han fluido mucho mejor porque vuelvo y les digo, mejor manera es tener una persona que tenga una competencia clínica muy buena con ese nivel de especialidad opinando sobre temas administrativos. (Ent 21 4:38)

(...) Como coordinadores médicos hay que controlar el gasto, por ejemplo de medicamentos, uso adecuado de los medicamentos. Crear estrategias para racionalizar el gasto. En algunos casos negociar con proveedores (Ent 51 1:14)

Los profesionales entrevistados manifiestan los cargos en que se ocupan en sus respectivas organizaciones, los médicos familiares. A algunos les preguntamos, según su experiencia, en donde los vería mejor ubicados

En planeación de servicios de salud y en definición de modelos de atención que va ligada la planeación (ent 22 4:39).

(...) el Médico Familiar como hoy lo percibo es más para el manejo y liderazgo de programas, que para yo remitirlo directamente (Ent 23 4:59).

(...) yo creo que también en este momento hay otros servicios que los están empezando a utilizar mucho, no solamente...pues como siempre que hablamos de atención primaria, es como un tema de puerta de entrada, de consulta programada bueno. pero yo creo que también ahora hay muchos ahora servicios de urgencias. (Ent 61 1:44)

Uno de los entrevistados nos habla de que considera que uno de los campos a explorar y desarrollar por un Médico Familiar es la salud ocupacional, nos explica por qué y la importancia:

(...) nunca se ha explorado o nunca se ha utilizado y es precisamente esos recursos destinados a los riesgos profesionales que manejan esas administradoras. eh y parte de tener y enfoque de la atención primaria a la salud, parte de atención a toda la parte preventiva, eh, puede estar más ligada no a recuperar no a el trabajador enfermo, el trabajador ya lesionado, el trabajador complicado, cierto?, por su enfermedad general agravada por su carga laboral, o por su enfermedad ocupacional, netamente, sino hay que hacer un buen trabajo más, he, pienso más que el Médico Familiar ahí tendría un papel muy importante. (Ent 21 4:1)

(...)deberían de empezarse a vender, o sea esos programas de Medicina Familiar, deberían empezar a vender a los especialistas a las administradoras” (Ent 21 4:2)

Otra aspecto llamativo de los datos recolectados, es que al tratar de definir las funciones de los Médicos Familiares, se encuentran comparaciones con medicina general y las otras especialidades, en especial medicina interna. Al grupo investigador le parece importante tenerlo en cuenta en el análisis, debido a que se considera que según el perfil profesional y laboral del Médico Familiar no se relaciona con las funciones del médico general u otra especialidad. Sin embargo también se resaltan las diferencias.

Si bien es cierto ustedes tienen un enfoque más grande, cierto? Que el médico, que el médico general, ehmm, digamos el alcance no es de internista (Ent 32 1:29).

yo si replantearía un poquitico y es la visión que tiene todas las IPS, de pronto pues son las condiciones del momento, porque el país, desde los años 2005 más o menos, viene teniendo una escases de médicos internistas, viene teniendo un serio problema en suplir la demanda de esos pacientes, adicionalmente a partir de ese año, viene teniendo una menor resolutiveidad de los médicos generales, digamos que el médico general se volvió más remitólogo que tratante en sus pacientes y comprometido con el seguimiento y el definir la conducta que realmente requiere cada paciente, entonces eso creo esa gran necesidad de poner a alguien ahí en el medio del internista y el médico general para que tratara de solucionar esos casos complejos y enfocar al Médico Familiar como un médico internista chiquitico, eh, pero creo que tenemos que salir de ese error, creo que las facultades que

están sacando Médicos Familiares deben de velar por corregir ese error, porque ustedes no son internistas, ustedes no son eh, no son médicos especialistas de digamos, de cualquier área con un menor nivel de entrenamiento, por que digamos los ponen a reemplazar pediatras, los ponen a reemplazar internistas, los ponen a reemplazar eh ginecólogos en algunas IPS, los ponen a reemplazar urgenciólogos, los ponen a reemplazar que se yo, son más que todo esas especialidades, pero ustedes no son el reemplazo de ninguna especialidad, ustedes son el complemento, ustedes son ese médico integrador. (Ent 21 4:29)

Ustedes saben que los internistas son pocos, cierto?. Entonces de cierta forma como son tan pocos y tan difíciles de contratar, uno dice bueno...pasemos al Médico Familiar. Pero no me funciona mucho, porque, el médico general no. O sea, no sería bueno de una forma u otra asimilar médico internista al Médico Familiar. (Ent 23 4:58)

La consulta de ustedes es ideal pero en este momento no están siendo involucrados como parte de consulta, si? en dónde los están utilizando en parte de la consulta, ustedes se están volviendo importantes para la consulta de urgencias, están reemplazando todos los médicos generales por médicos familiares. (Ent 51 1:10)

(...) lo que sí espero diferente del especialista es lo que te digo, esa anticipación esa resolutivez y sí, que me integre a la familia, y que si este se enfermó por acá, sepa llamar a los otros y sepa en qué momento es toda la familia la que está involucrada, de pronto, nosotros esperamos también que el médico general haga eso porque si bien uno de médico general no aprendió muchas cosas del médico especialista en medicina familiar, si

aprendió que la cosa tenía que manejarse, y tener en cuenta el paciente como en medio de un contexto, y de un entorno y que lo que le pasa a del lado le afecta, entonces, entonces digamos que nosotros esperamos eso también del médico general, pero con mucha más fuerza esperamos del Médico Familiar. (Ent 32 1:25)

(...) cuando lo mencionas me recuerdo la expresión de los pacientes, muchos no conocen la especialidad, muchos no la conocen entonces, ellos llaman y piden es medicina interna, muchos han llegado a Medicina Familiar porque la oportunidad de medicina interna está muy lejos, entonces en el momento de pedir la cita se les dice, mira cita con medicina interna no tengo, pero te voy a ofrecer una especialidad igual de preparada, igual de efectiva y pertinente que te va a resolver también tus problemas, que es Medicina Familiar. (Ent 41 1:51)

(...) Inicialmente como te cuento fue para que hicieran consultar medicina interna, Ehhh después ya lo vimos como un ehh apoyo para ehh hacer Interconsulta y acompañamiento de los médicos generales, de manera que ellos se volvieran tan resolutivos que, que al principio fue mucho acompañamiento así tú a tú, ya después lo soltamos y ellos ya hacen mucha, más bien consulta. (Ent 11 1:6)

(...) lo que empecé a ver es que como no había muchos internistas, se empezaron, empezaron a llegar a Cali médicos familiaristas, obviamente, formados aquí en Bogotá, y que se devolvieron pero mmm lo que empecé a ver es que los empezaron a contratar con la figura de medicina interna y empezaron a recibir interconsultas de médicos generales para

resolver temas de endocrinología, de nefrología, y pues obviamente esa no es la orientación.

(Ent 32 1:30)

Una de las entrevistadas menciona que en algunas ocasiones, los especialistas se comportan como médicos familiares y no siente la diferencia entre médico familiar y médico general.

(...) digamos que lo que estudian allá y es una especialidad y uno espera como mucho pero en la práctica, va y mira y a veces se comportan como un médico general común y corriente , o sea, no les uno el valor agregado del especialista. (Ent 32 1:8)

PREGUNTA 3

¿Conocen los encargados de contratar Médicos Familiares las competencias de un Médico Familiar?

Para analizar esta pregunta se realizará primero una breve reseña de las competencias propuestas por el postgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque

El Programa de Especialización en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, ha definido como competencias profesionales, prioritarias a desarrollar, las competencias integrativas que parten de las competencias básicas cognitivas (del saber), técnicas (del saber hacer), relacionales (convivir y comunicarse), morales, éticas y estáticas (sic) (del ser), mentales (del ser), aplicadas al contexto.

Se busca que el estudiante en formación, alcance las competencias para su desempeño laboral que se describen a continuación:

1. Reconocer, diagnosticar y decidir sobre situaciones en salud, individuales y colectivas, para intervenir sobre ellas, haciendo énfasis en la promoción, prevención y problemas prevalentes y/o de alto impacto en salud.
2. Trabajar con otros y realizar un trabajo interprofesional o interdisciplinario, utilizando una adecuada comunicación, como medio de interacción que permita construir proyectos y educar de una forma acorde a los lineamientos que propone la Medicina Familiar.
3. Desarrollar comunicación asertiva y efectiva con los individuos, las familias, la comunidad y el sistema de salud.

4. Entender el enfoque sistémico y su aplicación en el cuidado del individuo y de la comunidad.
5. Seleccionar, movilizar y coordinar los recursos que atañe al proceso de atención en salud individual y colectiva.
6. Conocer, proponer y ejecutar trabajos de investigación que aporten conocimientos a la comunidad y mejoren la prestación de servicios para los usuarios del sistema de salud.
7. Actuar con integridad, responsabilidad y respeto por los valores fundamentales de la sociedad, en su condición de miembro de un grupo profesional que hace parte de una comunidad. (Posgrados, 2012)

Al realizar las encuestas, el grupo investigador encuentra que los entrevistados, ven en un especialista en Medicina Familiar, en gran medida las competencias del posgrado y además buscan otras diferentes:

1. Reconocer, diagnosticar y decidir sobre situaciones en salud, individuales y colectivas, para intervenir sobre ellas, haciendo énfasis en la promoción, prevención y problemas prevalentes y/o de alto impacto en salud.

(...) el Médico Familiar se adapta a cualquier tipo de atención, a cualquier tipo de programa que se le llegue a poner a cargo (Ent 21 4:25).

Entender al paciente en sus 3 dimensiones, bio-psico-socialmente es mucho más importante muchas veces, que prescribir un medicamento, entenderle su hábitat, entenderle los factores determinantes de la salud. (Ent 24 4:64)

El paciente crónico tiene la característica en su mayoría, pues es una población adulta mayor, con ciertas características sociales que los identifican y el Médico Familiar logró establecer esa adherencia con ellos (Ent 41 1:26).

En consulta, ven pacientes complejos, con múltiples comorbilidades, en quien se debe analizar el tratamiento, las contraindicaciones, interacciones medicamentosas, y deben evaluar el costo beneficio de iniciar nuevos tratamientos. (Ent 51 1:13)

(...) Médicos Familiares, médicos competentes en el abordaje del paciente pediátrico, en el abordaje del paciente adolescente, en el abordaje del paciente adulto mayor, eh que son digamos los tres grandes grupos de pacientes que consultan frecuentemente a este tipo de IPS y que consultan con patologías complejas, que son patólogas ocultas, que son patologías no floridas. (Ent 21 4:20)

Intervenciones en lo social, muchas intervenciones en lo familiar, dar un buen uso a esas herramientas como el familiograma, como el APGAR familiar, como todas esas cosas, pero al ir a aplicar, al ir a enfrentarse a una realidad, uno dice, del sistema actual, uno dice, no son tan aplicables al 100%". (Ent 21 4:18)

Aparte de las mencionadas anteriormente, los entrevistados también opinan que son importantes, entre otras:

- Capacidades técnico-científicas, que faciliten la resolución, la pertinencia y el mantenimiento de la salud que son la base de todo el esquema de atención primaria en salud.
- Conceptos muy claros de todas el manejo de las patologías crónicas, que tengan mucha claridad sobre todo lo básico de Promoción y Prevención, resolución 412, maltrato, HIV, patologías de alto costo.
- La forma de expresarse: *“La forma de expresarse, importante, la cordialidad, la calidez con la que trataría el paciente”*. (Ent 41 1:38)
- Entender cuál es la tipología familiar o antecedentes familiares.

2. Trabajar con otros y realizar un trabajo interprofesional o interdisciplinario, utilizando una adecuada comunicación, como medio de interacción que permita construir proyectos y educar de una forma acorde a los lineamientos que propone la Medicina Familiar.

(...) Son cabeza de los grupos de riesgo, de intervención prioritaria en salud, mejor dicho cabeza de los programas de crónicos, son cabeza de equipo de trabajo, los equipos asistenciales están a cargo de los Médicos Familiares. (Ent 22 4:45)

Buena capacidad de interrelacionarse, con los otros, tanto con el usuario, con grupos de usuarios como con eh sus colegas que son médicos, que sean médicos generales (Ent 11 1:12).

(...) muy buenas relaciones interpersonales. (Ent 71 1:68). (...)la relacional, porque nuestros Médicos Familiares son la base de la relación tanto para los especialistas, sub-especialistas como para los médicos, eh, generales y el resto de la asistencia, apoyo terapéutico, apoyo diagnóstico, entonces está en relación con los radiólogo, con el cardiólogo, pues todo con lo que tengamos. (Ent 81 1:80)

Lo otro que conozco de la Medicina Familiar, es como el Médico Familiar interactúa con las otras disciplinas, es más expedito el camino del Médico Familiar con los especialistas que el médico general, si hay un entendimiento mutuo diferente por el mismo lenguaje, las mismas especialidades sobre las cuales ha hecho alguna inmersión sin ser especialista, pero tampoco es general. (Ent 24 4:65)

El tema de trabajo en equipo, trabajo en equipo es una de las variables, también súper importantes porque permite identificar y fortalecer al grupo que ya tenemos ahorita bien entrelazado (Ent 41 1:36).

Los Médicos Familiares se destacan por tener muy buena relación con su equipo (Ent 81 1:81).

Cuando uno está a cargo de un programa de crónicos, uno dice, yo qué personal necesito para manejar un programa de crónicos (Ent 51 1:9).

A ustedes los están adiestrando para un tipo de consulta diferente a la individual, porque ustedes están para un apoyo en la consulta de medicina general, o sea, ustedes deben ver un gran número de pacientes, evaluando la actividad que hacen los médicos generales, y eso es parte de la premisa que ustedes tienen dentro de su carrera. (Ent 51 1:19)

La formación pedagógica en los especialistas, por el apoyo a médicos generales que realizan en muchas instituciones (Ent 51, 11, 81).

Entonces tiene que tener la capacidad de integrar esas otras profesiones a lo que es su programa (Ent 23 4:56).

Dentro de las habilidades, los entrevistados destacan de manera muy especial, y en casi todas las entrevistas, la comunicación:

Tiene una ventaja la Medicina Familiar, a mi entender, en términos de algo que no se ha explorado sustancialmente en la medicina o que yo no lo he visto y es la comunicación, es decir nosotros vemos accesibilidad, resolutivez, pertinencia, seguridad del paciente, continuidad pero no profundizamos en el tema de la comunicación y la comunicación

resuelve una enorme cantidad de situaciones en medicina que no la resuelven los medicamentos. (Ent 24 4:66).

Con muy buena comunicación, porque generalmente las patologías que tratan requieren demasiada adherencia, entonces, si no tengo esa competencia de lograr la muy buena comunicación no le va a creer el paciente, eso implica para todo médico, pero sobre todo para este Médico Familiar que está llamado a ser la cabeza de esos diferentes grupos especializados. (Ent 22 4:43)

Una muy buena comunicación y una actitud de servicio (Ent 21 4:19).

3. Desarrollar comunicación asertiva y efectiva con los individuos, las familias, la comunidad y el sistema de salud.

El Médico Familiar entiende, más la medicina como un sistema, la entiende más amplia que el consultorio, la entiende en diversas dimensiones (Ent 24 4:67).

(...) uno esperaría que el Médico Familiar logre hacer ese gran vínculo con la familia para encontrar todos esos procesos ocultos que puede llevar a patologías más adelante complejas y eso realmente es el valor que le da el poder contar con un equipo de Médicos Familiares. (Ent 21 4:21)

La parte de educación, pero me refiero de la educación del paciente, esa parte de couch, me parece excelente esa parte que desde ahí se está haciendo y cómo motivar al paciente educándolo a él mismo a conocerse a él mismo, a identificar sus debilidades y que el mismo paciente las pueda mejorar y superar para su propio bien. (Ent 41 1:52)

Un médico resolutivo, un médico que sepa desde que llega el paciente lo sepa manejar, le genere la confianza y sepa que usted, usted no necesita ni un solo medicamento, usted lo que tiene es esto, mire haga esto, llámeme no sé qué haga esto, venga dentro de 20 días y no sé qué, y el paciente se va sin un medicamento, pero feliz y creyendo; pero pa'eso hay que ser saber, hay que ser buen médico. (Ent 32 1:27)

El liderazgo también es reconocido como habilidad fundamental para dirigir grupos de profesionales encaminados a lograr una meta dentro del Sistema de Salud:

Cuando yo busco un Médico Familiar es que tenga liderazgo (Ent 23 4:54.)

Pero el Médico Familiar como hoy lo percibo es más para el manejo y liderazgo de programas, que para yo remitirlo directamente (Ent 23 4:59).

(...) liderar efectivamente ese programa que va a estar a su cargo y liderarlo quiero decir innovándolo, proponiendo alternativas, resolviendo situaciones, cambiando esquemas, que

yo miro mucho eso porque me parece que en el perfil del Médico Familiar ese es un punto muy importante (Ent 71 1:63).

4. Entender el enfoque sistémico y su aplicación en el cuidado del individuo y de la comunidad.

(...) esperaba que el Médico Familiar, logre hacer ese gran vínculo con la familia, para encontrar todos esos procesos ocultos que puede llevar a patologías más adelante complejas y eso realmente es el valor que le da el poder contar con un equipo de Médicos Familiares. (Ent 21 4:14).

Esta competencia ha sido difícil de reconocer en las opiniones de los entrevistados, si bien es una competencia del postgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, no se puede observar adecuadamente en la práctica médica. Esto podría deberse a la versatilidad de los puestos de trabajo, lo que genera que no se pueda aplicar adecuadamente y no sea fácilmente identificable.

5. Seleccionar, movilizar y coordinar los recursos que atañe al proceso de atención en salud individual y colectiva.

Es el integrador entre el primero y segundo nivel, pero al tiempo es pivote, porque el problema del segundo nivel es que hay de todo, entonces alguien tiene que ser el llamado a integrar el tema. (Ent 22 4:49)

Yo diría que donde está más enfocada, es en el tema de resolutiveidad y de pertinencia, evidentemente el Médico Familiar como tiene una formación un poco más amplia en término de las especialidades. (Ent 24 4:61)

Como coordinadores médicos hay que controlar el gasto, por ejemplo de medicamentos, uso adecuado de los medicamentos. Crear estrategias para racionalizar el gasto. En algunos casos negociar con proveedores (Ent 51 1:14)

(...) como voy implementar un programa en salud, hay mire esto, mire lo otro, si?. No es tan fácil integrarlo y entonces creería que ahí también pues hay una brecha que habría que empezar a modificar. Ent 81 1:95 (...) y creería que sería una muy buena base, con que por lo menos, se tuvieran como espacios para discutir, qué es lo que se hace en salud, a que me refiero, las reformas de salud, los acuerdos de salud, la reglamentación, voy más allá...que hay que hacer para crear una EPS, para crear un consultorio, entonces tengo que tener la habilitación, a nosotros no nos enseñan nada de eso. (Ent 81 1:96)

(...) un médico bien formado en lo técnico sin duda alguna, en lo administrativo por que digamos que les han empezado a involucrar esa parte que a nivel médico le enseñan en el pregrado, cierto, y nos deberían de enseñar a todos, que es como se administra finalmente un sistema de salud, eh, que influencia tienen el gobierno dentro de un sistema de salud, que influencia tienen las políticas de estado dentro de un sistema de salud y no solamente pues la teoría científica. (Ent 21 4:26)

Aparte de las mencionadas anteriormente, los entrevistados también opinan que son importantes, entre otras:

- La capacidad instalada es una parte fundamental para los Médicos Familiares que se dedican a la dirección médica.
 - Manejo de información, tienen que ser muy buenos para manejo de información, base de datos.
 - Claridad en los procesos de los nuevos acuerdos que están dentro del P.O.S. (Se hace claridad a la fecha en que se realiza la presente investigación estaba vigente el P.O.S. Plan obligatorio de salud Ley 100 de 1993 y se encontraba en trámite proyecto de Ley que modifica esta condición).
6. Conocer, proponer y ejecutar trabajos de investigación que aporten conocimientos a la comunidad y mejoren la prestación de servicios para los usuarios del sistema de salud.

(...) si han publicado, si han trabajado en grupos de investigación si hacen otras cositas diferentes estudiar, también lo miramos, porque eso hace parte integral de la persona (Ent 31 1:20).

Aquí el centro de investigación esta manejado por un médico familiar...entonces en el tema administrativo, en el tema de educación continuada también se están utilizando médicos familiares. (Ent 23 4:52)

(...) están más enfocados a todo el tema de centro de investigación, desarrollo de guías, innovación, productos, más que todo de desarrollo y de educación, todo el programa de educación de la IPS. (Ent 21 4:12)

Aunque en el momento son pocos los escenarios laborales para la producción de conocimientos, es importante resaltar que si hay organizaciones donde este tema es importante, y hace parte de los modelos de mejora de los servicios, todo en pro del bienestar de los pacientes y sus familias.

7. Actuar con integridad, responsabilidad y respeto por los valores fundamentales de la sociedad, en su condición de miembro de un grupo profesional que hace parte de una comunidad.

(...) el tema yo creo de la medicina en parte se resuelve con la actitud yo personalmente he avanzado en un programa de humanización de la medicina eso no debería decirse ni debería hacerse eso debería ser natural (Ent 24 4:71)

El compromiso con el paciente (Ent 31 1:22).

Si usted tiene un muy buen ser humano como médico, no va a tener que estar pendiente, ni de la productividad, ni de la resolutivead, ni del costo médico, ni que no es pertinente, que llega temprano, ni que llega tarde, ni que si conoce las guías y que si le gusta estudiar o no porque, es un buen ser humano, de hecho por ser buen ser humano, se interesa de todas esas cosas y eso va por añadidura. (Ent 21 4:16)

(...) lo que nos interesa es el ser humano, es ese ser, ese buen ser humano que pueda ver allí detrás de ese Médico Familiar. Esa persona amistosa, esa persona que tiene una buena interrelación con su otro eh ser humano que va tener al frente que es el paciente, que va a tener una muy buena relación también no solamente con ese ser humano enfermo, si no con los que está rodeado ese ser humano, que son muy importantes para él, que ese ser humano sea cálido, sea amable. (Ent 21 4:15)

(...) lo que más tengo en cuenta es la experiencia que tenga, cierto? y la perspectiva profesional que tenga ese Médico Familiar que se presenta con nosotros. Eh, me llama mucho la atención, eh, de un profesional que su expectativa sea el poder servir. Básicamente lo que buscamos son todas las cualidades de un ser humano más que de un profesional. (Ent 21 4:14)

(...) que sean buenas personas, que sean buenas personas, que se vea que son íntegros, que se vea, que puedan generar confiabilidad en el paciente si?, que se vean que son coherentes si?, que sean personas. (Ent 31 1:14)

(...) lo ve más uno en el familiar es poderle llegar a la gente más, con más calidez (Ent 23 4:57).

La calidez ehh; tener la capacidad para poder, eh a ver, tienen que tener un carisma especial (Ent 11 1:17).

(...) carisma, ser muy asertivo en la forma en que le van a hablar al paciente es bien importante, entonces uno lo detecta en la entrevista en la forma que se expresa” (Ent 41 1:34)

(...) Médico Familiarista debe caracterizarse por su humanidad, su sensibilidad (Ent 11 1:16).

(...) la vocación que se le vea al profesional, en relación a los pacientes (Ent 41 1:32).

(...) ese interesarse de verdad por el paciente, que le duela el dolor del paciente (Ent 31 1:15).

Para los encargados de la decisión de contratar médicos familiares, la integralidad es una habilidad fundamental a la hora de contratar un Médico Familiar, asegura la adherencia del paciente y de su familia. Un abordaje más completo, bio-psico-social.

(...) especialista que se formó integralmente y que hizo 2 o 3 años más de formación académica, para ser integral y volverlo a encasillar en una población de un rango etario o de un sexo o de una determinada característica epidemiológica, para encasillarlo como si fuera una especialidad más, de las cuales no es el principio del posgrado si no, el principio es manejar la integralidad. (Ent 21 4:7)

(...) Que tenga esa integralidad, que tenga la intención de trabajar con esto; a ustedes los preparan para trabajar con promoción y prevención (Ent 51 1:25).

(...) Integralidad entonces tienen esa visión completa de cualquier paciente vuelve a lo mismo en que no solamente como que lo desarticulan como en las otras especialidades (Ent 61 1:40).

(...) Un poco de integralidad, no sólo en el tratamiento médico, si no en el manejo de la familia. Hace una función muy educativa con los pacientes, como de acercar también la familia, todas esas cosas que muchas veces en una especialidad puntual no. (Ent 23 4:55).

Los especialistas como Medicina Familiar pues son capaces, vuelvo a lo mismo, de resolverlo en su mayoría, entonces yo creo que para el paciente también es súper importante como ese manejo integral, no solo patología, sino así fuera simplemente de su mantenimiento de la salud entonces pues eso. (Ent 61 1:41)

(...) integralidad y articulación que se requieran en cada uno de los programas y las actividades específicas que desde esa perspectiva el Médico Familiar deba realizar, pero principalmente la inter-acción del Médico Familiar con Médicos Generales y Médicos Especialistas y la resolución de problemas desde su capacidad. (Ent 71 1:64)

Cuando hay un camino antes por recorrer, al menos de estudiar un paciente bien estudiado y en el momento que así sea remitirlo, considero que también es otra fortaleza de Medicina Familiar (Ent 61 1:46).

(...) conocimiento, capacidad de trabajo en equipo, capacidad de innovación, habilidades con el paciente, su familia y con la comunidad, perspectivas de trabajo comunitario en los espacios donde trabaja, y la socialización digamos del mismo, yo pienso que los aspectos preventivos muy olvidados en un hospital de cuarto nivel como el nuestro, son una responsabilidad del Médico Familiar, es donde el Médico Familiar puede trabajar, aportar de una manera muy importante y también dar resolutivez desde la capacidad que tiene a su nivel. (Ent 71 1:66)

NUEVAS HABILIDADES

Uno de los entrevistados, habla acerca de la posibilidad de explorar el campo de salud ocupacional para los Médicos Familiares:

(...) nunca se ha explorado o nunca se ha utilizado y es precisamente esos recursos destinados a los riesgos profesionales que manejan esas administradoras. eh y parte de tener y enfoque de la atención primaria a la salud, parte de atención a toda la parte preventiva, eh, puede estar más ligada no a recuperar no a el trabajador enfermo, el trabajador ya lesionado, el trabajador complicado, cierto?, por su enfermedad general agravada por su carga laboral, o por su enfermedad ocupacional, netamente, sino hay que hacer un buen trabajo más, he, pienso más que el Médico Familiar ahí tendría un papel muy importante. (Ent 21 4:1) (...) deberían de empezarse a vender, o sea esos programas de Medicina Familiar, deberían empezar a vender a los especialistas a las administradoras. (Ent 21 4:2)

(...) hay mucho que el Médico Familiar, conoce, sabe porque, ha manejado todo el programa de medicina comunitaria, porque ha manejado muchos programas de integración social, muchas cosas que tienen en su pensum académico y que van a favorecer que la empresa se beneficie, que los empleados vivan contentos con su empresa y que vivan saludables y que de eso se pueda extender a la misma familia. (Ent 21 4:35)

Una de las entrevistadas es Médico Familiar; ella menciona la dificultad que como especialista ha enfrentado a la falta de competencias a nivel administrativo. También menciona las dificultades como gremio al no tener un enfoque definido. Cada facultad tiene una perspectiva diferente y hace que en el campo laboral, en algunos casos no se tenga clara la función del Médico Familiar.

(...) me parece complicado por la percepción que tienen el resto de especialistas de nosotros, si?. Yo creería que cuando nosotros empezamos, como teníamos que ser una igual, yo tenía que comportarme como un residente similar al de medicina interna, creo que en la lucha académica de saber si soy o no internista, o tengo las capacidades del internista fue un poco duro, pero creo que empezamos a dejar que nosotros somos muy buenos, manejando las patologías crónicas, manejando la pertinencia, la solicitud de laboratorios; manejando el contexto de un paciente y poder intervenir otras cosas que para un médico internista se le pasa. (Ent 81 1:89) (...)Pero creo que se está perdiendo, y se está perdiendo por las diferencias que se tienen, entonces por ejemplo te voy a decir yo creo que nosotros éramos, nosotros especialistas de la javeriana, éramos muy buenos y muy fuertes en las patologías crónicas, yo te podía decir que nosotros tratábamos incluso mucho mejor que el internista, los pacientes hipertensos, diabéticos, con patologías crónicas que no estuvieran bien controladas; pero ahora también por los escenarios de práctica eso se ha perdido, si? y resulta que nosotros nos formamos en terceros y cuartos niveles donde también el campo de acción que vamos a hacer realmente no es ese. (Ent 81 1:90)

Además uno de los entrevistados nombra algunas de las falencias que observa en los especialistas en Medicina Familiar

(...) Les veo debilidades en pediatría y ginecología (Ent 51 1:30), Hay debilidades administrativas en especial en cuanto al tema de planeación y programación (Ent 51 1:33), El poco interés que hay el equilibrio entre los recursos de económicos y los requerimientos desde el punto de vista médico (Ent 51 1:34), (...) les falta integración en las redes

comunitarias de apoyo con el área médica (Ent 51 1:35), (...) es que debe generarse en ellos una conciencia de liderazgo (Ent 51 1:28)

CAPÍTULO 9

CONCLUSIONES

La realización de la presente investigación plantea unas conclusiones muy importantes, especialmente porque permite mostrar al posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque y otros posgrados, lo que espera el sistema de salud de los Médicos Familiares y cómo conociendo esta información, como gremio se puede intervenir realizando nuevas propuestas para ayudar a mejorar el sistema actual de salud. Se considera que esa versatilidad que caracteriza a los Médicos Familiares no se debe convertir en adaptabilidad al medio, sino al contrario, una oportunidad para cambiar la percepción de los contratantes sobre los principios del Médico Familiar y el bienestar de la comunidad, sin aumentar los gastos del sistema.

Se propone entonces, plantear estas conclusiones como respuesta a las preguntas directrices planteadas como guía de investigación:

¿Qué conocen los encargados de contratar a un médico familiar sobre la Medicina Familiar?

No existe un total desconocimiento, tampoco puede decirse que dentro de todas las instituciones de salud entrevistadas haya un concepto claro y unificado acerca de la Medicina Familiar. Se considera que ven en ella una gran versatilidad y la están utilizando para adaptarla a su medio, en este caso, para adaptarla a las necesidades de cada IPS.

Cuando se pregunta acerca del concepto, muchos de los entrevistados no responden la pregunta directamente definiendo la especialidad, pero si lo hacen definiendo las características que han visto acerca del Médico Familiar que trabaja en sus instituciones. El grupo investigador puede concluir, que las características que definen a este profesional son muy parecidas en las instituciones entrevistadas.

Definen al Médico Familiar como un especialista integral, resolutivo, que aborda el paciente diferente, desde la perspectiva bio-psico-social y comunitaria. Además hace énfasis en la promoción y prevención y tiene habilidades clínicas excelentes. A su vez, tiene muy buena capacidad de relación con profesionales de otras especialidades y con médicos generales.

También se puede ver que al hablar de la especialidad o al preguntar sobre ésta, algunos de los entrevistados conocen la especialidad porque la han necesitado en el momento de

reemplazar otras especialidades. Además, hay algunas comparaciones respecto a estas y con la medicina general.

Respecto al conocimiento de medicina familiar, algunas de las organizaciones entrevistadas, han adoptado la visión del Médico Familiar, no como puerta de entrada sino hacia la atención de poblaciones con necesidades especiales, que requieren de atención especializada, para mejorar sus carencias en salud.

¿Cuál es el campo de desarrollo laboral de él médico familiar percibido por los encargados de decidir contratar médicos familiares?

El campo laboral del Médico Familiar es muy versátil y se ha creado más por la necesidad de cada Institución de Salud, es decir el Médico Familiar se ha adaptado a las necesidades del sistema y basado en esto tiene sus funciones específicas. Esto se explica debido a que uno de los principios de la Medicina Familiar es conocer muy bien el contexto donde se encuentra el especialista y brindar sus conocimientos para mejorar las condiciones en salud de la población.

En Colombia, por la organización del Sistema de Salud y su actual crisis, muchas Instituciones han tenido que ajustar sus presupuestos financieros, sin tener en cuenta totalmente que la salud gira alrededor del paciente y su familia. Es por esto que actualmente se genera en el ámbito legislativo una reforma a la salud, que pretende solucionar estos inconvenientes. De esta forma el Médico Familiar puede poner en práctica todos sus

conocimientos y gestionar los recursos para proponer estrategias que se basen en promoción y prevención y evitar el deterioro de los pacientes que se encuentran enfermos.

El campo laboral propuesto por los profesionales entrevistados es similar al planteado en el perfil laboral del Médico Familiar de la Universidad El Bosque.

Actualmente los médicos familiares se están desempeñando en: consulta asistencial, dirección médica, manejo de programas, gestión y planeación de guías y modelos de servicio, acompañamiento de las familias y demanda inducida, entre otros.

Es importante resaltar que en ninguno de los sitios en que se realizaron las entrevistas se reconocen todas las competencias del programa en un solo cargo; depende del trabajo que realice cada médico familiar resalta una o varias de las competencias propuestas por el postgrado. El grupo investigador puede interpretar que este fenómeno se debe a la variedad de los cargos que desempeñan, y en algunos lugares, no es posible desarrollar algunas de estas, por la situación y modelo de negocio de cada IPS.

Dentro de la investigación se demuestra que los entrevistados esperan del Médico Familiar:

1. Un profesional con capacidad de liderazgo: que cree, coordine, resuelva y ejecute programas para las diferentes situaciones que se presentan en la atención de los pacientes. Además que sea el apoyo de su equipo trabajo y oriente a su equipo de

médicos generales, tanto en los programas especiales como en asesoría en consulta. Para los entrevistados es muy importante tener la seguridad que los Médicos Familiares aseguran el funcionamiento del modelo de atención.

2. Un profesional que se interese realmente por el paciente, que se comprometa con él y con su familia, que tenga en cuenta el contexto social y la dinámica familiar de tal manera que los pacientes sean atendidos de una forma integral, en especial aquellos pacientes que sufren de patologías de alto costo y además esperan una alta capacidad resolutive que sea acorde con los principios de eficiencia y eficacia.
3. Es importante resaltar que a la fecha el campo administrativo ha sido un campo de exploración para los Médicos Familiares y actualmente hay muchos de los graduados trabajando en este campo: en investigación de temas en salud, en innovación, educación continuada, y a pesar que el enfoque es más clínico que administrativo, las fortalezas de la especialidad permiten que estos profesionales tomen decisiones a nivel de salud.

Sin embargo el campo administrativo, ha sido un tema de discusión en el presente trabajo, el grupo investigador considera que aunque se dan bases para las habilidades administrativas, estas no se confrontan en la práctica, pues las situaciones son muy diferentes a las postuladas en la teoría y en algunas situaciones no se cuenta con las herramientas suficientes.

Como se mencionó anteriormente, la resolutive es una de las características del cargo que identifica a los Médicos Familiares, debido a que esta resume las competencias que debe tener el Médico familiar. Los entrevistados la definen como disminución de la remisión a servicios, pertinencia en las decisiones médicas, las competencias administrativas como análisis de oferta - demanda, epidemiología, análisis de la población, frecuencia de uso, entre

otras; pero al final la resolutiveidad refleja que todas las competencias que se esperan de los Médicos Familiares hacen funcionar un modelo de atención.

Algo para resaltar, que tienen claro los especialistas y la mayoría de los encargados de la decisión de contratar especialistas en Medicina Familiar es que, los Médicos Familiares no son internistas, el abordaje Bio- psico- social del paciente, adherencia al tratamiento y el concepto de integralidad es diferente y cada especialista tiene su lugar dentro del sistema de salud.

Dentro de los aspectos para destacar y promover dentro de la especialización, es que independientemente del ámbito en que se desarrolle la Medicina Familiar, los especialistas deben actuar de acuerdo a los principios de esta, de tal forma que siempre sean reconocidos como especialistas en Medicina Familiar y no sean nunca más confundidos con otras especialidades o no se vea la diferencia con medicina general.

¿Conocen los encargados de contratar médicos familiares las competencias de un médico familiar?

En las conclusiones anteriormente señaladas, se puede notar que los encargados de la decisión de contratar Médicos Familiares, nombran la mayoría de las competencias que hacen parte del programa de especialización en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque. Clasificar cada característica que ven los entrevistados, en una sola categoría es difícil,

porque hacen parte de los objetivos de contratación, del conocimiento acerca de la medicina familiar y de las competencias propiamente dichas.

Como se puede leer en el análisis, las opiniones de los entrevistados, concuerdan con todas las competencias. Ninguna ha pasado desapercibida por los profesionales.

Se puede concluir de las anteriores anotaciones que aunque puede ser que los encargados de la decisión de contratar médicos familiares no hayan leído estas competencias, los egresados de la Universidad El Bosque, que son la mayoría de los Médicos Familiares activos, a través de su labor han dado a conocer las competencias y cualidades que caracterizan a estos profesionales.

La importancia de que las competencias sean claras para los egresados permite dar a conocer más la especialidad y así poder lograr una unificación. Es una puerta de entrada para que los encargados conozcan y sepan también de las habilidades, aptitudes y actitudes que estas requieren para su desarrollo.

Finalmente se puede concluir que mediante este trabajo de investigación, se describe y se aclara cual es la relación entre las expectativas de los encargados de contratar a un médico familiar en el campo asistencial y administrativo y las competencias propuestas por el programa de especialización en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque.

PREGUNTAS NO RESUELTAS

Durante el desarrollo de la primera pregunta, nace el interrogante acerca de la estrategia de atención primaria. Solo tres de los entrevistados mencionan que en sus organizaciones se desarrolla como modelo de atención. El grupo investigador se hace la pregunta respecto si debe tenerse claridad en este concepto para poder cumplir las metas plateadas en los servicios. A través del desarrollo de las preguntas directrices se puede observar que cada institución ha adaptado el concepto para poder gestionar sus modelos y guías de atención. Se considera que el papel del Médico Familiar en esta parte del sistema es fundamental porque ayuda a establecer un concepto adecuado y por ende a optimizar la adaptación de la estrategia de atención primaria en cada Institución.

Uno de los entrevistados, afirma que no es claro el papel del médico familiar en el tercer nivel, en el ámbito hospitalario. El trabajo de investigación no puede resolver esta pregunta, porque dentro de los entrevistados, hay solo una institución de tercer nivel, que maneja a su vez el primero y segundo nivel y la ubicación de los médicos familiares en esta institución se encuentran en primero y segundo nivel, por lo que no se puede dar respuesta a este interrogante.

RECOMENDACIONES

Después de realizar este trabajo de investigación, los hallazgos no permiten realizar una propuesta concreta de mejora al interior del postgrado. El alcance de la investigación no aborda temas como formas de educación o estrategias de formación ,entre otras, por lo que solo se puede realizar recomendaciones que se revelan de los hallazgos de las entrevistas realizadas y que pueden ser desarrollados posteriormente por otros grupos de investigación que estén interesados en llevar a cabo estas propuestas.

Durante el desarrollo de la investigación uno de los entrevistados habla acerca de explorar nuevos campos por medio de la Medicina Familiar, este campo es la Salud Ocupacional. Las ARL tienen muchos recursos que pueden ser invertidos en la salud de los trabajadores y que pueden generar impacto en la población del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Actualmente no existen las competencias directas acerca de la Salud Ocupacional en la especialización. El grupo investigador considera que los especialistas en medicina familiar, podrían desarrollar habilidades para poder incursionar en este campo.

Varios de los profesionales entrevistados, mencionan el liderazgo como habilidad fundamental en el médico familiar y aunque lo destacan como una cualidad, también lo mencionan como una debilidad. El grupo investigador de acuerdo a su propia vivencia como residentes de medicina familiar considera que debe fortalecerse la formación de líderes para mejorar la gestión de los procesos a los que se verán afrontados, el día que sean especialistas. Es una realidad, que el país está solicitando cada vez más profesionales que tengan

conocimientos tanto asistenciales como administrativos para mejorar la articulación de los procesos y la comunicación entre profesionales en diversos campos y especializaciones médicas, que llevan al mejoramiento del sistema de salud en Colombia.

Por las competencias como especialización en lo administrativo y asistencial, los Médicos Familiares tienen la habilidad de integrar estos procesos y mejorar el funcionamiento organizacional en el campo que nos desempeñemos.

Es por esto que el grupo investigador propone el fortalecimiento de programación neurolingüística como entrenamiento en liderazgo y la realización de módulos en coaching médico, inteligencia emocional y otras estrategias gerenciales, para mejorar la formación en liderazgo.

BIBLIOGRAFIA

- Andreu Rafael, S. S. (1999). La gestion integral del conocimiento y del aprendizaje. *Economía industrial, 1999*, 326, 63-72.
- Arias Carrillo, W. (2009). Mitos y realidades de la formacion profesional: Por un debate conceptual sobre la modernizacion del SENA. . *Organizacion Internacional del Trabajo* .
- Arias-Castillo, L. (2007). Medicina familiar en Colombia. *Atención primaria, PUBLICACIONES PROFESIONALES INTERNACIONALES*, 39, 4, 207.
- Barroto Cruz, L. L. (2001). Temas de Medicina General Integral. En A. Sintés, *Atención primaria en salud (APS) Medicina Familiar y Médicos de Familia* (pág. Capitulo 7). La Habana : Ciencias médicas .
- Cosacov, E. (2007). Diccionario de Términos Técnicos de Psicología. *3ra Ed*, 133.
- Grau Gumbau, R. M., & Agut Nieto, S. (2001). Una aproximación psicosocial al estudio de las competencias. *Proyecto social: Revista de relaciones laborales*, 9, 13-24.
- Organizacion Mundial de la Salud, O. (1978). DECLARACION DE ALMA ATA. *Alma Ata Declaration*, (p. 3). Alma Ata.
- Oviedo, G. L. (2004). La definición del concepto de percepción en psicología con base en la teoría Gestalt. *Revista de estudios sociales*, 89-98.
- Posgrados, F. d. (2012). Programa de especializacion en Medicina Familiar. *Universidas el Bosque*, 1-227.
- Real Academia Española, R. (2001). Diccionario de la Lengua Española. *Vigesima Segunda Edición*.
- Rodriguez Mauricio, B. V. (2010). El programa de Formacion en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, su iniciación, su desarrollo y su impacto. *Trabajo de Grado* .
- Rodriguez Mauricio, V. M. (1995). El departamento de Medicina Familiar de la Universidad del Valle. Su iniciacion, su desarrollo y su impacto. *Tesis de Grado*.
- Rodriguez, M. (2011). La Medicina Familiar en Colombia, experiencias de la Universidad el Bosque. *U. Bosque*.

- Rodriguez, Mauricio; Bonivento, Vicente. (2009-2010). El programa de Medicina Familiar de la universidad El Bosque, su iniciación su desarrollo y su impacto. *El programa de Medicina Familiar de la universidad El Bosque, su iniciación su desarrollo y su impacto. Basado en revisión de literatur* Investigación realizada como respuesta a la convocatoria interna realizada por la U.Bosque.
- Ros Martrat, E. (2004). Las competencias profesionales adquiridas en medicina familiar y comunitaria: una mirada desde tutores y residentes. *Educación médica - SciELO España*, 29-35.
- Rubinstein. (2006). Medicina Familiar y Practica ambulatoria. *Editorial Medica Panamericana, Buenos Aires*.
- Stortoni, M. (2011). Actitud profesional . *Psicologia social positiva*.