



El Programa de formación en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, su iniciación, su desarrollo y su impacto

*/ Dr. Mauricio Alberto Rodríguez Escobar /
/ Vicente De Jesús Bonivento Mugno /
/ María Milagros Villadiego Arrieta /*



© Universidad El Bosque
Facultad de Medicina
Primera edición, enero de 2012
Colección “Medicina Familiar”
Impreso y hecho en Colombia

ISBN: ---

Rector

Dr. Carlos Felipe Escobar Roa

Vicerrector Académico

Dr. Miguel Ruíz Rubiano

Vicerrector Administrativo

Dr. Rafael Sánchez París

Decano de la Facultad de Medicina

Dr. Hugo Cardenas López

Concepto, diseño, diagramación y cubierta

Centro de Diseño y Comunicación

Facultad de Diseño, Imagen y Comunicación

Universidad El Bosque

Diana María Jara Rivera D.G.

Impresión

La Facultad de Medicina no se responsabiliza por las ideas emitidas por los autores.

© Todos los derechos reservados.

Esta publicación no puede ser reproducida ni total ni parcialmente, ni entregada o transmitida por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sin el permiso previo del autor.

Contenido

Prólogo	} 8
Introducción	} 12
Capítulo 1. Contexto en el que se propuso y aprobó la creación del Programa de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque	} 16
1.1 Definición de Medicina Familiar	} 17
1.2 Principios fundamentales de la Medicina Familiar	} 17
1.3 Perfil del Médico Familiar	} 18
1.4 La Medicina Familiar en el mundo	} 19
1.5 Medicina Familiar en Colombia	} 23
1.6 La Medicina Familiar en la Universidad El Bosque	} 29
Capítulo 2. Descripción de los mecanismos y condiciones por las que se han dado ajustes y reformas al programa	} 36
2.1 Programa Inicial	} 37
2.1.1 Primer año	} 42
2.1.2 Servicio social obligatorio	} 48
2.1.3 Tercer año	} 58
2.1.4 Motivaciones de los primeros grupos	} 59
2.1.5 Motivaciones de los primeros docentes del Posgrado de Medicina Familiar	} 59
2.2 Cambios en el programa.	} 60
2.2.1 Cambios por razones externas al programa	} 60
2.2.2 Adaptación a la aceptación de los centros de práctica a un nuevo esquema	} 60

2.2.3 La inexistencia de servicios basados en la Medicina Familiar	} 61
2.2.4 Cambios de centros de práctica de base	} 62
2.2.4.1 Hospital de Zipaquirá y Hospital de la Vega	} 63
2.2.4.2 Hospital de Facatativá	} 68
2.2.4.3 Resumen experiencias en hospitales de provincia	} 73
2.2.4.4 Cambios respecto al servicio social obligatorio	} 75
2.2.4.5 Hospital Universitario Clínica San Rafael	} 76
2.2.5 Cambios definidos por modificaciones en la acreditación de la educación superior	} 83
2.2.6 Cambios por razones internas al programa	} 85
2.2.7 ¿Dentro del cambio que se mantiene?	} 88
2.3 Fortalezas y debilidades	} 91
2.3.1 Fortalezas	} 91
2.3.2 Debilidades	} 96
2.4 Programa actual	} 104
2.5 Conclusiones del segundo objetivo	} 106

Capítulo 3. Análisis de los espacios laborales del Médico Familiar egresado de la Universidad El Bosque dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la concordancia con el perfil laboral y profesional que desea formar la Universidad

	} 110
3.1 Contexto general	} 111
3.2 Organización del SGSSS	} 113
3.3 Estudios acerca del desarrollo de recursos humanos para nuestro sistema	} 115
3.4 Hacia el desarrollo de la Atención Primaria en Salud	} 120
3.4.1 ¿Qué es la Atención Primaria?	} 120

3.4.2 ¿Vale la pena intentarlo?	} 123
3.5 Decisiones de fondo: del especialismo al holismo	} 125
3.5.1 Hacia dónde formar nuestro Recurso Humano	} 125
3.5.2 El médico familiar un recurso humano formado para desarrollar la atención primaria. ¿Qué están haciendo nuestros egresados?	} 126
3.5.2.1 Modalidades de formación, ubicación laboral y cargos que desempeñan los egresados del posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque	} 126
3.5.2.2 Ubicación laboral	} 128
3.5.2.2.1 Experiencias como generalista	} 131
3.5.2.2.2 Experiencias mixtas y administrativas	} 138
3.5.3 ¿Existen resultados en Colombia atribuibles a modelos con participación de médicos familiares?	} 143
3.6 Proyección a futuro	} 145
3.6.1 Necesidades para poder desarrollar un modelo de Medicina Familiar más acorde con el recurso humano que queremos formar	} 150
3.7 Conclusiones del Tercer Objetivo	} 158
Capítulo 4. Reflexión final	} 160
Bibliografía	} 166



Prólogo

El trabajo realizado por los doctores, Mauricio Rodríguez, Vicente de Jesús Bonivento y María Milagros Villadiego sobre el desarrollo del programa de Medicina Familiar en la universidad El Bosque es un aporte valioso al desarrollo de la Medicina Familiar en Colombia y a la historia de la medicina del país.

A través de la cuidadosa revisión de documentos de fuentes primarias y secundarias, de entrevistas estructuradas y a profundidad de diferentes actores y observadores del proceso, así como la conformación de grupos focales con profesores y egresados, los autores describen con detalle y riqueza de testimonios, los antecedentes, la estructura y la dinámica del programa de Medicina Familiar de la facultad de medicina de la universidad El Bosque.

Se destacan en este trabajo cuatro capítulos que reflejan la experiencia y trayectoria de los autores: 1. El contexto en que se realiza esta nueva propuesta de medicina familiar, 2. Descripción de los cambios que ha tenido el programa y los fenómenos que han influido en los mismos. 3. Análisis de los espacios laborales de los egresados y 4. a modo de síntesis, la reflexión final.

El libro aborda la Medicina Familiar en el contexto del mundo y en particular en Colombia desde sus características como medicina humanística centrada en la relación médico-paciente-familia que enfatiza en la educación, la prevención, la atención continua e integral al individuo y su familia, contribuyendo al bienestar y mejoramiento de la calidad de vida de las personas, las familias y de la sociedad en general.

La riqueza de integración y síntesis de la medicina familiar en el abordaje de los problemas de los pacientes y de sus familias, con base a su contexto y su realidad particular, encuentra un nicho fértil para el desarrollo de un novedoso programa en la facultad de medicina, Escuela Colombiana de Medicina, de la universidad El Bosque, que desde sus inicios fue concebida con el enfoque biopsicosocial.

En el momento de hacer ésta propuesta, el país ya contaba con la experiencia de formación de médicos familiares en la universidad del Valle desde 1984 y de la universidad Javeriana, que como otras iniciativas, tuvo resistencia por parte de asociaciones como la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ASCOFAME, que no considero necesaria está formación en postgrado, sino solamente como parte del pregrado.

La propuesta del programa de Medicina Familiar en la facultad de medicina de la universidad El Bosque fue elaborada en 1997 por el Doctor Mauricio Rodríguez, egresado de esta facultad y médico familiar de la universidad del Valle, con la supervisión del Doctor Jorge Castellanos

Robayo, asesor del Ministerio de Salud y de la Organización Panamericana de la Salud OPS.

Lo interesante de esta propuesta fue integrar a la formación del médico familiar el año de internado y el año de servicio social obligatorio, que daba la oportunidad a los estudiantes de iniciar su formación de posgrado en su área de interés al final de su formación de pregrado y, continuar el servicio obligatorio con la supervisión y acompañamiento de profesores. Uno de los muchos retos fue que los directivos de las instituciones y otros especialistas lo entendieran y apoyaran. Otro, que los profesores y el presupuesto del programa alcanzara para cubrir los desplazamientos y las necesidades académicas y administrativas que el proyecto exigía. En general el desafío mayor ha sido acoplar y coordinar diferentes procesos y dinámicas legales, administrativas, políticas, económicas y académicas.

El programa surgió del área de Medicina Comunitaria de la facultad de medicina de la universidad El Bosque, con base a la filosofía, misión, visión de la universidad, que pretende la formación integral e interdisciplinaria, la docencia, la investigación y el servicio, desde el enfoque biopsicosocial y cultural del ser humano, en los programas de pre-grado y posgrado. Dando respuesta a los cambios del sector salud y en general a las necesidades de formación del recurso humano en el país con la preparación científica y sensibilidad social de sus egresados, motivados por la medicina preventiva y la salud comunitaria.

Este programa, de forma anticipatoria, ha hecho énfasis en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud que propone la actual reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud en la Ley 1438 de 2011 “que tiene como objeto el fortalecimiento del Sistema General de Seguridad Social en Salud a través de un modelo de prestación del servicio público en salud que en el marco de la estrategia Atención Primaria en Salud permita la acción coordinada del Estado, las instituciones y la sociedad para el mejoramiento de la salud y la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país”.¹

Los valiosos aportes de esta experiencia en la formación de médicos familiares con calidad científica y humana, su enfoque integral basado en el modelo holístico, la terapia de familia sistémica, así como su centralidad en el paciente, la

¹ Ley 1438 de 19 de enero de 2011 “por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y de dictan otras disposiciones”. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/ley143819012011.pdf> (Revisado el 12 de enero de 2012).

familia, el contexto social y comunitario bajo la estrategia de Atención Primaria, tendrán que ser tenidos en cuenta por el Estado en la implementación de la reforma actual de salud.

Los profesionales en medicina familiar podrán liderar transformaciones en la reforma actual en salud actuando como puerta de entrada a la salud pública, en la prevención y detección de riesgos, y como coordinadores de los servicios de mayor complejidad, con base a las experiencias en Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, España y la gran mayoría de países de Europa.² Ya que la Medicina Familiar es la especialidad clínica que se ocupa del mantenimiento y la resolución de los problemas de salud frecuentes en los individuos, familias o comunidades, independientemente de la edad, sexo o el órgano o sistema afectado. Es también la especialidad que integra en profundidad las ciencias biológicas, clínicas y de la conducta.³

El Ministerio de la Protección Social, las directivas de la universidad El Bosque y las de la facultad de Medicina, Escuela Colombiana de Medicina tienen la oportunidad de continuar con el apoyo a esta experiencia, en la formación de médicos familiares bajo la estrategia de Atención Primaria en Salud, para que lideren la actual reforma del Sistema de Seguridad Social en Salud.

² Rodríguez M, Bonivento V, Villadiego M. El Programa de formación Familiar de la Universidad El Bosque. Facultad de Medicina. Bogotá, 2012. P. 116.

³ Introducción a la práctica de la medicina Familiar. Disponible en: <http://www.drajimenezbaez.mex.tl/images/265/introduccion.pdf> Revisada el 16 de enero de 2012.



Introducción

El Posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque desde sus inicios busca la formación integral de sus residentes, entendiendo como integralidad el contexto biológico, psicológico y social, fundamentado en su filosofía y en los diferentes campos de atención en que se desempeñan sus egresados.

Se consideró importante desarrollar este trabajo para documentar la evolución histórica del Posgrado de Medicina Familiar de la Universidad y dejar registrada la experiencia que se tiene hasta el momento. Para esto se utilizó una metodología cualitativa con un componente histórico – histórico contemporáneo y un análisis desde el interaccionismo simbólico. Como fuente de datos se utilizó la recopilación documental de fuentes primarias y secundarias de los archivos y publicaciones sobre el tema, entrevistas a profundidad a directivos y grupos focales con docentes y egresados del posgrado.

El presente trabajo describe el programa de formación del Posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, su iniciación, su desarrollo y su impacto.

Durante la revisión de los documentos, actas y convenios tanto del Posgrado de Medicina Familiar, como de los documentos de la iniciación de la facultad de medicina de la Universidad El Bosque y las entrevistas realizadas se evidenció la influencia de los modelos de salud de los países Anglosajones para la iniciación de la Medicina Familiar en Colombia y en particular para la filosofía de pregrado de la Universidad, las dificultades para encontrar un lugar de practica coherente con la filosofía y modelo que propone la Medicina Familiar y la aceptación del médico familiar como un recurso humano valioso dentro del sistema que hasta el momento tienen unos escenarios de trabajo que predominan como son los cargos administrativos y la atención de patologías crónicas y de alto costo, que aunque también hacen parte del rol que juega el médico familiar en otros lugares del mundo, contrasta con el médico generalista como puerta de entrada del sistema que cumple en Norteamérica y en Europa.

En desarrollo de cada uno de los objetivos del trabajo de investigación, se originaron tres capítulos cada uno de los cuales comprende de forma entremezclada los datos encontrados y las conclusiones que se hacen al respecto. En el primer capítulo, se realiza la descripción del curso histórico y cronológico de la formación y desarrollo del Posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque. En el segundo capítulo se hace especial énfasis en mirar cuales han sido los mecanismos y condiciones para generar ajustes en el programa, y en el tercer capítulo analizamos los espacios y nichos laborales que se

está abriendo para los egresados de esta especialidad y el contraste con la identidad y filosofía de la Medicina Familiar en la Universidad El Bosque y en el Mundo.

Finalmente se hace una reflexión sobre la discordancia entre la imagen que tienen el médico familiar en el mundo y la imagen que está teniendo en Colombia como parte de un Sistema de Seguridad Social en Salud en constante ajuste y permite ver la diferencia de significados que tiene el médico familiar en Colombia que contrastan con lo que significa ser médico familiar en el mundo. Esta reflexión final que deja un interrogante acerca del papel que debe cumplir nuestro currículo futuro ante la dicotomía del perfil laboral, entre el ser de nuestros egresados en la actualidad y el deber ser que plantea el mundo para el ejercicio de nuestra especialidad.



Capítulo 1

Contexto en el que se
propuso y aprobó la
creación del Programa
de Medicina Familiar
de la Universidad
El Bosque

1.1 Definición de Medicina Familiar

“La medicina de familia es la disciplina médica que se encarga de mantener la salud en todos los aspectos, analizando y estudiando el cuerpo humano en forma global bajo la perspectiva de la Teoría Holística de la Práctica Médica”.

Owens, T.P, et al (1998).

Es una especialidad horizontal. Dominici, L.E et al (2004). en amplitud de predominio clínico que comparte el conocimiento y destrezas de otras especialidades e integra las ciencias biomédicas, conductuales y sociales (Biopsicosocial o Integral). Engel, G (1980), capaz de resolver el 90-95% de los problemas de salud, “proporcionando Cuidados Continuos e Integrales del individuo, su familia y su comunidad que incorpora todas las edades, sexo, sistemas o enfermedades (Amplio Campo de Acciones), con particular énfasis en la Medicina Humanística, la Relación Médico – Paciente - Familia, los aspectos educativos, preventivos clínicos, la Medicina Integrada, y la Medicina Costo – Efectiva” Carmichael, L y Carmichael, J (1976).

La definición oficial de la *American Academy of Family Physicians* es la siguiente:

1. Se trata de la especialidad médica que proporciona atención sanitaria, continua e integral al individuo y a la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la Medicina Familiar abarca todas las edades, ambos sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades Carmichael, L y Carmichael, J. (1976) y <http://www.aafp.org> (2009).

1.2 Principios fundamentales de la Medicina Familiar

La Medicina Familiar sigue unos principios básicos en la práctica, los cuales fueron definidos 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 aisla-

damente; 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. Engel, G (1980) y Rubinstein, A y Terraza, S (2006).

1.3 Perfil del Médico Familiar

Es el médico del primer contacto, con excelencia clínica y destreza para procedimientos manuales o de consultorio (cirugía menor o procedimientos invasivos), experto en la consulta externa, con atención continua, intradomiliaria, comunitaria, hospitalaria y de urgencias, además

de los grupos poblacionales, con y sin factores de riesgo, con un amplio campo de acción (sin distinción de edades, sexos, sistemas orgánicos y enfermedades), capaz de ir del individuo, a la familia y la comunidad, integrador de las ciencias biológicas, de la conducta y sociales (Medicina Integral), además de los aspectos educativos, preventivos, curativos y de rehabilitación (Medicina Integrada), intercesor y abogado del paciente. Taylor, R.B (1983). (Gerente de los recursos de salud), con amplio liderazgo, conocedor de la realidad nacional, del impacto de sus acciones y de sus limitaciones, interesado en comprender el contexto de los problemas y en buscar soluciones plausibles y costo-efectivas (Medicina Costo – Efectiva), capaz de resolver diversos problemas médicos (desde signos y síntomas aislados hasta las complejidades derivadas de múltiples padecimientos), experto en la relación médico-paciente-familia-comunidad, comprometido con la persona (comprende sus dolencias, emociones, esperanzas). Practica una Medicina Humanística con un alto nivel profesional, técnico, investigativo y académico permanentemente actualizado. Universidad Autónoma de México. Autor (2004).

1. 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, A y Terraza, S (2006).

1.4 La Medicina Familiar en el mundo

Mc Whinney 1981, introduce el concepto de dos teorías de la medicina, la Reduccionista y la Holística. En la visión reduccionista el que hacer del médico toma lugar en la enfermedad y en la categorización que desde la misma se hace. El enfoque holístico, reconoce que la enfermedad está fuertemente ligada a la personalidad y a la experiencia vital de la persona; por ello, debe entenderse como parte del proceso vital humano incluyendo las dimensiones relacionales ambientales, espirituales, reconociendo la singularidad de cada persona en cada contexto en el cual su vida transcurra Arias, L (2008).

Estas dos concepciones nos permiten plantear diferentes formas en la planeación de la organización de los servicios con visión reduccionista (atención directa desde las espe-

cialidades) vs una visión holista (la puerta de entrada desde los generalistas). Mejía, D. (1991).

En los países de habla inglesa, la Medicina Familiar se desarrolló desde la práctica general. En el siglo XIX y a principios del siglo XX la gran mayoría de la profesión médica era ejercida por médicos generales, los que practicaban medicina, cirugía y obstetricia. En los primeros años de este siglo, comenzaron a emerger las especialidades mayores: medicina interna, cirugía, pediatría, obstetricia y psiquiatría. Las especialidades Médicas surgen porque grupos de médicos se dedicaron a tratar un órgano o restringían su práctica a determinadas patologías o a algunas tecnologías. Por este camino se fueron creando las subespecialidades. Mejía, D. (1991).

La entrada a estas especialidades se hacía a través del entrenamiento de Posgrado y los médicos generales fueron definidos por su falta de entrenamiento adicional. Se asumía que cualquier graduado médico podía ser un médico general y que la práctica general no era una disciplina clínica por derecho propio. Briggs J. y Peat DF (1989).

Durante la segunda mitad del siglo XX, el número de especialistas creció grandemente y las especialidades mayores se fragmentaron en subespecialidades más estrechas. El número de Médicos generales declinó y el entrenamiento más limitado de los especialistas no los preparaba para manejar el amplio espectro de padecimientos tradicionalmente atendidos por los generalistas. En este tiempo, emergió el concepto de niveles de atención. A nivel de la atención primaria el público tiene acceso a un médico generalista que es capaz de manejar de 85 a 90 por ciento de todos los problemas de salud. Si se requiere asesoramiento o tratamiento especializado el paciente es derivado al nivel secundario que incluye las especialidades mayores. Los pacientes que requieren manejos complejos, especialmente con tecnologías caras, son derivados a los centros de atención terciaria que sirven a grandes poblaciones y están a menudo asociados con escuelas de medicina. McWhinney IR (1989).

Alrededor de los años 50, el declinante número de médicos generales comenzó a crear una brecha en el nivel de atención primaria. Fue en esa época que en muchos países se formaron los Colegios y Academias de Medicina General, dedicados al desarrollo académico de la disciplina. La práctica de la medicina general comenzó a ser vista, no simplemente como el grueso indiferenciado de la profesión sino, como una disciplina clínica y un cuerpo de conocimientos por propio derecho. McWhinney IR (1989).

También en los años 50 los modelos de salud principalmente de EEUU por un influjo de la biotecnología, hizo que surgiera la necesidad de que el médico general y familiar actuara en las comunidades, además también resalta que en esa época se discutía la preocupación que había surgido en Inglaterra alrededor de ese tema y se diseñaron programas de médicos, de grupo de personas, que hacían su labor con familias determinadas para mantener la salud, enfocado más a la salud que a la enfermedad, en búsqueda de mantener sana la comunidad. Estas experiencias llamaron la atención al Doctor Jaime Escobar Triana y lo motivaron para diseñar propuestas con un enfoque bio-psico social años más adelante. Escobar, Jaime (2010).

Vale la pena también destacar que en los Estados Unidos, el informe de la Comisión Millis en 1966, titulado: *La Educación Graduada de los Médicos*, recomendó el entrenamiento especializado de Posgrado para todos los médicos de atención primaria. En los años siguientes se formaron los departamentos de medicina general o Medicina Familiar en las escuelas de medicina, se desarrollaron programas de entrenamiento, y se establecieron las calificaciones para la especialidad. En los Estados Unidos, la Medicina Familiar se convirtió en una especialidad certificada por un Consejo ad-hoc. En Canadá, el primer examen para certificación tomado por el Colegio de Médicos de Familia se realizó en 1969. En algunos países, estos desarrollos fueron acompañados por un cambio del nombre de la práctica general a Medicina Familiar. En otros, se retuvo el viejo nombre para una nueva disciplina. Los nuevos programas de entrenamiento están basados en dos importantes principios educacionales. Primero, como en otras disciplinas clínicas, el que se entrena debe aprender las destrezas fundamentales, el “core”, mediante práctica supervisada en su propia disciplina - una unidad docente de Medicina Familiar. Segundo, los supervisores, los profesores y docentes, deben ser médicos de familia. Otros especialistas clínicos y otros ámbitos educativos desempeñan un rol, pero no el central, en el currículo. En muchos lugares del mundo los departamentos de Medicina Familiar, ocupan una parte importante en el currículo de pregrado. McWhinney IR (1989).

La Medicina Familiar tiene una concepción filosófica diferente a la que ofrecen las otras especialidades, tiene una visión integral y una visión de síntesis que nace como reacción contra ciertos hechos, que generó la excesiva especialización, como la fragmentación, la despersonalización y el desplazamiento de los pacientes de un profesional a otro. Mejía, D. (1991).

En el mundo la tendencia ha sido la de partir desde generalistas como puerta de entrada y la eficiencia del sistema en sí, depende de la capacidad resolutive que se tenga en el primer contacto de prestación de servicios y las características integrales para dar respuesta a los problemas en salud detectados. Arias L. (2008).

Es importante destacar que la Medicina Familiar es la única especialidad médica que no ha surgido del progreso de las ciencias médicas y tecnológicas, sino por la presión de atender imperiosas necesidades sociales, tanto de las comunidades como del Estado. En síntesis se trata de la humanización de la medicina. Ceitlin, J y Gómez, T (1997).

La Medicina Familiar desde sus inicios fue de gran importancia en el área de salud pública y desde entonces el desarrollo del paradigma de la Medicina Familiar fue atractivo. Para el Doctor Javier Uribe, este modelo fue mirado con interés por el área comunitaria de la Universidad El Bosque:

“una estrategia realmente importante y que iba a solucionar quizás uno de los problemas que se le ha criticado más a la medicina moderna, que ha sido la disgregación de distintos miembros de la familia, que cada uno se ve como un individuo diferente, siendo que comparten un ecosistema común y obviamente tienen muchas cosas en común, dentro de ese hábitat vamos a encontrar muchos de los factores de riesgo y muchos de los condicionantes de muchas enfermedades”
Entrevista a Uribe, J (2010).

Esta concepción que tiene la Medicina Familiar en el mundo, ha hecho que diferentes países como Méjico, España, Cuba, Inglaterra, Francia, Canadá entre otros tengan como puerta de entrada al sistema de salud al médico Familiar. Esta es una decisión política de grandes dimensiones.

Vale la pena destacar la experiencia en España. Los aspectos que influenciaron a la reforma de la atención médica en España y que vio la necesidad de la inclusión de la Medicina Familiar en el mismo fue la crisis en la concepción del modelo sanitario y la utilidad social que representaba. Los médicos, eran abiertamente partidarios de una profunda reestructuración del modelo sanitario, unificando la medicina preventiva y asistencial, con una organización descentralizada y regional y todo ello dentro de un modelo asistencial de carácter mixto. Ceitlin, J y Gómez, T (1997).

El surgimiento de la Medicina Familiar en España se incluyó a partir de dos Reales Decretos vinculados de manera estrecha a la declaración de Alma Atta. Estos decretos aparecieron como una política de estado tendiente a producir una reforma profunda del sistema sanitario basada en la extensión de la Atención Primaria de la Salud y destinada

a convertirlo en un Sistema Nacional. Martínez, C (2009). Esto lo ejemplifica el decreto de reestructuración de la seguridad social y la aparición de la especialidad en 1978, que en su capítulo primero dice: “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”. Martínez, C (2009).

1.5 Medicina Familiar en Colombia

En Colombia las facultades de medicina centraban su enseñanza dentro de la perspectiva francesa con elementos sanitaristas de la escuela norteamericana y solo hasta después de la misión norteamericana de 1948 acogió con fuerza las concepciones flexnerianas. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

La primera facultad que inició a implementar un modelo basado en las concepciones norteamericanas, impulsadas por el informe Flexner y lo concerniente a la salud pública, fue la Universidad del Valle, Rodríguez, MA y Vega, ML (1995), ya que las otras universidades, tenían un enfoque de mayor influencia Francesa basada en tres escuelas:

- } la anatomoclínica en la que la semiología los signos y síntomas tenían una correlación con la disección de los cadáveres,
- } la etiopatológica en la que se definía una causa específica para las diferentes enfermedades; esta se desarrolla de forma importante con el descubrimiento de gérmenes patógenos mediante la visualización de estos en el microscopio y su correlación como factor etiológico de diferentes enfermedades mediante la experimentación y
- } la corriente fisiopatología en la que los procesos fisiológicos mostraban cambios metabólicos que explicaban la presencia de alteraciones en la salud.

Con el advenimiento de la Medicina Norteamericana, se hacía más énfasis en experimentos basados en métodos epidemiológicos y da mayor relevancia al experimento de laboratorio que a la enseñanza “sobre el lecho del enfermo”.

En estos años se fundó el primer departamento de medicina preventiva y de salud pública y se estableció un programa comunitario en el barrio Siloé de Cali, posteriormente se estableció el centro piloto en el barrio Candelaria y luego en los barrios Guabal y la Independencia. En estos programas se recogía gran cantidad de información del

ambiente y se situaciones sociales que eran registradas de forma pormenorizada. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

La Universidad del Valle en la década de los años 60 se caracterizó por ser la primera Universidad de Latinoamérica que realizó trabajos comunitarios que eran integrados al currículo del estudiante desde el primer año. El Dr. Diego Mejía (q.e.p.d) quien fundó el Departamento de Medicina Familiar en la Universidad del Valle participó en estos. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

En 1966 el jefe del Departamento de Medicina Preventiva de la Universidad del Valle, fue enviado a Inglaterra para realizar una especialización en Epidemiología Clínica, tuvo contacto con el Sistema Inglés y con el Médico Familiar que allí se llamaba General Practitioner, la buena impresión que esto le causo, lo llevo a proponer el primer programa para formar médicos generalistas de este tipo. En este programa participo el Dr. Arnoldo Bromet que posteriormente fue el segundo director del Programa de Medicina Familiar de la Universidad del Valle. Esta primera promoción se certificó como expertos de Medicina Familiar pero no tenían el título de especialistas. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

La Universidad Nacional en los años 1965-1966 realizó una primera experiencia de una especialidad en medicina general, como se llamaba en Inglaterra; el Doctor Miguel Otero relata que se realizó una propuesta de *“un programa que parecía supremamente importante y sobre todo que se iba a tener el trabajo de esa especialidad el cual involucraba dos cosas que eran muy fuertes en ese momento: el Año de Internado y el Año Rural que en ese entonces era al Año de Medicatura Rural”*. Más tarde en el año 68 se tuvo otra experiencia, fue así como se desarrolló un programa, ese si llamado de Medicina Familiar en los llanos de San Martín y Casanare con el Seguro Social, esto fue un trabajo proyectado a la zona rural con cobertura familiar que al Doctor Otero, siendo Secretario Académico de la Facultad de Medicina se le validó como su año rural a través de una resolución expedida por el Ministerio de Salud. Durante esta época el seguro Social hizo una publicación sobre el tema. A este programa no se le dio continuidad por cambios políticos dentro de los que se resalta la conversión de Casanare en Departamento. Otero, M. (2010).

El médico en sus primeros años tenía competencias en la profesión mucho mayores que las que hoy se tienen, le eran asignadas funciones en que aplicaba estas competencias, sin restricciones, como medicina interna, atención de partos, legrados, cirugía de urgencias, tenía que atender todos los componentes de la familia sin restricción. Estos programas entonces tenían la intención de profundizar dichas competencias. Otero, M. (2010).

En la década del 70 el decano de la facultad de medicina de la Universidad del Valle el Dr. Ernesto Zambrano empezó a interesarse en la importancia de la formación de un médico general, envía al Dr. Diego Mejía a realizar una gira en los diferentes programas de Medicina Familiar en Norte América, con el fin de mejorar el currículo del programa del pregrado de la universidad. Este visita la ciudad de Washington, patrocinado por la fundación Kellogg's, donde realizan un *Fellow* con entrenamiento para ser docente a especialistas de Medicina Familiar y pudo visitar varias universidades en Cleveland con el Dr. Medalie, en Virginia con el Dr. Mayo, en Carolina del Sur con el Dr. Kerry, en Ontario con el Dr. Mc- Winney, en Miami con el Dr. Lynn Carmichael entre otros. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

El Dr. Diego Mejía al visualizar estos programas y la capacidad que tienen estos médicos especialistas y el aporte que hacen al realizar un abordaje integral y evitar la fragmentación excesiva del cuidado de salud del ser humano, decide proponer el Posgrado de Medicina Familiar, que inicia en el año de 1984, en la Universidad del Valle. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

Hacia finales de los 70 en el mundo, se podían identificar dos posiciones extremas, un grupo que se apegaba al modelo flexneriano, este consideraba que el mejor desarrollo de la atención en salud se centraba en esquemas de biología aplicada, para lo que era conveniente el esquema de ciencias básicas y clínicas que privilegia el desarrollo de especialidades y otro que promovía la OMS y OPS, la atención primaria que privilegia a enfoques holistas donde predomina el generalismo. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

Colombia no fue ajena a estas posibilidades, se desarrollaron múltiples seminarios en los que se resaltó el papel del médico general y se crearon diferentes facultades de medicina con el propósito de crear un médico más integral, dentro de estas estuvo la Escuela Colombiana de Medicina actualmente la facultad de Medicina de la Universidad El Bosque.

Llama la atención que en Colombia después de los primeros intentos de crear programas de Medicina Familiar en los años 60 basados en las experiencias de los programas de Inglaterra, no se creó un programa de Medicina Familiar hasta 1984 en Cali y no inició el segundo hasta 1994, Rodríguez, MA y Vega, ML (1995), aunque existió un programa que no se denominó Medicina Familiar pero impulsó la práctica del generalista siendo más intervencionista en el campo quirúrgico en la entonces. Escuela de Medicina Juan N Corpas.

Dentro de las posibles razones para que en Colombia se haya dado un proceso tan lento están:

La proporción de médicos generales y médicos especialistas no tuvo un cambio tan dramático como en los países anglosajones, por lo que no suscitó una reacción fuerte por parte del generalísimo.

La discusión acerca de si la formación integral del Médico Familiar aporta algo adicional a la del médico general y cuáles son estas diferencias. Esto ha sido una constante hasta el día de hoy. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

No fue fácil dar comienzo a un programa de Medicina Familiar a pesar de que para esta época ya era una especialidad reconocida de forma amplia en el mundo; el Doctor Diego Mejía elaboró múltiples documentos que circularon al interior de la Universidad y en Secretarías Municipales y Departamentales de salud y a la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). El principal argumento era dirigido a que si se quería tener un muy buen médico general se debía tener un buen núcleo de médicos formados en medicina general que les sirvieran de modelo. Sabía que presentaría resistencias por parte de los departamentos de otras especialidades por lo que desde el Departamento de Medicina Interna fue convenciendo de poco a poco. Los departamentos de especialidades quirúrgicas fueron los que presentaron menos resistencia, tal vez porque se sentían menos afectados. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

La principal dificultad para la aprobación del Posgrado en la Universidad del Valle fue en de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), pues su director Abel Dueñas Padrón, era un convencido de la Medicina Familiar en pregrado y no veía la necesidad de implementar un posgrado, además estaba el Doctor Ricardo Galán que era un franco opositor a la Medicina Familiar. El Doctor Galán y un filósofo fueron los encargados de evaluar la aprobación del programa. El filósofo entendió realmente la diferencia de paradigmas estando de acuerdo más con la parte sistémica dentro de un paradigma holista y por su concepto finalmente fue aprobado Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

Para la puesta en marcha del programa se requirió la aprobación de un centro de atención primaria. Aunque inicialmente se pensó en hospitales y centros de la Red Pública por los antecedentes de Programas Comunitarios de la Universidad, finalmente el que dio el aval económico y administrativo fue el Instituto de Seguros Sociales. Este en la década de los 70 tenía una cobertura muy baja y en 1975 había buscado adoptar el modelo de Medicina Familiar como parte de la solución aumentando la cobertura al grupo familiar pero las experiencias no fueron satisfactorias. Sin embargo había personas dentro de la Institución interesadas en el modelo. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

Finalmente después de múltiples trámites se inició el programa en mayo de 1984 en el CAB de la selva perteneciente al Instituto de Seguros Sociales (ISS). Este por los antecedentes comunitarios de la Universidad del Valle tuvo mayor componente comunitario y menos hospitalario que cualquier programa de los Estados Unidos. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

Para la consolidación de este programa se requirió de la realización de convenios entre el I.S.S y la Universidad del Valle con el apoyo de la FES para la administración de los fondos. Requirió de un comité directivo, un director de programa y un comité técnico inter institucional. Dos dificultades importantes se presentaron durante todo el proceso, el equilibrio entre la docencia y la asistencia y la proyección comunitaria dado el esquema de aseguramiento que tenía en ese momento el seguro social. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995). Estas dos situaciones siguen siendo problemáticas aún en la actualidad.

La consolidación como departamento de Medicina Familiar se dio en 1987 se presentó como un departamento que requería muy poco presupuesto con el apoyo de otros departamentos como cirugía, medicina interna, pediatría, ginecología entre otros y se recomendó que debía tener un papel preponderante en pregrado en las áreas de semiología y de atención primaria. El papel docente en el pregrado fue relevante para su aprobación por parte del ICFES. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

Contexto General de la reforma en salud en Colombia

El Sistema Nacional de Salud, de corte asistencialista estatal y caracterizado por su organización vertical y planeación centralizada, tuvo un gran desarrollo entre 1975 y 1984, con el crecimiento de hospitales, centros de salud y funcionarios del sector.

1. Se componía de tres subsistemas independientes, el de Salud Pública que se encargaba de la cobertura de la población más pobre, cuya cobertura máxima se vio disminuida por la crisis fiscal de ese último en que redujo los aportes para la salud del 8% del presupuesto nacional a menos del 4% en los años sucesivos y su cobertura efectiva quedó frenada indefinidamente en el 27% de la población. El financiamiento basado en criterios históricos y presiones institucionales fue acentuando las diferencias entre regiones desarrolladas y subdesarrolladas en servicios de

salud. Por otra parte, un 15% de la población tuvo en el mismo periodo cobertura por parte del Instituto de Seguros Sociales, una de las más bajas de Latinoamérica, básicamente limitada a la fuerza laboral, un 5% por otros servicios de seguridad social para funcionarios públicos y sus familias (total 20%), y un 10% de los colombianos podían financiar su salud privadamente. El resto (15%), se consideraba sin accesibilidad a servicios de salud aceptables. <http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>. (2009).

Desde las décadas del 80 y 90, las políticas del mundo y la nación, especialmente las reformas propuestas en el sector de la salud apuntan a mejorar el nivel de salud de toda la población bajo los principios de equidad, eficiencia, sostenibilidad, calidad en la prestación de servicios y participación social. Ministerio de Salud. Desafíos para los recursos Humanos en el SGSSS. Memorias (2002).

En Colombia, el cambio de constitución en 1991 produjo la descentralización de los poderes caracterizados por la elección popular de gobernadores departamentales y alcaldes municipales con autonomía para el manejo de los recursos entre ellos los del sector salud. Esto sumado a lo establecido en las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993 obliga al Sector de la Salud a reorganizarse con el fin de dar cumplimiento a dichos mandatos. <http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>. (2009)

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 en Alma Atta, 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 Méjico. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

Para lograrlo es necesaria la universalización del Sistema de Seguridad Social. Finalmente se asumió la salud como un servicio público que se consume, regido por las leyes de mercadeo. 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. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

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 Ministerio de Salud consideró involucrar un gran número de médicos familiares e inicialmente realizó una convocatoria divulgada en 1994, dirigida a las universidades para que crearan posgrados en Medicina Familiar y salud familiar. Rodríguez, MA y Vega, ML (1995).

Se crearon diferentes programas de salud familiar, pero hasta 1998 solo se había creado un programa de Medicina Familiar adicional al que existía en Cali, que era el programa de la Universidad Javeriana, fundado con egresados de la Universidad del Valle.

1.6 La Medicina Familiar en la Universidad El Bosque

Varios fundadores de la Escuela Colombiana de Medicina, hoy facultad de Medicina de la Universidad El Bosque conocieron los esquemas de países anglosajones que llamaron la atención por su atención integral y atención de grupos familiares. Entrevista a Escobar, J (2010). Otero, M. (2010).

Cuando se iba a iniciar el programa de pregrado de medicina de la Universidad El Bosque directivos de la Universidad como el Doctor Jaime Escobar, el Doctor Miguel Rangel, el Doctor Abelardo Rico y el Doctor Miguel Otero, visitaron la Universidad del Valle y trajeron docentes con experiencia en el área comunitaria a la Universidad El Bosque, ya que para la época la Universidad del Valle era “tal vez la única universidad que había en ese entonces que tenía la participación con la comunidad y con las familias”. Otero, M. (2010).

El Dr. Jaime Escobar como decano fundador de la Escuela Colombiana de Medicina, refiere que tenía conocimiento de la Medicina Familiar, porque tenía un enfoque diferente al tradicional y resalta el concepto de la integralidad cuando habla del enfoque que se debe dar al ser humano en el área biológico, psicológico, social y cultural , pensando en eso se hizo la propuesta inicial del nuevo programa que incluía 3 áreas , dentro de las cuales estaba el área biomédica , complementada con el área de medicina comunitaria y un área psicosocial. Entrevista a Escobar, J (2010). Esta propuesta, en su momento fue innovadora para el país y buscó formar a médicos dentro del paradigma bio

psico social. Posteriormente a la Universidad El Bosque, otras universidades empezaron a tomar este ejemplo en sus currículos y buscan establecer áreas de profundización en Medicina Familiar en el pregrado como son la Universidad Nueva Granada, la Universidad de la Sabana y la Universidad de los Andes entre otras. Otero, M. (2010).

En documentos que presentan la experiencia de la facultad se puede leer:

La ECM, es la facultad de medicina de la Universidad El Bosque. Fundada en 1979 y cuenta con más de dos mil quinientos egresados. Desde su inicio decidió formar médicos desde el modelo biopsicosocial, abordaje sistémico que concibe al ser humano como una totalidad que resulta de las relaciones entre distintos componentes: biológico, psicológico y social. Esta perspectiva orientó tanto la estructura como la organización curricular del programa, conformándose tres áreas de conocimiento: bioclínica, psicosocial y comunitaria. Estas áreas aglutinan en su interior grupos funcionales interdisciplinarios encargados de contextualizar los saberes y quehaceres útiles, pertinentes, relevantes para la formación de un médico general. Particularmente, el área comunitaria se concibió como un espacio de convergencia que articula las acciones realizadas por las otras áreas. Desde ella se propició el contacto temprano de los estudiantes con las comunidades y los servicios de salud. El que hacer del área comunitaria se fue configurando como uno de los pilares fundamentales de la proyección social de la facultad. Ruiz, R y Cárdenas, HI (2004).

El supuesto inicial estaba referido a formar el médico integral generalista que necesitaba el país y aunque el ejercicio de esta integralidad en los sitios de práctica no siempre era coherente con esta, un buen porcentaje de sus egresados se sienten y son reconocidos como médicos integrales. La búsqueda de esta formación integral ha sido compleja y en la visión particular de medicina comunitaria se entiende claramente que una formación humanística es necesaria para lograr el resultado final en esta formación integral.

El área comunitaria participa, solidaria y cooperativamente, en la formación de médicos generales integrales que sean capaces de reconocer y actuar en la complejidad de la vida, en los procesos de salud y enfermedad. Para lograrlo fortalece en los estudiantes sus competencias ciudadanas de interacción social (relación médico paciente), de discernimiento para pensar, elegir y decidir formas de intervención orientadas a promover la salud, prevenir y/o tratar la enfermedad. Acciones coordinadas con las decisiones de los individuos y las comunidades. Ruiz, M y Cárdenas, HI. (2004).

Es importante mencionar el vínculo que puede existir entre el área comunitaria planteada inicialmente por la

Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque como el eje central en que se articulaban las áreas bioclínica y psicosocial y las estrategias de la Atención Primaria para la que uno de “los grandes logros obtenidos fue el de superar la etapa donde se consideraba que la salud y la enfermedad eran asuntos exclusivos del médico”. De los años cuarenta hasta la fecha este concepto ha venido cambiando y es de considerar que en este proceso intervienen muchas disciplinas no propiamente del área de la salud como por ejemplo la economía. Otero, M (2011).

A pesar de esta filosofía y proyección que ha tenido desde sus inicios la Escuela Colombiana de Medicina (hoy Facultad de Medicina de la Universidad El Bosque), en las prácticas clínicas hospitalarias de segundo y tercer nivel ha seguido predominando la formación “biológica” sobre la formación “psicosocial” y para un buen número de los egresados el ejercicio de esa integralidad que se enseña sigue siendo una utopía difícil de abordar en la práctica. De acuerdo al Doctor Miguel Ruiz todas las facultades del país hablan de un médico general que resuelva los problemas de salud de la población, pero todos los que se forman quieren ser especialistas y “la formación está hospitalizada, está dada en los niveles 3 y 4”. Por ejemplo en la Universidad El Bosque el 70% de los créditos son del área bioclínica, el mayor número de créditos están dedicados a las asignaturas clínicas, diferentes a Medicina Familiar. Es tanto así que Medicina Familiar aquí pertenece a Medicina Comunitaria que es la que hace práctica en los niveles 1 y 2. Entrevista a Ruiz, M (2010).

1. Particularmente el año de internado que se denomina año de práctica clínica integral, se convirtió, al igual que en la mayoría de facultades del país, en una serie de rotaciones en las que predomina la práctica usual que se hace en los hospitales en la mayoría de los casos sin impregnarse de la integralidad que se busca. En este internado la influencia de las áreas comunitaria y psicosocial es débil, los hospitales de primer nivel de atención desaparecen como sitio de práctica y predominan los centros que prestan servicios de tercer nivel de atención como lugares privilegiados para esta. Tal vez por esto y por el bajo prestigio que tiene en la medicina actual el médico general, de forma paradójica la facultad de medicina es una de las facultades con más número de especialidades en el país y dentro de estas especializaciones la búsqueda de la integralidad no hace parte activa de su currículo. <http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>. (2009).

El programa de la Universidad El Bosque en su currículo tiene una proyección con énfasis hacia a la comunidad, un enfoque biopsicosocial y cultural con prácticas desde los primeros semestres que se hacían en el programa de pregrado de medicina general de la Universidad El Bosque, cuya área se denominaba como medicina comunitaria con una práctica de salud familiar, donde se realizaban rotaciones en lugares como el barrio Horizonte y Cerro Norte, en los cerros nororientales de Bogotá, donde se llegaba a los centros de salud y se visitaba a las familias de las comunidades, donde se realizaban intervenciones de promoción y prevención de la salud, se llevaban datos estadísticos, se realizaba un análisis social, biológico y político de una comunidad y el impacto que este tenía sobre una familia, se atendían desde el abuelo hasta el niño. Basado en este enfoque biopsicosocial más adelante se pensó en tener la especialidad de Medicina Familiar con un enfoque más clínico similar al que se había tenido en los años 60 de un médico que tenía la facultad de poder realizar atención a los diferentes grupos de edad. De allí salieron dos posibilidades de Posgrado, el Posgrado de Salud Familiar interdisciplinario y el Posgrado Medicina Familiar con énfasis en la clínica; el desarrollo de ese programa tuvo experiencias interesantes como en el Hospital de Facativá que se vieron truncados por cambios políticos y de directivas, tal y como las primeras experiencias en la Universidad Nacional en los años sesenta. Otero. M (2010).

En el año de 1994 a raíz de la convocatoria que hace el Ministerio de Salud para la formación de programas de medicina y salud familiar surgió nuevamente el interés en el tema sin lograr consolidar la conformación de un posgrado. El Doctor Mauricio Rodríguez ex alumno y ex docente de la Universidad El Bosque egresado como especialista en Medicina Familiar la Universidad del Valle fue llamado por el Doctor Javier Uribe Director del área comunitaria para hacer docencia en pregrado. El Doctor Jorge Castellanos Asesor del Ministerio de Salud y Asesor de la OPS tuvo acercamientos con el decano de la facultad de medicina en ese entonces el Doctor Hernando Matiz Camacho y posteriormente con el nuevo director del área de Medicina Comunitaria Doctor Fabio Castaño. Se hace el planteamiento de diseñar un programa en salud familiar en cuyo diseño participaron la Doctora Martha Vega y el Doctor Hugo Cárdenas. Este programa inició en 1997, como un programa interdisciplinario. Después de iniciado este se continuó en el propósito de iniciar con el posgrado de Medicina Familiar. La propuesta de este programa se realizó por el Doctor Mauricio Rodríguez con la supervisión del Doctor Jorge Castellanos Robayo.

En reuniones del Consejo directivo de la Universidad El Bosque, el día 18 de Febrero de 1998 en el acta 569 consta que “se aprueba el presupuesto para desarrollar el programa de Medicina Familiar” este presupuesto inicial se otorgó para que un asesor externo y un docente del programa desarrollaran el posgrado. Acta de Consejo Directivo 569 (1998). Este presupuesto fue ampliado según lo contempla el Acta 571 del 11 de Marzo de 1998 Acta de consejo Directivo 571 (1998).

Finalmente el programa fue aprobado por la Universidad en el acta 581 del 27 de mayo de 1998, en la que se lee “El posgrado de Medicina Familiar cambia las estructuras cerradas que se tenían en la formación de medicina, pueden ingresar durante el año de internado, y hacer parte de dicho programa también en el año de servicio social obligatorio, convirtiéndose en un programa bandera”. De acuerdo a esta se buscó que los hospitales de Zipaquirá y La Vega asumieran la contratación de médicos familiares, complementada por un salario por parte de la universidad, a través de un convenio. Finalmente esto nunca se logró y los costos de los docentes y los servicios que se prestaron debieron ser asumidos por la Universidad. Al final del acta de aprobación se lee *“El Doctor Otero dice que este programa ha sido un sueño de muchos años, y cita como ejemplo: La universidad de los Andes le ofrece a los estudiantes de último año que cumplen ciertos requisitos realizar parte del magister, así se estimula mucho al estudiante, dentro de este le ofrecen participar en actividades docentes y ayudas económicas. El mercado es cada vez más importante, Medicina Familiar para todo el mundo a través de las EPS, el SISBEN a todos los niveles*

como una de estas oportunidades. En la actualidad estos criterios de planeación son mejores. Ruiz, Miguel (2010).

Cuando comenzó el Posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, fue una etapa difícil ya que en Colombia era poco conocida esta disciplina, por lo tanto se establecieron estrategias que fueran atractivas, una de ellas fue establecer una modalidad especial del año de internado para los estudiantes de medicina que se tenía en cuenta como créditos para el primer año de la especialización y las actividades realizadas en el servicio social obligatorio fueron validadas como prácticas apoyadas en un esquema curricular de seguimiento a través de tutorías. Uribe, J. (2010).

Progresivamente el área de Medicina Comunitaria fue consolidando asignaturas teórico prácticas cuyos escenarios prácticos son hospitales de primer nivel y ha incorporado a médicos especialistas en Medicina Familiar en su mayoría egresados de la Universidad El Bosque para ser tutores en algunas de estas prácticas. Ruiz, M y Cárdenas, H. (2004).

Proceso de aprobación del programa de Medicina Familiar en resumen:

- } Aprobación Interna: Acuerdo 4083 de 1998.
- } Registro calificado MEN: Resolución No 6224 del 23 de diciembre de 2005.
- } Modificación MEN: Resolución No: 2968 del 30 de Mayo de 2007.

Conclusiones del Primer Objetivo:

1. En los países anglosajones en el siglo XX se fragmentó la atención médica a través del desarrollo de las especialidades y sub especialidades, se privilegió el especialismo e hizo disminuir el número de médicos generales. La fragmentación de la medicina en sus diferentes especialidades y subespecialidades genero la necesidad de crear una especialidad que hiciera contrapeso para poder lograr la atención del ser humano de forma integral dando al nacimiento de la Medicina Familiar.
2. La Medicina Familiar desde sus inicios a nivel mundial, surgió de la necesidad de realizar cambios en la medicina vista desde el reduccionismo (El que hacer del médico toma lugar en la enfermedad) para verla desde el holismo (Reconoce que la enfermedad

está fuertemente ligada a la personalidad y a la experiencia vital de la persona).

3. La Medicina Familiar tienen un enfoque formativo que permite integrar las necesidades en salud pública a la práctica clínica, esta es una de las características por las que es reconocido como un recurso importante en el desarrollo de la Atención Primaria en Salud.

El desarrollo de esta especialidad en los países anglosajones ha servido de modelo a diferentes experiencias que han querido desarrollar esta formación en Colombia desde la década de los 60.

Los modelos anglosajones también sirvieron de referencia para la propuesta en pro de desarrollar este enfoque desde pregrado; dentro de estas la Universidad El Bosque Concretó un currículo innovador para lograrlo que sirvió de modelo a otras facultades en Colombia.

La Universidad del Valle fue pionera en la implementación de esta especialidad en Colombia basada en programas norteamericanos dándole un enfoque más comunitario y menos hospitalario. La aprobación de este posgrado se justificó en crear modelos para ese generalista que se quería formar en pregrado.

A pesar de existir la intensión clara de la facultad de Medicina de la Universidad El Bosque de formar el médico general integral, la mayoría de egresados desean especializarse.

La reforma en Seguridad Social en Salud promovida por la Ley 100 requería y requiere adecuación del recurso humano en salud, en este contexto el Ministerio de Salud buscó promover la formación en Salud Familiar y Medicina Familiar para el país.

El posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque surgió como otra especialidad de las que se han ido desarrollando a través del tiempo, sin embargo algunos de los fundadores de esta universidad consideran que debe ser visto como un Programa Bandera.

El fortalecimiento de esta especialidad en diferentes países del mundo ha surgido de mecanismos de presión de la comunidad y médicos generales como en el caso de los países anglosajones o por la expedición de normas concretas como las que se contemplan en los Reales Decretos expedidos en España sobre el tema.



Capítulo 2

Descripción de los mecanismos y condiciones por las que se han dado ajustes y reformas al programa

2.1 Programa Inicial

La propuesta inicial que realizó la Universidad El Bosque de un posgrado de Medicina Familiar tuvo como motivación la lectura de artículos de la Ley 100 en los que se hablaba como estrategia fundamental el abordaje de la familia como núcleo de intervención y reuniones promovidas por el entonces Ministerio de Salud y OPS-OMS.

Una de estas reuniones, realizada en la Universidad El Bosque en Julio de 1997, denominada “Recursos humanos para un programa de Medicina y Salud Familiar y Comunitaria. Seminario taller: Salud y Medicina Familiar y Comunitaria marco general y perspectivas”, plantea que se puede prever una política nacional orientada hacia el fomento de la salud, cantidad, calidad y eficiencia, conducente a una forma de trabajo fundamentada en la familia como núcleo estratégico para lograr el cambio. Se consideró que “más que un modelo de atención, esta política era una forma de pensamiento “cultura de servicios” que orienta la actuación de los que con el estamos comprometidos”. Ministerio de Salud. OPS-OMS. Recursos Humanos para una programa de Salud Familiar y Comunitaria. Seminario taller (1997).

El programa surgió del área de Medicina Comunitaria de la Universidad El Bosque, teniendo en cuenta la filosofía, misión, visión de la Universidad, particularmente los núcleos del proyecto educativo en los que se resalta: “la formación integral, la comunidad educativa, la interdisciplinariedad, la docencia, la investigación y el servicio, todos estos en función de la dinámica biopsicosocial y cultural del ser humano” y los programas específicos de pre-grado y posgrado en donde “la Universidad ha planteado modelos y estrategias educativas con énfasis en el paradigma biopsicosocial, la formación integral, respondiendo permanentemente a los cambios del sector salud y en general a las necesidades de formación de recurso humano en el país”, conservando que además de la preparación científica tengan una sensibilidad social, conocimiento de la comunidad, de sus problemas de salud y de sus factores socioeconómicos condicionantes, y gran mística y motivación por la medicina preventiva y la salud comunitaria. Ministerio de Salud. POS-OMS. Recursos Humanos para una programa de Salud Familiar y Comunitaria. Seminario taller (1997).

Dentro de la justificación para crear este posgrado se lee: “el proceso de enseñanza-aprendizaje en la facultad de medicina la Universidad El Bosque en su Área Comunitaria ha cumplido una labor integradora y este ha sido el mayor reto pedagógico y de investigación de la Universidad;

romper en la práctica con un paradigma dualista, mecanicista y biomédico iniciado siglos atrás, tarea en la que ha sido abanderada a nivel mundial la Medicina Familiar”. Se consideró importante desarrollar un modelo de médico generalista en los últimos semestres que le permitiera al estudiante apropiarse más de un modelo biopsicosocial. Con la modalidad que inicio en el año de internado que inicialmente se denominó “Modalidad Residencia Modificada”, se consideró que se podría complementar la formación del médico de la Universidad El Bosque, en una especialidad que compartía su misma visión filosófica que le daba mayor profundidad y mayor capacidad para aplicar este modelo integral. Rodríguez, MA (1998). Esta modalidad se pensó, dado el bajo interés que existía por la especialidad en Colombia, reflejado en un bajo número de aspirantes para la modalidad clásica Uribe, J. (2010) y Rodríguez, MA (1998). Se consideró como una estrategia útil en términos de ahorro de tiempo para quienes tuvieran la vocación de seguir esta especialidad. Rodríguez, MA (2011).

En un principio la propuesta fue tan innovadora que se pensó como una alternativa viable para otras especialidades, de acuerdo a los Doctores Miguel Otero y Miguel Ruiz, esta sigue siendo una alternativa que se contempla y modificaciones curriculares en facultades como las que se proponen en la Universidad Nacional y la Universidad de los Andes con un currículo central que se puede profundizar por ejemplo en magister trabajando 2 años de investigación Otero, M (2010) y Ruiz, M, (2010), o internados que se hacen ya direccionados hacia una sola especialidad como ocurre en Estados Unidos Otero, M (2010). Sin embargo esta concepción no tenía la aprobación de todo el mundo y fue polémica por lo menos en un principio, como parte de las resistencias naturales y el desconocimiento de los procesos. Entrevista a Ruiz, M (2010) y Rodríguez, MA (2011)

La identificación de un sitio ideal de práctica requirió mirar diferentes posibilidades dentro de las que estaba centrarse en hospitales denominados universitarios de tercer o cuarto nivel o en hospitales de provincia en los que se espera se pueda tener más proyección hacia la comunidad Otero, M. (2010) y Rodríguez, MA (2011). Finalmente las características más apropiadas se encontraron en estos hospitales de provincia. Rodríguez M (1998 y 2011).

Para el momento que se inició el programa se calculaba el número aproximado de especialistas en Medicina Familiar en 120 para todo el país principalmente ubicados en el departamento del Valle, existían pocas posibilidades de ejercer el generalísimo y las alternativas eran: “ejercer en inferioridad de condiciones de preparación y salariales o

escoger otra especialidad”. Rodríguez, MA 1998. Aunque no se ha medido específicamente si estos internos tienen ventaja sobre otros que no hayan hecho este énfasis, hay una percepción de satisfacción dado que no hay reclamos a la facultad entre los que lo toman y las expresiones que han tenido varios médicos que tomaron el internado, aunque no continuaron con el programa.

Se tomó como un reto “aumentar el número de médicos con esta especialidad en Colombia para lograr tener una masa crítica con este enfoque que lleve a una transformación en la prestación de servicios en salud en nuestro medio”, como lo ocurrido en múltiples países del mundo. Rodríguez, MA (1998).

Como base en la justificación se tuvieron los informes globales sobre salud producidos por la OMS y el banco mundial donde se destaca que la mayoría de los países: “Poseen pocos proveedores de atención primaria y gran cantidad de especialistas entrenados en campos limitados” OMS-WONCA. “Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del médico de Familia. (1994). En Colombia según el Ministerio de Salud había detectado problemas en la formación de recursos humanos como son:

- } *“La existencia de una desarticulación entre el aparato formador y el sistema prestatario de servicios que lleva al personal de salud a tener poca capacidad de resolución de problemas en relación con los encontrados en la práctica cotidiana”.*
- } *“Inadecuación e imprecisión de roles, especialmente para la atención básica con fragmentación del trabajo que repercute en la coordinación, supervisión, eficiencia y costo de servicio”.*
- } *“Actual énfasis en la formación de especialistas en áreas clínicas quirúrgicas, con crecimiento arbitrario y desarrollo errático de estos especialistas, acompañado de poca motivación para la medicina general y familiar”* Ministerio de Protección Social. Los recursos Humanos en Salud y el Sistema de Seguridad Social en Salud. (1995).

Como propuestas a esta problemática El Ministerio entre otras proponía “fortalecer la integración, docencia, servicios en los niveles básicos de atención para contribuir a su desarrollo”. Ministerio de Protección Social. Los recursos Humanos en Salud y el Sistema de Seguridad Social en Salud. (1995).

Ya era reconocido que en múltiples países del mundo la existencia de la especialidad para “producir médicos generalistas correctamente capacitados para proveer una atención de la salud comprensiva, continua y calificada, con base en la comunidad”, Rodríguez, MA, (1998), de acuerdo al informe de la WONCA del año 1994, un alto número de médicos generales no tiene esta oportunidad “en consecuencia la mayoría de médicos que ejercen el generalismo carecen de un entrenamiento formal en un conjunto comprensivo de habilidades para la atención primaria” OMS-WONCA. “Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del médico de Familia. (1994).

De acuerdo a este mismo informe, los servicios en que deben ser competentes estos profesionales en atención primaria incluyen:

- } *Promoción de la salud y prevención de las enfermedades (ej. inmunizaciones, tamizaje, consejería en salud).*
- } *Evaluación en síntomas y signos físicos comunes*
- } *Manejo de condiciones agudas y crónicas prevalentes*
- } *Identificación de otros servicios útiles a cargo de proveedores más especializados, para interconsulta y derivación apropiada.*

En este documento se considera que, como regla general, los médicos familiares pueden diagnosticar y tratar eficazmente más del 90% de los problemas vistos en la población y se resalta el impacto que puede tener para un sistema de salud la organización de servicios de tal forma en que este sea la puerta de entrada del sistema con las ventajas que da la continuidad y la integralidad. OMS-WONCA. “Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del médico de Familia. (1994).

Dentro de este marco e interés se plantearon los objetivos para el programa del programa de la siguiente forma:

1. OBJETIVO GENERAL

Formar especialistas en medicina que estén en capacidad de proveer cuidado continuo, general y personalizado a los pacientes de todas las edades, teniendo presente el contexto social, laboral y familiar en que se desenvuelven los individuos, independientemente de la presencia o ausencia de enfermedad o la naturaleza del problema de salud con que se presenten. Estos

deben ser competentes y aceptar la responsabilidad de trabajar por mantener su salud a través de una relación íntima y confidencial, seleccionando al interconsultor adecuado para el cuidado y coordinando los esfuerzos de otros profesionales de la salud que comparten el cuidado del individuo y la familia.

2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Desarrollar habilidades destrezas y conocimientos que permitan comprender e intervenir en el proceso salud enfermedad de los individuos, familias y comunidades sujetos de su atención.

Aportar el espacio que permita al médico integrar conocimientos biomédicos, psicológicos, sociales y culturales para un abordaje integral de los problemas más frecuentes en los sujetos de su atención.

Promover el trabajo interdisciplinario en los escenarios de práctica para mejorar la oferta de servicios de salud de los afiliados y sus familias.

Generar una actitud crítica, de análisis y de reflexión que posibilite la permanente formulación de problemas como sustrato de su formación.

Ampliar, profundizar y complementar los conocimientos adquiridos en el pregrado, enfatizando en actividades de promoción y prevención. Rodríguez, MA (1998).

El esquema curricular para implementarlo se resume en tres ejes iniciales que se pueden ver en el cuadro 1:

	Internado	Rural	Tercer año
Profundización clínica orientada hacia el cuidado primario	Seminarios revisiones teóricas y trabajos de investigación desde la metodología en resolución de problemas		
Fundamentación integradora	Módulos de salud familiar y comunitaria Seminario situacional teórico, práctico y crítico		
Desarrollo de habilidades clínicas	Centros de práctica principalmente ambulatorias con algunas rotaciones hospitalarias en niveles ii y iii		

La profundización clínica tiene en cuenta las situaciones de salud de mayor prevalencia en los diferentes niveles de prevención: la metodología utiliza el enfoque por problemas.

› CUADRO 1. Especialización en Medicina Familiar. Modalidad modificada

Este desarrollo se explica de la siguiente forma:

El currículo se desarrollará teniendo tres ejes a lo largo del desarrollo del posgrado:

} **Profundización clínica orientada hacia el cuidado primario.** En este eje se realizarán seminarios, revisiones

teóricas y trabajos de investigación sobre problemas de salud prevalentes, enfocados por ciclos vitales y con el enfoque metodológico de resolución por problemas.

} **Fundamentación integradora.** *En este eje se recibe el apoyo del posgrado de salud familiar y comunitaria durante el primer año, además semanalmente se desarrollará un seminario situacional teórico-práctico y crítico, que tendrá como base casos traídos por los estudiantes para analizarlos y ampliar la mirada integral que se tenga sobre estos.*

} **Desarrollo de habilidades clínicas.** *Se realiza en centros de práctica ambulatorios, con algunas rotaciones hospitalarias. En esta práctica se atiende consulta general en todos los ciclos vitales, teniendo apoyo de interconsultoría de diferentes especialidades.*

El conocimiento y las destrezas adquiridas por el médico, deben orientarse hacia la solución de los problemas de su práctica cotidiana.

El posgrado de Medicina Familiar en la modalidad modificada, el año de internado y el año rural, son parte del proceso formativo, aportando los contenidos requeridos para el primer y segundo año, se tiene un año adicional con el que se completa el contenido curricular de tres años para la especialidad; la modalidad por extensión, que se desarrollará posteriormente, está dirigida a médicos en ejercicio y tendrá como base los módulos diseñados para la versión modificada, la acreditación dependerá del tiempo y capacidad para desarrollar estos módulos, de un tiempo mínimo que dedique a la práctica y al desarrollo del seminario situacional Rodríguez, MA (1998).

En el eje de profundización clínica orientada hacia el cuidado primario, los temas tuvieron una distribución por ciclo vital, para el año de internado incluyeron al niño y al adulto joven y maduro en el segundo año que era el servicio social obligatorio, se revisaban los temas del adolescente y del adulto mayor. Tercer año en el planteamiento inicial era un año de repaso. Rodríguez, MA (1998).

2.1.1 Primer año

Como un programa apoyado por la especialización de salud familiar los internos participaron los viernes y los sábados cada 15 días de los módulos de esta especialidad. Estos módulos comprendían:

} **Cultura salud y familia**

} **Bioética y salud**

} *Comunicación salud y complejidad*

} *Epidemiología comunidad y programas de salud familiar*

} *Gestión de la salud familiar*

} *Políticas públicas de salud*. Rodríguez, MA (1998).

Estos complementaron los temas específicos de fundamentación que se revisaron en los lugares de práctica con los tutores asignados.

Aunque en la filosofía de formación integral de la Universidad El Bosque, dar continuidad a la formación médica con un año de internado que mantuviera el énfasis en el enfoque Biopsicosocial, era coherente curricularmente, se requería una sustentación que diferenciara el internado con énfasis en Medicina Familiar y los otros programas tradicionales del internado. Rodríguez, MA (2011). El internado clásico de la Universidad El Bosque denominado “Año de Práctica Clínica Integral” tenía una secuencia de rotaciones por las especialidades básicas, que se hace en su mayoría por hospitales de tercer nivel y en el que no se enfatiza sobre problemas prevalentes de salud; las características del internado con énfasis en Medicina Familiar incluían que tuvieran un gran porcentaje de desarrollo en un solo lugar de rotación, que las oportunidades prácticas se dieran en diferentes servicios o campos que contribuyeran a lograr la integralidad y continuidad de la atención, que estuviera articulado a los conceptos del generalismo, que tuviera un esquema curricular definido y acompañamiento de tutorías. La organización de las prácticas en particular de la consulta externa debía corresponder a características del ejercicio profesional del generalismo. Rodríguez, MA (2011).

El planteamiento inicial del eje de profundización de las habilidades clínicas pretendía hacer un énfasis importante en la práctica ambulatoria fue imposible adecuar este propósito a las necesidades de los hospitales en la que los internos no eran “útiles” en este papel, el doble rol de “interno-residente” no era habitual y por ello no era comprendido. Rodríguez, MA (1998).

Las condiciones para encontrar estos sitios de práctica ideales no se dieron en Bogotá, donde las instituciones sanitarias distritales se habían descentralizado y no integraban la prestación de los diferentes niveles de atención. En las provincias de Ubaté y Zipaquirá, parecía darse las condiciones necesarias. Para sacar adelante esta iniciativa se requirió realizar conversaciones con la Secretaria de salud de Cundinamarca, los Hospitales de cabecera de Zipaquirá, Ubaté, Facatativá y La Vega. Rodríguez, MA (1998).

El lugar de práctica idealmente debe ofrecer múltiples posibilidades en primer nivel, segundo nivel, práctica ambulatoria y hospitalaria promoción prevención y resolución de problemas o motivos de consulta prevalentes en salud. Esta fue la intención inicial y muchos de ellos se lograron en los sitios iniciales de práctica. Rodríguez, MA (1998) Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010). Entrevista a Burbano, A. et al (2010). Entrevista Torrez, G et al (2010). Entrevista a López, JL et al (2010), Entrevista a Escallón, J et al. (2010), Casallas, MA y Garzón, AP (2010). Las primeras experiencias que se tuvieron para la práctica incluyeron centros con hospitalizaciones manejadas por especialidades (Zipaquirá-Facatativá) y centros de práctica que debían enfrentar en ocasiones patologías complejas que eran manejados por médicos generales (La Vega). Dentro de estas experiencias se llegó hasta participar en comités de promoción y prevención dentro del Plan de atención básica y en la capacitación de promotoras de salud. El encuentro con la comunidad en diferentes ámbitos confrontó lo planteado en el papel y requirió un proceso de adaptación acerca de cómo responder a esta problemática. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), Entrevista a Burbano, A et al (2010).

En Junio de 1998, se inició con un grupo de 11 internos, en el eje de desarrollo de habilidades clínicas realizaban rotaciones de 1 mes por cada una de las especialidades básicas (medicina interna, cirugía, pediatría y ginecoobstetricia), 4 meses por una práctica ambulatoria en la consulta de Medicina Familiar y 4 meses en el hospital San Antonio de La Vega un hospital de segundo nivel; la consulta de Medicina Familiar que realizaban en los hospitales estaban a cargo de especialistas en Medicina Familiar contratados directamente por la Universidad El Bosque, Entrevista a Burbano, A et al (2010), con quienes desarrollaban los temas seleccionados para la profundización clínica orientada hacia el cuidado primario, estos apoyaron el eje de fundamentación a través de los casos clínicos revisados. El eje de fundamentación se desarrolló a través de los módulos de salud familiar.

Desde la visión de los tutores iniciales, el desconocimiento en los dos sitios del papel del médico familiar era total; en Zipaquirá predominaba la atención por médicos especialistas, mientras que en La Vega predominaba la atención por médicos generales “Tanto los médicos generales veían una competencia en los médicos familiares sin saber lo que realmente los diferenciaba de ellos, en Zipaquirá los especialistas también veían personas como médicos generales con ínfulas de especialistas”. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

En esta situación las tutorías fueron trascendentales a unos internos que no tenían del todo claro cuál era el rol que

iban a jugar y surgían preguntas como: “¿soy médico familiar, pero eso que es?, ¿soy un médico general plus? ¿O soy un especialista en qué?” Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

El desconocimiento de la especialidad en Medicina Familiar con un paradigma diferente al que se encuentra usualmente en nuestros hospitales y centros de prestación de servicios hace que cada vez que se ingrese a un nuevo sitio se deba invertir un esfuerzo importante en posicionarse dentro del quehacer del médico familiar. En este papel es indispensable el papel que juegan los estudiantes de la especialidad y el rol que juegan los tutores docentes por las crisis que esto genera. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), Entrevista a Burbano, A et al (2010). Luego de un tiempo en la medida que los estudiantes, residentes y médicos familiares se dan a conocer diferentes especialidades les asignan un rol, estas experiencias son gratificantes Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), Entrevista a Burbano, A et al (2010). También en la medida que se identificaba que el médico familiar podía atender diferentes problemas tradicionalmente contemplados dentro de otras especialidades generaba rechazo al sentirlo como competencia. (Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Este primer grupo de internos en su mayoría, se vio identificado con la propuesta que hacia Medicina Familiar y muchos de ellos han abierto diferentes espacios laborales en Bogotá.

Los docentes iniciales tenía formaciones de escuelas distintas (Universidad El Valle y Universidad Javeriana) y personalidades distintas, se tenía reuniones previas a iniciar en los lugares de prácticas en que se discutía a profundidad lo que se quería desarrollar y la evolución del programa, para llegar con algo concreto ante los estudiantes; el Doctor Alberto Lineros relata *“eso fue importante porque hasta donde yo recuerdo nunca tuvimos un desacuerdo, porque cuando ya empezamos la marcha ya todo lo habíamos discutido y fueron discusiones duras en las que se llegaban a consensos”*. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010). El Doctor Mauricio Ulloa complementa *“es algo que yo recuerdo con mucho cariño porque nos reuníamos a construir cosas, a construir un sueño, que hoy en día pues es toda una realidad y eso exigía que también debía estar a la altura de lo que se debía hacer y eso hizo exigirme en esos primeros meses”*. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

La realidad con que se encontraron estos primeros tutores hizo que se replantearan muchos de los conceptos que se habían planeado desde lo teórico, *“yo creo que no es lo mismo montar un posgrado de pediatría o medicina interna donde existe estándares desde hace muchos años de cómo se*

debe hacer, a montar Medicina Familiar, que tiene muchas cosas que no se han definido, llegar a sitios donde no se sabía que íbamos a hacer” Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), el choque de la teoría la realidad y la dinámica del mismo sistema generaron cambios constantes.

La primera promoción del año 2001 recuerda que a medida que fueron conociendo el programa fueron mejorando su motivación en el momento que veían que se fortalecían en la parte clínica y paralelamente veían herramientas relacionadas con la gestión.

Por ejemplo el Doctor Burbano relata

“Viéndolo retrospectivamente yo pienso que lo mejor que me pudo haber pasado cuando inicie el rural fue haber hecho el internado con Medicina Familiar, por todo lo que se hizo desde el punto de vista académico que iba orientado a lo que siempre Ulloa y los docentes nos decían: la parte prevalerte, cierto? y como el contacto con el paciente que alcanzamos a tener en el internado,... pero yo pienso que el internado si fue una fortaleza mirando desde ese punto de vista ... particularmente en la rotaciones de internado hubo rotaciones muy buenas, por ejemplo la rotación con el Dr. Villamil de Dermatología fue excelente, o sea de esas, eso nunca se me olvida porque en el rural llegaban cualquier cantidad de cosas de Dermatología, Medicina Interna fue muy chévere si con todos los docentes específicamente con Ardila si, muy buena, yo lo vi, hace poquito me lo encontré y muy bien, otorrino, o sea habían rotaciones buenas, habían otras malas y pienso que en la Especialidad siempre seguirán siendo mal evaluadas como Cirugía,... en la Vega yo pienso que allá como yo ya había rotado por Zipaquirá, o sea yo termine el internado en la Vega, ya tenía como más cancha en muchas cosas entonces llegue allá a aplicar todo lo que sabía, ya había estado con Ulloa, con Lineros, entonces uno como que se sentía más fresco y realmente uno si veía que había aprendido mucho y se sentía la diferencia no, y bueno vamos a ver el hipertenso, el diabético y uno ya no se sentía con tanto miedo. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Otros docentes que posteriormente participaron en las tutorías fueron los Doctores: Mónica Jaramillo, Silvia Mora e Iván de la Hoz, egresados del programa de la Universidad Javeriana. Entrevista a Burbano, A et al (2010), Actas convenio docencia servicio Hospital de Facatativá.

Con respecto a la rotación inicial en Zipaquirá una de las fortalezas que se tenía era la posibilidad de realizar consulta de Medicina Familiar en las tardes cuando

quedaban tiempos libres de las rotaciones con especialidades. El Doctor Ulloa resume la experiencia del internado de la siguiente manera:

Lo que yo recuerdo el Programa arranco en julio de 1998 y en esa época lo que se había planteado era que habían unas actividades asistenciales y unas actividades académicas, eh básicamente pensamos en dos sitios de práctica que eran el Hospital de la Vega y el Hospital de Zipaquirá, normalmente eh el planteamiento incluía una innovación con respecto a los Posgrados que conocíamos hasta el momento y era que el año de internado eh que tal vez la primera experiencia a ese nivel de poder validar el año de internado como primer año de residencia del Programa, obviamente pues esto fue una propuesta que aun sucinta mucha controversia pero que creo que los resultados que se han ido dando pues eh nos muestra que realmente si, si cabía y que si era posible hacer un Posgrado de buena calidad incluyendo es innovación de esos primeros, de primer año que se hacía con el internado por qué arrancamos básicamente con internos; ellos tenían una rotación de 8 meses en el Hospital de Zipaquirá y cuatro meses en el Hospital de la Vega y básicamente lo que se buscaba en que Zipaquirá tuvieran acceso a hacer sus rotaciones como internos en las diversas especialidades en un hospital de segundo nivel como era el Hospital de Zipaquirá y empezar a tener acceso a una consulta de Medicina Familiar que pues que era llevada por un docente del programa, mientras que en el Hospital de la Vega tenían un acceso a manejar patologías un hospital de primer nivel, pero a donde tenían acceso a la parte de urgencias, a la parte de consulta de Medicina Familiar y también veían parte de hospitalización de primer nivel, lo cual no parecía en ese momento que complementaba lo que buscábamos en ese momento, que era una visión de primer o y segundo nivel, hablando de complejidad y poder tener acceso a información proveniente de las diferentes especialidades.

Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

En algún momento se aumentó el número de interesados en el programa y se tuvieron 2 experiencias paralelas, Urrego, Javier et al (2010), el grupo de Facatativá y el Grupo de Zipaquirá con tutores diferentes, este paralelo origino competencia entre los dos grupos. Actas Comité docente Zipaquirá 2002. El Hospital de Facatativá sufrió una crisis y los internos ubicados en este centro debieron ser ubicados un tiempo en el Hospital Simón Bolívar.

Posteriormente se requirieron conversaciones con otros municipios para la implementación de la fase de Servicio Social Obligatorio. Rodríguez, MA (2011).

2.1.2 Servicio social obligatorio

El segundo año se incluía una práctica en escenarios reales en la que los residentes eran contratados por los municipios que estaban involucrados. Las conversaciones iniciales se dieron con Secretario de Salud de Cundinamarca de ese entonces el Doctor Oscar Mayorga y posteriormente con el subsecretario de salud Pública Doctor Juan José Muñoz, ambos egresados de la Universidad El Bosque en la misma promoción que el director del posgrado. Esto facilitó los acuerdos hechos para la consecución de las plazas solicitadas. No se encontró una forma en que se pudiera formalizar este esquema ya que no encajaba en los esquemas docente asistencial. El interés que generó en estos funcionarios la posibilidad de desarrollar un modelo coherente con la atención primaria y beneficio para la comunidad permitió que se diera el aval de la Secretaría para conversar con las alcaldías y los hospitales locales en donde se fueron consiguiendo las plazas requeridas.

La estructura básica estaba dada por esta experiencia laboral apoyada por módulos de terapia de familia, de geriatría y adolescentes que se hacían cada 15 días, las visitas de los tutores con revisión de temas específicos predefinidos que se realizaban una o dos veces por semana y los módulos de gestión. Los ejes continuaban siendo los mismos.

El paso del internado al servicio social obligatorio implicó un cambio importante de un esquema en el que el acompañamiento era continuo de un grupo concentrado de estudiantes a un grupo disperso de estudiantes en diferentes Municipios de Cundinamarca esto implicó un mayor esfuerzo y tiempo de los tutores en desplazamientos y de encontrarse con diferentes situaciones; para los residentes significó que debían trabajar más en implementar lo aprendido, y los tiempos estaban dirigidos a aprender a aprender de acuerdo a las situaciones que se enfrentaban. Existieron múltiples situaciones individuales, buenas y malas, que constituyen una experiencia importante para la formación dentro del servicio social obligatorio Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), Entrevista a Burbano, A et al (2010).

El Doctor Lineros relata:

Nosotros tuvimos rurales o yo rurales en la Vega, Nocaima y San Francisco, realmente esos fueron mis sitios, igual que como lo dice Mauricio desafortunadamente teníamos siempre el miedo de que el Director del Hospital que estuviera encargado abría como unas puertas del Programa y la parte política también jugó mucho ahí porque era el Alcalde si estaba de acuerdo o no con el Programa y si era amigo o no de alguien, entonces él nos permitía entrar más o menos en todas las instancias, entonces creo que si esto fue una acti-

vidad grandota que se presentó pero digamos que a pesar de eso los muchachos en su año de rural se sostuvieron, se mantenían y fueron capaces de sortear esto, yo creo que además hay una ganancia adicional del programa y es que el muchacho logra una madurez no solo desde el punto de vista clínico sino una madurez como persona por qué tener que saber sortear este tipo de cosas no es fácil y siempre llegaba uno a asesorarlos y estaba la angustia que le dijeron, que hicieron, que están comentando y crea aprendiendo a sortear y manejar los temas y yo creo ellos son hoy y lo que tuvieron que vivir en ese momento, yo creo que eso también es importante, no solamente la parte clínica sino el desarrollo de su personalidad. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Desde el servicio social obligatorio iniciaron a notar, que el sistema y el esquema de niveles los limitaba en la medida que iban aprendiendo nuevas cosas durante su formación en este programa; lo implementado durante el internado le hacía sentir una ventaja para enfrentarse a situaciones prevalentes y teniendo más competencias al compararse con otros médicos que estuvieran fuera del programa. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), Entrevista a Burbano, A et al (2010). Estas diferentes experiencias con municipios u hospitales fueron identificadas como formadoras en forma retrospectiva, aunque para algunos les generó sensación de abandono. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), Entrevista a Burbano, A et al (2010). Al respecto relata el Doctor Augusto Herrera:

yo pienso que pasa lo que está pasando realmente ahorita, que las cuentas las glosaban y entonces no habían recursos porque teníamos una, todo estaba capitado para CAFAM era, nuestro centro era CAFAM, entonces cual era nuestro choque? el choque lo que se ve siempre nosotros somos primer nivel, pero que pasa nuestra educación es tratar de hacer cosas de segundo y tercer nivel y no ven la medicina como niveles si no ven la medicina lineal y que si yo puedo manejar esto, porque no manejo esto, y lo mando de una vez y no segundo y tercer y cuarto nivel y el paciente entonces el carrusel de la muerte si?, porque la idea era ver eso, entonces ahí uno le tocaba pues acatarse y tratar de manejar lo que pudiera, pues en el primer nivel, eso en parte los limitaba porque uno dice: bueno si fuera un rural en un sitio donde pudiera uno tener más apoyo, uno pudiera aprender más, porque yo digo, ya estoy haciendo rural pero tengo al segundo, tercer, cuarto, quinto nivel donde este paciente, yo pienso que le puedo hacer esto y el especialista de una vez me dice mire hágale esto, podemos aprovecharlo más, pero también aprendemos de esas limitaciones Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Estas mismas experiencias generaban cuestionamientos sobre la necesidad de conocer sobre gestión, tenían un apoyo modular, la relación entre este módulo y las experiencias vividas tiene diferentes opiniones Entrevista a Burbano, A et al (2010), Rodríguez, MA (2011).

Un egresado piensa:

Yo creo que se nos había olvidado una parte y es todo lo de Gestión que también recibimos en esa, en la residencia que estaba a cargo del Doctor Hugo Cárdenas y del Doctor Castellanos, aunque si realmente nos cuestionamos porque no era como lo ideal, lo que, o sea el módulo de Gestión no fue como lo que realmente no sirvió a nosotros para ponerlo en práctica en su totalidad, siempre fue algo más, no sé cómo describirlo, como mas, ciertos temas realmente finalmente nunca se lograron colocar en práctica y que no se vieron la utilidad. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Mientras para la Doctora Diana Contreras:

Mi experiencia en el rural, yo creo que fue de lo mejor, una experiencia muy enriquecedora, yo tuve la oportunidad además de hacer toda la parte clínica de ser la Directora del Centro de Salud y tenía que estar en contacto con la Alcaldía con el Hospital, afortunadamente teníamos asesoría también en muchas cosas porque y en Salud Familiar tuvimos un módulo de Gestión que creo que fue el que más nos sirvió realmente y nos apoyó, además era la oportunidad de la clínica uno solo, era el único médico que estaba, de noche hacia turnos sola pero teníamos la posibilidad de discutirlo con los otros compañeros o con los docentes, entonces creo que fue un rural además académico que pocas personas lo tienen. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Se identificaron también contradicciones en el sistema, de acuerdo a la contratación que tuvieran los hospitales y la conveniencia o inconveniencia de un médico con mayor capacidad resolutive y mayor énfasis en la clínica; al respecto relata el Doctor Ulloa:

yo recuerdo por ejemplo en un municipio específicamente donde estuvieron Caty y Tuto, cerca de Ubaté en Guachetá el Hospital tenía una contratación por evento, para las Urgencias y llegaron a tal punto que contrataron una Bacterióloga para que fuera los domingos a hacer laboratorio, entonces cuando el rural de Medicina Familiar estaba en turno el fin de semana, era un problema porque la solicitud de laboratorio se iba al piso y entonces obviamente al Gerente del Hospital no le servía ese rural porque le estaba dando perdidas, estaba pagando una Bacterióloga para que le produjera ganancias con los laboratorios y resulta que no había casi solicitud de laboratorios porque pues obviamente miraban de otra forma hasta donde se deberían pedir esa parte, entonces una de las cosas que empezamos a ver en diferentes sitios de práctica es que lo que nosotros proponíamos no se ajustaban a los convenios que tenían los hospitales. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Sin embargo hubo sitios donde se llegó a tener una experiencia bastante afortunadas, una de esas fue Nemocón, la Vega donde siguió funcionando los rurales y posteriormente a allá iban los internos y rurales en Zipaquirá, tuvimos también rurales

y toda el área de Ubaté y todos los Municipios ahí cercanos: Lenguazaque y Carmen de Carupá, que recuerdo ahora esos, pues fue como fueron los fortines digamos de nuestros rurales
Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Este año formativo ha sido el más polémico y el que ha tenido más divergencia respecto a la conveniencia de tenerlo como parte de la especialidad. Por un lado la experiencia de acuerdo al sitio que se consiguiera podía ser muy enriquecedora, presentándose gran variabilidad de posibilidades, por otro requería de mucha fortaleza en autoformación por que los esquemas de acompañamiento y supervisión resultaban costosos y dispendiosos, así no tenían tanta presencia continua docente era más apoyo a distancia y generaban en algunos casos el sentimiento de abandono. De cierta forma el año de internado los preparó para afrontar esta experiencia.

Era un tema complicado porque la dedicación que podíamos hacer a los residentes pues no era la misma que tenían cuando estaban de internos, entonces a veces eso exigía un trabajo académico residente extra, porque no iba a tener la misma supervisión y de alguna forma se verán sometidos a que cuando ellos llegaban al rural ya no solo eran residentes del Programa sino que eran empleados del Municipio, del Hospital donde estuvieran, tenían que ceñirse mucho a lo que allá exigían, entonces poder integrar las exigencias del rural con las exigencias académica, pues no siempre era fácil y también venían los problemas coyunturales en que si cambian el Gerente de un Hospital, entonces dependiendo de ese Gerente le gustaba o no le gustaba el enfoque de Medicina Familiar, teníamos que llegar a renegociar muchas cosas, ahí yo creo que el Dr. Castellanos fue ayuda muy importante porque yo creo una de las habilidades que él tiene es que fue un excelente vendedor del Programa y de hecho siempre ha sido un excelente vendedor de Medicina Familiar en el país, creo que eso abrió muchos campos sin embargo era el año que más nos traía problemas, dolores de cabeza porque teníamos que ver con esas coyunturas en cada Municipio y por otro lado la parte académica pues corría mucho más por el residente que de las actividades que pudieran tener, aunque se mantenían unas actividades que era un viernes cada 15 días que realmente era tocaba ahí hacer muchas actividades para recuperar este tiempo, pero la mayor parte corría por parte del Residente en su sitio de práctica. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

El Doctor Valderrama expresa:

Yo sí puedo decir que no tuve ningún acompañamiento en el rural de docente... tuve muchísimos problemas porque yo era el rural de la alcaldía y yo dependía, mi jefe inmediato era el alcalde no era ni siquiera el Director del centro, entonces cuando yo iba a pedir permiso para venir a clases era un problema, tuve problema con el envío de trabajos,

tuve problemas con los exámenes finales y nunca sentí un apoyo del Posgrado en eso, pese a que pues se suponía que uno debería tener todo un año ese seguimiento y esa asesoría. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

La Doctora Castellanos refiere:

Pues una, con respecto al segundo año, yo creo que, es que nosotros todos, bueno cada uno de nosotros tuvo una experiencia que muy posiblemente era consecuencia de lo que vivíamos y era confrontar algo que no sabíamos a lo que íbamos, entonces cada persona vivió en su rural y cada circunstancia con respecto a lo que obviamente la situación de su Hospital... nosotros teníamos un Gerente del Hospital, lo otro que nos marcó, yo creo que marco mucho nuestro desarrollo y tal vez creo eso hizo que tuviéramos esta línea no sé cómo decirlo si nos formó o no nos formó, pero que tuviéramos esa visión administrativa, es que nosotros vivimos todo el proceso de la Ley 100 durante el pregrado y nos tuvimos que salir a confrontar con la Ley 100 y no sabíamos o sea eso era, yo me acuerdo mucho que en módulo de Gestión nos pusieron a analizar la Ley 100, se acuerdan? y era , todo el mundo en esa época era la Ley 100 era terrible, era pues obviamente lo peor y nos pusieron a analizarla y pues llegamos a la conclusión que era muy buena pero que eran las circunstancias, que era la situación socio política - económica del país, bueno una cantidad de cosas que eso nos hizo como realmente un poco aterrizar y cada uno en su contexto y cada uno en su escenario tenía que buscar las herramientas, tenía que buscar las cosas que estaba aprendiendo y que obviamente empezaba a descubrir en cada uno la predilección por el lado que le gustaba, porque indudablemente entre nosotros habían más clínicos, habían otros más administrativos, habían otros que les gustaba más el lado preventivo... finalmente el mejor evaluador de la calidad del servicio es tu paciente, entonces en eso nosotros veíamos que si teníamos herramientas, veíamos a pesar de que el médico rural de nosotros tenía dos años de haber estado allá de rural... enfocábamos los pacientes diferentes o les proponíamos otras cosas, entonces eso a uno lo fortalecía y yo creo que eso era lo que le decía, ¡esto vale la pena!, o sea no importa si teníamos a mí me fue muy bien en el rural, gracias a Dios, pero también teníamos dificultades con el apoyo por situaciones que vivían nuestros docentes. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Después de las plazas de servicio social en Cundinamarca a las que no se les pudo dar continuidad por cambios en la gobernación en las que la proyección de un programa de este tipo no fue comprendido, se tuvieron experiencias dentro de los servicios sociales obligatorios en otras zonas. Una de ellas de 6 meses cuya tutoría y seguimiento se hicieron a distancia, que dejó en claro que este tipo de experiencias no eran adecuadas con los

medios mínimos de comunicación existentes y otras en Bogotá que permitieron un mejor seguimiento.

Existen múltiples trabajos sobre experiencias en el SSO que se tuvieron entre los años 1999 y 2004 escritas por los residentes como parte de su trabajo de investigación dirigida a describir su experiencia y los aportes que podrían hacerse al sistema de salud, desde la Medicina Familiar, a partir de su visión como médicos familiares en formación. Entre las limitaciones importantes que encontraron se resaltan el sistema de información, la organización para la prestación de servicios. Se proponían formas de reorganización de los procesos que permitieran realizar la consulta de una forma más eficiente, como la organización de la historia clínica por problemas, mejorar las guías y protocolos de atención y la necesidad de lograr mecanismos de coordinación y la articulación funcional de las entidades que participan en la atención de la comunidad (Hospital, Municipio, Departamento). Rodríguez, MA (2011), Sánchez, M (2001), Castellanos, CI (2001), Contreras, DC (2001). Específicamente en plazas como Nemocón, San Francisco, La Vega entre otras se tuvo un trabajo con proyección comunitaria en el que se consiguió trabajar con promotoras de salud. Contreras, DC (2001) y particularmente en el Municipio de La Vega se articuló con un programa dirigido a un evento clínico específico como lo es la hipertensión arterial. Contreras, AV y Delgadillo, J (2001).

Hay dos trabajos en Cundinamarca que describen las limitaciones a las que se ven enfrentados los médicos rurales en términos de acceso a paraclínicos, medicamentos, oportunidad de las interconsultas (a veces por limitaciones en los planes de beneficios, en otras por las normas o por la misma capacidad clínica que se tuviera en el momento) y sobrecarga administrativa por falta de esta organización. Sánchez, M (2001), Castellanos, CI (2001). Muchas de las situaciones que se propone corregir, han tenido una normatividad específica en el sistema obligatorio de garantía de la calidad del sistema general de seguridad social en salud. Como ejemplo se puede mencionar la normatización para los lineamientos de las guías de atención (Decreto 2174 de 1996). En otros casos se ha optado por propuestas diferentes como es el caso de la historia clínica que no tiene actualmente una exigencia de organización por problemas.

Otra experiencia descrita en el año 2006, por estudiantes que se formaron en su internado en el Hospital Universitario Clínica San Rafael, en el servicio social obligatorio que se hizo en el Hospital del Sur, está relacionada con la implementación de un programa de Atención Primaria en Bogotá denominado Salud a Su Hogar que se dio durante la administración de Luis Eduardo Garzón como alcalde de Bogotá.

En este las promotoras recogen información con tarjetas de forma similar a los trabajos de promotoras rurales que realizan diagnósticos a través de tarjetas con variables que sirven para indicadores específicos; Una diferencia importante con otros programas radica en que se acompañó de un sistema de inducción de la demanda de salud de acuerdo a los riesgos detectados. Para esta práctica el papel que jugaron estas residentes se dio como líderes de equipos de atención primaria que le implicaba labores clínicas y administrativas; una de ellas la Doctora Astrid Castillo describe:

Para mi esta experiencia fue muy valiosa y con la cual logre no solo un crecimiento profesional sino personal, al darme cuenta de lo que es ser una adecuada coordinadora y líder de un equipo en una estrategia como la de SASH (Salud a su hogar) donde tome de la mano varios recursos obtenidos durante mi formación como médico familiar como la integralidad, conceptos teóricos sobre atención primaria, patologías más prevalentes de la población, promoción y prevención de la salud y la enfermedad al igual que pude poner en práctica los principios establecidos para la formación como médicos familiares como son: horizontalidad, continuidad, integralidad y accesibilidad y liderazgo. Además el poder abordar los pacientes de una forma integral así como su propia familia y cada una de las problemáticas que los acoge fue una gran experiencia y en la cual logre poner en práctica muchos conocimientos aprendidos previamente. Es importante resaltar que el ser líder de un equipo me confirmó que como en toda relación de trabajo el respeto, la comprensión, la ayuda mutua y el trabajo en equipo son los verdaderos motores de que salga adelante un proyecto. Castillo, AA y Rodríguez, S (2008).

La Doctora Sandra Rodríguez refiere:

Al fortalecer mi conocimiento sobre el programa y con ayuda de las bases que tenía de fundamentación (es un área de la Medicina Familiar que vemos en primer año de residencia), una parte de esta es basada en mantenimiento de la salud por ciclos vitales individuales (recién nacido, lactante menor, lactante mayor, preescolar, escolar, adolescentes, adulto joven, adulto maduro, adulto mayor), lo cual me brindó herramientas para fomentar a las promotoras que no solamente canalizaran a los niños menores de 5 años a vacunación, sino también a mujeres en edad fértil para aplicación de vacuna Td (se cometía el error que la vacuna de Td era aplicada solamente para mujeres en gestación), además de vacunación de influenza y neumococo para la población en riesgo Castillo, AA y Rodríguez, S (2008).

Una tercera rural que tuvo una experiencia similar la Doctora Vanessa Vergara relata:

Mi experiencia como residente de II año del Posgrado de Medicina Familiar en la UBA 50 Mexicana del hospital del sur desempeñándome como medica SSO y coordinadora de los equipos 1 y 3 de SASH fue muy enriquecedora, no solo porque

era la primera vez que me desarrollaba como medica sino porque fue una plaza en donde pude poner en práctica todo lo que estaba aprendiendo en ese momento en el Posgrado, creo que el haber tenido tutorías semanales con un docente del Posgrado permitió que mi labor fuese más integral, con retroalimentación para aprender de lo que se necesitaba corregir.

Creo que el estar en el Posgrado hizo que tuviese ventaja sobre muchos de los médicos S.S.O que se encontraban trabajando conmigo en el hospital, de tal manera que tuve la oportunidad de iniciar el programa de crónicos en la UBA 50 Mexicana en donde no existía este espacio para dichos pacientes, un porcentaje de la población de pacientes que atendía en dicho lugar son crónicos y muchas veces se encontraban sin oportunidad ir a consulta por medicamento, no tenían muchas veces controladas sus cifras tensionales, no tenían claro cómo debían ser sus hábitos nutricionales, ejercicios, estilo de vida entre otros; hecho por el cual inicie la idea apoyada del director del programa de crónicos del Hospital del Sur.

El programa fue una gran ayuda para estos pacientes quienes se favorecieron con la oportunidad que se les ofreció, además fue una buena estrategia para tener controlados a los pacientes que también pertenecían a las familias de SASH, pero creo que lo que más destaca el desarrollo de lo que se realizó en la UBA fue el apoyo que tenía por parte de mis docentes, y la formación que he tenido en el transcurso de la especialización. Castillo, AA y Rodríguez, S (2008).

En este programa en el que ya había planteada una organización con equipos con unos objetivos específicos e indicadores específicos unidos a su formación previa se sintieron más eficientes y realizan aportes más puntuales de acuerdo a déficit concretos que encontraron.

En general con ayuda de la auxiliar de enfermería y las promotoras se priorizó la vacunación de los niños menores de 5 años obteniendo el 100% en el mes de enero 2007... Posteriormente se reforzó en las promotoras la canalización de mujeres mayores de 50 años para realizar tamizaje de cáncer de seno por medio de la solicitud de mamografía realizada por el médico... Se recordó a las promotoras las edades para realizar tamizaje visual, colocación de sellantes, citología, planificación (es importante aclarar que la ficha de caracterización no tiene este último ítem), crecimiento y desarrollo, detección de las alteraciones del adulto joven, detección de las alteraciones del adulto maduro, con el fin de ser canalizados y poder realizar estas actividades. Castillo, AA y Rodríguez, S (2008).

En este hacen una descripción detallada acerca de cómo tienen elementos que facilitan la aproximación integral clínica administrativa, fundamentada e investigativa como desarrollo de las competencias profundizadas en el posgrado.

También relatan algunas dificultades que aún hoy son parte de la discusión de fondo acerca de eficiencia y cobertura de nuestro sistema de salud:

Una de las grandes fortalezas para la comunidad de pertenecer a SASH era que se estableció un horario preferencial para ellos y los casos priorizados los veía como un extra o realizaba visita domiciliaria, en los casos que se presentaban problemas de aseguramiento una de las promotoras que tenía conocimiento sobre esto les ayudaba, aunque en muchas ocasiones seguían las barreras de acceso para el usuario ya sea porque no pertenecen a esa IPS o porque eran de una EPS o porque no aparecían en sistema. Castillo, AA y Rodríguez, S (2008).

Tienen en común con los trabajos realizados en Cundinamarca, que persisten debilidades en el sistema de información ahora ya más concretas como indicadores no claros, déficit en el diligenciamiento de las tarjetas, dificultades cruces con otras bases de datos, problemas de acceso a los servicios por las dificultades de articulación entre el aseguramiento que es por afiliación y la territorialización que es geográfica. Un problema común que se hizo más evidente en este esquema fueron las limitantes administrativas inicialmente para atender a personas que se detectaban con riesgos pero no pertenecían a una aseguradora que contratara al hospital o que podían requerir para su seguimiento paraclínicos de otro nivel por lo tanto debían ser referidos.

La mayoría de estas experiencias hacen evidente la fuerte interrelación entre la filosofía de la atención primaria en salud, la filosofía planteada por la Universidad El Bosque y la filosofía de la Medicina Familiar, todas tienen la concepción de la atención primaria en salud como trasfondo y aunque se vislumbra todo el concepto de determinantes de la salud e intersectorialidad es claro que la intervención directa del médico familiar está más relacionada con la organización y la prestación de servicios.

Las propuestas dirigidas a una mejor organización de servicios y mejora de la capacidad resolutive nunca se concretaron para entidades públicas de Cundinamarca o Bogotá; los egresados las han podido concretar parcial o totalmente en el momento que han tenido cargos sin las limitaciones administrativas que se ven en hospitales públicos de primer nivel y más cuando tienen algún poder administrativo en EPSs o IPSs (Nueva EPS, SANITAS, Médicos Asociados, CAFAM) y han mostrado resultados cuando disponen de sistemas de información que permiten evaluar los beneficios (sociales y económicos). Sala temática salud familiar (2010). En términos generales las propuestas que tenían una proyección comunitaria no han tenido cabida ya que

los egresados que se han vinculado a entidades públicas son escasos y su principal función es mejorar la capacidad resolutoria de los médicos generales siendo un primer interconsultor en el área ambulatoria, principalmente para atención de patologías crónicas.

Otros conceptos relacionados con experiencias vividas por parte de los egresados en el SSO hacen referencia a la puesta en práctica de los conocimientos adquiridos durante la formación en ese primer año de residencia con énfasis en el internado vs la formación del pregrado sin el énfasis en la misma como lo contempla el Doctor Mario Casallas en su entrevista:

Bueno yo estuve en Cota, hacia consulta de medicina general y hacia urgencias, retrospectivamente veo mi rural como un año difícil de poca participación médica, claro en la medida que va avanzando en el Posgrado, va aprendiendo, va entendiendo, va estudiando y cuando va en retrospectiva pues en el rural hubiera podido desempeñarse muchísimo mejor, no pienso que hubiera sido un espacio académico ideal, realmente era un espacio académico que se perdía, entonces había días en donde yo tenía consulta programada cada 20 minutos y pues con mi docente al lado y entre paciente y paciente ella miraba mi desempeño con los pacientes, me preguntaba, me hacía preguntas, bueno con la revisión de temas, era realmente una pesadilla, muchas veces no nos quedaba tiempo o si yo estaba atendiendo en ese momento prioritarias, pues veía las prioritarias y si llegaba el accidentado pues me tocaba sentarme a suturar heridas eso no funcionaba, funcionaba más porque me dejaban muchas tareas, lo vivía con tareas, tareas y tareas, entonces digamos que el auto aprendizaje fue interesante en ese momento, pero viéndolo bien fue un año difícil, fue un año complicado porque me hubiera gustado aprovechar académicamente mucho mejor ese año, viéndolo retrospectiva y bueno tal vez un programa de tres años sin el rural después de haber hecho el rural y eso como que hubiera sido lo mejor pero bueno, sin embargo disfrute la experiencia, yo creo que fue el año con mayor presión, era un año en donde yo trataba mi trabajo y mi estudio y era difícil... claro, hubiera sido peor si no hubiera estado en el Programa, es decir el simple hecho de estar en el programa me permitió al final de año compensar todo, al final del año compensar auditaba miraba la historia y decía ¡que bruto!, es decir cosas que no había hecho bien y que la residencia me permitió hacerlas mejor, ahora para la residencia hubiera sido más benéfico que yo hubiera arrancado después que me hubiera metido de lleno. Entrevista a Garzón, AP y Casallas, MP (2010).

Para El Doctor Álvaro Burbano:

Pero uno tenía el apoyo clínico uno lo podía tener así fuera vía celular y el apoyo en la parte administrativa también, a pesar de que si tengo mis cuestionamientos acerca de la preparación

que teníamos en ese momento en la parte de Gestión, porque al final me di cuenta que la mayoría no me servía en la práctica realmente, humm, que más, viéndolo como especialidad pienso que el segundo año sí era una debilidad, yo pienso que en este momento lo mejor que le puede pasar a un residente de Medicina Familiar es hacer su año académico tiempo completo que es lo que se está presentando en este momento, sí, pero como les digo viendo retrospectivamente para mí fue algo bastante bueno, lo que pasa es que nosotros fuimos los que empezamos y nos tocó ir sobre la marcha aprendiendo, estudiando y cuando terminamos pues en el caso mío, me di cuenta que me faltaba muchísimo por estudiar y pues uno sigue en ese plan y todavía nos seguirá faltando, pero así lo veo yo, ...uno se daba cuenta que a pesar de él ser médico general y el otro rural uno enfocaba muchísimo mejor los pacientes, y entonces desde ahí uno se empezó a dar cuenta de que oiga si estoy aprendiendo y el enfoque de Medicina Familiar si me está sirviendo y el paciente lo reconocía que eso lo más interesante, eso básicamente. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

2.1.3 Tercer año

Se consideró inicialmente un año complementario en el que se llenarían vacíos o se reforzarían competencias de primer y segundo año. Se pensó en un principio que se hiciera en el Hospital de Zipaquirá pero la expectativa de los residentes eran otras y ellos modificaron en parte la propuesta inicial. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

El esquema de los ejes siguió sin variación y las rotaciones iniciales fueron:

Medicina Interna Urgencias 2 meses (Hospital Simón Bolívar).

Ginecoobstetricia de alto Riesgo 2 meses (Hospital Simón Bolívar).

Pediatría neonatología 2 meses (Hospital Simón Bolívar).

Electiva (2 meses).

Y los 4 meses restantes en Zipaquirá que incluía entre otras una rotación por radiología, dermatología, otorrinolaringología, oftalmología entre otras que eran de tiempos parciales complementados con la consulta externa de Medicina Familiar. Entrevista a Burbano, A et al (2010), Rodríguez, MA (1998).

Se siguieron teniendo en Zipaquirá las reuniones clínicas (revisiones de tema, grandes sesiones), el módulo de gestión se mantuvo y se establecieron unas revisiones de fundamentación, con trabajos dirigidos a aplicar los conceptos de fundamentación en diferentes rotaciones.

2.1.4 Motivaciones de los primeros grupos

Los primeros egresados tenían las siguientes motivaciones para iniciar el Posgrado de Medicina Familiar:

Les gustaba diferentes campos de la medicina, la aparición del Posgrado les daba la oportunidad, de no especializarse en algo específico, sino en lo general.

También les interesó que la Medicina Familiar era muy enfocada hacia la parte clínica, aunque no era la visión que se les proyectaba desde pregrado.

Sacar una especialización en menos tiempo al aprovechar los tiempos del año de internado y de Servicio Social obligatorio.

Un grupo grande de estudiantes se interesó en realizar el Posgrado, por lo que se sintieron acompañados a esta nueva experiencia.

El papel de los modelos docentes de Medicina Familiar, fue una motivación para mantenerse en el Posgrado.

Se afirmaron conocimientos y se mejora debilidades o falencias no adquiridas durante la formación de pregrado. Burbano. A et al (2010).

2.1.5 Motivaciones de los primeros docentes del Posgrado de Medicina Familiar

Las principales motivaciones que refieren los docentes para iniciar con el Programa de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque son:

Interés de enfrentarse al reto de desarrollar una nueva experiencia, de iniciar un programa de Medicina Familiar, el interés por una motivación de actualizarse en conocimientos para el Posgrado, esto fue predominante sobre la recompensa salarial que era mayor en otros tipos de actividades que la ofrecida por la docencia Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

La otra motivación fue iniciar un programa nuevo y el resto consistía en poder promocionar la Medicina Familiar desde el rol docente “todos éramos tanto laboralmente activos en otras áreas a parte de lo de la universidad y eso también nos gustaba mucho en poder hacer las dos cosas porque no era el docente de papel si no el docente que además de estar trabajando estaba enseñando lo aprendido” Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

La Universidad del Bosque en sus comienzos conto con docentes egresados de la Universidad el Valle y la Universidad Javeriana, las cuales fueron pioneras en Colombia,

tenían diferentes fortalezas bien sea en la clínica o en su enfoque biopsicosocial, que complementados con la filosofía de la Universidad El Bosque, permitieron desarrollar un programa con docentes con características disímiles. Esta complementariedad contribuyó a ser un programa más integral y satisfactorio y que siempre tuviese el apoyo al residente por parte del médico docente del Posgrado Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

2.2 Cambios en el programa.

Una realidad que ha sido transversal al programa de formación en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, ha sido la multiplicidad de cambios que se han dado. Estos se han clasificado en este escrito en dos grandes grupos, que en la realidad no son totalmente puros, por causas externas al programa cuando se considera que los cambios tuvieron una causa importante en las condiciones del contexto y los cambios por causas internas cuando se debieron más a decisiones que salían de residentes, docentes o de la Universidad.

2.2.1 Cambios por razones externas al programa

Dentro de este grupo están la adaptación de la aceptación de los centros de práctica al nuevo esquema, inexistencia de servicios basados en la práctica de la Medicina Familiar, cambios en los centros de práctica dentro de los que están Zipaquirá, Facatativá, La Vega, el servicio social obligatorio y el Hospital Universitario Clínica San Rafael. Entremezclados con estos están cambios en los tutores, cambios por inestabilidad en el sistema de atención y cambios por políticas educativas.

2.2.2 Adaptación a la aceptación de los centros de práctica a un nuevo esquema

El esquema inicial que se había propuesto con un alto tiempo en reuniones académicas y mayor porcentaje ambulatorio no fue aceptado por los hospitales y el esquema de cómo hacer la tutoría en esta nueva experiencia, requirió de múltiples adaptaciones Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), Rodríguez, MA (2011); el doctor Ulloa relata:

Uff, yo creo que nos hacían cambiar muchas cosas, uno la realidad que uno se encuentra cuando lleva la teoría a la práctica, o sea, él lo que teníamos planteado en papel y lo de la realidad que nos encontramos es los Hospitales y en los sitios de práctica, pues nos llevaba a tomar cambios, es que yo no sé si llamarlo cambios o simplemente nos tocaba adaptar

esos cambios” “entonces si nos toca hacer cambios y cada... de verdad todo lo que planteábamos era cada mes, cada ocho días que reevaluamos lo que hablamos, de hecho decíamos no nos toca coger por ese camino pero era como la situación que encontrábamos. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Dentro de estas situaciones imprevistas estaban requerimientos del hospital por problemas en algún servicio, terminación de contratos que hacia se disminuyera el volumen de pacientes o el simple o el descubrimiento de una oportunidad interesante como lo fue el interés que demostró el dermatólogo del hospital de Zipaquirá de poderles enseñar a los residentes de este programa.

Yo creo que de hecho los cambios se fueron implementando, o sea, cuando empezamos con internado pues todo el Programa funcionaba alrededor del internado y de las rotaciones de internos y casi la, el papel nuestro a nivel docencia se entró en las clases y en la parte académica que requería el interno, más la consulta que se hacía en los dos hospitales Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Al iniciar las plazas de servicio social obligatorio se requirieron adaptaciones a la didáctica utilizada hasta el momento.

Cuando empieza a funcionar el rural se implementa otra nueva modalidad que es la de la asesoría tanto a nivel de visitas semanales que hacíamos a los rurales como a través de teléfono, posteriormente ya pudimos hacerlo a través de Internet, pero inicialmente era vía telefónica, donde hacíamos interconsultas por teléfono y posteriormente cuando ya el tercer año sale ya como un... en una forma de residencia clásica, pues eso nos obliga nuevamente a retomar otras metodologías, entonces teníamos casi metodologías diferentes para primer año y para segundo y para tercer año [...]. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

2.2.3 La inexistencia de servicios basados en la Medicina Familiar

Esta circunstancia obliga a dos cosas por un lado a que la Universidad debía contratar a los tutores; el esquema en el que proponía una contratación compartida por hospital y universidad nunca se dio. Esta contratación más los desplazamientos a provincia generaba un gasto adicional que no tiene ningún otro posgrado. Cuando el hospital tenía en cuenta el producto de las actividades que se realizaba con el tutor de la Universidad en el que predominaba la consulta, hacía que esta carga económica se disminuyera y el programa fuera sostenible.

Los esquemas de atención en los que capitaban los hospitales públicos, eran y son basados en una baja capacidad resolutive del primer nivel que encuadra en los esquemas administrativos de contratación destinando un bajo nivel de la UPC. Para un primer nivel resolutive posiblemente se requiera incluir en esta UPC actividades que actualmente están comprendidas en primer y segundo nivel. Rodríguez, MA (2011), como lo menciona el Doctor Ulloa en su entrevista:

De hecho eso lo vivimos en Zipaquirá en Faca donde en Faca por ejemplo tenía todo capitado primer nivel y segundo nivel lo tenía por evento, entonces obviamente si nosotros llegábamos a ver un paciente hipertenso lo que hacía el médico general era ver el hipertenso y lo remitía a Medicina Interna y Medicina Interna le pedía todos los exámenes y le hacían todas las consultas y todo se lo pagaban por evento, al Hospital cuando llegamos nosotros, nosotros no remitíamos... por lo menos ese tipo de pacientes se quedaban con nosotros, entonces ahí se generaban los laboratorios, se generaba la formulación, ahí se generaban las consultas, entonces lo que hicimos fue recargar toda la capitación del hospital y no estaba recibiendo en segundo nivel lo que ellos cobraban por capitación, entonces una de las cosas que empezamos a ver es que de pronto el sistema no estaba ajustado a lo que nosotros proponíamos para ese momento. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Estas circunstancias hacían evidente una contradicción, el deseo era mejorar la capacidad resolutive del primer nivel pero hacerlo era contraproducente para el servicio en términos económicos, posiblemente para el sistema si sea más beneficioso pero para la institución en estos esquemas de contratación particular no. Esto también fue evidente en algunas plazas de servicio social obligatorio como ya fue relatado.

Consideramos que esta situación ha contribuido a que no se disponga de centros de práctica basados en la Medicina Familiar y ha hecho que los médicos familiares sean en su mayoría contratados por IPS privadas a roles diferentes al del médico de cabecera y los pocos contratados en IPS públicas, sea para que presten servicios en segundo nivel o en tercer nivel.

2.2.4 Cambios de centros de práctica de base

El programa de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque ha tenido tres grandes fases en cuanto a su hospital de base o sitio de práctica. La fase inicial se desarrolló en hospitales de provincia inicialmente el Hospital San Juan de Dios de Zipaquirá Seguido del Hospital San Rafael de Facativá. Posteriormente, una fase en la que se pasa a un Hospital en Bogotá el Hospital Universitario Clínica San Rafael y finalmente en fase actual en la que la base es el programa

académico y se tienen diferentes sitios de practica muchos de ellos aprovechando la ubicación que tienen los egresados.

En el Hospital de Zipaquirá se inició en junio de 1998 y se terminó en junio de 2002. Esta era complementada con el Hospital de la Vega (Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), Entrevista a Burbano, A et al (2010), Actas Comité Docencia Servicio Hospital de Zipaquirá (2001) Actas Comité Docente. Posgrado de Medicina Familiar (2002), Documento interno deserciones y aplazamientos (2010)

En el Hospital de Facatativá se inició en Diciembre de 1999 y terminó en Junio de 2005 (Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), Actas Comité Docencia servicio Facatativá 2005, Actas comité Docente Posgrado de Medicina Familiar 2002, Documento interno deserciones y aplazamientos (2010)

En el Hospital Universitario Clínica San Rafael se inició en Diciembre de 2004 (Actas Comité Docente. Posgrado de Medicina Familiar (2005), Documento interno deserciones y aplazamientos (2010)

Se tuvo una experiencia con el Hospital de Ubaté durante el primer semestre de 2005 para el internado que fue desafortunada, solo duró 6 meses.

2.2.4.1 Hospital de Zipaquirá y Hospital de la Vega

En un principio los cambios que se dieron se requirieron para adaptarse a situaciones específicas en los sitios de práctica, promover que se hicieran cosas de una forma diferente, quizás más académica, requirió que estos nuevos internos tuvieran un rol diferente en el que además de responder por lo que le propusiera el Hospital como práctica, tenían un apoyo tutorial. En la Vega, principalmente los servicio eran manejados por médicos generales que tenían un tiempo actuando en ese Hospital, que aunque se denominaba primer nivel, prestaba servicios de los que ahora conocemos o que siempre se han conocido como de segundo nivel o a veces hasta de UCI, ellos por ejemplo hacían cesáreas, a veces les tocaba hospitalizar a pacientes con infartos y los tenían ahí hospitalizados mientras que conseguían la remisión y tenían que manejarlos, entonces los internos que estaban en el programa se enfrentaban a estas situaciones; por el otro lado el Hospital de Zipaquirá era un centro con especialidades de por lo menos 4 áreas básicas y con algunas sub especialidades. Alberto le toco hacer el papel del coordinador en la Vega inicialmente y a Mauricio en el Hospital de Zipaquirá. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Sobre la experiencia de coordinador en La Vega relata el Doctor Alberto Lineros:

Entonces poder empatar las cosas y como ver la visión de esos médicos de los hospitales con respecto a nosotros cuando íbamos a hacer visitas y los acompañamientos y todo eso; si recuerdo en el Hospital de la Vega al principio tuvimos algunos como diría yo no tropiezos, sino, si se nos veía como espere ¿Estos que vienen a ser acá? eh como nos van a enseñar a nosotros sobre todo con los dos personajes que sabemos que estaban allá de médicos de planta de muchos años y pues que hacían las cosas dentro de sus conocimientos y no digo que mal, pero si entrar nosotros a que tuvieran una visión un poco distinta o diferente a algunos conceptos hacia que hubiera al principio un poco de rechazo tal vez es como la palabra, a pesar de que había apoyo de los directivos, pero bueno poco a poco se fue ganando el terreno y los muchachos muy juicios realmente se ganaron ellos solitos el terreno en cada Institución y eso creo fue positivo mientras estuvo estos sitios de práctica de primero y segundo nivel. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

El Doctor Mauricio Ulloa nos cuenta su experiencia como coordinador en Zipaquirá.

Eso la verdad fue un dolor de cabeza (risas) eh porque pues obviamente cuando se hizo la propuesta al hospital, pues al hospital le pareció muy bueno que llegaran más internos, mas mano de obra pero realmente no entendían pues que diferencia había entre los internos que iban por parte del programa y un interno que iba en su programa regular y al principio tuvimos muchos inconvenientes porque por las exigencias del programa teníamos que estar sacando a los internos de sus diferentes rotaciones lo que se planteó y funciono siempre fue que ellos hubieran en ese momento era un mes de rotación exclusiva por Medicina Familiar, pero los otro siete meses que estaban en el hospital, estaban en las diferentes especialidades y una tarde en la semana o una mañana a la semana iban a consulta de Medicina Familiar a hacer el apoyo y siempre se cruzaba con que el especialista donde estaba no quería que saliera o que se cruzaba con una cirugía, por otro lado la subgerencia que había en el hospital en ese momento pues realmente no entendía la filosofía del Programa y creo que de alguna forma se encargó de ponernos trabas, las rotaciones de la noche a la mañana cambiaban sin que nos pidieran autorización, y bueno hubo muchos inconvenientes pero finalmente yo creo que una evolución que hubo en los primeros meses y años y creo que fue tanto en Zipaquirá como en la Vega, lo que decía Alberto y es que la labor que hicieron los internos que después se convirtieron ya en residentes formales del Programa, cuando empezaban a rotar porque ellos llegaron a rotar como residentes de segundo año y en otras especialidades: en Dermatología en otorrino y empezaron a ver los profesores de esas áreas que ellos ya venían con un bagaje diferente y que estaban aportando a la consulta que no solo iban a aprender lo que tenían que ver de cada área sino que aportaban, entonces habían casos como que en Dermatología que cada vez que llegaba un paciente que

detectaban hipertensión al dermatólogo inmediatamente lo remitían a la consulta de Medicina Interna y después de un tiempo de ver lo que hacían los residentes, el mismo dermatólogo empezaba a enviarnos pacientes a nuestra consulta y eso se fue generalizando por muchos servicios, entonces llego un momento que nos remitían de las otras especialidades pacientes para que los viéramos en una consulta de Medicina Familiar, yo creo que fue un logro grandísimo y ya eso nos empezó a posicionar en una forma diferente en el hospital; ya los demás especialistas digamos que nos miraran diferente, el personal de enfermería y otros profesionales también empezaron a tener un respeto por lo que hacíamos y vuelvo a insistir que eso fue trabajo de los residentes más porque los docentes estábamos en nuestro pedacito con lo que hacíamos pero realmente los que mostraban hacia fuera del hospital labor de los residentes y creo que eso pues le ve ahí y en la experiencia que he tenido en docencia con el Bosque como con la Sabana creo que es como la historia natural que llegamos a sitios donde nadie tiene la idea para que servimos y medida que van viendo lo que se hace bueno... esto puedo tener una utilidad aquí en esto y realmente creo que se ganó el puesto que tenían los residentes en los dos hospitales. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

En este proceso se dieron también las posibilidades de desarrollar trabajo proyectado a la comunidad, teniendo como base que ya la Universidad desde años antes de iniciar el programa de Medicina Familiar como posgrado, había tenido rurales y coordinadores que trabajaban más o menos coordinadamente con instituciones del municipio de la Vega. Cuenta el Doctor Lineros refiriéndose al Plan de Atención Básica. *“nosotros llegamos incluso a participar en los comités, no me acuerdo los nombres en esa época que era con la alcaldía y el personero y no sé qué y era para cuadrar los programas de promoción y prevención de los cuales iba a participar el Hospital y la Alcaldía de ese sitio”.* Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

En la región de Zipaquirá sin tener esta tradición comunitaria que se tenía en La Vega también hubo experiencias satisfactorias *“De hecho llegamos a participar en la formación y en la capacitación de promotoras de salud y personal que iba a participar en ese tipo de programas específicamente Nemocón, se hizo todo un programa de formación que nosotros manejamos para promotoras”* Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

En este lugar se fue fortaleciendo más la práctica ambulatoria y se fueron ganando los espacios progresivamente:

Nosotros logramos cambiar en el Bosque y es que había un tiempo de consulta específico, donde había un tiempo inclusive más largo que se daba para otros especialistas y eso logro que tuviéramos una consulta más profunda en la parte de integralidad, pero también más académica donde pudiéramos en cada paciente sacarle el jugo en algún pedacito, mientras que

donde yo venía, era haga las consultas como pueda y cuando ya esté bien embolatado pida cacao con alguno de sus profesores, pero no teníamos el profesor ahí como sí ocurrió que estábamos siempre ahí en la consulta pendientes, había pues momentos en los que por que en los hospital en Zipaquirá o en Faca, donde podíamos manejar dos o tres consultorios, pero el docente iba pasando por los diferentes consultorios y resumiendo las dudas, haciendo énfasis en ese momento en los que estaban en primer año en internos en ese momento, entonces creo que una fortaleza, creo que había mucho más acompañamiento se fue fortaleciendo la parte clínica a pesar de esos inconvenientes que teníamos de tiempo y algo importante es que creo que también se aterrizó esa parte clínica de la realidad, de pronto clínica de la consulta del especialista clínico de tercer nivel a lo que llega a un hospital de primer y segundo nivel, creo que también era aterrizar muchas, ese conocimiento y verlo también desde el punto de vista de costo-efectividad y como yo hago más óptima esa consulta sin sentarme de pronto en resolver todo a través de laboratorios sino eso creo que exigía un conocimiento clínico más profundo eso más de la semiología más de ver la clínica como tal, y eso permite hacer un mejor seguimiento, un mejor diagnóstico, sin tantos costos para la gente, debilidad con respecto donde yo tenía, de pronto si era, teníamos menos espacios en la parte comunitaria a pesar de que los habían comparado con la escuela del Valle, pero los espacios no eran tan claros, ni tan bien definidos por que creo de alguna forma si se dio, se primó un poquito más en fortalecer la parte clínica y pues eso de alguna forma sacrifico un poquito esa parte de no tanto psico-social pero si comunitaria, porque creo que la parte psicosocial sigue siendo una fortaleza del Programa del Bosque. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Mientras que en el Municipio de la Vega, por la situación antes descrita que afrontaban los médicos generales, se fortaleció la toma de decisiones en las revistas hospitalarias con los internos y paralelamente se afrontaban situaciones derivadas del rol que tenían los internos de participar en los tradicionales programas comunitarios.

Sea, lo que teníamos planteado nos tocaba adaptarlo a una situación que no nos la habíamos imaginado, pero lo que decía el fondo... el sitio filosófico nuestro se mantenía... era como la situación que encontrábamos tanto política como enfrentarse a los medios de las Instituciones, enfrentarse a la realidad incluso a los mismos pacientes, o sea, yo personalmente en la vega digamos algo, muy interesante fue como todo lo de Promoción y Prevención increíblemente nos tocó replantearlos con la realidad que encontramos allá, que fue un problema de embarazo en adolescentes grandísimo donde las niñas a los 12 y 13 años ya estaban formando pareja y se estaban embarazando a esa edad, o sea toca adaptar todas unas cosas de Promoción y Prevención a una realidad... social que estaba ahí, que era distinto a lo que veíamos, sola-

mente manejémosle por decir algún ejemplo: planificación familiar no, no era planificar era como cambiar la estructura de pensar de nosotros de que el tema no es planificar, el tema es con ese concepto cultural de que a los trece años ya hacen familia, para nosotros como personas, entonces eso nos tocó adaptarnos a eso y creo que eso sí fue de los ratos más difíciles. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010)

Un cambio específico que se dio dentro de la época que se rotaba en el hospital de Zipaquirá fue el cambio de los módulos de salud familiar Relata la Doctora Ana Virginia Contreras:

Dentro de la parte interna pues funcionaba igual cualquier interno en cualquier rotación y los viernes y sábados recibíamos clases acá cada 15 días, que eso era un lío con los compañeros para poder cuadrar, porque pues obviamente teníamos el privilegio de no hacer turno ese viernes y el sábado por la tarde llegar, pero recibíamos clases acá y el primer año las clases las recibíamos de Salud Familiar. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Aparentemente esto no debería generar una dificultad sin embargo generó una solicitud del Hospital para que los internos no se retiraran en bloque estos días, esto precipitó un primer cambio grande dirigido a montar los módulos de gestión y de fundamentación por parte del posgrado de Medicina Familiar independiente del Posgrado de Salud Familiar lo que se decidió a mediados de junio de 1999. Esta situación flexibilizó los horarios de asistencia de los internos y facilitó que el módulo de fundamentación se fortaleciera en el hospital.

Como parte del proceso que se vio en Zipaquirá, el aumento de la capacidad resolutoria se hizo evidente, la Doctora Marcela Sánchez nos cuenta:

[...]Entonces al principio pues obviamente todos los especialistas ahí con la expectativa de que íbamos a hacer, de que éramos, lo que decían ellas a todo el mundo toca explicarle que es Medicina Familiar, pero las especialidades básicas nos empezaron a adorar porque les hacíamos todo, entonces a los pediatras les fascinaba que fueran a su consulta porque les hacíamos la mayoría de la consulta, a Medicina Interna, a parte Ginecología y después nos empezaron a detestar porque cuando ya empezamos a hacer consulta como especialistas en Zipaquirá, les empezamos a quitar la consulta, entonces ahí ya nos dejaron de querer como nos amaban antes. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Con el cambio de gerente en el Hospital de Zipaquirá, el contrato directo de los docentes y los costos de desplazamiento de los tutores que debía asumir la Universidad la dificultad en que la consulta que se realizaba por estos tutores fuera aceptada como convenio de la contraprestación hizo inviable desde el punto de vista presupuestal.

Nunca se tuvo un sistema de información adecuado que permitiera evaluar las bondades del programa que facilitara al gerente decidirse a aceptar esta contraprestación. La propuesta de desarrollar este sistema de información fue discutida en múltiples comités pero finalmente nunca se concreto. Actas Comité docente Zipaquirá (2002). Finalmente las presiones económicas de ambos lados y la corta visión propositiva o capacidad de gestión del momento, no permitieron lograr un acuerdo para dar continuidad a esta buena experiencia que tal vez hubiera podido desarrollar la Atención Primaria a través de un programa piloto.

Otro cambio que se dio paulatinamente se debió a dificultades en los desplazamientos de los docentes a los sitios de rotación como lo menciona la Dra. Ana Contreras en su entrevista: *“el problema por ejemplo con el Dr. Lineros, yo me acuerdo que él una vez casi se mata yendo para la Vega, entonces eso hizo que se disminuyera el número de días que nos podían apoyar básicamente asistir, si casi se mata es que literalmente [...]”* Entrevista a Burbano, A et al (2010). Estos riesgos adicionales a los tiempos que se debían realizar para los desplazamientos llevaron a que se disminuyeran los periodos de supervisión en el Hospital de la Vega, la dificultad los costos adicionales que generaba hicieron que para la siguiente etapa en el Hospital de Facatativá el internado no tuviera la fase de practica en la Vega.

2.2.4.2 Hospital de Facatativá

El Hospital de Facatativá en ese momento alrededor del año 2000 era un hospital con múltiples problemas administrativos pero con una proyección importante hacia un hospital regional en la zona. Funcionaba en unas instalaciones antiguas que finalmente fueron declaradas monumento Nacional, el edificio no se podía modificar y se construían unas instalaciones nuevas amplias con mayor capacidad instalada para diferentes servicios.

Un primer intento de desarrollar el programa se realizó en diciembre de 1999 cuando se veía en perspectiva un aumento del número de aspirantes al programa.

Para esta nueva época se encontraba una tutora egresada de la Universidad Javeriana la Doctora Mónica Jaramillo que se encargó de los internos en Facatativá. El Doctor Urrego recuerda:

Nosotros ahora que estaba pensando, atravesamos una etapa de dicotomía en el Posgrado y al final fue admirable de cómo trataron, como se trató en el programa de mantener como la unicidad pero la mitad del grupo estaba en Zipaquirá y la otra mitad estaba en Facatativá haciendo el

internado, entonces pues eso desde el principio genero un comportamiento bastante interesante, obviamente nos encontrábamos en las clases los lunes, pero hasta competencia se empezó a vivir de una manera muy interesante, si se generó una rivalidad pues curiosa !realmente fue muy curiosa!, pero a su vez también fueron sitios de práctica que en donde el concepto de atención primaria, el concepto de trabajar haciendo lo que un Médico Familiar hace se vivía plenamente tanto en el primero como en el segundo año. Entrevista a López, JL et al (2010).

Sin embargo antes de que se completara el año se presentó una crisis institucional para con muy bajos contratos y muy pocos pacientes, el grupo que inició internado en Facatativá terminó el año de internado en el Hospital Simón Bolívar.

Acerca de esta situación relata la Doctora Jady Carolina Hernández:

Pues lo único que yo recuerdo y que para mí fue traumático fue que cuando yo rote en el Hospital de Facatativá y una cosa que para mí fue traumática y es que en el momento que estábamos rotando los especialistas hicieron paro, porque llevaban más o menos 10 meses sin que les pagaban, entonces para nosotros eso fue traumático porque llevábamos a Ginecología paro en Ginecología, llegamos a Medicina Interna los internistas se fueron y eso para muchos fue catastrófico porque duramos muchos días en que íbamos a la rotación, pero no habían pacientes, no habían médicos, no había nada y para mí eso, si fue pienso que sí[...]. Entrevista a López, JL et al (2010).

La Doctora Julieta Bastidas le complementa

Pero respecto a eso pienso que la Universidad si, si respondió bastante rápido con el cambio, nosotros duramos yo creo que máximo 15 días sin, y la Dra. Mónica si se hizo mucho cargo de nosotros, ella nos cogió todo el día, no nos dejaban solos, comparado pues con otras Universidades que estaban rotando i quedaron ahí sentaditos sin nada y todo!, ya nosotros nos vinimos y ellos quedaron dos meses allá sin que nadie hiciera nada por ellos, la Universidad se apersono muy rápido de eso y nos pasaron al Hospital Simón Bolívar, pero el totazo en el Simón Bolívar fue espantoso, preguntan: ¿porque fue espantoso?, pero los tiempos ya no eran los mismos, ya no era tan variable la consulta para que el Médico Familiar que teníamos como instructor pudiera estar ahí porque había que cumplir con un horario cada 20 minutos, ya nos pusieron obviamente como internos comunes y corrientes que teníamos que resolver, obviamente teníamos que estar sacando tiempos para las revisiones de temas de la Especialización y eso pues no le viene bien a los especialistas que unos si tengan tiempo y otros internos tengan que ir a revisar tema a las 3 de la tarde un día común y corriente donde teníamos que estar haciendo epicrisis o teníamos que estar haciendo otras cosas, pero yo pienso que, yo pienso que en eso si tuvo mucho que ver la Dra. Mónica Jaramillo, ella

nos apoyó muchísimo, estuvo con nosotros acompañándonos todo el tiempo, yo pienso que ella fue uno de los factores más importantes para que estas rotaciones salieran adelante
 Entrevista a López, JL et al (2010).

En una segunda etapa fue similar los contratos estaban reactivados y se pudo completar el proceso.

El esquema en Facatativá para el internado fue similar al que se desarrollaba para el Hospital de Zipaquirá relata la Doctora Gina Susana Torres:

[...] Era súper chévere, era muy chévere pues porque era un hospital de segundo nivel, pero entonces eras tú y el especialista, entonces las rotaciones eran muy personalizadas, en las mañanas se estaba con las rotaciones pues del internado y en las tardes teníamos pues nuestras clases allá en Faca, los docentes se trasladaban hasta Faca y no pues era una maravilla a mí me gustó muchísimo esa rotación, me dio mucha tristeza saber que Faca se cerró, pero bueno porque eso fue un año en el cual uno aprendió bastante, para rural sobre toda ya lo soltaban a uno, y pues María también tuvo la oportunidad de estar en ese internado, muy rico, uno aprendió bastante, sobre todo la clases de Medicina Familiar las aprovechaba porque eran todos los días y empezaban creo que era a las 4:00 p.m. y eso se iba hasta las 7:00 -8:00 de la noche y uno ahí en su clase y relativamente eran poquitos, entonces era algo también muy personalizado las consultas de Medicina Familiar se hacían ahí mismo, entonces uno tenía su rotación de Medicina Familiar también, y entonces eran dos meses de Medicina Familiar y uno estaba todo el día de 7:00 a 1:00 de 2:00 a 4:00 y la consulta era muy chévere era de media hora. Entrevista a Torres, G et al (2010).

La Doctora Olga Gómez describe:

Nos tocó vivir la época de Facatativá a nosotros ya no teníamos por los diferentes problemas que siempre ha tenido la residencia del convenio, el Gerente, lo cambiaron y todo esto, esto paso y se abrió la época de Facatativá y allá terminamos el tercer año, realmente si era una buena plaza, o sea pudimos hacer consulta, iba todos los días un docente, también tuvimos al docente Iván de la Hoz, además de Silvia Mora, Mónica y pues el Dr. Lineros y Mauricio Ulloa, pudimos hacer consulta allá y hacíamos consulta de Medicina Familiar todos los días con ellos y además que el Hospital pues tenía más posibilidades para hacer una buena práctica. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

El Doctor Edgar Marroquín complementa:

En tercer año ya se abrió la sede de Facatativá con el Hospital de Faca y también estaba Zipa, yo fue con el grupo a Facatativá y el otro grupo iba a Zipa, fue más focalizado, fue más interesante, ya estaba más grande el Programa entonces también estábamos haciendo acompañamiento con los R1 que estaban llegando en ese momento, entonces pues ya

se empezaba a sentir un poco más el grupo de docencia ya estaba un poco más organizada porque había más..., ya se estaba yendo directamente los docentes estaban yendo todos los días hacer acompañamiento y pues era importante porque revisamos temas generalmente todas la tardes, entonces era un acompañamiento bueno y estábamos un poco más sueltos Entrevista a Díaz, E et al (2010).

Los cambios entre un lugar y otro no fueron percibidos como traumáticos por los residentes de acuerdo a lo que relata el Doctor Mario Casallas:

Bueno a mí me toco una etapa muy interesante, me tocó vivir de primer año mi docencia con los últimos docentes con los que empezó el Posgrado, la Dra. Mónica Jaramillo, el Dr. Iván de la Hoz, la Dra. Silvia Mora y el Dr. Lineros, realmente eran docentes supremamente buenos en su trabajo, iera impresionante!, de cada uno el complemento que uno sacaba era gigante, ese primer año para mí fue un año difícil, fue un año de mucha exigencia, pero sin embargo después llegaron otros profesores que reemplazaron en gran mayoría esa pérdida la llamo yo entre comillas porque yo pienso que se vivió una pérdida importante, sin embargo no tengo ninguna queda de mis otros docentes, las bases que me habían dado mis docentes iniciales fueron espectaculares, fueron personas que maravillaban dentro de trabajo, simplemente hacían su trabajo pero uno quedaba maravillado con eso, de ahí en adelante tuve mis mismos docentes, fuimos los primeros residentes en Facatativá [...] nos tomamos en serio nuestro trabajo, nos tomamos en serio marcar la diferencia como grupo y sentar las bases de que éramos un grupo de residentes de una carrera exigente y poníamos los estándares más altos en el hospital, eso forzaba a las otras Universidades también a prepararse muy bien, y no y quiero que mi tercer año también, pues fue en Faca fue también muy productivo no viví realmente mayores cambios, yo creo que mi mayor cambio fue la planta docente, sé que después de eso si vinieron muchos otros cambios, pero no viví grandes cambios, digamos que tuve como el entrenamiento inicial o el entrenamiento antiguo que tenían. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

El esquema con rotaciones específicas, consulta de Medicina Familiar y revisiones de temas se mantuvo como lo confirma la Doctora Andrea del Pilar Garzón:

Yo también estuve en ese mismo proceso, la idea es que cada día teníamos una revisión distinta, los lunes teníamos revisión de la revista de la American Family, los martes teníamos revisión de historias clínicas, en algún momento lo que hicimos era que un martes teníamos revisión de históricas clínicas y otro martes teníamos Balint y el resto de la semana excepto los viernes porque los viernes teníamos actividad acá, eso fue en primer año teníamos revisión de tema de algún caso puntual, o teníamos club de revistas, o teníamos revisión de tema, en las tardes los lunes teníamos grandes sesiones

pues la revisión de tema directamente en Faca, los martes teníamos clínico, tema clínico diabetes, hipertensión lo que sea, el miércoles teníamos la parte de instrumentos, parte Psicosocial y los jueves teníamos o clase o visita domiciliaria, con un paciente que habíamos identificado previamente en consulta,” continúa “una cosa importante que recalca Mario es que no conocí los profesores antiguos, conocí los profesores nuevos que algún momento también fueron egresados de Programa el Dr. Álvaro Burbano, EL Dr. Javier Urrego, la Dra. Olga, bueno el Dr. Ulloa que venía de la Universidad del Valle, ellos eran nuestros docentes en primer año, había una cosa importante y es que en algunos momentos había un tema para R1 y un tema para R3, entonces digamos por ejemplo tema de enfermedad coronaria que revisamos los R1 pero los R3 tenían algún enfoque en una patología puntual eso fue lo que yo vi cuando yo estaba de residente de primer año. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

A pesar no ser traumático este cambio para los estudiantes fue una época que tuvo múltiples cambios al interior del programa después de coordinar este espacio la Doctora Mónica Jaramillo lo estuvo coordinando el Doctor Mauricio Ulloa y posteriormente la Doctora Silvia Mora para finalmente retomarlo Mauricio Ulloa.

Se hicieron presentaciones acerca del modelo de Medicina Familiar, propuestas diferentes para organizar programas de promoción y prevención en las que se avanzaba a un ritmo más lento del que se deseaba por parte del Hospital, propuestas para lograr facturar lo que realizaba Medicina Familiar tanto de atención de patologías como en las actividades de promoción y prevención.

Para Enero de 2002 desapareció la consulta de dermatología debido a que en el Hospital de Facatativá no se tenía contratada, en marzo de 2002 se hacía un compromiso de mejorar la facturación en promoción y prevención y se hizo el compromiso para apoyar la redacción e implementación de guías de atención, Para abril de 2002 se hacen evidentes las dificultades de información y para el cruce de datos de los programas de diabetes, hipertensión Ca de Cérvix, se hicieron múltiples reuniones con los funcionarios designados por el Hospital para estos diferentes programas, se aportaron los documentos y guías que se realizaron. Los tiempos para el Hospital eran muy cortos presionados por las exigencias que la Secretaría Departamental les hacía y lo más importante para la Universidad era el que fueran unos planes viables que permitieran administrativamente la integralidad de la propuesta de Medicina Familiar. Actas Comité Docente. Posgrado de Medicina Familiar (2002).

Para agosto de 2002 se empezó a desarrollar la propuesta de un programa de atención de patologías crónicas que

comparara entre los atendidos por Medicina Familiar con los atendidos por otros esquemas. Este proyecto se llevó gran parte del tiempo se definieron planes de trabajo, indicadores, variables de seguimiento; sin embargo existían múltiples situaciones administrativas que hacían complejo concretar las evaluaciones y las comparaciones. Las actividades se llevaron a cabalidad; el seguimiento y en especial el seguimiento de los resultados no fue factible hacerlo. Actas comité docencia servicio Facatativá (2005).

En noviembre de 2003 se definió el internado con énfasis en Medicina Familiar por las siguientes rotaciones Medicina Familiar 3 meses, Medicina interna 2 meses, pediatría un mes cirugía un mes urgencias 1 mes ginecoobstetricia 2 meses Ortopedia 15 días y anestesia 15 días. Actas comité docencia servicio Facatativá (2005).

Medicina Familiar participaba activamente en estos convenios y esto permitía que actuara de forma mancomunada en las propuestas que hacía y que pudiera manejar el recurso humano, docentes y residentes, hacia este tipo de propósitos definidos.

En Mayo de 2004 se formalizó un convenio tripartito entre la Universidad El Bosque, el Municipio de Facatativá y el Hospital de Facatativá y se logró que se contratara a personas que estaban terminando la especialización para que prestaran la atención en estos centros. Finalmente cambiaron las autoridades municipales y la dirección del Hospital evaluaron la situación y decidieron no darle continuidad. Nuevamente apareció la contraprestación en dinero adicional a las tutorías que limitó las posibilidades de continuar.

Todas estas situaciones no estuvieron exentas de conflictos al interior del programa, entre docentes, docentes y residentes, docentes con la dirección y del programa con el Hospital. De otro lado los residentes se beneficiaron de trabajo que realizaron en compañía de los docentes para proponer programas y adecuarlos a las nuevas necesidades el hospital. Esta vez sí se avanzó en el desarrollo de un modelo para la implementación de Medicina Familiar pero antes de que pudiera desarrollarse fue cooptado por un nuevo cambio de directivas.

2.2.4.3 Resumen experiencias en hospitales de provincia

Como experiencia en formación el tiempo que se estuvo en los hospitales de Zipaquirá y Facatativá fue exitoso y recordado con cariño El Doctor Edgar Marroquín expresa:

Es que cuando llego el Posgrado fue como el inicio del convenio docente-asistencial de esos hospitales de segundo nivel, por ejemplo Zipaquirá, Faca porque no tenían formalizado eso y mediante el Posgrado se empezó a promover procesos docente-asistenciales, o sea encontrábamos que muchos docentes desafortunadamente estaban desactualizados o tenían pues la cultura de la costumbre que uno aprendía de otra manera y simplemente se resolvían los problemas así, también eso fue bueno, o fue positivo porque permitió desarrollar más rápidamente esos procesos de actualización o de educación continuada que no habían montado, no se venían presentando esos tipos de hospitales, el Hospital de la Vega el Dr. Sotelo, el Dr. Mendivelson terminaron siendo docentes prácticamente por la situación, pero fue muy bueno también para ellos porque obviamente eso mejoro mucho más la calidad de la prestación en cierta medida. Entrevista a Díaz, E et al (2010).

Mauricio Rodríguez complementa que, si existían convenios docencia servicio pero no una tradición docente fuerte, lo que se hacía en los servicios no se cuestionaba académicamente:

[...] Como el Programa de Medicina Familiar apoyaba con unos docentes que les revisaban temas y les decían: es que esto debe ser así, entonces entraba a la discusión...” Los internos cuestionaron en algunas ocasiones los protocolos apoyados en las revisiones hechas “y eso les movía el piso a algunos especialistas, a unos les gustaba a otros les disgustaba, pero en ultimas terminaban todos entonces diciendo, entonces yo le traigo este otro artículo. Los movió académicamente... eso sucedió tanto Zipaquirá como en Facatativá... en el momento que se pasó el Programa por las dificultades que existían en Facatativá al Hospital Universitario Clínica San Rafael, la Universidad vio con muy buenos ojos y dijo: ahora este programa sí, porque va estar en un Hospital Universitario,” “no les importaba tanto que estuviera en Bogotá o no, sino que ellos la imagen era el hospital periférico no es un hospital universitario [...]. Entrevista a Díaz, E et al (2010).

Sin embargo se ganan unas cosas y se pierden otras.

De otro lado en términos de consolidar un convenio docencia servicio a largo plazo y en poder consolidar un modelo de atención y darle continuidad al programa quedamos en deuda.

Otra experiencia que se intentó en hospitales de provincia se dio en el Hospital de Ubaté y al respecto el Doctor Ulloa nos relata

Yo tuve la oportunidad de Coordinar la rotación allá en Ubaté y tuve la oportunidad de volverme “enemigo” del Gerente del Hospital de Ubaté (Risas) porque realmente lo que conversamos dentro del Programa y si pues reconozco e insisto y no me arrepiento de que tal vez yo fui el que abogué que nos retiráramos de Ubaté, porque pensaba que no daba o sea no

llenaba las expectativas que teníamos para la formación, duramos solamente 6 meses en Ubaté. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010), Entrevista a Burbano, A et al (2010).

2.2.4.4 Cambios respecto al servicio social obligatorio

Como ya se ha relatado el servicio social obligatorio daba diferentes oportunidades de formación, sus características eran disímiles, y varios lugares eran inapropiados ya sea porque su práctica era inadecuada o las condiciones administrativas no les permitían cumplir a cabalidad con las exigencias del posgrado, la fechas en que podían tomar el cargo tampoco se acoplaban al inicio del semestre y lograr acuerdos con las secretarías municipales y departamental y adicionalmente con el Hospital (se requería acordarla con las dos o los tres) hacían el trabajo dispendioso. En enero de 2001 se inició un trabajo dirigido a lograr un acuerdo general con el departamento que permitiera encontrar soluciones adecuadas; posteriormente se concluyó que no era posible lograr este tipo de acuerdos porque era ilegal. Esto implicó seguir haciendo negociaciones individuales. Actas Comité Docente. Posgrado de Medicina Familiar (2001). Cada vez que había cambio de directivas eran unos nuevos acuerdos para cada una de las plazas, si alguna de las partes no estaba interesada no se podía dar continuidad al proceso. Para el año 2004 con los cambios de Gobernación de Cundinamarca, ni siquiera se tuvo esta posibilidad, estuvieron más interesados en la contraprestación que en el modelo o las experiencias que se hubieran tenido hasta el momento.

Posteriormente se pudieron gestionar y obtener algunas plazas en Bogotá y otras fueron elegidas por concurso, después venía el apoyo a quien era elegido para los permisos por parte del hospital para que pudiera cumplir los horarios tutorías y exigencias por parte del posgrado.

Finalmente en el año 2006 se definieron sorteos para las plazas de servicio social obligatorio en el Distrito Capital. Entrevista a Escallón, J et al (2010), y el programa quedó en una situación en la que debía esperar lo que ocurriera en el sorteo para definir quién podía seguir en esa modalidad. Al respecto comenta la Doctora Juliana Escallón haciendo referencia a los acuerdos 002 y 003 de 2006. Entrevista a Escallón, J et al (2010):

Pues fue cuando justo en noviembre creo de ese año, fue cuando salió lo de la ley (sic) que se iban a adjudicar los rurales y todo eso y que los iban a rifar y nos tocó inscribirnos pues en la rifa era como once plazas como para trescientas personas, entonces que a uno le tocara una plaza era como

el que estuviera de malas porque además no eran plazas buenas. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

Desde ese momento se decidió no continuar con las plazas de servicio social obligatorio a menos que el estudiante interesado consiguiera todas las condiciones necesarias de horario y acompañamiento por parte de la Universidad. El segundo año por fuera del servicio social obligatorio quedo definido por 6 meses de rotación por Medicina Familiar, 2 meses en terapia de familia 2 meses en psiquiatría y 2 meses de electiva.

Actualmente la resolución 1058 de 2010 permite tomar el SSO como una opción dentro de la especialización esta posibilidad no se ha explorado.

2.2.4.5 Hospital Universitario Clínica San Rafael

Hacia el año 2004 el Doctor Jorge Castellanos Robayo, quien en ese momento era coordinador del área de gestión del Programa de Medicina Familiar, realizó una propuesta al Hospital Universitario Clínica San Rafael, perteneciente a la comunidad religiosa de San Juan de Dios, de crear un Departamento de Medicina Familiar de la cual el sería el Gestor; se esperaba que fuera costo efectivo e integrador y que generara un cambio de cultura de la prestación de servicios médicos con la perspectiva de Medicina Familiar. Esta idea fue acogida por el gerente Doctor Luis Eduardo Moreno. Para el año 2005 ya se consolidó el Departamento como una unidad funcional con médicos familiares desempeñándose en: corta estancia, cuidados paliativos, extensión hospitalaria, urgencias y consulta externa Actas Comité Docente. Posgrado de Medicina Familiar (2005) En total se lograron vincular en estas diferentes funciones un número aproximado de 9 médicos familiares

La consulta externa fue dirigida a manejar consultas que se represaban de medicina Interna, obstetricia y dermatología; Posteriormente entro a colaborar en consulta de triage 3 y 4. La gestión se refería a poder recibir pacientes remitidos de primer nivel a una cápsula de segundo nivel y manejar muchos de estos casos sin derivarlo al interior del hospital a las diferentes especialidades que generaban en muchos casos costos por atenciones innecesarias.

Corta estancia, cuidados paliativos y extensión hospitalaria dependían específicamente de otro gestor que manejaba su propio departamento y tenía claro el rol que desempeñaba Medicina Familiar en este y aprovechaba el interés clínico y abordaje psico social en los que el médico familiar es competente.

Urgencias de igual forma tenía dependencia de otro gestor, pero en este caso sentía la presencia de Medicina Familiar, vendida como la solución a un problema, como una imposición e injerencia de otro gestor, el cual era crítico hacia su departamento. Como una piedra en el zapato que había que sacar.

Para Diciembre de 2004 llegó el primer grupo de internos y residentes de tercer año con las respectivas reuniones en que se explicaba que era Medicina Familiar, proceso que se ha dado siempre en cualquier nuevo lugar, sin embargo el esquema básico utilizado en los anteriores lugares de práctica se mantuvo. Relata la Doctora Juliana Escallón refiriéndose a su año de internado:

Bueno en San Rafael nosotros teníamos 4 meses de Medicina Familiar que estaban distribuidos dos meses por consulta externa de Medicina Familiar, no perdón me equivoco, un mes de consulta externa de Medicina Familiar, dos meses de urgencias que era con los Médicos Familiares que estaban en urgencias que en esa época ellos eran coordinadores de turno, entonces nosotros hacíamos la rotación allá y otro mes que era por dolor y cuidado paliativo, eran los cuatro meses de Medicina Familiar, teníamos dos meses de ginecología, dos meses de pediatría, dos meses de medicina interna, un mes de ortopedia y un mes de cirugía general... a nosotros nos tocó un poquito difícil el inicio allá porque los especialistas y el personal de allá como que no entendían todavía que era Medicina Familiar y los otros porque era que estábamos en un programa especial cuando los demás internos rotaban dos meses por ortopedia y a nosotros solo uno y los demás rotaban dos meses por cirugía y nosotros solo uno y además nosotros a las 5:00 de la tarde dos días a la semana nos teníamos que ir a clase y como un viernes cada 15 días también a la 1:00 teníamos que ir a clase y algunos sábados, entonces ellos no entendían eso, les daba rabia y si uno les decía que era que se iba para clase de Medicina Familiar, decían que uno que era lo que estaba haciendo que si estaba haciendo internado o que si estaba haciendo Medicina Familiar y además a los compañeros también les daba rabia eso, entonces nos tocó bastante difícil al principio mientras ellos entendían como todo el esquema, pero pues la verdad fue una experiencia interesante, fue chévere. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

En resumen para el internado los principales cambios, respecto al esquema que se hacía en Facatativá, fueron los siguientes: desapareció anestesia y ortopedia se amplió a un mes completo, Medicina Familiar incluyó a cuidados paliativos corta estancia y extensión hospitalaria en un mes adicional a urgencias y consulta externa; En consulta externa se hizo menos importante el énfasis en prevención primaria.

Muchos vieron los cambios favorables hacia la formación académica al comparar la rotación en un hospital de 2do

nivel vs el de 3er nivel como nos relata la Dra. Andrea del Pilar Garzón en su entrevista:

Nosotros pasamos de tener primer y tercer año en Faca específicamente pues porque empezaron a notar que no era suficiente la formación que se estaba dando sobre todo en tercer año, probablemente en primer año no mucho, pero en tercer año la forma como yo lo interprete era que estaba haciendo falta un fortalecimiento más importante y se generó la alianza con el Hospital Clínica San Rafael, que fue una alianza interesante en la medida en que se tuvo la posibilidad de mirar otros manejos, pero además por lo menos la experiencia que yo tuve en algunos servicios los especialistas estaban sensibilizados con el proceso de Medicina Familiar eso era importante, por ejemplo el servicio de urología el jefe del servicio tenía muy claro cuál era el objetivo de tener un residente de Medicina Familiar rotando allí, entonces en la medida que se tenía claro ese objetivo, pues era mucho más fácil tener las actividades que tenía que desarrollar ese residente, en otros servicios también se tenía claro [...] que la fortaleza era la parte clínica. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Específicamente acerca de todo el acompañamiento que se relata casi de forma nostálgica que se daba en los hospitales de provincia al pasar a un hospital universitario se sacrificó en parte para poder cumplir la contraprestación exigida, esto obligo a la disminución de la planta docente estipulada dentro del programa de Medicina Familiar y paso a ser competencia de los especialistas quienes en su tiempo laboral debían ser figuras docentes con el residente, de acuerdo al relato del Doctor Rodríguez en la entrevista a los docentes:

[...] Entonces quiero resaltar un poco que... el programa tuvo que disminuir la nómina docente propia del Programa de Medicina Familiar, porque la contraprestación en ese Hospital Universitario Clínica San Rafael, era del 50% y entonces no había cama para tanta gente, no había para poder contratar y pagar lo que pedía el hospital y la cuota administrativa que pide la Universidad que es una realidad, ...entonces al cobrarse el 50% había que disminuir el acompañamiento directo que hacía el Programa y se hacía un acompañamiento por medio de las personas que eran contratadas directamente del hospital que tenían funciones docente, sin embargo una realidad que ahí entendí, es que la gente cuando está en el hospital así se le diga en el contrato que tiene funciones docentes, en ese momento está muy atafada de su propio trabajo y si no se estipula unos tiempos específicos adicionales y eso siempre va a ...depender más de las actividades que hace el especialista que este en el servicio que sea más que algo dirigido específicamente a formar competencias. Entrevista a Díaz, E et al (2010).

Estas nuevas circunstancias generaron cambios al interior del programa de Medicina Familiar:

Este nuevo esquema permitía que los residentes pudieran rotar con médicos familiares contratados en los diferentes servicios nombrados anteriormente. Los médicos familiares tenían sus roles bien definidos, no eran puerta de entrada al sistema, eran la puerta de entrada a un centro de referencia.

La promoción y prevención que era muy fuerte en el papel que tenía el médico familiar en Zipaquirá y Facatativá, en este hospital se consideraba importante en la medida que ayudara a manejar la cápita, no estaba cubierta por el contrato y si se detectaban acciones de promoción y prevención, estos pacientes debían ser remitidos con planes de contrareferencia a los médicos de primer nivel para que se las ordenaran.

Los tutores que tenían montados los módulos teóricos ya no eran los que supervisaban la práctica y evaluaban el desempeño de los residentes en esta.

Existía un esquema claro de los diferentes departamentos para las rotaciones y los residentes se vinculaban a estos aunque no hubiera un plan específico dirigido a la formación del médico familiar.

Las rotaciones en la Clínica San Rafael generaron incompreensión del esquema propuesto en algunas de las rotaciones allí desarrolladas, hasta tal punto que no se daba autorización por parte del especialista para asistir a las clases del posgrado; también el factor de desplazamientos de los residentes a la universidad era un factor negativo por la ubicación de la Clínica San Rafael como lo expresa la Doctora Andrea Garzón en su entrevista:

[...] El otro punto era que los viernes digo en tercer año la mayoría de las clases eran en San Rafael, entonces ahí teníamos una limitación y era que como estábamos empezando muchas veces, como estábamos en los servicios no les daban permiso para subir a clase, entonces muchas veces la cantidad de personas era muy complicado y el desplazamiento de San Rafael acá para llegar a clase era muy difícil, entonces eso hacía que la asistencia también fuera limitada.

Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Se planteó la idea de crear un programa de formación de médicos en servicio, al que inicialmente se inscribieron y matricularon 15 estudiantes. La propuesta inicial de este programa se basó en la proyección de un contrato con una importante EPS para que el Hospital prestara servicios de primer y segundo nivel y la contratación y reubicación de diferentes aspirantes al posgrado dentro del Hospital, sin embargo esta contratación no se dio, no se pudieron vincular o reubicar los médicos matriculados y al final por esta y otras circunstancias solo lo iniciaron

3 médicos, con una adaptación al programa original, que hoy tienen el título de médicos familiares.

El Doctor Ernesto Díaz uno de los tres médicos familiares que se especializó en el esquema de formación en servicio (médicos que cursan su especialidad sin desvincularse laboralmente) relata:

Bueno, este Programa primero quisiera decir que yo entre al Programa por publicidad voz a voz, o sea yo conocía del programa unos años atrás a mi ingreso al Programa mismo por mis compañeros de Pregrado... Alejandro, Mario Casallas, Pedro Pablo Pérez, Johanna la esposa de Alejandro, Johanna Rojas, Fabio Forero, todos ellos ya me habían dado como una idea de lo que era el Programa en general, coincidentalmente yo estaba trabajando en el Hospital San Rafael cuando surgió una propuesta allí algo innovador para mí que siempre yo había pensado y era porque en Colombia no eran pagos los residentes porque a los residentes no les pagaban un sueldo si estaban haciendo una tarea asistencial grande y los docentes de las distintas especialidades hacían la mitad, igualmente como médicos generales haciendo una labor asistencial en un hospital, siempre pensé que deberían recibir algún tipo de remuneración aparte de la remuneración educativa, entonces salió la propuesta inicial donde nosotros podríamos trabajar en el hospital al mismo tiempo que hacíamos nuestra rotación, eso se llamaba una programa de rotación en servicio, por distintas circunstancias ese programa tuvo dificultades con las directivas del Hospital, por lo tanto el Programa tuvo una serie de cambios en el cual pues teníamos la posibilidad de trabajar mas no precisamente no éramos remunerados por la asistencia que hacíamos en el hospital mismo, pero siguió en pie el Programa y me llamo la atención tener la oportunidad que mientras trabajaba en un medio tiempo en el otro medio tiempo estudiar y no perder un ingreso económico que en ese momento era necesario para mí y que no podía dejar, puesto que estaba mi familia en formación (risas), entonces pues no podía dejar de trabajar para ponerme a estudiar únicamente entonces era una alternativa de ser especialista en tres años y a mis 30 años lograr tener un título de Especialista, en esa época yo tendría 27 años, se organizó el Programa y tuvimos el apoyo de los docentes o de los especialistas, no puedo recalcar la palabra docente porque realmente estamos a cargo de especialistas ¡docentes no sé qué tanto!; esos especialistas pues de todos modos nos abrieron las puertas en las rotaciones que nosotros hicimos allí, todas en el Hospital San Rafael, incluimos pediatría, ginecoobstetricia, otorrino, cirugía, urología, urgencias, consulta externa de un programa que se llamaba de “buen trato”, también tuvimos..., yo tuve la oportunidad de hacer rehabilitación cardiaca en el hospital, también hicimos rotación de medicina interna y extensión hospitalaria, cuidado paliativo, corta estancia que era también de cuidado paliativo en una unidad que a la actualidad no existe en el hospital ahora y dermatología, en todas estas rotaciones pues nosotros veíamos dificultades que nuestros especialistas no, de estas distintas áreas no tenían muy

claro cuál era el rol que debían cumplir en nuestro aprendizaje de la atención primaria puesto que estábamos en un hospital de tercer nivel. Entrevista a Díaz, E et al (2010).

Respecto al acompañamiento que podían recibir dentro del Hospital agrega:

Pues en parte en eso tenían bastante trabajo y de hecho en el Hospital Universitario casi siempre el acompañamiento de los docentes es pobre, generalmente es pobre en cuanto a la formación porque son muchos estudiantes por un lado, es poco tiempo para ver muchísimos pacientes, entonces ahí el estudiante tiene que asumir el rol de auto aprendizaje no guiado, si porque el auto aprendizaje es muy bueno pero cuando es guiado, cuando no es guiado no es muy bueno, eso por un lado, por el otro porque si uno mira la costumbre, no como se dice, el pensar de las personas en el gremio médico es que a pesar de que diga en el juramento hipocrático que estamos como en la obligación moral de enseñar nuestros conocimientos a los demás realmente el carácter didáctico pedagógico que conlleva a enseñar no está implícito en ser médico ni está implícito en ser especialista, pienso que uno debe tener una formación docente para poder tener por lo menos una visión de los múltiples modelos pedagógicos que existen para adoptar uno o varios o dependiendo de la situación particular, mas sin embargo hay que conocernos y pienso que dentro de nuestra formación médica no tenemos ninguna enseñanza de ese tipo ni sobre la didáctica ni sobre los modelos pedagógicos existentes, entonces nosotros enseñamos por tradición, la tradición es que mi docente me enseñó algo, el médico con el que estoy o estuve. Entrevista a Díaz, E et al (2010).

Esta afirmación la hace a pesar de que parte de la contraprestación de la Universidad al Hospital se hizo a través de una especialización en docencia universitaria de 34

Médico Familiar y básicamente adquiriendo en nuestro propio Programa en el sentido del desarrollo en cuanto al Programa que nos brindó la Universidad, pero dentro de un ámbito del cual nosotros tenemos que auto exigírnos para llegar a cumplir esos objetivos, mostrárselos a nuestros docentes, repito a los especialistas y que ellos aprendieran que era pues la Medicina Familiar. También tuvimos apoyo del Dr. Rodríguez para hacer algo como una gran sesión todos los martes una vez a la semana, miércoles sí, como pasa el tiempo, el miércoles a las seis de la mañana donde por dos años estuvimos haciendo nuestras reuniones, el tercer año también por los tres años y hacia segundo- tercer año, hicimos un empate con las otras personas que estaban en el Programa de la Universidad, teniendo reuniones los jueves en la tarde las cuales pues continúan como grandes sesiones también. Entrevista a Díaz, E et al (2010).

Esta formación en servicio teniendo una remuneración por el trabajo que hace acompañada de un proceso pedagógico también genera polémica e incertidumbres acerca de la calidad con que se forman, se tiene un pensamiento dicotómico acerca del aprendizaje y el trabajo “están estudiando o están trabajando”; el programa del Bosque ha realizado múltiples propuestas para desarrollar otras experiencias de formación en servicio a SANITAS, a la IPS CAFAM, al Hospital del Sur, que desafortunadamente no se han concretado.

De otro lado en el Hospital Universitario Clínica San Rafael también se dio inicio al esquema de formación en los primeros egresados. Ya se había tenido una experiencia previa que culminó en deserción cuando la residente se sentía haciendo nuevamente un internado, sin embargo hubo diferencias que permitieron en parte una mejor adaptación, aunque aún genera algo de choque, por ejemplo la Doctora Johanna Steer relata:

Yo, a pesar de que entre como médico general egresado, hice otro segundo internado (risas), en la Clínica San Rafael ¡jamás lo olvidare!, quiero que esto quede perfectamente registrado, fue un choque tremendo, tremendo porque, bueno afortunadamente el Dr. Rodríguez en el inicio fue sabio porque comencé en CAFAM con el Doctor. Urrego, entonces conocí primero que era Medicina Familiar y después pase al caótico Internado del San Rafael, hice un mes por cada especialidad con turnos incluidos como cualquier interno, fue una experiencia difícil para mí sobre todo porque yo no tenía ningún día libre, estaba terminando epidemiología y lo que no lograba hacer los viernes por la tarde y el sábado me tocaba compensar con los médicos del San Rafael, eso fue bastante complicado, pero bueno y luego de eso hice también dos meses más de Medicina Familiar con el Dr. Burbano, es decir fueron seis meses en San Rafael en donde incluía las mismas rotaciones incluyendo también cuidado paliativo y fueron 4 meses de Medicina Familiar, dos con el Dr. Urrego en

CAFAM y dos meses en la UPA 26 con el Dr. Burbano, eso fue mi primer año. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

Una vez que se frustró la contratación del hospital para prestar servicios de primer y segundo nivel la consulta ambulatoria de muchos servicios se disminuyó de forma importante, se tuvieron que suspender las rotaciones de pediatría, Medicina Familiar, urología, otorrinolaringología y posteriormente se suspendió el servicio de radiología. Las alternativas para estas rotaciones se consiguieron en la Clínica El Bosque, CAFAM y el Hospital del Sur. En este último espacio se conservó un esquema similar al que se tuvo en los hospitales de Facatativá y Zipaquirá.

La Doctora Juliana Escallón relata su experiencia en rotaciones de Medicina Familiar: a mí me tocó por varias partes, me tocó en CAFAM Kennedy con la Dra. Johanna Rojas, me tocó CAFAM Floresta con Usted (refiriéndose a Mauricio Rodríguez), me tocó en UPS 30 con el Dr. Burbano y en Simón en Fray Bartolomé con Mauricio Pereira, pregunta el Dr. Rodríguez: ¿y psiquiatría y terapia de familia?, responde la Dra. Juliana: psiquiatría en Simón y terapia de familia en la clínica la Inmaculada. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

Todos estos sitios para disminuir un riesgo que fue reconocido por algunos residentes que era el estar concentrados en un hospital de tercer nivel como resalta la Doctora Garzón:

Entonces es obviamente un ambiente en donde uno cuenta con muchas otras herramientas pero también existe un riesgo latente que es el quedarnos específicamente en el pensamiento de tercer nivel que ese un riesgo que a mí me parecía preocupante, pero en la medida que nosotros habíamos tenido la oportunidad de trabajar en un segundo nivel y de conocer un poco más de lo que se hace en un segundo nivel pues probablemente ese riesgo disminuye un poco, personalmente a mí me preocupaba mucho que el primer año de residencia si estuviera específicamente en un tercer nivel, pues parte de nuestro enfoque también iba para tercer nivel pero probablemente nuestro fuerte no es solamente tercer nivel sino que probablemente es primer nivel, entonces en ese momento yo vi eso como un riesgo. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

2.2.5 Cambios definidos por modificaciones en la acreditación de la educación superior

Otros cambios a ajustes que se han dado dentro del programa están referidos a la normatividad legal que se ha dado en la búsqueda de un sistema integrado de garantía de calidad que ha implicado un trabajo intersectorial entre educación y salud. Hasta el año 2009 los principales cambios fueron motivados por:

Las discusiones previas a los decretos reglamentarios en las que invitaron a diferentes grupos a establecer los estándares de calidad para las especialidades médico quirúrgicas Ministerio de la Educación Nacional, en ella se avalaba la posibilidad de iniciar programas de Medicina Familiar desde el internado para universidades que hubieran aprobado un Internado con Énfasis en Medicina Familiar; este aval hizo que las voces al interior de la Universidad que estaban preocupadas con la validez de esta modalidad se acallaran.

El Decreto 808 de 2002 que estableció un esquema de créditos para estandarizar la dedicación de tiempos necesarios para desarrollar las competencias (Decreto 808 de 2002) y (el Decreto 1665 de agosto de 2002), por el cual se establecieron los estándares de calidad de los programas de Especializaciones Médicas y Quirúrgicas, principalmente al respecto de la planeación curricular acorde al concepto de competencias que generó un cambio importante pues hasta ese momento se trabajaba en términos de objetivos y no se valoraba en créditos sino en ULAS. En este proceso el trabajo que se realizó en equipo y las discusiones y reflexiones que se realizaron para lograrlo obligaron a repensar el currículo, la pedagogía y las relaciones docencia servicio.

Aunque estos decretos posteriormente fueron modificados, en su momento fueron los que generaron un cambio profundo a la forma de pensar el esquema curricular y esto se ha ido perfeccionando progresivamente y podríamos decir que aún estamos en proceso de hacerlo.

Particularmente, gracias a que el Doctor Jorge Castellanos Robayo era docente del programa y asesoraba diferentes procesos, vinculados al Ministerio de Protección Social que buscaban garantizar la calidad del recurso humano en salud, participamos como programa piloto de un esquema de evaluación propuesto por uno de los estudios del programa de apoyo a la reforma dirigidos al desarrollo de recursos humanos. Desafíos para los recursos Humanos, Ministerio de Salud 2002, dirigido a mejorar la evaluación de la relación docencia servicio. Posteriormente muchos de los ítem que aplicamos estarían en el **Acuerdo 003 de 2003** que estableció un modelo de autoevaluación de la relación docencia – servicio y los estándares básicos de calidad para Centros de Prácticas Formativas.

Como producto final de todo este proceso el Ministerio de Educación otorgo el registro calificado al programa de Medicina Familiar en un proceso conjunto con muchos programas de posgrado de la Universidad. Para el año 2012 habrá que hacer un proceso similar apoyado en la experiencia que se ha tenido en estos años y la nueva normativización que incluye el decreto 1295 de 2010 sobre el registro calificado, el decreto 2376 de 2010 que reglamenta la docencia en salud.

La percepción desde la Dirección del Posgrado es que toda esta normativización dirigida a mejorar la calidad en salud y en la educación se basa en planteamientos ideales a algo que estamos en proceso de acercarnos, particularmente para el desarrollo de la Atención Primaria en Salud se requerirá de incentivos específicos, pues el progreso de centros formadores en atención primaria en el país necesitara de años de trabajo y un contexto en el que la reforma en salud discutida en el año 2010 contemple la Atención Primaria y defina unos presupuestos específicos para este desarrollo.

2.2.6 Cambios por razones internas al programa

Los principales cambios por situaciones internas al programa son los cambios que se dan en los roles de los especialistas y docentes al interior de las prácticas, cambios en tutores o docentes, experiencias en rotaciones electivas, necesidades percibidas por los docentes, desarrollo de apoyos tecnológicos como aulas virtuales, resultados de las autoevaluaciones, todas ellas respaldadas por decisiones del comité docente.

- } Cambio en los nombramientos y roles que desempeñan los docentes al interior del sitio de práctica: La rotación de adolescentes en Kennedy, como lo menciona la Dra. Gina Torres: *“lo mío se homologó con Medicina Interna que yo estuve tres meses en San José, entonces yo tuve allí, ¿Qué otra cosa?, adolescentes un mes en Kennedy con la Dra. Contreras y con la Dra. Mercedes Cabrera en la tarde”* Entrevista a Torres, G et al (2010); inicialmente se dictó con la Doctora Roció González Efebologa, luego paso a cargo del Doctor Daniel Valderrama y después la Dra. Ana Virginia Contreras; se cerró el convenio con CAFAM y actualmente se desarrolla en el Hospital del Sur con el Doctor Ernesto Díaz.

- } Cambios de tutores contratados directamente por la Universidad, por considerar que ya han cumplido el ciclo, mejores ofertas laborales o dificultades en los desplazamientos El Doctor Ulloa en su entrevista expresa sus razones:

También creo que vale la pena recordar ahora que esta Mauricio que pues mi salida de la Universidad, se debió básicamente que se me presento otro reto y de alguna forma sentí que en ese momento yo ya había aportado a la Universidad dije creo que ya aquí he cumplido, ya venían saliendo egresados a ocupar los lugares de docentes de la Universidad dije pues ya ellos vienen empujando ya aquí se sembró ya se está recogiendo y se me presentó la oportunidad de volver a sembrar en otra parte y pues decidí aceptar el reto pero pues digamos que

la experiencias hasta ese momento pues fue siempre buena y en ese momento pues yo vivo de esa experiencia que tuve en el Bosque como algo, una experiencia pues obviamente no la cambio y donde se logró pues implementar algunas de las cosas que hoy en día están viéndose afuera en la Universidad.

[...] Comparto 100% el cambio generacional docente por decir algo creo que es algo interesante de ver cómo los muchachos que finalmente son cabeza ahora del Programa y en su momento nos reemplazaron, nosotros nos salimos a pesar que nos mantuvimos entre comillas alejados pero estábamos ahí... como ellos continuaban la filosofía que se planteó inicialmente en el programa y ellos que fueron muy críticos de lo que se construyó al principio porque pues era un Programa nuevo y eso da para mucho pie de crítica y ellos cuando retomaron este tema. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Como lo manifiesta la Dra. Andrea Garzón en su entrevista. “una cosa importante que recalca Mario es que no conocí los profesores antiguos, conocí los profesores nuevos que algún momento también fueron egresados de Programa el Dr. Álvaro Burbano, EL Dr. Javier Urrego, la Dra. Olga” Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

La clase de terapia sistémica como lo presenta en su entrevista el Doctor Mario Casallas: “contar con la Dra. María Clara Bayón, que era una experta en la parte de terapia sistémica, en ese momento ya de ahí en adelante el grupo psiquiatría cambio” Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010). Posteriormente este módulo lo dictó la Doctora Diana Alvis, y luego paso a cargo de la Doctora Lucía Rivera quien lo dicta actualmente.

} Experiencias de rotaciones electivas (ejemplo, Geriatria) Cambio de la rotación de geriatría en San Ignacio como lo comenta en su entrevista el Doctor Daniel Valde-rama: *habían rotaciones por las que de pronto eran muy puntuales que nosotros que los otros compañeros de nosotros no iban a ir por ejemplo Jeannette ella estuvo en Geriatria por ejemplo en San Ignacio...”. Lo complementa la Dra. Olga Gómez en su entrevista: “algunas rotaciones que se habían pasado como electivas Geriatria y todo eso para nosotros ya fueron obligatorias, por ejemplo Geriatria de San Ignacio para nosotros era obligatoria y en esa época se empezó mucho con la electiva de crónicos de allá de la Javeriana que esa fue mi electiva en esa ocasión”. Entrevista a Burbano, A et al (2010).*

} Necesidades percibidas por los residentes expresadas en reuniones o debido a experiencias inadecuadas (ej. de rotaciones fuera de los hospitales de provincia con experiencia docente) cambio de la rotación de

Neonatología en el Simón Bolívar por rotación de pediatría en la clínica El Bosque como lo manifiesta la Dra. Marcela Sánchez:

En tercero teníamos la rotación de Pediatría en Neonatología del Simón Bolívar y la única que paso fue Pilar Santana porque ella dijo esto esta terrible, esto no me va a servir para mi vida y lo único que me hacen medir es el oxígeno a los niños y no estoy aprendiendo nada y cambiamos y empezamos entonces hay si a rotar en Consulta Externa con Nicolás Ramos.

[...] No eso era un complique porque, interviene la Dra. Marcela: ¿para lograr los cambios? Encerrona (risas), interviene la Dra. Ana: ellos me hacían la encerrona a mí y yo tenía que hacer la encerrona, no pero lo yo que yo te decía ahorita lo que cada uno iba ganando, o sea como que era presentarse y decirle mire doctor es que yo soy de Medicina Familiar, y ¿qué es Medicina Familiar? Doctor es el programa nuevo que tiene la Universidad El Bosque, entonces empezar a entrar como siempre nos ha tocado hasta el sol de hoy todavía nos toca llegar a presentarnos y explicar que es Medicina Familiar y decirle mire doctor es que la rotación básicamente queremos es esto o nos gustaría más el énfasis en esto, entonces el que iba llegando iba ganando cada vez más cosas para el siguiente. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Lo expresa el Doctor Ulloa en su entrevista:

Yo creo que otra cosa que creo que fue lo que genero los cambios era la misma vivencia de los residentes porque finalmente el residente que rotaba en cada sitio, decía: esto no me sirve por esto, por esto y lo sustentaba, creo que eso generaba en nosotros la necesidad de ver cambios, ahora la idea no era que si el residente se quejaba, había cambio sino que creo que también fue un mecanismo en que el residente, el interno inicialmente y luego residente era capaz de argumentar las cosas y eso, cuando había una buena argumentación y nosotros veíamos que había una posibilidad mejor de un cambio, pues se generaba, hubo cambios de rotaciones que se hicieron en algún momento, de hecho el cambio de Zipaquirá a Faca tuvo que ver mucho con la vivencia de los residentes con una coyuntura que hubo con la Gerencia del Hospital, eso generaba cambios, los mismos rurales los que tuvimos algunos inconvenientes en Hospitales. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

} Apoyo tecnológico como aulas virtuales como parte de las posibilidades que se van abriendo, como lo menciona el Doctor Edgar Marroquín en su entrevista:

Hasta ese momento que era el año 2000 hasta ahora estaba entrando con fuerza el Internet especialmente en Bogotá y en las ciudades hasta ahora llegaba, donde hubiera sido con aula virtual ahí apoyados creo que hubiera sido el proceso mucho mejor y de pronto más acompañados, porque el resto era simplemente los módulos a los cuales asistíamos acá a la

Universidad pero cada 15 días, hubiera sido muy bueno aprovechar las herramientas que se encuentran ahora como son el aula virtual. Entrevista a Díaz, E et al (2010).

Como también lo menciona la Dra. Gina Torres en su entrevista:

Bueno a mí me toco algo diferente cuando yo llegue hacer tercer, me toco la parte virtual que no la tenían (risas), el aula virtual y algo diferente para uno también empezar hacer clases, métase ahí en el foro, busque y eso es lo que a mí me gusta de Medicina Familiar, no come entero si, entonces cuando a uno le hacen lo del aula virtual y discuten el foro y después en los seminarios, entonces de donde leyó, pero muéstreme que eso sea reciente, eso le ayuda a uno también cuando sale. Entrevista a Torres, G et al (2010).

Un mecanismo importante de cambio que no fue mencionado durante las entrevistas ha sido la aplicación de diferentes cuestionarios de evaluación que realizan los residentes desde al año 1999 y que se discuten en el comité docente que ha sido permanente durante todos estos años.

Existieron algunos cambios puntuales debido a solicitudes específicas que marcaron hitos para el desarrollo del programa, se resaltan a continuación:

- } Opción de tomar el segundo año por fuera del SSO. Diciembre de 2002.
- } Inclusión de la modalidad de médicos egresados Junio de 2003 primer egresado.
- } Primer residente que se vincula como egresado y culmina los tres años y obtiene el título de especialista. Diciembre de 2005 Documento interno deserciones y aplazamientos (2010)

Todos estos también estuvieron determinados por las discusiones en el comité docente.

2.2.7 ¿Dentro del cambio que se mantiene?

Además de los cambios vale la pena resaltar que ha sido constante y ha permitido el crecimiento del programa académico independientemente del escenario de práctica.

Los espacios académicos

Como ejemplo un espacio de discusión y de presentación de temas que denominamos Gran Sesión, nombre que se derivó de la Universidad del Valle y los casos clínicos entre otros espacios, el grupo Balint.

El espacio de desarrollo de las grandes sesiones en cada una de las modalidades de la formación en el posgrado se ha mantenido a lo largo del tiempo y la modalidad que se tome como lo menciona la Dra. Andrea Garzón en su entrevista: “*casos clínicos y revisiones de Medicina Familiar, que recuerdo mucho que lo hacíamos con el Dr. Ulloa todos los viernes en la mañana en Zipaquirá y ahí se hacía grandes sesiones*”. Casallas, MA y Garzón, AP

Como lo menciona el Doctor Ernesto Díaz en su entrevista:

Hacer algo como una gran sesión todos los martes una vez a la semana, miércoles sí, como pasa el tiempo, el miércoles a las seis de la mañana donde por dos años estuvimos haciendo nuestras reuniones, el tercer año también por los tres años y hacia segundo- tercer año, hicimos un empate con las otras personas que estaban en el Programa de la Universidad, teniendo reuniones los jueves en la tarde las cuales pues continuaban como grandes sesiones también. Entrevista a Díaz, E et al (2010).

Por la Doctora Andrea Garzón:

Cuando yo inicié el proceso, las grandes sesiones se realizaban los viernes en las horas de la mañana y dependiendo de cada residente tenía una revisión de tema importante, cuando ya pasábamos a tercer año el día académico cambio a los jueves en la tarde, pero entonces ahí ya teníamos una limitación porque muchas veces no alcanzaban a llegar todos los residentes a ese proceso de las grandes sesiones, se tenía un tutor, se escogía el tema con antelación, se hacía la presentación y posteriormente lo que se hacía era la retroalimentación frente al tema, básicamente eso era lo que manejábamos frente a grandes sesiones. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Los ejes se han mantenido, contribuyen a la formación integral y se han ido fortaleciendo.

Relata el Doctor Javier Urrego:

Yo pienso que eso se entiende ya después, se entiende en la práctica real, ahí después de estar haciendo la práctica real un poco haciendo docencia entendí la importancia de que el Programa estuviera organizado en ejes sí?, entonces que hay un eje clínico, que hay un eje de investigación, que hay un eje desde el punto de vista psicosocial y toda esa parte de gestión, cuando uno entiende eso y empieza como a repasar que hizo en cada una de esas áreas pues uno empieza a darse cuenta que efectivamente si lo tuvo, cuando yo estaba en el rural pues el abordaje que podía hacer de las actividades o de los pacientes pues de una u otra manera tocaba a las cuatro áreas, por lo tanto eso me daba la tranquilidad de saber que estaba haciendo algo distinto de lo que estaba haciendo cualquier otro de mis compañeros de rural, yo me acuerdo que tenía otra compañera de rural que estaba al frente que era de

la Javeriana y que pues primero salía de consulta muy rápido, no sé cómo hacía, ¡pues claro salía más rápido pues porque formulaba y se iba! Y nosotros, yo por lo menos siempre me demoraba mucho en consulta pero porque al final terminaba haciendo abordaje de muchas otras cosas y pues me parecía divertido (risas). Entrevista a López, JL et al (2010).

Se resalta que aun en las generaciones recientes se destacan elementos como el acompañamiento docente, y el enfoque centrado en la persona relata la Doctora Juliana Escallón:

Ya llegue aquí a Bogotá hacer el Posgrado y pues la experiencia que tuve durante los tres años fue bastante interesante, me gustó muchísimo, porque de verdad vi como la Medicina Familiar no era como toda esa medicina que uno había visto en cada especialidad de fragmentar al paciente, de ver todas solo las enfermedades sino que de verdad se ve había calidad humana y se veía a la persona como tal, entonces eso de verdad me gustó mucho y también la calidad humana que tienen todos los docentes de Medicina Familiar como están pendiente no solo del Posgrado sino de los residentes, ven a los residentes como personas y lo tratan a uno como alguien importante, entonces eso me gustó mucho. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

Respecto al enfoque integral complementa:

Yo creo que definir el punto exacto es difícil, o sea no sabría cómo definir un punto exacto, yo creo que durante todo el proceso de formación de los tres años cada persona va como captando de cada docente lo más positivo y va como haciendo su propia forma de hacer Medicina Familiar, porque no creo que todos hagan Medicina Familiar de la misma manera, o sea si hay un eje base pero creo que cada uno es independiente, y yo creo que cada uno de nosotros como que toma ciertas cosas que observa en los docentes tanto de la parte teórica como de la parte práctica y después de que ya logra como de obtener todas esas cosas y mezclarlas con las habilidades que tiene cada uno ahí en ese momento es cuando él puede como salir y demostrar que es Medicina Familiar en su propia práctica, pero decir un punto exacto donde se logra la integralidad no, porque yo que desde el principio ya uno está viendo lo que es la integralidad y lo está aprendiendo y durante los tres años lo que hace es fortalecerla. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

Interviene la Dra. Johanna:

Yo creo que ella ha resumido bastante bien los ejes no, que es como el fundamento de la especialización, si a mí me preguntaran en qué punto integro todo eso, yo diría comencé a integrarla hace 1 mes porque antes yo no lo había visto tan claro como lo veo ahora, yo creo que cuando uno se lanza al ruedo solo es cuando uno comienza a sacar esos elementos que uno, de pronto en su momento no los veía tan claros pero

ahora comienza a cobrar más sentido cuando ya uno tiene el paciente enfrente y es la decisión la que lo obliga a uno a echar mano del conocimiento, pero yo diría que en el transcurso de la especialidad una integralidad como tal no logre yo al menos en mi recorrido, hablo por mi experiencia, pero si pienso que los elementos son bastantes buenos que salga uno como egresado, a veces dice “debía aprovechar esta situación mejor” creo que todos en algún momento de la vida incluso en el pregrado, en Posgrado, en la especialización uno se encuentra con esa sensación. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

Interviene el Dr. Rodríguez:

Por ejemplo ¿Qué momento diferente puedo haber en el Posgrado para colaborar más que tú pudieras hacer esa integralidad ya como egresada respecto a tu experiencia en el pregrado?, responde la Dra. Johanna: yo diría que el método de enseñanza fue claro para mí, porque no fue tan cuadriculado, fue un método de enseñanza más basado en conceptos adquiridos, pero más de una forma más racional, no es por ejemplo pedir un paraclínicos por pedirlo sino ¿Cuál es la razón y que implicación a nivel administrativo tiene que los pidas?, entonces es como ver la perspectiva del análisis del paciente desde varios puntos de vista y aunque es complejo favorecer al paciente y a la vez favorecer la entidad, creo que adquirimos conocimiento y evidencias concretas de que cosas deben hacerse, entonces eso como que le dice a uno mire lo que tiene que hacer es esto, me parece que eso fue como lo más importante, que cuando se es médico general, uno generalmente no piensa en eso, uno no piensa en la pertinencia, uno no piensa cual es la evidencia, sino que simplemente tiene que resolver algo y ya. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

2.3 Fortalezas y debilidades

2.3.1 Fortalezas

*Acompañamiento por los docentes del posgrado
Espacios y orientación académica
Ambiente y trato entre el docente y el dicente
Sitio de práctica*

Responde el Dr. Mario Casallas:

Mis fortalezas, los docentes muy bueno docentes, dos el Programa muy completo, lo pudimos desarrollar todo yo creo que no hubo ninguna falencia del fallo del Programa, es decir eso se cumplió al pie de la letra y tres aunque yo lo veo yo siempre he defendido mis sitios de rotación, pienso que es otra de las fortalezas, el Hospital San Rafael de Facatativá tenía limitantes que te exigían al máximo, habían limitantes de todo tipo, entonces uno tenía que hacer su trabajo muy bien hecho para que quedara bien hecho y la exigencia era

muy alta, entonces pienso que esas tres son muy buenas.Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Responde la Doctora Andrea de Pilar.

“Frente a las fortalezas yo pienso que inicialmente la fortaleza esa era la parte docente, [...] segundo otra fortaleza eran nuestros sitios de rotación. Faca era un sitio que nos enriquecía muchísimo, parte importante porque nuestros pioneros dejaron sembrado un sitio muy grande, pero además porque contábamos con el aval de especialistas que estaban sensibilizados en el proceso de Medicina Familiar y eso es importante sobre todo para los que estábamos empezando, saber pues que teníamos alguna noción pero que en la medida que nuestros especialistas también estaban sensibilizados y nos exigían y que además creían en el proceso pues eso es importante y pues en ese momento nuestra fortaleza también era que contábamos con sitios de práctica muy buenos en los que nos recibían y en los que uno podía empezar a mirar cómo era realmente la parte asistencial ya de ahí en adelante” Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Responde la Dra. Gina:

Wao, bueno hablemos primero de las fortalezas cierto, bueno una fortaleza es esa la que acabe de decir el soporte científico de lo que uno está leyendo o los temas que nos muestran los docentes, entonces es donde saca Usted la literatura, entonces es la literatura científica; otra fortaleza, pues a mí me encantan las grandes sesiones para mí una fortaleza es las grandes sesiones, ¿Por qué?, porque lo motivan a uno a profundizar un tema y como lo voy a expresar, como voy a digamos a educar también, como educo un público que ese público salgo con los conocimientos que yo quise trasear y un tanto un poco.

Responde el Dr. Edgar Marroquín:

Fortalezas... pues yo creo que gracias al enfoque integral de la Medicina Familiar basado en el modelo holístico, podría decir que una de las fortalezas de este tipo de especialidades que se prepara y se tiene enfoque en áreas de las ciencias humanas, en este caso sería por ejemplo: terapia de familia, el taller Balint como es que se llama, el grupo Balint son estrategias pues que nos complementan el enfoque netamente alopático de la medicina nos permiten dar herramientas para abordar integralmente a un paciente como tal en el momento en que los Médicos Familiares nos exponemos ante problemas de salud digámoslo así como tal, tenemos una metodología estandarizado de pronto el aprendizaje basado en problemas es una estrategia importante que veo que se ha desarrollado continuamente durante este periodo de tiempo... ha sido común en cierta medida, pues ha ido cambiando de pronto con los ejemplos pero a través de las épocas, pero en general es como un común denominar y pues eso es importante digámoslo así hace un poco de las tendencias más recientes de la didáctica si para abordar en problemas médicos [...] Entrevista a Díaz, E et al (2010).

Johanna Steer:

¿Qué no me ha gustado?, que pues a mí me gusta la parte epidemiológica y eso no lo he podido ejercer, pero ya pronto estaré en eso que me gusta y pues no por lo demás siente uno que hay debilidades como decía Juliana, tienes que llegar a buscar, tienes que llegar a leer porque lo que antes veías claro en una consulta ya como que se te convierte ya en algo no tan claro y tienes que volverlo a revisar, pero pues me voy con la tranquilidad que en mi casa se dónde buscarlo entonces bueno solo es disposición. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

Doctor José Luis López:

Lo que somos ahora se ha hecho de lo que estuvimos formándonos aquí en el Posgrado, pero quiero resaltar por ejemplo en mi actividad diaria, ahorita estamos en el proceso de acreditación que yo creo que casi todas instituciones lo están viviendo y es súper rico ver como todo está centrado en el paciente, pero para uno es fácil ver ese enfoque, no es como allá luchando con el dermatólogo que entienda porque le tiene que explicar la forma al paciente, no eso para uno como es que no lo se van a explicar al paciente, son cosas que son tan obvias y van surgiendo y gracias a Dios la ley que esta como apoyando ese proceso en lo que nosotros llevamos y fácil que nosotros podamos liderar esos procesos súper fácil,

eso es lo que somos nosotros, entonces eso es una fortaleza bien importante, la otra fortaleza es de integralidad, la integralidad frente a los aspectos ya lo comentaron pero eso tiene que quedar claro que ese es el fuerte de nosotros “la integralidad”, integralidad en la parte del manejo psicológico, la parte del enfoque de Terapia de Familia, el enfoque comunitario, el enfoque administrativo, el enfoque clínico, en todo eso yo pienso que independiente que hayamos tenido practica o no, uno si tiene eso en la cabeza, hay muchas cosas de esas que si hay que fortalecer, lo que decían las prácticas de Terapia de Familia. Entrevista a López, JL et al (2010).

Daniel Valderrama:

Yo en este momento hago una parte asistencial también con Ecopetrol, y la fortaleza pues ustedes ya la han repetido mil veces que es la integralidad, la continuidad, pero aparece otra y es la versatilidad y es moverse en todos los ambientes y poder resolver de todo un poquito, yo hago o hice una parte administrativa un tiempo, creo el Posgrado me sirvió muchísimo, hago una parte de educación médica continuada, escribimos guías de práctica clínica con Álvaro y Antonio Baena y montamos una plataforma de educación médica continuada y para mi ese es el punto más importante y es que todos los días yo me voy para la casa con dos tareas que salen de lo que escribo o de lo que me pase en el consultorio o me salían de la parte administrativa y luego a revisar y actualizarme, entonces para mí una fortaleza que me dejó a mí el Posgrado en la actualización permanente, yo todos los días tengo una tarea que resolver y que me mantiene pues al día y eso trato de decirle a los Residentes, pero no lo logro (risas). Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Gestión

Fortalecimiento en la clínica en lo prevalente
 Conocer los diferentes niveles de atención

Marcela Sánchez:

Yo empecé a trabajar desde que salí en la parte administrativa y realmente del enfoque, lo que tu dice Diana en serio, nosotros teníamos el conocimiento de la Ley 100, sabíamos cómo hacer funcionar un programa, como montarlo, como hacer seguimiento y mucho contenido administrativo, que uno no sabe que es administrativo hasta que lo tiene que usar... es más para hacer la tesis cuantos paliamos por hacer la tesis, pues que son cosas básicas. Entrevista a Burbané, J et al (2016)

la resolución en todo, en lo prevalente, en atención primaria y eso es una fortaleza Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Luis Felipe Fierro

[...] En cuanto a las fortalezas del Programa yo sigo insistiendo en que una de las principales fue que tuvimos la oportunidad de rotar en tres niveles de atención, entonces tuvimos tercer nivel en Simón Bolívar, en el Bosque, en segundo nivel Zipaquirá o Faca que son hospitales muy, muy buenos con las diferencias pero son muy buenos por la calidad de pacientes que tienen y porque la gente que trabaja allá está acostumbrado a trabajar con esos recursos y los aprovecha de la mejor manera, y también tuvimos la fortuna de trabajar en primer nivel así fuera de tres meses en la vega de rumba y lo que sea, pero uno aprende (risas) como es la vida, entonces cuando nos llegaba un paciente mal remitido al segundo nivel uno no lo critica Usted como hizo eso uno se pone en el lugar y dice es que la medicina ya es así, estuvo muy bien pensado que él lo haya remitido y que al menos le hubiera hecho eso, tiene un fortaleza el Programa y que debería conservarse el esquema de que uno aprenda de cada nivel de atención en salud. Entrevista a López, JL et al (2010).

Marcela Sánchez:

Yo creo que la parte de salud pública es una debilidad, uno pues además que le toca llegar a uno a donde llegue a explicar y convencer porque es distinto el internista llegue y que tiene el terreno ganado o el Pediatra que tiene también todo pues a todo el mundo súper convencido, a uno le toca siempre llegar siempre a convencer que lo que uno está diciendo podría funcionar, y es convencer desde los que están al lado hasta los que están arriba que son los más sobados de convencer generalmente, pero además le falta a uno para ese terminar de convencer a esas personas algo de salud pública un poco más de manejo administrativo en ese sentido y poder pues así terminar de ser integrales, porque como vemos el perfil del Médico Familiar da para todo, pero cada vez vamos más hacia lo alto que hacia lo bajo, o sea no me refiero que lo bajo sea consulta externa, no? porque en general a todos los gusta consulta externa, pero además de hacer consulta externa termina siendo el jefe del departamento, el coordinador del área, el que hace el programa, o sea es muy raro un Médico Familiar que está haciendo consulta y ya; generalmente vamos avanzando en terreno, que hace consulta, pero además, bueno por lo menos capacítame a los médicos que están alrededor porque usted maneja mejor los pacientes, o sea el médico Familiar siempre sobresale por el resto en lo que sea, entonces si es importante tener un poco más de conocimiento en manejar personas, o sea ahorita somos muchos Médicos Familiares siendo jefes de médicos y eso a uno nadie se lo enseño, pero finalmente el perfil de Medicina Familiar es para mandar, entonces a mí me parece que sí [...] Entrevista a Burbano, A et al (2010).

2.3.2 Debilidades

*Inestabilidad en los sitios de práctica.
Carencia de un modelo de prestación de servicios.
Falta fortalecer algunos espacios académicos
con la práctica.
Fraccionamiento en las prácticas*

Johanna Steer: “los convenios, me parece que sería ideal que el Posgrado tuviera estabilidad en eso y que no existiera tanta variabilidad entre un semestre y otro porque algo que sería interesante mirar es todas las promociones hablando del mismo camino sería interesante” Entrevista a Escallón, J et al (2010).

Edgar Marroquín:

Falta de integración de sitios de práctica: la parte de integración generalmente de pronto por la falta de práctica, de un sitio de practica médico adecuado de pronto si nos está faltando un poco más entrar a la parte teórica aplicarla un poco más generalmente se fomenta muy bien en las grandes sesiones o en actividades de los módulos que se ven los viernes, los jueves de acuerdo a la actividad que se esté realizando pero si hace falta fortalecer un poco más eso en la práctica que se vea más complemento en la práctica, de pronto en algún momento se tuvo pues ya por dificultades de tiempo de los docentes de los lugares de práctica se abandonó, o sea no se volvió digámoslo así complementaria donde todos pasaran con todos los docentes sería interesante también para los estudiantes porque permitiría diferentes perfiles no, de la ejecución [...] Entrevista a Díaz, E et al (2015), t6

se pone a funcionar un programa en la práctica en la realidad, cierto, por fortuna a mí me tocó el Programa de Crónicos de la Javeriana que lo coordinaba el Dr. Duarte, el que está en ese tiempo está muy bien organizado con 2000 pacientes, en ese tiempo era Compensar, por fortuna ese tiempo, digo por fortuna pudimos ir allá pero eso era una electiva, entonces sacrifique Geriatria y sacrifique Cuidados Paliativos por ejemplo, entonces dije bueno no veo Cuidados Paliativos, no veo Geriatria que me parecía importante, pero veo cómo funciona este programa y luego yo trato de imitarlo en otro lado, pero con tantos años que lleva el Programa de Medicina Familiar del Bosque no se habrá un Hospital base que le permita hacer eso, no sé si hay una clínica o Universidad que le permita a uno decir: bueno nos aliamos con Sanitas y cogemos el Programa de Crónicos y lo ponemos a funcionar porque todo lo que aprendemos en la teoría, uno sale hacer consulta de crónicos y lo que hace es darle a Usted, lo que hacen en Sanitas, cuando yo trabaje en Sanitas era me daban mis consultas eran no sé 200 pacientes al mes y los veía como yo quisiera y las veces que yo quisiera y entonces los veía 5 veces al año, a un diabético 10 veces al año, a un hipertenso y entonces no había la diferencia la aplicación de ese programa, en cambio cuando estábamos con el Dr. Duarte uno miraba que ese paciente 2 veces al año y el paciente no estaba mal controlado, el paciente estaba perfectamente controlado, entonces el Programa de Medicina Familiar carece eso, de un modelo que le permita a uno decir esto si sirve y si funciona y funciona así. Entrevista a López, JL et al (2010).

Andrea del Pilar:

Debilidades en este momento pues en la medida que se ha tenido que cambiar de sitios de práctica eso finalmente no le permite dar una identidad concreta al Programa, entonces salimos de Faca donde ya habíamos dejado un nombre y pasamos a San Rafa en ese momento también el proceso de San Rafa no estaba tan fuerte como uno quisiera, entonces también el punto fue que esa opción también quedo tambaleando, entonces es esa dificultad de poder hacer escuela que es importante poder decir mi escuela es tal, se convierte en una debilidad importante, otro punto es una debilidad es los espacios académicos que ahora tienen, nosotros los teníamos, los fuimos perdiendo y en la medida en la que los fuimos perdiendo la exigencia cambio y eso es un problema que finalmente frente a la calidad del servicio cambia y otra debilidad importante podría ser que no hemos logrado tener por lo menos en mi opinión la transformación necesaria como dice Mario para el mercado que se está necesitando. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Mario Casallas:

Debilidades las grandes sesiones es un espacio para explotar, es un espacio realmente dinámico donde el residente aprende muchísimo, pienso que uno podría hacer una mezcla muy interesante una gran sesión con la revisión de tema puntual

en un artículo se me ocurre a mí, una gran sesión junto con un Balint por ese paciente que fue difícil, no se es decir pero la gran sesión debía fortalecerse, otra de las debilidades que yo encuentro es el no tener sitios de rotación específicos, digamos que el programa ha venido cambiando de sitios de rotación como que tratando de acomodarse a la dinámica del mercado y eso la dificultado las cosas un poco, de pronto me parece que teniendo un sitio de rotación más fijo un poco más arraigado, o no sé con mayor compromiso de la gente acerca de la Medicina Familiar ayudaría muchísimo y otra de las debilidades que veo son los espacios académicos reales de Medicina Familiar, es decir esos espacios se han ido perdiendo, plazas interesantes como lo era CAFAM no sé cómo funcionara ahorita, no sé si recibirá residentes para adolescentes, no sé si..., esos espacios se fueron perdiendo, entonces hay que de pronto juntarse con otras escuelas para compartir espacios, para compartir residentes, para compartir docentes, hay otras escuelas que están en formación y que están también empujando duro y pienso que sería importante poder como fortalecer el programa y poder intercambiar conceptos, saber cómo están frente a otras facultades. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Luis Felipe Fierro:

La otra debilidad que teníamos era que los....teníamos muchos módulos que eran teóricos, entonces veníamos acá y recibimos una clase una vez al mes de gestión hospitalaria o de administración en salud y la verdad era un ladrillo porque yo de administrador no servía y no hacía que me gustara, pero si hubiera tenido la oportunidad de hacer una rotación electiva como la que, creo que la hiciste tú?, creo que la hizo Arturo que se fue a un sitio donde ver como hacen eso, entonces si lo hacen, entonces uno dice eso está bien y el que lo haga el que le guste, pero si estamos hablando de integridad pues que nos dé la oportunidad de que nos guste a todos, cierto, entonces por lo menos no se un mes para todo, para eso tenemos tres años en algún momento la promoción mía, la anterior y la siguiente, propusimos oiga ampliennos 6 meses más de formación, es que arrancamos desde el internado con el internado uno juega a ser médico y en el rural que más tengo que hacer, todo lo que se le ocurra, entonces realmente se reducía como a un año de rural y entonces aumentenos 6 meses más pero permítannos hacer esas cosas que nos hacen falta, verlas de alguien que si sabe y no tener que nosotros ir a experimentar, porque no ahora que hay muchos egresados sería muy bueno poder aprovechar la experiencia de José de como el administra un Hospital, administra un buen servicio y todo el mundo sabe que le ha ido muy bien pero lo sabe de oído pero nadie lo ve como es que es el trabajo, o Arturo que está también en la misma parte, entonces eso se puede utilizar ahora, de terapia de familia sistémica también fue un módulo teórico, entonces decían no traigan un caso de la vida real allá del rural, tráiganlo y aquí lo discutimos, pero cuando uno llegaba acá y lo exponía delante de todos

los compañeros y veía unas novelas que contaban un compañero, y uno decía yo como voy a presentar un caso que a mí me parecía difícil pero que no tiene todos los elementos policíacos (risas), entonces uno prefería no presentarlo o terminaba siendo ficción, sería muy bueno que ese modulo así fuera un mes de consulta, a nosotros propusieron muchas veces, oiga nosotros podemos hacer consulta pero no la podemos hacer el sábado, no la podemos hacer los viernes en la tarde, la hacíamos tal día en la mañana, pero nosotros no podíamos abandonar el rural para venir hacer acá, pero si tuviéramos un tiempo más si podíamos haberlo hecho y con rotaciones de a dos residentes no se un mes, para ver si todo lo que estaba en los libros era cierto, porque es que a veces, yo me acuerdo mucho de una terapia del duelo y que la leí y me parecía divertidísimo e interesante idije! esto es lo propio y llega uno y se lo dice un paciente en el rural, que es analfabeta, o sea me tire la consulta y me tire como tres consultas para ponerme a explicarle esto no sirve, no funciona, entonces me hubiera gustado ver al experto haciendo eso, con ese tipo de pacientes no con un paciente inventado. Entrevista a López, JL et al (2010).

José Luis López actualmente coordinador Consulta ambulatoria Hospital de la Samaritana:

[...] Que la viví no ahorita en la práctica pero si desde el momento en que salí en una reunión anterior también había hecho la observación y es que hay una baja representación de Médicos Familiar en las Instituciones propias de la Universidad, donde la Universidad ejerce sus actividades, hay una baja representación de Médicos Familiares, uno debería ver que el Simón Bolívar debería tener unos Programas con un grupo de Médicos Familiares, bien fuerte, perdón bien fuerte, el Bosque debería tener una grupo de Medicina Familiar súper fuerte trabajando en eso, pero nuestras instituciones no lo muestran, diferente y aquí hay que darle la felicitación lo que ve a veces en San Ignacio o en la Sabana, o en el Valle, la Corpas igual, eso falta acá. La cuarta porque creo que también es importante resaltar eso dentro de las bondades, los beneficios, de todas las fortalezas que hemos tenido en el Posgrado, igual comparto como dijo Arturo es toca limitarnos a tres, pero es porque toca, yo después de que termine el Posgrado yo hice una Especialización en Terapia de Familia con sistemas humanos que es más o menos el mismo grupo que lo manejan que nos dio la formación a nosotros de la formación sistémica y es muy diferente cuando uno tiene que estar en una cámara de Gesell enfrentándose a un paciente a cuando venía aquí a comentarlo, ese enfoque cambia muchísimo y pienso que como esas alianzas estratégicas esos puntos serían muy muy positivos, en el enfoque comunitario creo que la parte práctica se nos quedó muchísimo pero si la parte teórica y la que primero recibí de Silvia todo el tiempo frente a visita domiciliaria, a diseño de programas, de todas esas cosas, como que la parte teórica se me quedo, igual ahorita cuando uno va aplicarla al menos tiene como las bases teóricas [...] Entrevista a López, JL et al (2010).

Mauricio Rodríguez:

En que hay más prácticas que tienen unas grandes limitaciones por un lado pero es el lugar donde se puede hacer toda la parte de promoción y prevención mientras hay varios lugares donde tienen la posibilidad de hacer muchas cosas y se pueden como codear con una gran cantidad de especialidades porque los pacientes lo ameritan, pero como que no se hace ese énfasis como en toda la parte de promoción y prevención y que definitivamente el que no exista como esa, un espacio, una unidad, un desarrollo, específico para que uno fuera desarrollando a la vez investigación sobre experiencias que repercutieran también en la docencia y con alianzas a nivel internacional es como una de las debilidades grandes que tiene el Programa y que sería como importante mirar que es lo que, está claro que los egresados que como que se pueden desempañar en un campo como en el otro, o sea lo que estoy haciendo aquí no está siendo en últimas valorado, pero eso no está fuertemente ligado a la Universidad y lo que está fuertemente a la Universidad tiene unas limitaciones que son tiempos parciales porque pues nadie se podría vincular tiempo total por los salarios y por otras condiciones y no está ligado a que la Universidad por ejemplo apoye a mirar cual ha sido la experiencia y que tan eficaz ha sido, por ejemplo la experiencia del hospital del sur o apoyar lo que se ha desarrollado en el hospital de MEDERI, igual una cosa de esas es como lo que se ha ido viendo a través de esta conversación. Entrevista a Díaz, E et al (2010).

*Fortalecer la Formación administrativa.
 Formación en cómo vender la idea de Medicina Familiar.
 Fortalecer la agremiación.
 Fortalecer la investigación.*

Olga Gómez:

Cuando uno ya se va a la parte administrativa que actualmente estoy en ella, hay si hubo una debilidad en la formación mía como Médico Familiar porque realmente no, o sea uno entiende lo preventivo y tuvo conceptos vagos de atención primaria, pero no le explicaron la importancia y que es realmente atención primaria, que es realmente salud pública, para, realmente en la parte administrativa uno como Médico Familiar desarrollarse o poder abarcar más ese campo, creo que esas son las dos cosas. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Diana Contreras:

Yo creo que debilidades del Posgrado es que de pronto no tenemos una formación en comunicación y es en transmitir lo que muchas veces queremos manifestamos, o sea es ahí donde hemos tenido un poco de líos, o sea somos buenos clínicos, estamos en la parte administrativa, pero en la parte administrativa también creo que los que están y le gusta de pronto no han avanzado más porque faltan otras herramientas

que lo atendió diez veces el Médico Familiar, uno cree que es así, pero uno no lo hace y no lo revive y no hay nada publicado, pero porque no tenemos esa fortaleza, pero debemos mejorar eso. Entrevista a López, JL et al (2010).

El Doctor José Luis López:

Un bajo nivel de investigación, durante el Posgrado igual uno hace un trabajo de investigación y está muy enfocado a eso, yo trabaje con Arturo y el trabajo que hicimos fue muy interesante yo hoy en día de vez en cuando reviso el trabajo y digo ¡que verraquera de trabajo! (risas), no en serio pero es un trabajo pensado en todo lo que hemos aprendido, nosotros lo que hicimos fue un trabajo en una comunidad del Carmen y analizar toda la parte laboral de los adultos mayores de una cantidad de mediciones que se aplicaron, de tabulaciones de datos, fue un trabajo súper interesante y ¿qué paso con el trabajo?, nada, que quede como referencia que nada mejor dicho (risas), eso va desde la parte de en verdad lo que ese trabajo puede haber generado para el historial de uno mismo en una publicación en una muy buena revista que hubiera podido generar un trabajo como esos, de comenzar a ver los beneficios económicos que puede tener un buen proyecto de investigación de que no solamente la parte de investigación se queda en esos trabajos grandes donde a uno se le va toda la carrera todo el Posgrado tratando de hacer un trabajo sino el investigar en cada momento en el campo eso no lo hace uno, uno todo el tiempo le están surgiendo preguntas de investigación y uno mal que bien está respondiendo muchas de esas, pero uno yo pienso que al menos por semestre, por rotación debería hacer una pequeña investigación de algo que sugiera de esto y estimularlo para que pensáramos más en generar conocimiento y no solamente en ir captando ese conocimiento de libros Entrevista a López, JL et al (2010).

Hay percepciones de egresados acerca de debilidades que expresaron egresados de forma puntual que no son compartidas por la mayoría de sus compañeros. En el posgrado consideramos que en parte se dan por el desconocimiento del trabajo que se hace al interior del posgrado en esos temas o que son parte del proceso que vivió en un momento puntual y ahora ha cambiado.

*Se requiere más exigencia.
 La rotación de adolescentes.
 Medicina basada en la evidencia
 en los últimos residentes.
 Se ha debilitado la docencia.*

Johanna Steer:

Lo otro me parece a mí que hace falta más exigencia a mí en lo personal me hubiese gustado que me exigieran más, yo creo que uno en la medida que le exigen uno más da y yo siento

que la verdad a veces sí me fresquiaba (sic) un poquito, pero yo creo que era por eso porque le hacía falta un poco más de exigencia y no son las cosas que pienso débiles ahorita en el programa. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

Gina Susana Torres:

Una debilidad es la rotación de adolescentes pues lastimosamente es una rotación que uno le puede sacar tanto jugo pero es impresionante y yo sentí que no se logró mucho y sobre todo con una población tan vulnerable como es Kennedy que uno podía hacer de todo y no se pudo, es que los dos añitos que yo estuve acá fueron muy diferentes, entonces pues no cada rotación fue [...] Entrevista a Torres, G et al (2010).

Ana Virginia Contreras:

Yo tuve la oportunidad de recibir casi tres años residentes de último año en el servicio de adolescencia donde yo estaba y de las debilidades que yo veía de los últimos grupos es que hay, es decir la parte de medicina basada en la evidencia está muy muy, es muy débil, no sé, ¿quién tiene a cargo ahorita eso? Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Andrea del Pilar Garzón:

Personalmente en la medida en la que he podido continuar con la parte docente me he dado cuenta que esa parte docente que al comienzo era fuerte ha cambiado mucho y eso también es preocupante porque la visión por lo menos que yo he ido entendiendo del proceso que han vivido Ustedes es un proceso diferente y eso pues deja mucho que pensar frente a si todos estamos intentando luchar por un proceso de formación y en mostrar un resultado pues Ustedes se ven en desventaja. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Andrea del Pilar:

Por lo menos nosotros y Mario también tuvo la fortuna de contar con la Dra. María Clara Bayón, que era una experta en la parte de terapia sistémica, en ese momento ya de ahí en adelante el grupo psiquiatría cambio, entonces ya el proceso que habíamos aprendido nosotros pues finalmente ahí quedo, entonces digamos que en la medida en que ya ese cuerpo docente no esta tan compacto porque otra ventaja también eran las clases que teníamos los sábados de gestión con el Dr. Hugo y el otro doctor, que finalmente si le daban a uno herramientas para luego poderse desenvolver en el proceso administrativo para el que le gustaba, tristemente creo que fue el último grupo que tuvo clase con él y ahí quedo, que por lo menos nosotros aprendidos hasta montar planes y cuanto costaban y todo eso y eso es una herramienta importante. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Desde la Dirección del posgrado, Medicina basada en la evidencia, terapia de familia, gestión y organización de servicios se han mantenido como un proceso en que se

ha logrado dar continuidad a los docentes y esto que ha fortalecido el programa. La rotación de adolescentes sigue teniendo cambios y se requiere fortalecer. La percepción de exigencia es variable de grupo a grupo de residentes.

2.4 Programa actual

En la actualidad el programa sigue el siguiente esquema

	Primer año	Segundo año	Tercer año
Profundización clínica orientada hacia el cuidado primario	Seminarios revisiones teóricas desde la metodología de resolución por problemas (problemas prevalentes de salud). Centros de práctica ambulatorios y Hospitalaria Nivel I, II y III.		
Organización y gerencia en servicios de salud	Seminarios reflexivos sobre la organización y gestión de los servicios de salud en el contexto del ejercicio de la profesión del Especialista en Medicina Familiar		
Fundamentación Integradora	Módulos } Fundamentos en Medicina Familiar } Terapia de Familia } Módulos específicos		
Investigación	Primer año seminario Segundo año protocolo Tercer año tesis		

Creditos programa de Medicina Familiar								
Primer semestre: 24 creditos								
Profundización clínica	16	Organización y gestión en servicios de salud	3	Fundamentación	4	Investigación	1	
Medicina Interna	2							
Pediatría	2							
Ginecología	2							
Cirugía	2							
Medicina Familiar	8							
Segundo semestre: 24 creditos								
Profundización clínica	16	Organización y gestión en servicios de salud	3	Fundamentación	4	Investigación	1	
Medicina Interna	2							
Pediatría	2							
Ginecología	2							
Ortopedia	2							
Medicina Familiar	8							

Creditos programa de Medicina Familiar								
Tercer semestre: 24 creditos								
Profundizacion clinica	11	Organización y gestion en servicios de salud	5	Fundamentacion	6	Investigacion	2	
Medicina Familiar	11			Terapia de familia	3			
				Aplicación Práctica	3			
Cuarto semestre: 24 creditos								
Profundizacion clinica	11	Organización y gestion en servicios de salud	5	Fundamentacion	6	Investigacion	2	
Medicina Familiar	8			Terapia de familia	3			
Psiquiatría	3			Aplicación Práctica	3			
Quinto semestre: 24 creditos								
Profundizacion clinica	14	Organización y gestion en servicios de salud	4	Fundamentacion	5	Investigacion	1	
Geriatría	4			Módulos complementarios	4			
Electiva	4							
Urgencias adultos	2							
Adolescentes	2			Aplicación Práctica	1			
Medicina Familiar	2							
Sexto semestre: 24 creditos								
Profundizacion clinica	14	Organización y gestion en servicios de salud	4	Fundamentacion	5	Investigacion	1	
Otorrinolaringología	1			Módulos Complementarios	4			
Urología	1							
Dermatología	2							
Radiología	2							
Urgencias pediátricas	2			Aplicación Práctica	1			
Medicina Familiar	6							
Total de créditos por ejes	82				24			
Total Medicina Familiar	46							

Los espacios de práctica clínica integral se han fortalecido con la colaboración de los egresados o docentes del programa en los lugares de trabajo en que se han logrado establecer convenios docencia servicio como son el Hospital Simón Bolívar, El Hospital Militar, Mederi, COLSANITAS. Aún se conserva un espacio de consulta en primer nivel de un Hospital público el Hospital del Sur, con un tutor contratado por la Universidad como un espacio que se quiere fortalecer.

2.5 Conclusiones del segundo objetivo

1. Las motivaciones de iniciar esta especialidad en la Universidad además de la filosofía propia de la facultad incluyeron promoción de esta especialidad por parte del Ministerio de Salud y de la Dirección de Medicina Comunitaria.
2. La necesidad de promover una Modalidad que inicialmente se denominó Residencia Modalidad Modificada que incluyó el año de internado el servicio social obligatorio y un tercer año clásico, se originó por el bajo interés que se tenía y aun se tienen en esta especialidad.
3. Los objetivos del programa fueron acordes a los conceptos existentes en el mundo sobre esta especialidad y las competencias que debe tener un especialista en Atención Primaria.
4. La conformación particular del programa de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque tuvo influencias de las experiencias de formación integral del pregrado de la Universidad El Bosque y de pos posgrados de la Universidad del Valle y de la Universidad Javeriana.
5. Las experiencias en hospitales de provincia (Zipaquirá y Facatativá) buscaron desarrollar modelos fortaleciendo la consulta ambulatoria, requirieron contratación de médicos familiares por parte de la Universidad. Estas experiencias son recordadas con gratitud por parte de los egresados.
6. Los cambios grandes en sitios de prácticas como hospitales base, de Zipaquirá a Facatativá, de Facatativá al Hospital Universitario Clínica San Rafael han sido precipitados por cambios político administrativos, (cambios de gerentes, alcaldes y/o imposibilidades de contratación de servicios).
7. Los costos elevados que genera para la Universidad mantener un grupo de docentes que cumple funciones asistenciales sin ningún apoyo por parte del centro asistencial y con la expectativa de una contra prestación también influyeron en estos cambios.
8. Al inicio la modalidad del internado generó dificultades en la asimilación de la figura Interno-Residente como formación académica simultánea. Sin embargo este espacio cada vez ha sido menos polémico y más aceptado.

9. La modalidad de internado con énfasis en Medicina Familiar genera seguridad dentro del campo de desempeño hacia un futuro como médico en el servicio social obligatorio para enfoque clínico y toma de decisiones.
10. Los diferentes escenarios en los que se debe acompañar a los estudiantes del programa internado, servicio social obligatorio y tercer año requirieron diferentes esquemas de acompañamiento que hacen parte de las particularidades de formación en este posgrado.
11. El segundo año con servicio social obligatorio es el año más polémico, aunque han existido buenas experiencias, las dificultades administrativas para consecución de las plazas, complejidad y costo para la supervisión y tutoría han hecho que la tendencia sea a que el servicio social obligatorio se tome por fuera del programa. La normatividad vigente debe facilitar el desarrollo de experiencias exitosas.
12. La experiencia de formación en un Hospital Universitario ha fortalecido los esquemas y organización académica pero ha debilitado a formación ambulatoria, la proyección comunitaria y el énfasis en promoción y prevención.
13. La modalidad de formación en servicio para médicos generales que se puedan formar sin necesidad que deban renunciar a sus sitios de trabajo es la que ha logrado masificar la formación de médicos familiares, en nuestro medio tiene resistencia. Actualmente tenemos tres egresados en esta modalidad.
14. Se reconoce como fortalezas dentro del posgrado el acompañamiento por parte del personal docente, el abordaje integral.
15. El aumento de la capacidad resolutive que puede aportar el Médico Familiar en nuestro medio se hace evidente desde la formación, los esquemas administrativos y de contratación hace que no se pueda aprovechar mejor este recurso en este nivel.
16. Se deben fortalecer experiencias de investigación en atención primaria. La investigación es un área que se requiere fortalecer.
17. Carecemos como Universidad, como programa de la especialidad y tal vez a nivel nacional de centros de

formación en atención primaria. Esta es una obligación moral para el país (gobierno, prestadores de servicios, universidades); en particular para la Universidad El Bosque dado el papel protagónico que ha tenido en la formación biopsicosocial de médicos en el país.



Capítulo 3

Análisis de los espacios laborales del Médico Familiar egresado de la Universidad El Bosque dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud y la concordancia con el perfil laboral y profesional que desea formar la Universidad

Con el paso de los años en las diferentes promociones de médicos familiares que se han generado, una de las principales inquietudes está referida hacia la ubicación laboral de los egresados en el contexto de nuestro sistema de salud. Al ser una especialidad con un número pequeño de egresados de los diferentes programas la Medicina Familiar está empezando a ser valorada como especialidad en diferentes espacios e instituciones jugando distintos roles y papeles tanto asistenciales como administrativos.

Para analizar este contexto, se van a tener en cuenta la organización de nuestro sistema de salud, las consideraciones que se han tenido acerca de las competencias del recurso humano en salud para desarrollar el sistema, la propuesta que hace la organización mundial en salud acerca de la atención primaria en salud y las ubicaciones laborales y percepciones del papel que juegan nuestros egresados dentro del sistema.

3.1 Contexto general

Desde hace más de dos décadas las políticas del mundo y la nación, especialmente las reformas propuestas en el sector de la salud apuntan a mejorar el nivel de salud de toda la población bajo los principios de equidad, eficiencia, sostenibilidad, calidad en la prestación de servicios y participación social. Desafíos para los recursos Humanos en el Sistema General de Seguridad Social en Salud. Ministerio de Salud 2002.

Aunque la constitución de 1991 busco la descentralización de los poderes y la ley 10 de 1990 buscaba la autonomía del anejo de los recursos, la ley 100 en cierta forma cambió el carácter de la descentralización que en principio había puesto un mayor énfasis en la devolución del poder a las entidades “territoriales” gubernamentales, por otro en el cual se promovían las fuerzas del mercado mediante aseguradores (EPS) y prestadores públicos y privados.

La implementación de la ley 100 de 1993 en Colombia sigue en proceso de ajustes, las dificultades y contradicciones que se han dado en la operatividad del sistema han puesto en relevancia la necesidad de darle un papel preponderante al tema de Recursos Humanos en Salud. A pesar de esto los temas de regulación, financiamiento y arreglo institucional han copado la agenda pública del sector y la siguen copando iniciando la segunda década, el Talento Humano ha quedado supeditado a los requerimientos de los temas financieros e institucionales del nuevo sistema, pese a que en el plan maestro para su implementación, fue considerado uno de los factores críticos para el desarrollo de la reforma planteada

en la Ley 100 de 1993. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro para su Implementación (1996).

Un asesor del proceso relata:

En las diversas manifestaciones del proceso político que precedió a la introducción del nuevo sistema de servicios de salud, no se hicieron presente, expresiones de preocupación o interés por el análisis de las implicaciones que tales cambios acarrearían para la adecuación de roles, la definición de nuevas funciones, la formación y en general para el desarrollo del personal de salud, por parte de los legisladores, ni por sectores académicos, ni en otros estamentos de la sociedad; la ley 100 en si no consideró acciones específicas en relación con la formación o el desarrollo del personal de salud. Robayo, J (2004).

Esta reforma en salud ha logrado un aumento en la cobertura que condujo a una expansión del sistema con acceso amplio de la población, aumentando la oferta de servicios tanto de alta como de baja complejidad, con mayor demanda a los servicios ligados a la alta tecnología Pontificia Universidad Javeriana – Cendex (2008). Esto ha tenido efectos sobre el mercado laboral de los profesionales de la salud. Se calcula que de una cobertura de aproximadamente el 20% de la población se pasó a una cobertura estimada por el Ministerio de la Protección Social alrededor del 90% para el año 2009.

De otro lado la ley 30 de 1992 promovió la autorregulación y autonomía universitaria permitiendo la creación de una avalancha de programas para la educación superior. Se generó la necesidad de regular y asegurar la calidad de estos programas, en un contexto de aseguramiento en salud que progresivamente ha aumentado sus coberturas en el que hay un desequilibrio entre los poderes de sus actores con mayor capacidad de control por parte de los aseguradores acompañado de una débil participación ciudadana y de las agremiaciones de profesionales de la salud.

En este momento se busca implementar un plan integral para ~~la población~~ de ~~integrar~~ de ~~DdeD~~ de ~~planmg~~

Los planes de beneficio y la financiación se pueden resumir de la siguiente tabla:

Plan de beneficios	Descripción	Financiación
Régimen Contributivo Plan obligatorio de salud contributivo (POS)	Afiliados personas vinculadas laboralmente por relación de trabajo en los sectores público y privado, los empresarios, empleadores, pensionados, jubilados y los trabajadores independientes con capacidad de pago, con sus respectivos beneficiarios (núcleo familiar). Plan de cobertura amplio definido por el (MAPIPOS)	Contribución equivalente al 11% del salario o de los ingresos. aportado 8% por el empleador y el resto por el trabajador
Régimen Subsidiado Plan Contributivo de Salud Subsidiado (POS s)	Agrupar a trabajadores informales sin capacidad de pago, personas sin empleo y sus respectivas familias. Su plan de beneficios es menor que plan de beneficios del régimen contributivo (Plan de cobertura menor que el régimen contributivo.) progresivamente se ha ido aumentando	1,5% de los salarios completando el 12,5% de los aportes a salud
Pobres no afiliados Vinculados	Son aquellas personas que por motivos de incapacidad de pago y mientras logran ser beneficiarios del régimen subsidiado tendrán derecho a los servicios de atención de salud que prestan las instituciones públicas y aquellas privadas que tengan contrato con el Estado	recursos de las rentas nacionales destinados al fomento de la salud y prevención de la enfermedad, recursos fiscales derivados de los programas nacionales del Ministerio de la Protección Social y rentas cedidas a los departamentos (impuestos a licores y juegos de azar)
Plan de Atención Básica (PAB) o Plan de intervenciones Colectivas (PIC)	Es de carácter obligatorio y gratuito, dirigido a todos los habitantes del territorio nacional, prestado directamente por el Estado y sus entidades territoriales o por particulares mediante contrato con el Estado. Sus contenidos son definidos por el Ministerio de la Protección Social	
Atención de Accidentes de Tránsito.	Garantiza la atención en salud a las víctimas de accidentes de tránsito con cargo a la aseguradora del vehículo causante del siniestro. Tiene un tope descubrimiento, el excedente lo cubre el POS.	Seguro obligatorio para vehículos pagado por propietarios.
Eventos Catastróficos.	Incluye el pago a las IPS por la atención en salud de víctimas de catástrofes naturales y otros eventos previamente definidos y las indemnizaciones del caso.	Fondo de solidaridad y Garantía FOSYGA*
Accidentes de trabajo y enfermedad profesional	Cubre los eventos relacionados con el trabajo, solo lo asumen personas vinculadas laboralmente al sector formal.	Se financia con un aporte a las aseguradoras de riesgo profesional de acuerdo al riesgo laboral.

Se tenía la meta de igualar el plan de beneficios contributivo y subsidiado para el año 2001. Este plazo se ha ampliado progresivamente. Existe una disposición legal de la Corte Constitucional que da un plazo hasta el año 2010 de igualar los planes de beneficio de los regímenes contributivo y subsidiado (Sentencia T-760 de 2008). La forma y financiación en que se logrará esto, no está clara y nuestro actual Presidente Juan Manuel Santos asegura que con la reforma en salud que se discute en la actualidad esto se logrará en el año 2012. La discusión del tema de recursos humanos debe ser propositiva en el impacto que se tiene para el logro de esta meta.

› TABLA. Planes de Beneficios del SGSSS.

*una institución encargada de distribuir los ingresos a las entidades promotoras de salud y transferir los subsidios entre los regímenes subsidiado y contributivo, en las diferentes regiones y entre los diferentes fondos de riesgos.

Fuente: elaboración propia con datos tomados de: Arias, Liliana; Cubidez, Hernando; Vásquez, Martha; Ruiz, Miguel. Documento tesis de grado para la Especialización en Liderazgo de Recursos Humanos Brasil 2007 y República de Colombia. Ministerio de Salud. La reforma de salud en Colombia y el Plan Maestro para su implementación. Informe final. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. 1996.

El aseguramiento y registro de los afiliados les corresponde a las Empresas Promotoras de Salud (EPS), son las responsables de la afiliación y registro de los afiliados y del recaudo de sus cotizaciones. Su función básica es organizar y garantizar, directa o indirectamente, la prestación del Plan Obligatorio de Salud (POS) a los afiliados y girar al Fondo de Solidaridad y Garantía (FOSYGA), la diferencia entre los ingresos por cotizaciones de sus afiliados y el valor de las correspondientes Unidades de Pago por Capitación (UPC) o la prima por ajuste de riesgos que recibe por persona cada EPS, Arias, L et al (2007), sin embargo, la rentabilidad económica que desean como empresa, en su mayoría privadas, no siempre coincide con la rentabilidad social que se espera del sistema de salud. Cada EPS debe organizar su propia red de prestadores de servicios, ya sea con Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) propias o contratadas (hay una limitación porcentual para contratación con las propias), las cuales deben tener la suficiencia y la capacidad resolutive que le permitan atender eficazmente a los afiliados. Arias, L et al (2007).

La UPC es un mecanismo de equidad ya que tienen un valor fijo independiente del aporte individual que hace el trabajador, el valor que se distribuye porcentualmente para cada uno de los niveles de prestación de servicios puede ser diferente de acuerdo a la contratación que se haga y administrativamente hace evidente una forma de distribuirla que se ha determinado en la mayoría de las veces sin la suficiente sustentación, adjudicándosele al primer nivel de atención un presupuesto para una atención médica no especializada con menor capacidad resolutive que la que se espera se tenga en un sistema de atención basado en la atención primaria.

La oferta de prestadores de servicios de salud se puede agrupar en prestadores independientes que corresponde al ejercicio liberal de las profesiones de la salud y las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS).

La responsabilidad de la prestación de los servicios de salud en los diferentes niveles de atención, recae en las (IPS), públicas, mixtas o privadas, contratadas por las EPS, las cuales tienen diferentes niveles de complejidad. Las IPS tienen como principios básicos la calidad y la eficiencia; tienen autonomía administrativa, técnica y financiera (aunque en muchas ocasiones deben ajustarse a los requerimientos de contratación de la EPS). Cada IPS cuenta con el recurso humano, de infraestructura y tecnológicos requeridos para la atención en salud de cada uno de los servicios de atención que ofrezcan de conformidad con el sistema de habilitación de calidad. Arias, L et al (2007).

Estas son autónomas y no dependen jerárquicamente de otras; existe una coordinación de las acciones a través del sistema de referencia y contra referencia que permite la movilidad de los pacientes dentro de las redes de atención en salud ya sea la red departamental o las redes de las EPS. La entrada a los servicios de salud se hace a través del primer nivel de atención o a través de los servicios de atención de urgencias. Arias, L et al (2007). Esta coordinación no es siempre la óptima.

Los servicios de salud que el Estado presta en forma directa, se hace a través de los hospitales públicos, ahora, Empresas Sociales del Estado, (ESE), que constituyen una categoría especial de entidad pública descentralizada, con personería jurídica, patrimonio propio y autonomía administrativa, creadas por Ley o por las asambleas o concejos, según el caso de las ESEs deben garantizar su sostenibilidad mediante la generación de ingresos a través de la venta de servicios, Arias, L et al (2007). Estas ESEs también dependen de la contratación que hagan con EPS del plan subsidiado las cuales también son, en su mayoría, empresas privadas.

3.3 Estudios acerca del desarrollo de recursos humanos para nuestro sistema

Paralelamente al inicio de la implementación de la reforma a finales de 1994, “el Gobierno Colombiano firmó un acuerdo con la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard para realizar un estudio sobre los requerimientos necesarios para poner en práctica la ambiciosa reforma del sistema de salud que planteaba la Ley”. “Al año siguiente el Banco Interamericano de Desarrollo aprobó un préstamo para financiar un conjunto de proyectos orientados a fortalecer algunas de las principales áreas de desarrollo del sistema: como son las políticas de salud, el fortalecimiento institucional y el desarrollo del recurso humano” (Plan maestro para la implementación de la reforma). Escuela de salud pública de la Universidad de Harvard. La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro para su Implementación (2006).

En los análisis iniciales “se encontró entre los principales problemas en el caso de Recursos Humanos: la falta de algunos tipos del talento humano; mala distribución de este en el país; baja utilización de médicos en el primer nivel de atención; falta de información sobre muchos aspectos; ausencia de una institución encargada de la planeación de los recursos humanos y de su adecuada capacitación” Escuela de Salud Publica de la Universidad

de Harvard. La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro para su Implementación (1996).

Se encontró “la necesidad de recurso humano con destrezas y conocimientos empresariales y administrativos, planificadores calificados y administradores públicos para que manejen la reforma y regulen adecuadamente las instituciones privadas en un ambiente de competencia regulada”. Escuela de salud pública de la Universidad de Harvard. La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro para su Implementación (2006).

Asegura que “las destrezas clínicas deben ajustarse al manejo de las afecciones que representan la mayor carga de enfermedad en Colombia y que el sistema de salud debe asegurar la calidad y el uso adecuado de estas destrezas”. Escuela de salud pública de la Universidad de Harvard. La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro para su Implementación (2006).

Sugirió, “con el fin de asegurar estándares de calidad de los recursos humanos en Colombia, un sistema oficial, rutinario y riguroso de acreditación. Sostiene que la acreditación puede funcionar bien como un proceso voluntario” Escuela de salud pública de la Universidad de Harvard. La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro para su Implementación (2006). La acreditación de calidad sería un componente regulador del mercado.

El Proyecto Harvard, dio lugar a lo que después sería el Programa de Apoyo a la Reforma del Sector Salud. El programa se inicia en 1996 con la firma del crédito, pero sólo a principios del año 2000 dio inicio al desarrollo de proyectos relacionados con los temas de prestación de servicios de salud, el aseguramiento, la vigilancia y control del Sistema, el Sistema integrado información de salud y los proyectos de Recursos humanos

Los proyectos de recursos humanos en el programa apoyo a la reforma

Como sustrato fundamental a las tareas dirigidas a los recursos humanos en salud se retomaron los estudios del proyecto de apoyo a la reforma que incluyen: Robayo, J (2004). Escuela de salud pública de la Universidad de Harvard. La Reforma de Salud en Colombia y el Plan Maestro para su Implementación (2006).

- } Estudio de oferta y demanda de Recursos Humanos en Salud, (Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.).

- } Plan de Largo Plazo para el Desarrollo de Recursos Humanos, (Cendex de la Universidad Javeriana, Family Health Foundation y Fedesarrollo.).
- } Modernización de la Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud, CHC Consultoria i Gestio S. A (Consorcio Hospitalario de Cataluña) y el Instituto de Salud de Barcelona.
- } Sistema de Acreditación de Instituciones Educativas en Salud, (ASCOFAME, ASSALUD, CES (Facultad de Medicina) Asociación Internacional de Programas Universitarios en Administración de Salud AUPHA.).

El primero y el segundo se dirigieron a la planificación y gestión del recurso humano en salud, el tercero a elementos cualitativos de los programas de educación en salud a todos los niveles y el cuarto se encaminó a un modelo de acreditación de programas educativos en salud

En estos han aportado a las discusiones acerca de los ajustes que requerirá nuestro sistema de seguridad social en lo referido al personal en salud han hecho referencia a que:

Los efectos de una sobre oferta en el mercado de servicios son desempleo, baja productividad Incentivos inadecuados Inequidades (horizontal y vertical) y adaptación a nuevos roles; Pontificia Universidad Javeriana - Cendex (2008). La no disponibilidad de empleo en algunas ocasiones puede estar relacionada con la búsqueda de eficiencia de las IPS muchas veces mal interpretada como restricción de los servicios y no como optimización de la calidad en la prestación de estos.

Se han encontrado inconsistencias en las competencias. Castellanos, J Brasilia (2004). ya sea por debilidades en formación, formación descontextualizada de la oferta laboral, normatividades internas de las IPS o normatividad del sistema que se hace rígida en el afán de asegurar procesos que lleven a calidad. Esta discusión se hace importante en torno a la concordancia entre las competencias desarrolladas desde los entes docentes y las necesidades de quienes prestan los servicios, los servicios que se prestan y las necesidades de los usuarios. Por ejemplo si se compara el requerimiento desde el perfil ocupacional en medicina frente a los currículos, parece que los conocimientos brindados en aspectos clínicos y teórico prácticos se encuentran por encima de los requerimientos, mientras existen limitaciones importantes en los aspectos de entorno, tales como las áreas administrativas y de salud pública Pontificia Universidad Javeriana - Cendex (2008). Queda la inquietud acerca de si esas áreas administrativas y de salud pública son necesidades de los usuarios o de las IPS o EPS. La visión

de cada uno de estos actores en este momento claramente expresan intereses diferentes y en la toma de decisiones juega un papel importante el poder económico y político que tienen cada uno de ellos.

En lo relativo al aseguramiento se da un conjunto general de nuevas funciones que van desde la afiliación hasta la auditoría de red y el análisis de riesgos. En cuanto a la prestación de servicios se mantienen las funciones básicas de diagnóstico y coordinación de pacientes, pero aparecen, con una participación muy importante, nuevas funciones administrativas y de manejo de registros Pontificia Universidad Javeriana - Cendex (2008).

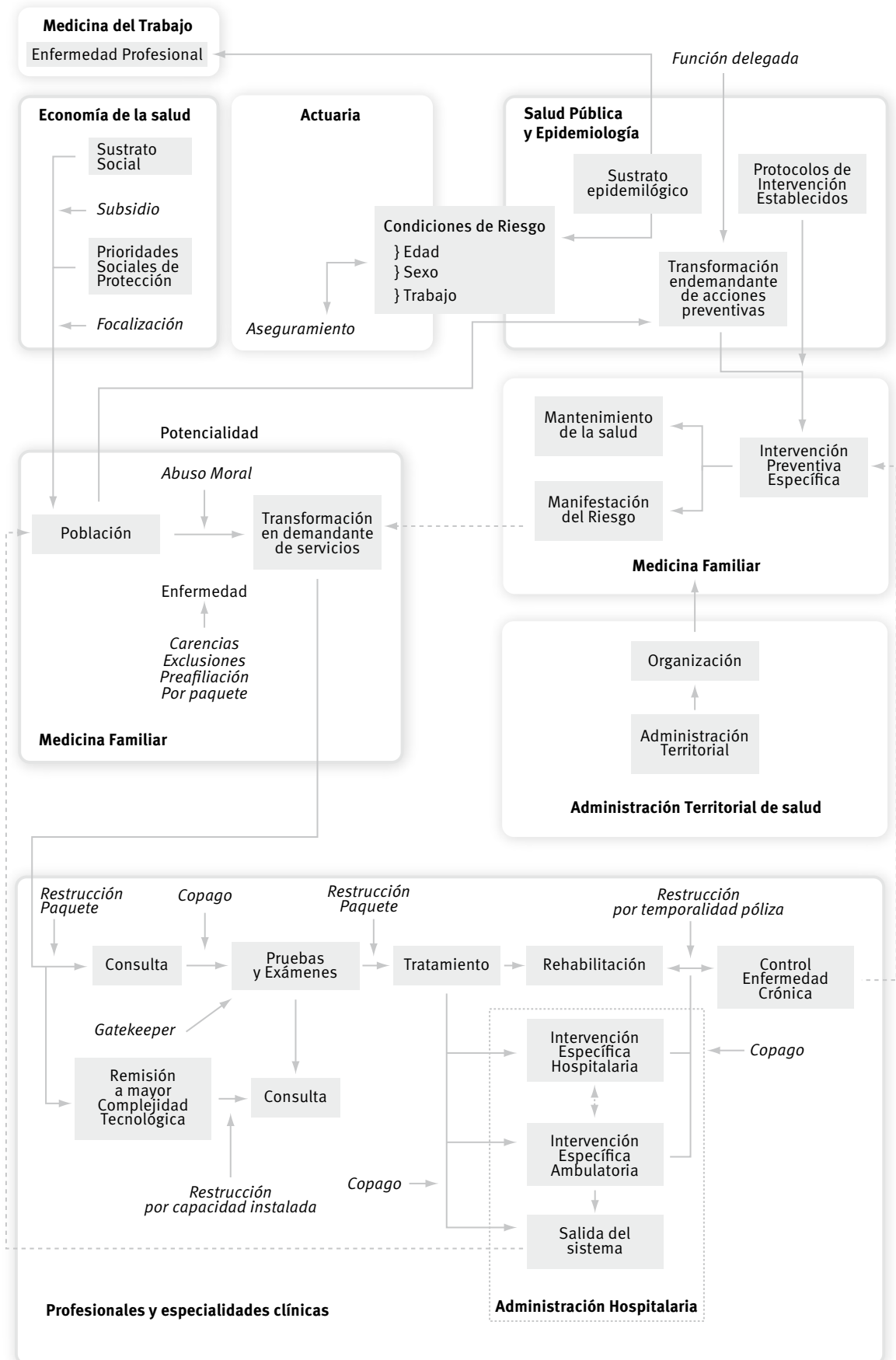
Aunque existe una amplia información descriptiva acerca de estos fenómenos se adolece de un sistema integrado de información que incluya reflexiones e investigaciones cualitativas que permitan analizar de forma más integral el fenómeno. Se han realizado avances en diseños de evaluación por competencias laborales que han permitido hacer sugerencias en los perfiles prioritarios de formación profesional de acuerdo a modelos de atención. Pontificia Universidad Javeriana - Cendex (2008).

Acerca de unos perfiles prioritarios para desarrollar el modelo de atención para la formación el recurso humano y necesidades del sistema, se han planteado la necesidad de núcleos en “medicina del trabajo, la salud pública y la epidemiología como áreas que conforman el diseño, evaluación y ejecución de proyectos integrales. En el área de administración se sugieren dos campos de desarrollo específico, administración territorial de la salud y administración hospitalaria”. Pontificia Universidad Javeriana - Cendex (2008).

En el área clínica se especifican 2 núcleos de desarrollo de especialidades “Un conjunto de acciones clínicas que integra desde el control del riesgo social y familiar hasta el tratamiento ambulatorio y hospitalario en mediana y baja resolutiveidad”. “Este núcleo corresponde a lo que se podría establecer en Medicina Familiar con alta capacidad de integración entre los protocolos y evidencias clínicas y las restricciones económicas del sistema facilitando la capacitación y el manejo extra hospitalario de la enfermedad”. “El otro segmento caracteriza más a las áreas clínicas de especialidades y sub especialidades tradicionales”. Pontificia Universidad Javeriana - Cendex (2008).

- › DIAGRAMA 1. Modelo de atención y perfiles prioritarios de Formación profesional.

Fuente: Ministerio de la Protección Social. Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. 3ra edición Pontificia Universidad Javeriana-Cendex. 2008.



En este esquema propuesto por el plan a largo plazo para los Recursos Humanos en Salud aparece claramente la Medicina Familiar como una puerta de entrada fuertemente relacionada e integrada a la salud pública en la prevención y detección de riesgos y como coordinador de la necesidad de servicios de mayor complejidad lo que es un esquema coherente con la función del médico familiar con gran número de especialistas en esta disciplina como lo son Canadá, Estados Unidos, Inglaterra, España y la gran mayoría de países de Europa.

3.4 Hacia el desarrollo de la Atención Primaria en Salud

3.4.1 ¿Qué es la Atención Primaria?

La Atención Primaria en Salud (APS) ha tenido diferentes formas de ser comprendida. Dos conceptos extremos oscilan entre la APS selectiva que se enfoca sobre un número limitado de servicios de alto impacto, dirigidos a los más importantes retos de salud en los países en desarrollo que carecen de recursos para implementar cambios más amplios en su sistema de salud y la APS como política social cuyo enfoque hace hincapié en el concepto de salud como un derecho humano y la necesidad de abordar los amplios determinantes sociales y políticos de salud. OPS-OMS Renovando la Atención Primaria de Salud en Las Américas. (2005).

Estos dos extremos no son los que actualmente están considerados por los diferentes países, el primero por ser poco integral y el segundo por depender de cambios que exceden en mucho al sector salud.

Las otras posturas intermedias se refieren a la Atención Primaria como punto de entrada al sistema de salud y el lugar para continuar la atención provista a la mayoría de la gente, la mayoría de veces; esta es la más difundida y la que se ha acogido en Europa y va más dirigida hacia la prestación y organización de los servicios de salud. OPS-OMS Renovando la Atención Primaria de Salud en Las Américas. (2005).

En el contexto actual de Europa el cuidado primario es comprendido en los siguientes escenarios:

Nivel de cuidado entre la atención ambulatoria y hospitalaria

Conjunto de funciones y actividades y la manera en que se desempeñan dichas actividades.

Grupo de características para la organización de los servicios de salud. European Observatory on Health Systems and Policies Series. (2006).

La otra, define la APS como un modelo de atención integral e integrado que incluye elementos de participación comunitaria, coordinación intersectorial y confianza en diversos trabajadores de la salud y profesionales tradicionales. Enuncia varios principios, incluyendo la necesidad de dirigirse a determinantes más amplios de salud, accesibilidad universal y cobertura basada en la necesidad; participación individual comunitaria y auto-cuidado; acción intersectorial para la salud; y tecnología adecuada y costo-efectiva en relación a la disponibilidad de recurso. Es una estrategia para organizar los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud OPS-OMS Renovando la Atención Primaria de Salud en Las Américas. (2005).

En Colombia en la década de los 70 cuando se adoptó la atención primaria en salud se asume como una estrategia que permite ampliar la cobertura de los servicios 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. Rodríguez, MA y Vega, MLL (1995).

Posteriormente con la reforma del Sistema General de Seguridad Social en Salud, no se hizo explícita una política dirigida hacia la atención primaria, sin embargo la ley 100 y múltiples decretos reglamentarios nombran conceptos y características compatibles con la atención primaria en alguna de las 4 acepciones anteriormente nombradas. El predominio de las experiencias en Colombia han estado dirigidas hacia el concepto de atención primaria selectiva y estas se vieron debilitadas con la implementación de la ley 100 de 1993 con un resurgimiento promovido por la OPS a partir del año 2004 que se ha centrado principalmente a experiencias desde iniciativas territoriales. Gómez, CA (2008), Vega, R (2008).

En la ley 1122 de 2007 que implemento un plan de ajuste a la ley 100 de 1993 incluyó a la APS como un modelo de atención (no como una estrategia), posteriormente fue incluido este mismo concepto en el plan de desarrollo. Gómez, CA (2008), la reglamentación de la misma la ha ignorado y la ha limitado a la salud mental Vega, R (2008). Las diferentes EPS e IPS públicas o privadas la han implementado de forma parcial de acuerdo a requerimientos normativos específicos (prevención individual, patologías crónicas, control prenatal), a pesar de encontrarse en la literatura internacional que las

mejores experiencias se dan donde se ha implementado la estrategia de una forma explícita y completa.

Características de la atención primaria

Para algunos la estrategia de atención primaria en salud se concreta en un modelo de atención que tiene 6 características. Instituto de Salud de Barcelona (2002):

Accesibilidad (equidad en el acceso).

Continuidad (seguimiento integral de problemas concretos).

Longitudinalidad (seguimiento a la persona en su ciclo de vida).

Integralidad (desde la prevención hasta la rehabilitación).

Coordinación (regulación y acceso a otros niveles).

Capacidad profesional para garantizar la calidad de atención del paciente.

La OMS en el informe mundial de la salud del 2008 considera características indispensables para alcanzar un modelo de atención basado en la APS las siguientes:

1. Atención centrada en la persona.
2. Respuestas INTEGRALES E INTEGRADAS basadas en el Holismo como puerta de entrada,
3. Continuidad de la atención
4. Proveedor habitual de confianza como punto de acceso
5. Organización en redes de Atención Primaria.
6. Acercar la atención a la población.
7. Responsabilizarse de una población determinada.
8. El equipo de Atención Primaria como centro de coordinación.
9. Seguimiento de los progresos

Se puede prever que desarrollar cada una de estas características requiere de un esfuerzo específico para implementar esquemas que faciliten la relaciones entre equipos de salud en los que está incluido el médico (con sensibilidad social y conocimientos concretos biomédicos y psicosociales), que trasciendan la atención individual hacia el cuidado familiar

y comunitario, la participación de los pacientes en la toma de decisiones en salud y potenciar las acciones de promoción y prevención de la salud de forma individual y global.

Es claro para todos los sistemas de salud que los desarrollos y los costos que estos generan son exponenciales mientras los recursos son limitados, También lo es que la concepción de la atención primaria actual como coordinadora de una respuesta integral a todos los niveles, no es barata; requiere inversiones importantes, pero permite utilizar los recursos mejor que las demás opciones.

La “atención primaria requiere inversiones y recursos suficientes, pero se revela luego como una buena inversión en comparación con las demás opciones disponibles”. OPS-OMS informe mundial de la salud (2008).

3.4.2 ¿Vale la pena intentarlo?

Al contrario de lo que se piensa, dar el vuelco hacia un modelo de prestación de servicios basado en la Atención Primaria en Salud es una decisión política de grandes dimensiones. Las decisiones lineales inmediatistas no son una buena alternativa y la expedición de decretos que no aborden el problema de fondo entre el Holismo y el Especialismo, aislados del contexto complejo en el que nos encontramos no generarán buenas experiencias. Se requieren componentes conceptuales gerenciales, económicos, organizacionales y de formación del recurso humano bien sustentados para tomar alternativas de futuro bien estructuradas, teniendo en cuenta la complejidad de la realidad.

En términos de prospectiva la visión de futuro a largo plazo, unos 20 años hacia delante, depende de los pasos que demos desde hoy para romper los círculos viciosos que no permiten un desarrollo de una institucionalidad diferente, acorde a nuestra realidad basado analizado y juzgado a la luz de las experiencias internacionales y casos exitosos que han logrado ser evaluados y documentados. Desde el punto de vista de la decisión pública estratégica sus conceptos son totalmente aplicables al desarrollo de una estrategia basada en la APS donde

las Funciones Básicas de la Planificación (prospectiva, evaluación, coordinación y concertación) dan pie a un nuevo modelo de reestructuración de las políticas públicas” se requiere de “la integración de los niveles estratégicos, programáticos y operativos con un carácter dinámico, sinérgico y de alta institucionalidad, donde la visión-nación de largo plazo pueda transitar eficazmente hacia los ámbitos subnacionales y niveles intermedios mediante programas y proyectos prioritarios y tener un impacto. Medina, J y

En la literatura internacional existen múltiples evidencias que demuestran los beneficios de la implementación de la estrategia dentro de las que se reseñan publicaciones que resaltan: menor gasto *per capita*, mayor eficiencia, mejor tasa de uso apropiado de recursos, mejor selección que los pacientes que deben ir a hospitalización o urgencias, utilización de menos recursos respecto a los especialistas en el manejo de la misma patología, utilizan menos tecnología para los mismos problemas, cuando hay continuidad hay más satisfacción en la atención, reducciones de costos, mayor satisfacción de usuarios y mejor nivel de salud si hay una atención primaria fuerte. Instituto de Salud de Barcelona (2002).

La Organización Mundial de la Salud en su informe mundial de 2008 resalta los logros respecto a experiencias dirigidas a sistemas de salud con mayor centralidad en la persona, mayor integralidad, continuidad de la atención y al punto de entrada inicial como se cita a continuación.

Centralidad de la persona: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados:

Mejora de la intensidad del tratamiento y la calidad de la vida, mayor comprensión de los aspectos psicológicos de los problemas de los pacientes, mayor satisfacción en cuanto a la comunicación, mejora de la confianza del paciente al tratar problemas delicados aumento de la confianza y de la observancia del tratamiento, mejor integración de la atención preventiva y promocional.

Integralidad: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados:

Mejora de los resultados sanitarios, mayor recurso a la atención preventiva centrada en enfermedades (por ejemplo, cribado de la tensión arterial, mamografías, citología vaginal), menor número de pacientes ingresados por complicaciones prevenibles de afecciones crónicas.

Continuidad de la atención: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados:

Menor mortalidad por todas las causas, mejor acceso a la atención, menos rehospitalizaciones, menor número de consultas con especialistas, menor uso de los servicios de urgencias, mejor detección de los efectos indeseables de las intervenciones médicas.

Punto de entrada habitual: evidencia de su contribución a la calidad de la atención y al logro de mejores resultados:

Mayor satisfacción por los servicios recibidos, mayor observancia del tratamiento y menor tasa de hospitalización, menor uso de especialistas y servicios de urgencias, menor número de consultas a especialistas, aprovechamiento más eficiente de los recursos, mejor comprensión de los aspectos psicológicos de los problemas del paciente, mejor utilización de la atención preventiva por parte de los adolescentes, menor riesgo de sobre tratamiento.

OPS-OMS. Informe Mundial de la Salud (2008).

3.5 Decisiones de fondo: del especialismo al holismo

3.5.1 Hacia dónde formar nuestro Recurso Humano

Se pueden identificar dos grandes corrientes que definen la tendencia de cómo organizar la prestación de servicios, dependiendo del paradigma del que se parta.

Como ya se mencionó Mc Whinney 1981, introduce el concepto de dos teorías de la medicina, la Reduccionista y la Holística (ver Primer Capítulo) Estas dos concepciones son complementarias y nos permiten plantear diferentes formas en la planeación de la organización de los servicios con visión reduccionista (atención directa desde las especialidades) vs una visión holista (la puerta de entrada desde los generalistas). Mejía, D (1991). Esto no quiere decir que una remplace a la otra sino que desde una se planee la coordinación del manejo de los recursos de una forma coherente y eficiente.

En el mundo la tendencia ha sido la de partir desde generalistas como puerta de entrada y la eficiencia del sistema en sí, depende de la capacidad resolutoria que se tenga en el primer contacto de prestación de servicios y las características integrales para dar respuesta a los problemas en salud detectados. Arias, L (2008).

Desde el inicio de la implementación de la ley 100 se ha tenido una amplia regulación normativa, se han tenido múltiples ajustes que principalmente han sido dirigidos hacia la financiación, el flujo de recursos, la institucionalidad, las estrategias y formas de contratación y las responsabilidades frente al aseguramiento. De otro lado ha sido poco coherente con la Atención Primaria en Salud en los temas concernientes a la regulación y el desarrollo del papel de los recursos humanos, la capacidad del recurso

humano y la organización de los modelos de prestación de servicios como elementos importantes para la adecuada implementación de la reforma.

La OMS en su informe de salud del mundo 2008 invita a realizar reformas “que reflejan la convergencia de los valores de la atención primaria, las expectativas de los ciudadanos y algunos retos comunes de naturaleza transversal para el desempeño de los sistemas de salud” en pro de la cobertura universal, la prestación de servicios, de las políticas públicas y del liderazgo participativo y dialogante. OPS-OMS. Informe Mundial de la Salud (2008).

Los principios de la ley 100 no riñen con este propósito de la OMS, de hecho uno de los principales logros que ha tenido nuestro sistema es el dramático aumento de la cobertura que busca llegar a la cobertura universal. Sin embargo en el proceso de su implementación se han hecho evidentes las limitaciones para lograr la adecuada oportunidad, integralidad, suficiencia, efectividad y racionalidad técnico científica.

3.5.2 El médico familiar un recurso humano formado para desarrollar la atención primaria. ¿Qué están haciendo nuestros egresados?

3.5.2.1 Modalidades de formación, ubicación laboral y cargos que desempeñan los egresados del posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque

En las diferente modalidades de formación que hemos tenido, el 88% de los estudiantes formados han egresado de la modalidad que inicia desde internado, teniendo en cuenta un 6% adicional que han sido aceptados de otra universidad con una modalidad equiparable de internado sumarian un 94% de egresados de esta modalidad. De la modalidad clásica que ingresan al posgrado habiendo ya cursado el internado y cumplido el servicio social obligatorio y que deja de laborar de forma remunerada para especializarse hay un 2% y en la modalidad de formación en servicio un 4% restante. La modalidad clásica ha aumentado el número de aspirantes en los últimos años. Esto se resume en la tabla # 1. La modalidad que inicia desde el internado es la que ha tenido una mayor deserción y esta ha disminuido en los últimos años. Documento interno deserciones y aplazamientos (2010).

	Ingresos	Deserciones	Actual	Graduados	Porcentaje por modalidad	Porcentaje de egresados	Continuidad en el programa
Modalidad internado	102	17	8	77	83,61%	75,49%	83,33%
Ingreso de 2do año	5	0	0	5	4,10%	100,00%	100,00%
Ingreso como ya graduado	12	2	8	2	9,84%	16,67%	83,33%
Formación en servicio	3	0	0	3	2,46%	100,00%	100,00%
Total	122	19	16	87	100,00%	71,31%	84,43%

Independiente mente del tipo de modalidad en formación han sido vinculados y ha permanecido en sus cargos y ha abierto posibilidades de vinculación a otros médicos familiares no hemos encontrado diferencias en su desempeño dentro del sistema que dependan de la modalidad

Los médicos familiares egresados de la Universidad del Bosque han sido punta de lanza y han participado en el desarrollo de modelos con participación de médicos familiares que se han desarrollado en nuestro sistema de salud esto se resume en la tabla # 2.

› TABLA 1. Egresados por modalidad

Fuente: Cuadro de seguimiento deserciones aplazamientos y egresados. Documentos internos del posgrado de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque.

Cargos que desempeñan	No de egresados	Porcentaje
Medico familiar	57	47,11%
Cargos administrativos	38	31,40%
Docente	11	9,09%
Fuera del país	6	4,96%
Director de posgrado	1	0,83%
Gerente	1	0,83%
Endocrinólogo	1	0,83%
Residente de neurología	1	0,83%
Fallecido	1	0,83%
Otros	4	3,31%
Total	121	100,00%

Los cargos Administrativos los realizan el 31.4% que desempeñan comprenden cargos de coordinador médico, coordinador de médicos generales, coordinador de programas de cuidados paliativos, programas de alto costo, algunos ocupan cargos administrativos a nivel nacional en la que el rol ya es exclusivamente administrativo.

9.1% de los egresados desempeñan papel docente en universidades como La Universidad El Bosque, la Universidad de La Sabana, la Universidad Javeriana y la Fundación Universitaria de ciencias de la Salud.

› TABLA 2. Cargos que desempeñan egresados del programa de Medicina Familiar

Fuente: Elaboración propia por parte de los autores con información obtenida telefónicamente Universidad El Bosque.

6 egresados se encuentra realizando estudios o laborando fuera del país en países como: España 4, Canadá 1 y Estados Unidos 1.

Han desarrollado además de la especialización en Medicina Familiar otras especialidades médico quirúrgicas como endocrinología y Neurología y profundización en especialidades semi presenciales como especialidades en gestión, en epidemiología o *fellow* de cuidados paliativos entre otras

A la fecha un egresado se encuentra desempeñando cargo de Gerente y otro de director de posgrado.

Dentro de actividades como médico familiar también se desempeñan como médicos de cabecera en algunas entidades como Ecopetrol y Colmédica Prepagada.

3.5.2.2 Ubicación laboral

A agosto de 2010, se han graduado 87 Médicos familiares en el programa de la Universidad El Bosque, de estos el 47,5 % desempeñan cargos como médico familiar y la gran mayoría laboran en SANITAS, CAFAM, médicos asociados, PREMISALUD, Compensar y JAVESALUD atendiendo en su gran mayoría patologías crónicas como EPOC (enfermedad pulmonar obstructiva crónica), hipertensión arterial, diabetes a personas con alto riesgo coronario, patología articular, problemas neurológicos; en CAFAM hay una persona que realiza actividades con recién nacidos y otra con adolescentes.

Ocupan un total de 115 cargos lo que nos da un promedio de 1,35 cargos por egresado ver tabla 3.

› TABLA 3. Ubicación laboral

Fuente: Elaboración propia por parte de los autores con información obtenida telefónicamente Universidad El Bosque.

Sitios donde laboran	No de Egresados	Porcentaje
SANITAS	17	14,8
CAFAM	14	12,2
MÉDICOS ASOCIADOS	9	7,8
UNIVERSIDAD EL BOSQUE	7	6,1
JAVESALUD	7	6,1
COLMEDICA MEDICINA PREPAGADA	6	5,2
COMPENSAR	5	4,3
HOSPITAL UNIVERSITARIO CLÍNICA SAN RAFAEL	4	3,5
PREMISALUD	4	3,5
UNIVERSIDAD DE LA SABANA	4	3,5
COLSANITAS	4	3,5

Sitios donde laboran	No de Egresados	Porcentaje
ECOPETROL	4	3,5
CLÍNICA JUAN N. CORPAS	3	2,6
NUEVA EPS	3	2,6
BIENESTAR IPS	2	1,7
HOSPITAL UNIVERSITARIO SIMÓN BOLIVAR	2	1,7
ARMADA NACIONAL	1	0,9
INSTITUTO NACIONAL DE CANCEROLOGÍA	1	0,9
CLÍNICA ABOOD SHAIO	1	0,9
DISPENSARIO SANIDAD MILITAR	1	0,9
ORDEN HOSPITALARIA SAN JUAN DE DIOS	1	0,9
HOSPITAL SAN IGNACIO	1	0,9
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD	1	0,9
PARTICULAR	1	0,9
POLICLÍNICO FUNZA	1	0,9
FUNDACIÓN SANTA FÉ	1	0,9
FUNDASALUD	1	0,9
EPS SURA	1	0,9
TELETON	1	0,9
UNIVERSIDAD DEL ROSARIO	1	0,9
SERVICIOS HOLÍSTICOS EN SALUD	1	0,9
SIN TRABAJO	1	0,9
SECRETARÍA DISTRITAL	1	0,9
VIRREY SOLIS	1	0,9
SALUD PROFESIONAL	1	0,9
SALUDCOOP	1	0,9
TOTAL	115	100

Dentro de los diferentes tipos de ubicación laboral se puede aproximar para clasificar los distintos escenarios laborales la consulta general, consulta dirigida a grupos especiales como patologías crónicas, patologías de alto costo, manejo de programas especiales como cuidados paliativos, actividades administrativas ya sea como coordinadores o planeación de programas, asesores que cumplen funciones administrativas, médicos interconsultores que colaboran con un equipo de médicos generales, y roles de docencia que puede estar dirigida a acompañar a médicos en formación, conferencias o actividades académicas, desarrollo de guías de atención y algunas ocasiones al campo de la investigación.

Una percepción general es que se está abriendo campo y ha generado un buen nombre.

Comenta el Doctor Mauricio Ulloa:

Hasta donde los conozco (risas), puedo, o sea, realmente me siento muy tranquilo porque veo que las personas que han egresado en su gran mayoría en este momento están ocupando puestos de vanguardia, están abriendo espacio, de hecho en este momento puedo tener el lujo y el placer de estar trabajando conmigo 1,2,3 y 4 ex alumnos míos y que en este momento trabajan como colegas, de hecho uno de ellos es mi Jefe en este momento y lo puedo decir con mucho orgullo porque creo que eso es muestra de que el alumno supera al maestro y son personas que están abriendo mucho espacio, creo que el Bosque tiene una identidad reconocida dentro de Medicina Familiar, tanto en Bogotá como en Colombia, de hecho de las últimas cosas que recuerdo cuando yo estuve en la Universidad fue que la última entrevista que hice para los que iban a ingresar, yo ya estaba de salida y en esa llegaron 4 ó 5 personas de diferentes partes del país no de Bogotá, sino de afuera y en la entrevista les pregunté a muchos ¿Por qué habiendo varios Programas de Medicina Familiar habían escogido el Bosque?, la respuesta casi igual era que porque lo que habían averiguado y diferentes fuentes era que el mejor Programa de Medicina Familiar que había en Bogotá era el del Bosque, o sea, creo que la trayectoria y yo creo ese nombre lo han dado son de los egresados, porque obviamente cuando yo veo a alguien trabajando y le pregunto es donde yo me hago una idea de que puedo hacer, creo que en general el producto hasta donde yo lo conozco es un producto de médicos que han dado una identidad al Programa y a la Especialidad, como tal y que están abriendo espacios en muchas partes que no ha sido fácil, pero que ya son reconocidos y si están posicionados en sitios muy importantes, donde pues están dando muestra de lo que se puede hacer a nivel de Medicina Familiar. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Alberto Lineros:

Bueno yo tengo dos percepciones una no sé si la pueda, o si interprete bien lo que voy a decir y es que trabajo en una Institución de cuarto nivel súper especializada y como dije hace un rato hay personas egresadas del Programa del Bosque trabajando en la Institución y creo que eso da una visión de perfil del Médico que finalmente se está formando allí, para tener cabida en una Institución como la nuestra. Segundo yo creo que como en todos los programas y en todos los quehaceres de cualquier arte, hay los extremos y hay gente muy buena, hay gente que definitivamente como dice Mauricio, han superado por encima a los profesores, tanto que son ahora gente que están ayudando a fortalecer el Programa en cargos directivos en entidades muy bien posicionadas en Bogotá y creo que eso es supremamente importante y las aseguradoras hoy en día están buscando Médicos Familiares para ampliar su perfil de atención a mejorar digamos su perfil de atención

en una forma más integral a sus pacientes y estoy hablando de aseguradoras prepagadas y aseguradoras del Plan Obligatorio de Salud y eso creo que también habla de eso y los médicos que conozco que están ahí metidos son muchos del Bosque, además de los que la Universidad que más especialistas está generando digamos por año, pero que lo decían ahorita, Mauricio y es eso la gente sale y se está ubicando y creo y no solo se ubican sino que han permanecido en esos sitios, creo que el médico que está hablando por sí solo. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

3.5.2.2.1 Experiencias como generalista

Como médico en consulta general podemos resaltar varias experiencias,

Dra. Olga Gómez en su entrevista:

Son diferentes experiencias que uno haya tenido, yo trabaje una época en Colmédica Prepagada y hay si uno tiene la opción de consulta de Medicina Familiar y ve absolutamente todos los grupos de edad, inclusive pues participa eso es indudable, no nos van a sacar de riesgo cardiovascular y es una fortaleza que uno tiene, pero también participa en todo lo que es medicina preventiva y uno veía desde el niño hasta el adulto mayor o cualquier cosa, entonces realmente si depende de los diferentes escenarios en lo que uno se encuentre no puedo negar que la mayoría es crónicos, pero hay diferentes escenarios que todavía se mantienen y que podemos abarcar todos los grupos individuales.

[...] Cuando estuve en la parte asistencial que algo que reconoce todo el mundo es que estábamos capacitados en todo lo prevalente y cuando uno está haciendo esa parte en la consulta es una fortaleza gigantesca, o sea tenemos que pasar la resolución en todo, en lo prevalente, en atención primaria y eso es una fortaleza [...]. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

El Doctor Augusto Herrera relata:

Me parecía no sé si muy monótono estar solo en consulta crónica, entonces por eso yo apenas termine la especialización me enganche, yo dije no, en lo que me salga me engancho porque la idea es producir, entonces yo me enganche con, primero como Medico General con Cafesalud una parte de medicina preventiva antes de que Cafesalud fuera comprada por Saludcoop y empecé a trabajar en Famisanar ¿en qué? en Madrid... ¿Que fortalezas veía aprendía uno en Madrid? Pediatría era fortaleza porque uno veía de todo y muchísimos niños en Madrid, era pesado, era muy pesado, eran a veces eran 50 consultas a veces por la mañana, tocaba..." "al comprar Salucoop Cafésalud las reglas cambiaron y empezaron consultas de cada 15 minutos esa época no sé si tuve un año o dos años en consultas de cada 15 minutos de 1:00 a 7:00, a veces de 1:00 a 8:00, bueno era una locura, pero aguanté el ritmo y que era medio masoquista la cosa,

bueno entonces ya cambio la ley y era cada 20 minutos, ya se acostumbra, pero mira que uno se acostumbra a priorizar y mientras uno va examinando el paciente le pregunta se le hicieron citología y le hicieron de mamografía y entonces acostumbra como a manejar el tiempo y la idea es que el paciente también, de acuerdo como la pausa que uno haga, en los momentos que uno haga en la consulta con el paciente, yo pienso que también el paciente piensa que una consulta de 10 minutos fue de media hora porque uno le pregunto un montón de cosas y el paciente oiga me resolvió casi el 90% de cosas de que iba y fue 20 minutos y yo pienso que uno empieza con la experiencia a aprender a manejar eso,” “me gustaba que podía uno manejar de esos tiempos porque como uno veía de todo sí?, entonces uno sabía que se veía el niño sano se demora menos, entonces compensaba el tiempo con el paciente mayor o sacaba más rápido el adolescente que venía porque tengo dudas y ta, ta, ta, usted quiere...entonces la idea es aprender que quiere el paciente, el paciente porque viene, entonces como que uno empezaba a cogerle el tino, el paciente viene por una incapacidad, fresco incapacidad chao sí?,” “entonces como tenerlo contentos y en general un costo grande en la salud y que también tratemos de ser integral y que no nos falte cosas, entonces eso es lo que uno tiene que lograr y como lograr ser cálido con el paciente, oiga me escucho, al que uno lo escucha si trata de escucharlo, otro que de acuerdo como uno ve el paciente uno capta como viene ese paciente y hasta qué punto uno lo puede manejar rápido, puede manejarlo despacio y esas cosas, pero entonces yo lo que siempre me ha gustado ha sido y por eso mantenido es como la variedad de ver las diferentes etapas de la familia, la continuidad, sí? Yo veo pacientes en Cafesalud que ya yo llevo más de cinco años viéndolo, entonces es un paciente que uno ve esa continuidad con ese paciente, entonces dice uno oiga yo me voy de acá, pero como que ya coge un cariño con la Institución y ve otras cosas buenas ¿no? Que he aprendido, hum entonces pues no, yo pienso que la fortaleza de veo en Medicina Familiar es hacer Medico General bueno [...]. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Refiriéndose a la consulta ambulatoria y por qué se está seleccionando el papel del médico familiar la Doctora Catherine Castellanos dice:

En cuanto a la visión integral mira nosotros creo que todos nos hemos dado cuenta que nosotros hacemos lo que los demás no quieren hacer y el trabajo sucio que no quieren hacer y eso no hace fortalezas, finalmente, pero generalmente cuando dices la visión integral es porque la medicina se vuelve tan fraccionada sí?, se vuelve tan subespecializada, entonces que necesita, el paciente llega un momento que tiene mil personas a las cuales tiene que ir y nadie le dice con certeza que tiene sí?, entonces cuando el encuentra, finalmente a nosotros también nos dan herramientas de manejo de paciente, yo creo que casi nos volvemos expertos en el paciente difícil, de hecho hay un paciente que tiene

problema, hay de cita con Medicina Familiar, si? entonces es realmente como, o sea pero eso te da a ti, o sea siempre las cosas positivas, las debilidades las vuelve fortalezas, es por eso porque tú te empiezas a dar cuenta que puede empezar a manejar ese tipo de cosas y les das al paciente, primero la información que él requiere de su estado de salud si?, eso te permite tener una integralidad y saber que no solamente y ahí se vuelve real el tema Bio psico social si?, ahí empiezas a ver que ese paciente tiene 72 años, en que ciclo individual esta, cuales son los factores de riesgo, es una mirada allá más allá de lo que el internista lo está viendo, el ortopedista y empiezas a integrarlo, entonces te da todas las herramientas. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Refiriéndose también en parte a este tema, el Doctor Luis Felipe Fierro egresado del programa que posteriormente se especializó en endocrinología comenta:

Yo quiero agregar una cosa que me parece importante y es que Arturo mencionaba que él no le veía digamos al principio cual era la diferencia de la Especialidad de Medicina Familiar con las otras especialidades, suele pasar que cuando en una clínica no hay medicina interna se lo mandan al médico familiarista y cuando no hay ginecología se lo mandan al familiarista, así pasa con todas y en algunos lugares el médico familiarista llena huecos porque no es mucha la diferencia porque es un complemento para ellas y la diferencia simplemente está en el nivel de atención, nivel de atención administrativo, no en el nivel por Pediatría sino el nivel de atención administrativo, pero la diferencia básica o principal creo que es con el médico general, la diferencia con el médico general es que el médico general en la mayoría de ocasiones le toca ser médico general mientras pasa a otra especialidad mientras tiene los recursos o lo que sea y que el médico general es un médico, el Médico Familiar es un médico que quiere seguir atendiendo o resolviendo los problemas comunes, los más molestos, los más frecuentes, los que de verdad le afectan su calidad de vida en el día a día, pero que estudia para eso, la diferencia con el médico general, es que el médico general pues no estudia sino lo que va, o sea si quiere ser cirujano hace su consulta 7 a 7, de 7 a 10 se pondrá a estudiar cirugía, el Médico Familiar llega a su consulta y se pone a estudiar de nuevo en los problemas más comunes para poder decirle hoy vi un paciente con cefalea que pensé que era tensional pero es lo mejor es una cefalea diferente, entonces voy a estudiar migrañas y cefaleas y cuando vuelva a ver el paciente, dice lo del enfoque imire! No mire es una cefalea tensional estoy confiado en eso, o sea que tiene la capacidad de discriminar de verdad entre lo que es la patología psicosocial por ejemplo, este Sr. Tiene cefalea tensional porque tiene muchos problemas en su casa en su familia pero también es capaz de reconocer una migraña complicada, también es capaz de reconocer un tumor cerebral, también es capaz de reconocer cualquier otra cosa que tiene el conocimiento, entonces la diferencia y lo que Usted pregunta de la integralidad, la integralidad posiblemente no se genera

por la cantidad de asignaturas que uno ve, porque estudiarlas todas es imposible, me paso a mi cuando llego a mi casa y después de ver 40 pacientes, llego sin ganas de estudiar, pero digo itengo que estudiar algo!, porque no le estoy aportando nada más a la paciente y entonces tengo que hacerlo, entonces la diferencia entre un médico general y un Médico Familiar, es que el Médico Familiar llega a la casa con ganas de estudiar y aportarle más y que tomo la decisión de hacer medicina para los hogares y los problemas comunes de salud y tiene los conocimientos para hacerlo, entonces la integralidad no sé por los programas y el número de materia que vea, sino que se da la motivación para ayudar al paciente en todos esos pequeños problemas y los grandes también porque yo he visto muchos muy bien diagnosticados y muy bien tratados con patologías que uno dice ¡si yo fuera un médico general no las sabría! y una persona estudio tres años más y tuvo las herramientas para saberlo y si no las tuvo y si no, no vio ningún caso por lo menos tuvo la motivación para llegar a estudiar, eso creo que es una diferencia grande y eso si le da a uno integralidad, no se trata que uno salga del Programa sabiendo todo pero que si salga motivado para querer atender cada día más, pienso que eso es una buena diferencia, entonces lo vale la pena buscarle diferencias o un punto específico por decir la Medicina Familiar apunta acá y es lo diferente de las otras especialidades, yo pienso que es mejor buscarle de pronto la diferencia con la medicina general y ya de plano le da una diferencia grandísima abismal con las especialidades, las especialidades para resolver el problema específico y regresa con un médico que sepa cómo tratarlo y que quiera tratarlo no con un médico general que está allí porque le toca para un programa, sino que es médico que definitivamente escogió ayudar a las personas en todos esos problemas y que se los va a resolver de la mejor manera que él pueda y que si no, no lo logra lo remite a consulta porque no tiene más herramientas o puede interconsultar con un especialista y volver entonces tenemos más herramientas para tomar más decisiones, entonces me parece que no está esa lucha ahí con otras especialidades, no aplica, buscando, sino más bien diferenciarse muy bien del médico general y esas serían las diferencias. Entrevista a López, JL et al (2010).

Una dificultad que se encuentra cuando el sistema en el que se trabaja no permite continuidad o no da la oportunidad de ver al paciente en el tiempo que el médico lo requiere ver por qué no ha tenido el tiempo para abordar todos los problemas, se puede inferir de los siguientes relatos.

Comenta la Doctora Ana Virginia Contreras:

¿Hay una cosa que sí, pues, es que aquí están hablando de lo ideal, pero la realidad es otra, porque la realidad es otra? Porque si uno ve la integralidad y uno ve todo muy bonito, pero cuando a ti te enfrentan con consulta de 15 y 20 minutos la integralidad se cae, entonces le toca a uno tratar de priorizar, en esa priorización muchas veces se dejan de ver cosas importantes, en otras le toca a uno derivar cuando

existe trabajo social, si es que existe en algunos sitios y si ya radicación con todo, entonces mire y cítelo para la próxima y entonces Dr. no puedo porque sus citas están a más de 20 días o de 30 días, entonces digamos lo que, esa parte digamos como el cuento color rosa con el que nosotros salimos desafortunadamente con el tiempo se pierde o se gana, hay sitios de trabajos de nosotros que se han ido ganando espacios y ya logramos tener consulta de media hora, que yo pienso que es una ganancia muy grande y que si puede ver uno esa integralidad, pero desafortunadamente el sistema de salud es otro y así quiera ver al paciente integral, le toca a veces como que uno priorizar mas no deja que le paciente priorice sus necesidades, a veces le toca a uno decirle mire si el paciente lo que quería como dice Caty era que escuchara pero es que se llega con 180 a 120 pues no, no lo puedo escuchar tómese la pastilla y venga en 20 o 30 días, si?, entonces en esa parte si una cosa es lo que aprendimos, lo que nos gusta hacer y otra es la realidad la que estamos enfrentados por el sistema de salud. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

En referencia al rol que se tiene para atención de programas específicos y el enfoque administrativo predominante, que busca resolver los problemas de una forma fragmentada y por lo tanto que el médico familiar ocupe un rol dentro de esta visión.

Comenta la Doctora Ana Virginia:

Por ejemplo algo que a mi si me tiene muy incómoda desde la parte de, viéndolo retrospectiva a 10 o 9 años, lo que llevemos graduados y es que nosotros mismos nos dejamos enfocar en que solo podemos ver paciente crónico a mí eso me tiene muy, desafortunadamente, interviene la DRA. Marcela: Dolida, retoma la palabra la Dra. Ana Contreras: no es dolida, ardida (risas) y me arde aquí (risassss), no, no, no hablando en serio el cuento es que por lo menos yo recuerdo que durante mucho tiempo yo creo que era la única que veía adolescentes, dure 7 años manejando adolescentes y como que era la que me salía del promedio, era la única, después Daniel, Daniel estuvo un tiempo conmigo pero después se dedicó a la parte administrativa, luego vieron otros, pero desafortunadamente a lo larga del tiempo, es todo, todo, todo lo que sea Medicina Familiar va direccionado a crónicos básicamente, que de acuerdo a ciertos, a cierto manejo de cada EPS que es la mayoría con la que trabajamos algunas prepagadas, le dan a uno la opción de ver otro tipo de paciente, pero para que gastarle a un adulto joven 30 minutos si es que básicamente es preventivo, entonces Usted en 30 minutos preventivo; realmente la gente cree que prevenir a un adolescente o adulto joven es cuestión de 5 segundo y sáquelo, entonces eso sí me parece que nosotros mismos nos permitimos y hemos permitido que los que vienen detrás los enfoquen siempre en eso y no y las poquitas puertas que se han abierto o que se estaban dando se cerraron porque nos dejamos encasillar en eso, entonces eso era lo que yo quería decir. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

La Doctora Marcela Sánchez expresa su perspectiva de esto desde la visión administrativa:

Incluso mire que si, efectivamente cuando uno además está al otro lado contratando pues dice si necesito controlar esto y necesito hacerlo rápido y lo duro y lo costoso son los viejitos, pues tengo que tener los Médicos Familiares y más cuando uno está totalmente convencido de que si funciona, pero mira que ahora nosotros estamos tratando de cambiarlo en el sentido de que no están atendiendo consulta sino asesorando a los médicos que ven de todo, entonces en ese sentido también volvemos a retomar un poquito la integralidad que habíamos perdido, porque si estoy de acuerdo contigo esta todo para crónicos, intervienen,... una cosa es asesorar y otra, retoma la palabra a Dra. Marcela: claro otra cosas es atender pero ya estas asesorando nuevamente a todos los médicos que realizan atención primaria, entonces vuelves a coger otra vez todo lo que habíamos perdido por estar haciendo solo consulta de crónicos. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

En la discusión sobre las posibles razones para que el médico familiar actualmente no esté jugando el rol principal de médico de cabecera se puede inferir en el siguiente fragmento que juega un papel importante el costo o lo que tendría que pagar una institución para contratar un médico general vs para pagar un médico familiar y por otro lado, el número de médicos familiares que se pueden conseguir, de allí salen soluciones alternativas de modelos de atención mixtos en los que participan médicos familiares y médicos generales, como lo relata la Doctora Marcela Sánchez.

La percepción que, a mí me lo habían ofrecido es que en muchas prepagadas o en sistemas especiales por ejemplo Ecopetrol o en la parte Prepagada de Sanitas cuando atienden paciente o en Colmédica Prepagada, más si se ve el papel del Médico Familiar como ese punto de atención de los diferentes grupos de edad y todo eso, exceptuando como lo de Pediatría que es como fuerte en algunos campos, pero en las EPS todavía no se han dado cuenta y todavía creen que lo más eficiente es en crónicos, retoma la palabra la Dra. Marcela: el problema no es solo que uno no se haya dado cuenta sino que no hay suficientes Médicos Familiares, entonces por ejemplo cuando empezamos en Sanitas, encontramos que sí, que la mejor opción era arribar y con los que pagan, porque obviamente el Médico Familiar ni se va ir por el precio del general ni nosotros íbamos a dejar que eso sucediera, entonces la pelea es bueno, primero le tenemos que pagar más, segundo este médico cuesta más en una consulta que un Medico General, pero demostrar que remite menos y que los laboratorios que pide resuelven más, es un proceso largo y a las EPS les interesa más costo ya, y además ihaber espérate me ubico que me fluya!, y además conseguir que uno logre que todos los médicos de un grupo de atención sean Médicos Familiares es imposible porque

no hay tantos Médicos Familiares, entonces al principio, bueno todo los Médicos Familiares empezamos a contratar a todos a todos y de momento se acabaron, entonces bueno que hacemos para que este recurso costoso pero efectivo me funcione, entonces empieza uno a crear mil estrategias para que, no ya no puede ser todo familiares porque no hay y que además es muy caro, entonces creemos grupos de Médicos Generales coordinados por el Médico Familiar, pero entonces además eso genera montones de cambios que entonces ya no pueden estar regados por toda la ciudad porque si no, no funciona, entonces son procesos que se demoran 10 años, yo llevo 10 años en Sanitas y desde que entre estoy tratando que funcione como está funcionando ahora que lleva dos años, o sea son procesos muy largos no solo es cuestión de convencimiento sino que tampoco estamos disponibles para todo el mercado. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Catherine Castellanos deja vislumbrar que hay cierta preocupación por el valor que se le da a este papel de generalista dentro de un sistema que está muy centrado en costos y ve en el corto plazo al médico familiar como alguien más costoso para cumplir este rol:

Yo actualmente hasta hace un mes era, hacia parte administrativa y ahora empecé hacer la parte asistencial, pero mi comentario iba un poco engranado a lo que estaba diciendo antes con respecto a la fortaleza y tiene que ver con lo que dice Ana, hoy en día tu puedes tener la integralidad según donde esté ubicado, pero nosotros como Médicos Familiares tenemos dos riesgos: uno es que en el sistema, el sistema cada vez te pide respuestas de cosas- situaciones puntuales del paciente, el paciente ya no es un paciente si?, es una enfermedad, es un costo y cuando tu empiezas a ver el paciente como una enfermedad y un costo, entonces eso es desintegralizar el paciente, entonces por eso que se corre el vicio que decía y que realmente eso duele como Médico Familiar, porque es que te toca ver es la patología crónica que es la más cruenta y la que más mandan y es el paciente que obviamente tienes que estar interviniendo, porque definitivamente la otra población esta cautiva, no está enferma, no es tan costosa y evidentemente no me genera tanto costo, entonces por esa razón no es la que está consultando eso es un riesgo, el otro riesgo es que podemos ser totalmente todero y cuando tú eres totalmente todero entonces se disipa la necesidad que tienes y entonces te vuelves alguien más y simplemente ya pierdes el status que tienes y eso es algo que nosotros corremos el riesgo si?, o sea eso si nada que hacer; llega un momento, hasta llega un momento que tienes las respuestas a ciertas cosas, hay ¡perdón!, tienes la fortalezas de ciertas cosas pero también pues realmente tienes debilidades en ciertas cosas, definitivamente yo creo que más son fortalezas de acuerdo que tengas y donde estás trabajando, si tú me hablas de la parte asistencial y yo' que tuve la oportunidad de estar en las dos cosas, en la parte asistencial tienes muchas herramientas, tienes que abrir los caminos obviamente como dice

Ana tú tienes las fortalezas pero también tiene que ver con lo que te gusta, definitivamente hay Médicos Familiares que les gusta mucho el tema crónico, otros les gusta adolescentes se han formado más en una cosa que en la otra, entonces eso depende realmente de la parte individual, pero en las dos cosas tienes fortalezas y las debilidades realmente tal vez es parte de lo que dice Tuto que a veces uno, uno realmente puede que no con esa visión que querer abarcar todo le cuesta a veces como priorizar, darle respuesta puntual a algo por esa tendencia siempre como a integralizar y eso también depende obviamente de la necesidad del paciente [...]. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

3.5.2.2.2 Experiencias mixtas y administrativas

Muchos de los egresados han participado en la organización, manejo y atención de programas de atención de patologías crónicas como son la hipertensión arterial en entidades como la IPS CAFAM, EPS, SANITAS, JAVE SALUD, médicos asociados, PREMISALUD, entre otras y este es el principal rol que en ocasiones se encuentra enlazado con actividades administrativas y actividades clínicas y algunos específicamente para contención de costos.

Una experiencia en este sentido se comenta por el Doctor Mario Casallas: *Tengo dos puestos laborales, uno es con Salud Total EPS, hacia el año 2008 Salud Total EPS que con un déficit de medicina interna muy importante, una doctora proveniente de la Universidad del Valle que esta de coordinadora médica, pensó que Medicina Familiar podía ser una de los reemplazantes y me llamaron y fui a presentar la entrevista, me ofrecieron un puesto de especialista en Medicina Familiar con la misma remuneración del internista pero básicamente empecé a ver pacientes crónicos, mi función era comenzar a ver los pacientes crónicos y respaldar el programa de paciente crónico que tenían allá, tenían una serie de médicos generales administrando ese programa y me dijeron a mí que viera los pacientes más complicados, después de eso Salud Total capitó sus prestaciones con una IPS que se llama Virrey Solís, ahorita trabajo para Virrey Solís EPS, mi función sigue siendo muy similar apoyar a los paciente crónicos y pues también veo cuando los médicos generales se ven complicados con alguna patología me envían el paciente esa es mi función,; con Colmédica EPS empecé hace cuatro años, ellos también tenían un déficit de internistas importante, sin embargo la figura del Médico Familiar con Colmédica EPS, estaba un poco más afianzada siempre y cuando, es decir sigue siendo la misma función ver pacientes crónicos pero para ellos la base del soporte de sus sistema de Salud es Medicina Familiar, entonces ellos tienen un grupo de Médicos Familiares mucho más amplio y son básicamente o somos los encargados de ese tipo de pacientes, cual es la diferencia?, en la medida que Colmédica EPS tiene*

un trabajo con la medicina Prepagada que ellos tienen hay un sistema en donde nos dicen a nosotros que les valoremos aquellos pacientes de medicina Prepagada y que tienen medicamentos muy especiales que están fuera del POS y evaluar su pertinencia es decir casi el 50% de mi consulta corresponde a una evaluación y manejo de pacientes que tienen medicamentos por formulación fuera del POS que se han dado en medicina Prepagada, es un trabajo muy exigente por la dinámica del mercado, por la percepción del paciente, por la dinámica laboral y pero es básicamente lo mismo. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Algunos médicos familiares perciben que este rol de atención de patologías particulares, les limita el desarrollo de competencias relacionadas con el abordaje bio psico social o integral:

El Médico Familiar le cuesta trabajo hacer una atención integral, bien sea por el tiempo o bien sea por el tipo de actividad de los que tiene enfocado, eso va en detrimento de la salud de los colombianos, es decir en un país con altos índices de disfunción familiar, con altos índices de abuso con violencia intrafamiliar, con dificultades económicas, muchas veces el Médico Familiar podría abordar ciertos temas desde el punto de vista Psicosocial que le permitiera al paciente mejorar un poco como afrontar el ese tipo de problemas, somos muy buenos clínicos, somos buenos tratando patologías crónicas pero esa parte se comienza a perder a medida que se desarrolla la práctica laboral. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Sin embargo, es por esta capacidad de integrar y coordinar la atención integral del paciente por la que lo escogen para la atención de este tipo de pacientes específicos por ejemplo, en Mederi en la atención de pacientes de alto costo como lo expresa la Dra. Juliana Escallón:

El programa en el que yo estoy trabajando se llama UAPI que es Unidad de Atención de Programa Integral, es un programa de pacientes de alto costo que está a cargo de MEDERI y que le presta servicios exclusivos a paciente de alto costo de la nueva EPS, es un programa en el que incluye básicamente cuatro tipos de patologías que son pacientes con enfermedades renal crónica en estadios cuatro y cinco; paciente oncológicos de todo tipo, pacientes con algún tipo de trasplante y pacientes por infección por VIH. La idea del programa cuando se inicio era como tener como IPS primaria para todos estos pacientes en los que hubiera como un médico de cabecera que pudiera como dirigir y coordinar al paciente y de ahí que saliera el resto de las especialidades con las que están, ya llevo más de un año, la experiencia ha sido bastante interesante, ha habido bastante adherencia por parte pacientes, muchos paciente que no tenían controlados anteriormente ya se ha logrado controlar “la mayoría diría yo”, eran pacientes que estaban como muy acostumbrados a tener solo sus especialistas y no tenían un médico que como que tomara todas sus

fortaleza y una fortaleza creo que son mas pero son esas tres, una fortaleza es la idea de integralidad tener presente que si estamos, bueno es una forma de ver, es un modelo de ver y siempre que buscar la manera de cómo un sistema está funcionando para que nosotros de alguna manera operar con el sistema. Entrevista a López, JL et al (2010).

Al respecto de este tema refiere el Doctor José Luis López:

La parte administrativa y en la formación clínica integral de que es el siguiente punto que yo coloco como fortaleza y es amplitud del conocimiento haciendo racionalización de cada uno de esos recursos, eso hace que uno con toda confianza pueda decirle Cardiólogo oiga doctor oiga porque está pidiendo ese examen a pesar de que sea el cardiólogo, si uno tiene una buena racionalización del recurso, con toda confianza uno puede exigirle así sea el súper especialista. Entrevista a López, JL et al (2010).

El Doctor Sergio Hernández describe las actividades que realiza como director médico de SANITAS calle 80 de la siguiente forma:

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

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

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

8. *Orientar las acciones para alcanzar, además de resultado e impacto en indicadores de salud, equilibrio económico en el Clinicentro.*
9. *Ser el centro integrador de los diferentes servicios que se prestan en el Centro de Atención.*
10. *Presentar informes de gestión clínica a la EPS.*
11. *Llevar a cabo procesos de planeación orientados a ejecutar acciones de mejora continua.* Caldas, D y Suarez, N (2010).

En Javesalud los médicos familiares ocupan los siguientes roles:

- } *Interconsultores inmediatos médicos generales sin agenda que apoyan a médicos generales,*
- } *Médicos especialistas tratantes que son médicos familiares a quienes se les asignan pacientes con patologías de alto riesgo,*
- } *Coordinadores médicos, Médicos familiares sin actividades asistenciales, que realizan el acompañamiento (coaching) a los demás profesionales y lideran los temas científicos de las sedes, y*
- } *Docencia e investigación, en la que acompañan a estudiantes de pre y posgrado Javesalud (2010).*

En la IPS CAFAM no tienen tan definidos los roles como coordinadores médicos para médicos familiares aunque si cumplen la función en el manejo de patologías crónicas y como apoyo de médicos generales en las IPS de Bogotá en un modelo o estrategia de grupos de intervención prioritaria (GRIPS) en salud. Sala temática de Medicina Familiar 2010) y juegan un papel de primer interconsultor en las IPS de municipios periféricos de Bogotá en un modelo que han denominado estrategia de atención primaria ampliada Alvarez, MC 2010. En CAFAM ha sido importante la participación e médicos familiares en el desarrollo de actualización continuada y guías de atención y participan en investigación clínica en protocolos diseñados por casas farmacéuticas.

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

Otro rol en el que se han ubicado egresados del programa está referido a otra área específica como lo es cuidados paliativos en el Hospital universitario Clínica San Rafael al respecto el Doctor Alejandro Hernández nos cuenta:

En mi práctica actual, considero que pongo en práctica todo lo que aprendí en el posgrado de Medicina Familiar en la Univer-

sidad El Bosque, yo hice el programa especial con el internado y rote en este Hospital por Otorrino, urología y además por las básicas ya conocidas. En segundo año hice mi rotación por psiquiatría y mi electiva fue en fisiatría, a partir de las rotaciones hechas en mi internado y de las electivas pude elegir que lo que más me gustaba era esto a lo que me dedicó actualmente en cuidados paliativos donde pongo en práctica los conocimientos adquiridos en manejo del dolor y también el conocimiento de la familia a partir de la entrevista para poder luego desarrollar los ciclos paliativos. Las enseñanzas recibidas, me permiten en la actualidad poder acercarme al paciente de una manera diferente a como lo hacen otras especialidades como la medicina interna o la cirugía, me permiten verlo de forma integral, entendiendo como se siente él con su enfermedad, como ésta impacta en su vida y como tiene también un impacto en la dinámica familiar, aplico también todo lo aprendido en terapias anticipatorias porque al igual que en los ciclos vitales y las tareas que uno debe cumplir y para lo que se debe preparar en cada etapa, en cuidados paliativos uno debe permitir que el paciente a pesar de su condición logre el gerenciamiento de su enfermedad y pueda prepararse para lo que viene más adelante, siendo parte activa durante todo este proceso mientras esté en la capacidad de hacerlo. Además, esto no es lo único a lo que me dedico, en la tarde, yo hago consulta externa como Médico Familiar en Compensar y en esta consulta aplico otros conocimientos adquiridos a cerca de los ciclos: el individual y el familiar, las actividades de mantenimiento de la salud y la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Por todo esto considero que lo aprendido me es muy útil para desempeñar mi práctica laboral actual y que día a día uno aplica la mayoría de las cosas aprendidas para desarrollar su práctica médica de una mejor manera". Es necesario aclarar que el Doctor Alejandro Hernández desde hace pocos meses está dedicado a labores administrativas dentro del mismo espacio de cuidados palia

Una dirigida a implementar experiencias de atención primaria selectiva con gran énfasis en la detección de riesgos implementadas por entes territoriales que buscan la participación y coordinación de las aseguradoras privadas con mayor o menor éxito, con gran participación de promotoras de salud y equipos de salud proyectados a la comunidad. De estas experiencias presentadas en las que participaron los departamentos de Chocó, Santander, Cundinamarca y el Valle, solo en este último, se contempla la participación de médicos familiares, donde tienen un rol como capacitadores y miembros del equipo de salud. Aunque buscan aplicar un concepto de atención primaria integral revelan dificultades importantes en la coordinación intersectorial, con avances innegables en ese sentido y no hacen referencia importante hacia un primer nivel como puerta de entrada con una alta resolutiveidad. De otro lado, se muestra también las experiencias selectivas hacia problemas de salud de alto costo como son las patologías crónicas, implementadas por los aseguradores del plan contributivo o por IPS contratadas por estos en las que hay una importante participación en la implementación del modelo por parte de médicos familiares en las que coinciden en resultados en salud para estas patologías (Mejor control en diabetes e hipertensión), desde CAFAM se presenta una disminución de la remisión a especialidades como Cardiología, Endocrinología, Dermatología, Gastroenterología, Medicina Interna, Neumología, Pediatría entre otras dentro de las que vale la pena resaltar Psiquiatría (70) y un aumento de la resolutiveidad en el 21%; se hace una reflexión que no se ha evaluado el costo y el ahorro que implica esta mejoría en control y resolutiveidad.

Hay experiencias que reportan al igual que la literatura internacional menores tasas de hospitalización y menores tasas de complicaciones de enfermedades crónicas comparando un modelo basado en Medicina Familiar respecto a un modelo tradicional. Alba L, Murillo R. (2001).

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

Las políticas en salud en nuestro país desde la creación de la Ley 100 pretende con sus principios mejorar la calidad de vida de los colombianos apoyados en la buena prestación en servicios de salud, las reformas para salud que se discuten actualmente son una clara prueba de que se requieren hacer ajustes importantes para lograrlos y uno de estos ajustes está dirigido a fortalecer la atención primaria, las experiencias anteriormente nombradas nos muestran que incentivar y promover la formación de médicos familiares acompañado de una organización de la prestación de

servicios dirigida a que realmente se mejore la capacidad resolutoria y se valore a los profesionales dedicados a esto es una alternativa viable y conveniente.

3.6 Proyección a futuro

Dentro de la proyección a futuro que se espera que tenga el médico familiar muchas personas dentro de ellas las que han desempeñado cargos como directivas en la Universidad El Bosque en el caso del Doctor Javier Uribe manifiesta lo siguiente al respecto del papel del médico familiar como enfoque preventivo:

La posibilidad de prevenir antes de que la enfermedad aparezca cosa que antes el médico no tenía, el médico solo veía solo enfermos el médico no tenía nada que ver con las personas sanas, entonces nació ese gran paradigma de la medicina moderna que es la de la prevención y promoción, ahora ese es un esquema que se aplica idealmente dentro de un esquema de Medicina Familiar, hablamos hace un momento que el individuo antes de paciente es miembro de un grupo familiar que vive junto y que está sometido seguramente a los mismos riesgos y quizá a los mismos factores protectores, entonces en la persona ideal con la cual trabajar y hacer el enfoque preventivo de las enfermedades y de promoción de la salud, entonces obviamente yo pienso que eso solo hecho justificaría plenamente, plenamente la existencia de la Medicina Familiar, la posibilidad de aplicar racionalmente y en un habitat adecuado todo el paradigma de la medicina preventiva y de promoción de la salud y de la prevención de la enfermedad, de modo que son los actores ideales para la implantación y seguimiento de este tipo de programas [...].

El Médico Familiar tiene un acceso y ya de hecho tiene una ventaja en conocer el medio en que el paciente se desarrolla, entonces si el médico aplica adecuadamente eso que le enseñaron todos los elementos y las herramientas que le brinda la Medicina Familiar puede hacer un excelente papel, primero en el diagnóstico, segundo en el manejo de muchas entidades. Entrevista a Uribe, J (2010).

También considera como proyección a futuro el papel del médico familiar como médico de cabecera: el Médico Familiar se gana la confianza del paciente, el paciente ya sabe que va estar que va ser su médico, que lo va atender permanentemente, él va a confiar en él y poco a poco va entendiendo que es mucho mejor ir donde un doctor amable que la saluda, que conversa con ella, que le pregunta su familia, que ir donde un médico que le dice: que es lo que pasa, habla la boca, saque la lengua, muéstreme el pulso, la tensión, tome hágase estos exámenes, de modo que el Médico Familiar tiene una serie de herramientas sumamente importantes y tiene la posibilidad

de manejar una serie de eventos sumamente grandes y la gente finalmente entiendo eso, además a la gente le encanta ir siempre al mismo sitio, que lo atienda la misma persona y no que la pongan a ir a tomar dos o tres buses para ir al otro extremo de la ciudad hacerse un examen o a ir a donde otro médico a que lo vea, de modo que yo pienso que lo de la Medicina Familiar es algo que bien manejado necesariamente toma mucha fuerza. Entrevista a Uribe, J (2010).

Es necesario que para que se den muchos adelantos y provechos a la atención del paciente de manera integral se ha visto que el médico familiar dentro de sus actividades podría generar un cambio de paradigmas en la atención como lo menciona el Doctor Miguel Ruiz:

El papel que puede desempeñar en el futuro?, no pues es que la Institución y los programas producen profesionales o especialistas expertos en un área con una justificación, una justificación y la justificación era clara, aquí desde la acción como profesional crítico del sistema para no solamente para acogerse de lo que el sistema dice sino para proponer cambios en el sistema, para proponer que puede ser diferente, para entender que hay otras formas de hacer a las que están hoy dispuestas y además de esa posición crítica, propositiva, también prestadores de servicios atendiendo situaciones concretas en el sistema de existe, allí hay una doble acción de todos los compromisos por la creación y construcción de una nuevas opciones pero una adaptación a las realidades del país para también intervenir y generar cambios concretos, para demostrar que es posible de otra manera además, yo no sé es ilusión o realidad pero uno siente que eso se puede estar dando poco a poco. Entrevista a Ruiz, M (2010).

En cuanto a desempeñar roles administrativos el Doctor Jaime Escobar comenta en su entrevista: La administración es un campo que entra dentro de la formación de todos los médicos hoy en día, que deben tener mínimo elementos de administración, porque eso parte de hoy en día para entender las dificultades que tiene la administración y la economía en medicina en la cual no entra solamente el médico entra ya otras disciplinas que tienen que ver con la salud y entra la economía, entra la filosofía y entra la bioética fundamentalmente para entender esos casos y desde luego elementos de administración que le permiten manejar y entender mejor la justicia distributiva de los recursos. Entrevista a Escobar, J (2010).

El Doctor Mario Casallas opina al respecto: proponer desde el punto de vista gubernamental un modelo que le permitiera al Médico Familiar explotarse a fondo, hacer de verdad una integralidad de hecho en este momento son pocos los profesionales que tienen la oportunidad de hacer un diagnóstico por ejes por ejemplo, eso ha sido una de

las cosas que se ha perdido y es una cosa muy importante son pocos los profesionales que tienen la capacidad de completar un familiograma bien sea porque o están sistematizados o no tienen el tiempo, son pocos los que pueden ser capaces un plan de tratamiento en los mismos ejes y poner que va pasar con el primero, segundo y cuarto. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

En la formulación de políticas menciona el Doctor Lineros: otra cosa que si me parece y son el desarrollo de políticas, así creo que un médico que entiende bien del tema este metido en la formulación, creación de políticas, es otro escenario para el Médico Familiar o sea creo que ahí hay escenarios administrativos, políticos y escenario asistenciales por decirle eso. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

La gran coincidencia va a que el médico familiar debe ser la puerta de entrada al sistema y es quien estaría mejor capacitado para realizar integralidad en sus atenciones como lo manifiesta el Doctor Ulloa en su entrevista:

Para mí el Médico Familiar es una célula madre, o sea, hay tantos escenarios como oportunidades, hay para Médicos Familiares y pues la muestra está en que si miramos todo lo que están haciendo los Médicos Familiares actualmente tenemos desde Un Jefe de Urgencias de una Clínica de cuarto nivel, médicos dedicados a consulta externa, médicos en entidades administrativas, médicos en instancias académicas que es otro espacio donde creo que es bien importante no solo en la formación de especialistas de Médicos Familiares en la formación de pregrado donde desde pregrado podamos ir construyendo un médico que tenga una visión diferente más integral de medicina, creo que es un espacio bien importante, pero coincido en que el papel más importante para el Medicina Familiar, también creo que es en la parte más de entrada al sistema de salud más es la parte de consulta ambulatoria, lo cual no incluye que pueda haber obviamente actividades a nivel hospitalario, pero si pienso que el mayor porcentaje de actividades pueden ser a nivel ambulatorio y es un nivel de atención primaria diferente, a lo que se confunde muchas veces que es primer nivel, no que es otro cuento diferente, pues su atención primaria puede ir mucho más allá de primer nivel y si nos atenemos a las estadísticas y a lo que se aboga a favor de la Medicina Familiar donde podemos resolver un 95% de nuestros motivos de consulta, creo que el sitio ideal es ahí en esa entrada donde de una vez vamos a filtrar todas las personas que van a ir a los niveles de atención y a otros especialistas porque yo creo que en este momento una de los problemas que hay en la formación de recurso profesional. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

La Dra. Juliana Escallón comenta al respecto:

Mientras que el Médico Familiar cuando ve a ese paciente policonsultante lo que hace es como tratar de integrar todo

y mirar que es lo que está pasando con ese paciente que esta como consultando por tantas cosas a la vez, algo de fondo generalmente hay en la mayoría de los casos, entonces eso es como otras de las causas que yo veo y es también eso el médico general, incluso muchos especialistas que se derivan a otros especialistas por eso mismo en vez de decirle vaya donde el médico general y consulta por esa otra cosa que no tiene que ver conmigo, lo que hacen es mandarlo directamente a otro especialista sin a veces tener indicación de eso. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

El Doctor Mario Casallas comenta:

A mí me parece que Colombia tiene que girar radicalmente hacia convertir el Médico Familiar en la puerta de entrada al sistema, la posición del médico general es una posición tanto la sociedad como el sistema ha ido relegando desafortunadamente, sin embargo me parece que ya es hora que en el país comience a formar tal cantidad de Médicos Familiares que a la vuelta de 50 años la puerta de entrada sea un Médico Familiar, nuestra capacidad resolutive es mayor, nuestra empatía con el paciente es mayor, la tranquilidad que el paciente siente que lo está viendo un especialista es mayor, la duda del paciente con el Médico Familiar que se hace se resuelva en dos o tres consultas, lo que hace es ponerme bien, lo que hace es fijarme metas, lo que hace preocuparse porque este bien, porque mi salud se mantenga como debe estar, pienso que debería las escuelas de Medicina Familiar hacer un consenso y proponérselo al estado colombiano de que han la Medicina Familiar como la puerta de entrada al sistema. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Otros ven que al futuro la proyección del médico familiar debería estar ocupando cargos directivos en los diferentes entes del sistema de salud de nuestro país, como lo comenta la Doctora Marcela Sánchez en su entrevista:

Necesitamos Médicos Familiares en todos los niveles y en todas las áreas, necesitamos Médicos Familiares atendiendo eso es indiscutible, pues porque hay esta la principal diferencia del Médico en el Sistema de Salud, pero también necesitamos Médicos Familiares dirigiendo y mandando y en las cabezas de las Instituciones para sea más fácil la labor de los médicos que están asistenciales y que podamos ir abordando, ir abarcando, ir generando los programas y los procesos que nosotros consideramos que podrían funcionar y que realmente se demora uno mucho tiempo tratando de convencer a los que no son, o sea, realmente yo te cuento mi historia, llevo diez años en Sanitas, o cuantos?, nueve años en sanitas, y a los nueve años me pude demorar siete tratando de convencer a la gente que podría funcionar, entonces sí. Burbano, A. et al (2010).

La Doctora Johanna Steer complementa:

Yo lo voy a resumir solo en una frase: un gerenciador de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, a

mí me parece que nosotros tenemos que ser líderes en eso y no solo en etapas tempranas sino también en etapas tardías, porque el paciente nos necesita no importante en qué fase de la enfermedad este un Médico Familiar que haga un buen abordaje, que haga un abordaje integral, que tenga un paciente adecuadamente adherido al tratamiento y todas las dudas resueltas es lo que tiene que hacer un Médico Familiar en una consulta. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

Otra visión innovadora que hace parte de esa proyección a futuro es la que menciona la Doctora Escallón en su entrevista cuando referencia al

3.6.1 Necesidades para poder desarrollar un modelo de Medicina Familiar más acorde con el recurso humano que queremos formar

Un cambio en la concepción a nivel de la comunidad general acerca del papel que juega el generalista como menciona el Doctor Javier Uribe en su entrevista:

A ver, bueno lo primero que pienso yo que se necesita es que la entidad empleadora tenga una convicción total y crea en el sistema de Medicina Familiar, si ellos creen y apoyan al médico si superan la mayoría de los obstáculos sino va a haber dificultades, porque siempre siguen dándole razón a los pacientes que quieren ir a todos, a que lo vea cada paciente tres o cuatro especialistas diferentes, cada uno dice una cosa diferente pero no hay nadie que unifique ese criterio y que le diga al paciente que es lo que tiene, a mi tóco y creo que Ustedes como médicos le ha tocado el caso de mucha gente que ha pasado por varios especialistas y esa es la hora que no saben, que no le han hecho un diagnóstico, ¿porque?, porque cada uno se limita a examinarle un órgano o un aparato, entonces son cosas que pueden ser ciertas pero eso hay que verlo a la luz de un elemento inseparable que es el ser humano, entonces allí es donde el médico tiene la convicción, ahora hay algo también que atenta contra esto y eso si es una cosa bastante difícil de combatir, el hecho de que en ciertas clases sociales sobre todo socioeconómicas más altas existe la convicción de que necesariamente lo que no haga el especialista no tiene mucho valor, ¿Para qué sirve el Médico General o el Médico Familiar?, para que los remita donde un especialista, entonces ese es un estrato bastante difícil de manejar, pero los estratos socioeconómicos bajos de la población creo que son mucho más permeables y no están todavía tan perturbados por ese, por esa serie de ideas erróneas de que los problemas todos los problemas no quedan bien solucionados sino lo ve el especialista, un muchacho con una diarrea tiene que ir donde el Pediatra, ¿Por qué?, una enteritis si una persona que ingrese a una Facultad de Medicina no está en condiciones de tratar una enteritis o una diarrea, pues no tiene nada que hacer, un cuadro respiratorio en su gran mayoría, muchísimas cosas, muchísimas cosas, entonces yo pienso que realmente el Médico Familiar puede enfrentar dificultades sobre todo en los periodos durante los cuales se implanta la metodología en una determinada Institución, eso al principio va chocar con ideas erróneas que la gente tenga, pero en la medida que el tiempo pasa la gente se va dando cuenta de las ventajas que esto tiene y se van a volver adictos y se van a volver partidarios de la Medicina Familiar, ellos saben de la Medicina Familiar, ellos saben ya que un solo sitio encuentran una persona que los oye, que los atiende y que les soluciona exitosamente la mayoría de sus problemas, ahora si encuentra problemas que él no puede solucionar sabe que él lo remite donde lo pueden solucionar Entrevista a Uribe, J (2010).

Se desea que el médico familiar sea ese primer contacto en nuestro sistema, la puerta de entrada, pero desafortunadamente aun la población de médicos familiares no es la suficiente como en otros países, ya que hasta la fecha se han graduado no más de 500 médicos familiares, se requeriría mayor número de médicos familiares y con esto se iría ganando un reconocimiento que en este momento no se nota, como lo menciona la Dra. Diana Contreras en su entrevista:

Porque todavía Medicina Familiar por más de que la reconocen nos falta el reconocimiento, yo creo que a muchos no nos interesa que no digan que somos especialistas o no somos especialistas, pero falta el reconocimiento de Medicina Familiar como especialidad y es que porque todavía tenemos que explicar después de 10 años de no sé cuántas promociones acá, de haber tenido más Universidades, de tener más Universidades en el momento con la especialidad, nos toca explicar que es Medicina Familiar, que es una especialidad y que tiene otras herramientas, entonces pienso que la unidad es algo que tenemos que fortalecer desde la formación y pues nosotros que estamos afuera. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Una concepción acorde y coherente de la filosofía y organización del sistema de salud con el papel que juega el médico familiar, a esto se refiere el Doctor Miguel Ruiz:

Bueno, ahí el riesgo es pensar con el deseo y pensar desde el deseo de otro régimen de Seguridad Social desde otro modelo de prestación de servicios, desde otro sistema y en ese otro sistema ideal donde, ideal no, pero en ese otro sistema para mi acorde con lo requiere el país, para mi acorde con la construcción de la salud no con la atención de la enfermedad, acorde con la visión de la integralidad, acorde con las necesidades de los pacientes, acordes con las necesidades financieras pues el programa debe estar inmerso en otro tipo de sistema, si?, en el sistema como está hoy la situación ya son diferentes ya son a otra cosa, entender que el sistema hoy funcione que se pueda articular la formación en Medicina Familiar, con las realidades del sistema hoy iqué cosa difícil!, solamente desde los aseguradores cuando quieren contener gastos, por fuera de los aseguradores que quieren contener gastos muy difícil, muy difícil. Entrevista a Ruiz, M (2010).

Fortalecer el papel de docente como tal dentro de la filosofía de las universidades como pregrado y posgrado con espacios formadores acordes a esta forma de pensar comenta el Doctor Miguel Ruiz:

Yo creo que ahí también son muchos porque se encuentran lo interés de formación en el pregrado con los del Posgrado, se encuentran muchos, pero encuentran las mismas dificultades de la realidad del sistema, el no tener un sitio de formación de prestación de servicios propio y que es sitio de prestación de servicio de prestación o sea posible en las realidades de todo el sistema, el tener ese sitio pues eso haría

mucho más posible o más fácil abordar e ir entrando a esa modificación, son muchas las cosas que los estudiantes de pregrado desde cualquiera de sus áreas de formación y niveles de formación, esos estudiantes pueden beneficiasen de la acción de la participación de los Especialistas en Medicina Familiar. Entrevista a Ruiz, M (2010).

El Doctor Mario Casallas en su entrevista menciona algo al respecto:

Sentarnos a ampliar la Medicina Familiar en Colombia no es que vamos hacer facultades de Medicina Familiar y docentes de Medicina Familiar, no, eso va ser un proceso paulatino [...] desde el punto de vista político implica que no es solamente el comenzar a graduar, eso requiere un estudio concienzudo y una recomendación específica de la academia de que debe llevar un Programa de Medicina Familiar, muy claro, muy concreto, probablemente ya tres años no van a ser suficientes si uno quiere un Médico Familiar de verdad, verdad, verdad, probablemente va necesitar otro es posible, no sabemos. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Una preocupación es acerca de si la formación de médicos familiares de forma masiva generaría médicos con baja competencia en el sistema como lo comenta la Dra. Andrea del Pilar: *“a mí me preocupan dos cosas y es que nosotros vamos a empezar a formar Médicos Familiares de forma masiva nosotros tenemos que asegurar que la infraestructura y que el material está completo para poder ofrecer eso sino lo único que estaríamos haciendo generar un proceso de medicina no de siete sino de nueve años”*. Entrevista a Casallas, M y Garzón MP (2010).

Desde la universidad el papel que podía desempeñar el egresado del posgrado de Medicina Familiar a un futuro no solamente apunta a justificar las condiciones que el sistema está demandando si no también una persona que proponga cambios en el sistema y que demuestre que hay otras formas de atención diferentes a las que hoy están dispuestas como lo menciona el Doctor Miguel Ruiz en su entrevista:

Los programas producen profesionales o especialistas expertos en un área con una justificación, una justificación y la justificación era clara, aquí desde la acción como profesional crítico del sistema para no solamente para acogerse de lo que el sistema dice sino para proponer cambios en el sistema, para proponer que puede ser diferente, para entender que hay otras formas de hacer a las que están hoy dispuesta. Entrevista a Ruiz, M (2010).

El Doctor Escobar menciona algo muy importante con respecto al papel trasversal que el médico familiar debe cumplir como rol docente y en su formación en todos los niveles de atención del sistema y no solo apuntar a los

llamados hospitales universitarios que hoy por hoy son hospitales de 3er y 4to nivel de atención:

Puesto como lo digo es parte de la formación de los médicos, los médicos no solamente deben formarse en los centros de los hospitales por mal llamados universitarios sino formar para enseñar y entender las necesidades de la población y le enseñanza en los niveles primarios y secundarios, entonces hay una deformación de formar médicos en hospitales sofisticados de alta tecnología y lanzarlos luego al ejercicio en comunidades en las cuales tecnología pues tiene un papel muy importante pero eso no son los más elementales o más diarios, cotidianos de la aplicación de la tecnologías son tecnologías que se aplican a las comunidades pero no son de la gran complejidad, pero se puede remitir y trabajar con esos hospitales, entonces ahí tienen un papel sumamente importante. Entrevista a Entrevista a Escobar, J (2010)..

Definitivamente es necesaria una reforma del sistema de salud en Colombia. Entrevista a Escobar, J (2010)..

que siempre se perfila a corto plazo, esto lo comenta la Dra. Diana Contreras en su entrevista:

Yo pienso que tenemos un lío muy grande es con el sistema de Salud Familiar, mientras se vea que todo es plata, también va ser muy difícil posicionar cualquier cosa, cualquier especialidad y más la nuestra, interviene la Dra. Marcela: pero eso no es problema del sistema de salud, es problema de cómo quiere una organización, una institución, una EPS, lograr la rentabilidad para costo-beneficio, por eso te digo yo que se demora uno mucho convenciendo a las personas de arriba que un programa de atención primaria, un programa de Medicina Familiar, te puede ayudar a tener costos, lo que pasa es que en general tú lo que debes lo que necesitas mejorar costo médico ya, y mejorar costo médico ya es imposible, retoma la palabra la Dra. Diana: claro, pero el sistema es bueno, yo lo sé que es bueno, pero el problema es que cuando es económico el tema, es un problema que es EPS, pero es de gobierno, pero es todo, o sea son muchas cosas sí?, retoma la palabra la Dra. Marcela, o sea lo que yo te digo es que, el problema es como conciben los que manejan la plata, el concepto de ahorrar, retoma la palabra la Dra. Diana: porque es que no es salud, es económico, entonces mientras, el problema es económico, mientras la salud en Colombia se siga viendo netamente económica, de ahorro y de ganancia para pocos, que pues porque está montado así, porque no es para todos, va ser muy difícil también posicionarnos en muchas cosas, que atención primaria sí, es la base para el Médico Familiar, pero estamos es un poquito complicados en toda la parte a nivel socio-económico nacional, yo pienso que eso es un tema bien complicado. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

Tener espejos en experiencias a nivel mundial con la participación de médicos familiares como la posibilidad de iniciar contactos con universidades del exterior para fortalecer experiencias como lo menciona la Doctora Carmen Ruiz:

Un intercambio le traerá mucho más peso a la Especialidad, porque va ser innovar, porque el pecadito que uno puede cometer es que se aprenda la clase y se queda hablando de una receta de cocina obsoleta, un poco lo que decía incluso el director de Posgrado de la Corpas era eso, necesitamos de afuera, estamos muy metidos adentro y para que después de tanto años lo diga es porque algo de esto ha visto, entonces pienso que si pudiéramos tener una Universidad en el exterior amiga donde quiera que sea el país que sea donde la gente fuera hacer no unas sub especialidades. Entrevista a Díaz, E et al (2010).

La agremiación de la especialidad es una falencia que debe fortalecerse para algunos entrevistados y se reconoce como una debilidad: como lo expresa la Dra. Diana Contreras en su entrevista:

Una debilidad a todos es que no somos unidos como gremio y creo que es una de las principales cosas que nos está fallando y por eso no hemos avanzado mucho más, cada uno está haciendo cosas en diferentes partes pero ya tenemos experiencias quisimos hacer una asociación que duro..., no me acuerdo cuanto pero que se supone que era una de las formas de estar juntos, de luchar, de mostrar que Medicina Familiar es una especialidad. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

El Doctor Álvaro Burbano lo complementa:

La debilidad yo estoy de acuerdo con lo que dice Diana y de hecho lo iba comentar y es que nosotros no somos unidos cada cual hace lo que pues le perezca, según donde esté trabajando, según su convivencia y no estamos unidos, precisamente este tipo de cosas es para que ¡oiga! Volvamos a hablar y nos unamos y todos aportemos así sea con la asistencia, pero eso es importante por eso fue la iniciativa que tuvimos de empezar a hacer las jornadas; uno de los objetivos es claro es fortalecer la Especialidad dentro de la Universidad. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

El Dr. Lineros complementa:

No tenemos una agremiación juiciosa que lo haga, nosotros intentamos arman una agremiación y ahí la dejamos y pues cada uno como que desafortunadamente el mundo no ha llevado a que nos dispersemos en ese sentido, pero creo que el poder demostrarlo sería interesante y si invitaría a los que tienen las posibilidades de todavía hacerlo, el empezar a cultivar eso que si nos falta demostrarlo, o sea, eso le está pasando ahorita a todas las entidades científicas o empiezan a demostrar que son capaces de producir y de armar sus protocolos, sus guías y manejos y mostrar que son efectivas o va alguien distinto que va a tomar la decisión y no creo que sea lo más conveniente que hay en una decisión a dedo, política como se viene presentando, una cosa muy a favor es que ya somos hartos y creo que por ser hartos debemos de mirar cómo hacer algo a nivel de grupo para que se logre, entonces antes cuando nosotros salimos egresados éramos 10 (risas) si no éramos más, a mí me ponen a contar cuantos Médicos Familiares éramos hace año 98 no tengo ni idea pero en Bogotá éramos 5 o 6, éramos nosotros más otros 3 que egresaron y no más (risas) en este momento creo que hay mucho, entonces creo que se es un momento interesante para empezar a mostrar eso. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Se necesita voluntad política y liderazgo como características esenciales para que existan cambios y se dé la representación de esta figura en el sistema, por lo tanto habría que crear más centros de formación universitaria para lograr dicha cobertura.

El médico familiar y el perfil epidemiológico como lo comenta el Dr. Ulloa en su entrevista:

El perfil epidemiológico de la población colombiana, ya sabemos todos para donde va y creo que el país necesita médicos capaces de manejar este tipo de pacientes, yo no es infartado aislado es el infartado con otras 20 enfermedades crónicas, al mismo tiempo y antes estaba atomizada la atención, todavía lo vemos un poco atomizado, o sea, la parte cardiovascular la ve Juan, la parte reumatológica la ve Pedro y la pulmonar la ve Luis, y creo que si nos falta una forma de integrar ese perfil epidemiológico que tiene el país y para donde vamos, en diez años vamos a estar en un lío grandísimo de atención en salud, si el país no se adapta en sus políticas ni en el profesional que forma para ese perfil que va a tener. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

Dentro de los inconvenientes para que se logre el posicionamiento del médico familiar como puerta de entrada en el sistema es el aspecto político representado en con sus grandes agremiaciones que ejercen voz y voto en la toma de decisiones esto lo menciona el Doctor Lineros en su entrevista: *“hay un problema grave, es político, político en cuanto estructura política del país, los gremios políticos son demasiados fuertes, lo que he visto últimamente es que no solamente el gremio político es importante sino que tiene peso para tomar decisiones a nivel de políticas en salud”*. Entrevista a Ulloa, M y Lineros, A (2010).

El papel del médico familiar debería centrarse más en la atención primaria como lo menciona la Dra. Caty Castellanos en su entrevista:

Si hablamos de sistema como tal, yo pienso que debemos estar en atención primaria si? y fortalecer atención primaria, como porque no podemos estar en los otros niveles de complejidad, porque se pueden estar en un momento dado, pero creo tal vez a veces olvidamos nuestra labor en atención primaria no la fortalecemos para que los otros niveles vean realmente nuestra labor, como los puntos de atención primaria, o sea, parte de la formación no solamente en la integralidad como atendemos sino como nos formaron, entonces pues obviamente podríamos tener muchas herramientas, si tu miras tenemos compañeros, Javier es el Director Médico y él lidera todo el tema de control prenatal y le ido muy bien, después de, el tomo una historia de un médico que llevaba, ¿Cuántos años llevaba Orlando Martínez?, ene mil años de haber fortalecido eso y no le quedo grande si?, entonces eso quiere decir donde lo pongan si?, hemos podido dar la talla y damos respuestas adecuadas y proponemos, o sea que realmente no es que tengamos, podemos hacerlo, pero realmente es atención primaria donde tenemos que fortalecer, creo que tenemos que meternos realmente para lo que nos fuimos formamos, todo el tema de prevención, todo lo de mantenimiento en salud, eso es algo que tal vez no metemos mucho con la patología y pues en eso, con el tema de los crónicos netamente y olvidados mucho de esas fortaleza que tenemos de la pobla-

ción sana como decía Tuto de volver a recuperar un poco el concepto de que ¡oiga!, esta población está sana, manténgamosla sana, obviamente que es una respuesta como tal a lo mismo que estamos viviendo al país, o sea eso no podemos ser, no podemos obviamente ser ciegos y pensar que tenemos que andar por un lado y el sistema por el otro, pero, pero creo que en mas como lo que siempre la pirámide que no dibujaron alguna vez y era el sueño dorado de que decía el Dr. Rodríguez y también el Dr. Castellanos en algún momento y era poder hacer ese engranaje en un momento dado que si tenemos las herramientas clínicas y que podemos ser líderes de trabajo en equipo, que eso se ha perdido mucho en el nivel, en el primer nivel de atención, si? y es realmente nosotros poder esa capacidad racionalizar recursos, de poder saber identificar los riesgos y que poder tener identificar cuáles son las fortalezas y decir oiga armemos un grupo o un equipo de trabajo interdisciplinario, multidisciplinario, pues como lo podemos abordar y podemos intervenir los principales problemas de salud en atención primaria. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

La Dra. Johanna Steer comenta al respecto de cuál es el papel que puede cumplir en el futuro: Yo lo voy a resumir solo en una frase: un gerenciador de promoción de la salud y de prevención de la enfermedad, a mí me parece que nosotros tenemos que ser líderes en eso y no solo en etapas tempranas sino también en etapas tardías, porque el paciente nos necesita no importante en qué fase de la enfermedad este un Médico Familiar que haga un buen abordaje, que haga un abordaje integral, que tenga un paciente adecuadamente adherido al tratamiento y todas las dudas resueltas es lo que tiene que hacer un Médico Familiar en una consulta. Entrevista a Escallón, J et al (2010).

La agremiación, el rol docente y la educación continuada deberían ser un desarrollo concertado.

Tengo una parte docente que hago con el Bosque y otra con la Sabana, desde el año pasado estoy ahora con la Sabana y si lo que Ustedes dicen es muy cierto, todavía no somos reconocidos como tal, pero cuando uno le pregunta a un residente que es la Wonca no tienen ni idea, cuando uno le dice a los residentes bueno quien va ir al Congreso de Medicina Familiar, pues puede que por recursos no, pero nadie tiene ni idea que va haber un congreso grande, no hay trabajos publicados como dice Álvaro, nadie hace investigación, entonces yo si pienso que nos hace falta fortaleza en eso, y vuelvo al punto de la, primero que todo de la actualización permanente porque yo pienso que muchos de los que estamos aquí hemos continuado estudiando cositas de lo que nos gusta y hay gente que no ha vuelto abrir un libro y uno se da cuenta a veces con paciente que le llegan a esa persona o veces por comentarios o eso, y yo pienso que eso se debería fomentar con algo de educación continuada desde el Posgrado y más exactamente de la Universidad

El Bosque, yo pienso que Álvaro lo está haciendo muy bien con los de las jornadas y todo eso, pero yo pienso que hay que pensar otro ambiente diferente al de esa jornada y es ya para los que somos especialistas como tal, algo más, yo ahorita estoy estudiando con la Universidad de Buenos Aires y acabe de terminar de estudiar con la Universidad Católica de Chile, porque aquí no hay forma de hacer otras cosas, yo pienso que la Universidad debería enfocarse hacia eso. Entrevista a Burbano, A et al (2010).

3.7 Conclusiones del Tercer Objetivo

En las entrevistas realizadas a los diferentes médicos Familiares egresados de nuestro programa se concluye que:

1. La mayoría de egresados del programa de Medicina Familiar se han formado desde la modalidad que inicia en el internado. No se han percibido diferencias entre las competencias logradas y la modalidad de formación
2. La ubicación laboral se considera casi que inmediata para cargos dentro de entidades de salud en el país, actualmente más centralizadas en ciudades como Bogotá y Cali.
3. Los cargos en los que son contratados incluyen principalmente: Coordinadores de Programas, Actividades de Gestión y administrativas, Manejo de enfermedades de alto costo, Docencia, coordinación de grupos de médicos generales.
4. La gran Mayoría se encuentra satisfecho con el rol que pueden prestar dentro del sistema.
5. Los egresados del programa se sienten competentes a asumir el cargo asignado, esto sustenta la importancia del programa.

de 15 o 20 minutos a media hora estas experiencias son dirigidas a patologías crónicas y de alto costo.

8. A pesar del posicionamiento que ha adquirido la especialización en nuestro país, aun dentro de la comunidad general y la comunidad médica, no se tiene claro el papel que desempeña el médico familiar dentro del sistema.
9. Para que el médico familiar cumpla un rol similar a la que cumple en países de Europa y Norteamérica se requieren cambios en el posicionamiento del generalista en el sistema lo que incluye el concepto que tenga a población general y la confianza que pueda tener en este, modelos de organización de servicios acordes a la atención primaria, centros de formación de atención primaria que aseguren una mejor calidad, confianza por parte de los aseguradores y prestadores en este modelo e incentivos para para que haya una inversión en este sentido.
10. La unión como gremio de médicos familiares es identificada como una necesidad sentida en el momento.



Capítulo 4

Reflexión final

De acuerdo con Herbert Blumer sociólogo de la Escuela de Chicago, que acuña el término interaccionismo simbólico en 1938, las principales premisas de esta corriente son:

1. *Las personas actúan sobre los objetos de su mundo e interactúan con otras personas a partir de los significados que los objetos y las personas tienen para ellas. Es decir, a partir de los símbolos. El símbolo permite, además, trascender el ámbito del estímulo sensorial y de lo inmediato, ampliar la percepción del entorno, incrementar la capacidad de resolución de problemas y facilitar la imaginación y la fantasía.*
2. *Los significados son producto de la interacción social, principalmente la comunicación, que se convierte en esencial, tanto en la constitución del individuo como en (y debido a) la producción social de sentido. El signo es el objeto material que desencadena el significado, y el significado, el indicador social que interviene en la construcción de la conducta.*
3. *Las personas seleccionan, organizan, reproducen y transforman los significados en los procesos interpretativos en función de sus expectativas y propósitos. Agrega además que no es posible entender el yo con el otro en la medida que es la sociedad que me construyo como y mi actuar tienen un significado en el contexto de donde actuó.*
http://es.wikipedia.org/wiki/Interaccionismo_simbólico.

Lo que significa o representa el médico familiar para gran parte del mundo es equiparable a una especialidad que paradójicamente se especializa en lo general, es derivada de la medicina general como una disciplina más antigua. Owens, T.P.; Dominici, L.E (2008), Carmichael, L, Carmichael, J. (1976), Rubinstein, A y Terraza, S (2006), Taylor, RB. (1983), Universidad Autónoma de Mexico (2004), Arias, L (2008), Mejía, D (1991), Ceitlin, J y Gomez, G (1997), Entrevista a Uribe, J (2010), Rodríguez, MA y Vega Vásquez, ML (1995), Seminario taller: Salud y Medicina Familiar y Comunitaria marco general y perspectivas (1997), WONCA, “Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del médico de familia” (1994). Esta nueva especialidad en países europeos y norteamericanos es la opción que existe para ejercer el generalismo, ya que no lo puedo ejercer sin especializarse. Ceitlin, J y Gomez, T (1997), WONCA, “Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del médico de familia” (1994), OPS-OMS “Renovando la atención Primaria en las Américas.” (2005), European Observatory on Health Systems and Policies Series (2006). Este especialista también ha sido denominado como un médico de atención primaria por que actúa dentro de unos principios que incluyen la inte-

et al (2010), Entrevista a Escallón, J et al (2010), Entrevista a Díaz, E et al (2010), Entrevista a Díaz, E et al (2010), Entrevista a López, JL et al (2010), Sala Temática Salud Familiar (2010). Sin embargo estos papeles que son reconocidos e importantes también a nivel mundial como parte de las posibilidades de ejercer como profesional por parte de quien se especializa en esta disciplina, se contraponen al médico rol de médico de cabecera o de puerta de entrada en la que utiliza adicionalmente otro tipo de competencias que son efectivas y eficientes en la promoción y prevención de la práctica clínica y han demostrado en otras partes del mundo apoyan a que los sistemas de salud sean más eficientes. Engel, G (1980), Carmichael, L, Carmichael, J. (1976), Rubinstein, A y Terraza, S (2006). Taylor, RB. (1983), Universidad Autónoma de México (2004), Arias, L (2008), Entrevista a Entrevista a Escobar, J (2010) , Entrevista a Uribe, J (2010), Ceitlin, J y Gomez, T (1997), Otero, M (2010), Entrevista a Ruiz, M (2010) , WONCA, “Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del médico de familia” (1994), OPS-OMS “Renovando la atención Primaria en las Américas.” (2005), European Observatory on Health Systems and Policies Series (2006). Estas limitantes que se imponen en nuestro medio genera preocupación entre algunos egresados, percepción que es compartida a nivel nacional. Entrevista a Burbano, A et al (2010), Sala Temática Salud Familiar (2010). Aunque la mayoría sienten que pueden aplicar muchas de las capacidades para las que fueron formados y que el posgrado aporta fortalezas en este sentido. Entrevista a Burbano, A et al (2010), Sala Temática Salud Familiar (2010).

la necesidad

gralidad. Para un programa de formación como el nuestro, se plantea una situación interesante pero compleja en cuanto a decidir a cual perfil le debo apuntar y como hago coherente las dos imágenes que podemos percibir entre un rol que ya se está cumpliendo y en el que se han destacado los egresados y perciben debería ser fortalecido y otro que predomina y es exitoso en el mundo pero no encuentra aún una gran acogida en nuestra cotidianidad.

Las discusiones que se están dando actualmente en nuestro sistema y la forma como sea entendida y hacia donde esta dirija la nueva etapa que va a tener nuestro sistema general de seguridad en Salud influirá de forma importante en el desarrollo de nuestra especialidad y nuestra Universidad deberá actuar coherentemente con su filosofía para seguir desarrollando una experiencia que hasta ahora consideramos satisfactoria.



Bibliografía

1. Acta de Consejo Directivo 51 del 27 de mayo de 1998. Universidad El Bosque.
2. Acta de Consejo Directivo 569 del 18 de febrero de 1998. Universidad El Bosque.
3. Acta de Consejo Directivo Universidad El Bosque. 571 del 11 de marzo de 1998.
4. Actas de comité docente posgrado de Medicina Familiar.
5. Actas de comité docente posgrado de Medicina Familiar. Convenio docencia servicio Hospital de Facatativá.
6. Actas de comité docente posgrado de Medicina Familiar. Convenio docencia servicio Hospital de Zipaquirá.
7. Acuerdo 002 y Acuerdo 003 de 2006 de la Secretaria Distrital de Salud.
8. Alba L, Murillo R. Utilización de servicios y perfil de morbilidad en Usuarios de Medicina Familiar. Memorias Congreso Iberoamericano De Medicina Familiar. Cali 2001.
9. Álvarez, Martha Carolina. Estrategia de Atención Primaria Ampliada. Avances y retos de la Implementación de la implementación de la APS. Ministerio de protección Social. Presentación en la sala virtual de Medicina Familiar del Observatorio de talento Humano en Salud Julio de 2010.
10. American Academy of Family Physicians. <http://www.aafp.org>
11. Arias L. Fundamentos en Salud Familiar Principios de Medicina y Salud Familiar. Ascofame. Primera Edición 2008.
12. Arias, Liliana; Cubidez, Hernando; Vásquez, Martha; Ruiz, Miguel. Documento tesis de grado para la Especialización en Liderazgo de Recursos Humanos Brasil 2007 y República de Colombia. Ministerio de Salud.).
13. Briggs J, and Peat DF. Turbulent Mirror: An Illustrated Guide to Chaos Theory and the Science of Wholeness. Harper & Row. New York 1989.
14. Carmichael, L., Carmichael, J. The Relational Model in Family Practice, 1976.
15. Castellanos Sotelo, Catherine Ivonne. Diagnóstico General del Municipio de Guachetá para identificar las posibilidades de intervención del programa de Medicina Familiar desde el servicio social obligatorio durante julio de 1999 y julio de 2000 pg. 32, pg. 42, pg.

51. Tesis de Grado para Título de Especialista en Medicina Familiar Junio de 2001.
16. Castillo Carvajal Astrid Aidé y Rodríguez Cabezas, Sandra. Descripción, Análisis y Comparación La Estrategia Salud A Su Hogar Durante El Año De Servicio Social Obligatorio En Centros De Atención Pertene- cientes Al Hospital Del Sur.. Tesis de Grado para Título de Especialista en Medicina Familiar, julio de 2008.
17. Ceitlin J, Gómez T, Medicina de Familia La clave de un nuevo modelo. Editorial semFYC. Centro Internacional para La Medicina Familiar. D. L.: M 33679 – 1997.
18. Contreras Báez, Ana Virginia y Delgadillo Acevedo Javier. Estrategia de manejo y seguimiento del paciente hipertenso en el servicio de consulta externa. Hospital San Antonio de la Vega. Tesis de Grado para Título de Especialista en Medicina Familiar Junio de 2001.
19. Contreras Ortiz, Diana Cecilia. Mejoramiento de la gestión del bloque comunitario del municipio San Francisco de Sales pg. 41 y 42. Tesis de Grado para Título de Especialista en Medicina Familiar Junio de 2001.
20. Decreto 1665 de 2002. Ministerio de Protección Social
21. Decreto 2174 de 1996. Sistema obligatorio de la Garantía de la Calidad del Sistema General de Seguridad social en Salud.
22. Dirección General De Análisis Y Política De Recursos Humanos, Ministerio de la Protección Social, Colombia El Observatorio De Recursos Humanos “una estrategia de concertación para la adopción de políticas públicas en salud” Desafíos Globales y Nacionales Iniciativa Regional Para La Reforma Del Sector Salud En América Latina Y El Caribe. Castellanos Robayo Jorge. Brasilia Noviembre de 2004.
23. Documento interno posgrado de Medicina Familiar. Cuadro de seguimiento deserciones, aplazamientos y egresados posgrado Medicina Familiar Universidad El Bosque.
24. Dominici, Luis Eduardo, et al. Cuidados Comprensivos. Facultad de Medicina, Universidad de Panamá, Noviembre 2004.
25. Engel, George. The Clinical Application of the Biopsychosocial Model. American Journal of Psychiatry, 1980.
26. Entrevista realizada por las Doctoras Carolina Perdomo y Natalia Urrego, como parte de la práctica de observación entrevista en investigación cualitativa especialización de Medicina Familiar primer año, año 2010.

27. Entrevista realizada por las Doctoras Natalia Lucia Suarez Diana María Caldas, como parte de la práctica de observación entrevista en investigación cualitativa especialización de Medicina Familiar primer año, año 2010.
28. Entrevista realizada por las Doctoras Rosa Elena Cardozo, Aileana Muñoz y Adriana Martínez como parte de la práctica de observación entrevista en investigación cualitativa especialización de Medicina Familiar primer año, año 2010.
29. Entrevista realizada por los autores a las Doctoras: Gina Susana Torres, Johanna Steer Díaz, Juliana Escallón. Mayo 10 de 2010. Salón E402 Universidad El Bosque.
30. Entrevista realizada por los autores a los Doctores Mauricio Ulloa y Alberto Lineros Docentes Fundadores Universidad El Bosque. Sede administrativa clínica Abood-Shaio. 01 marzo de 2010.
31. Entrevista realizada por los autores a los Doctores: Álvaro Burbano Delgado, Marcela Sánchez Jaramillo, Catherine Castellanos Sotelo, Ana Contreras, Diana Contreras Ortiz, Olga Gómez, Daniel Valderrama, Héctor Augusto Herrera. Salón E 402. Universidad El Bosque 10 de marzo de 2010.
32. Entrevista realizada por los autores a los Doctores: Andrea del Pilar Garzón, Mario Alberto Casallas, Abril 12 de 2010, Salón E402 Universidad El Bosque.
33. Entrevista realizada por los autores a los Doctores: José Luis López, Javier Urrego, Arturo Rocha, Felipe Fierro, Adrian Verbel, Jady Hernández, Julieta Bastidas. Marzo 23 de 2010. Salón E402 Universidad El Bosque.
34. Entrevista realizada por los autores a los Doctores: Juliana Escallón, Edgar Marroquín, Carmen Ruiz, Ernesto Díaz. Junio 2 de 2010. Salón E 402 Universidad El Bosque.
35. Entrevista realizada por los autores al Doctor Miguel Otero. Piso 11, salón de Juntas de Vicerrectoría. 03 de marzo de 2010.
36. Entrevista realizada por los autores al Doctor Miguel Ruiz Decano de Medicina de la Universidad. Séptimo piso oficina de decanatura 03 de Marzo de 2010
37. Entrevista realizada por los autores al Doctor. Jaime Escobar Triana Rector de la Universidad El Bosque. Oficina de Bioética, Universidad El Bosque 22 de abril de 2010.
38. Entrevista revisada por los autores al Doctor Javier Uribe. Medico Epidemiólogo y Director del Posgrado de

- Epidemiología de la Universidad El Bosque. Realizada en Piso 11 Universidad El Bosque Oficina de post grado epidemiología. 5 de marzo de 2010
39. European Observatory on Health Systems and Policies Series, Primary care in the driver's seat?, Organizational reform in European primary care, 2006.
 40. Gómez Gascón T, Ceitlin J. La Medicina de Familia en el Mundo. Medicina de Familia: La Clave de un nuevo Modelo. Madrid, semFYC-CIMF, 1997.
 41. Gómez Gómez, Olga Victoria y Marroquín Garavito, Edgar Alfredo. Caracterización de la población hipertensa del municipio de la Vega entre julio de 2000 a junio de 2001. Pacientes que asistieron a consulta externa y rural del Hospital San Antonio. Tesis de Grado para Título de Especialista en Medicina Familiar, julio de 2002.
 42. Gómez Vélez, Conrado Alonso Hacia un Modelo de Atención Primaria en Salud, Desde un Enfoque Intersectorial en El Sistema de Salud Colombiano Vice ministerio de Salud y Bienestar Dirección General de Salud Pública Grupo de Gestión Integral en Salud Pública. Ministerio de la Protección Social República de Colombia 2008.
 43. http://es.wikipedia.org/wiki/Interaccionismo_simbólico-37k <http://www.altillo.com/examenes/uba/psicologia/psicosoc/psicosoc2007resuinteraccionismo.asp>
 44. <http://www.saludcolombia.com/actual/lareform.htm>
 45. <http://www.sociologia.uson.mx/work/resources/LocalContent/73636/1/5sobrelaenfermedad.pdf>
 46. Instituto de salud de Barcelona y Consorcio Hospitalario de Cataluña. Modernización de la educación, capacitación y entrenamiento en salud, consultoría y gestión. Ministerio de Protección Social. Año 2002.
 47. Javesalud. El Modelo de Cuidado Primario Ambulatorio de Javesalud. Avances y retos de la Implementación de la implementación de la APS. Ministerio de protección Social. Presentación en la sala virtual de Medicina Familiar del Observatorio de talento Humano en Salud Julio de 2010.
 48. Martínez Ramos, Carlos. El Sistema nacional de Salud, el sistema actual. Faculta de medicina Universidad Complutense, Hospital Clínico San Carlos. Madrid 2009.
 49. Medina Vásquez, Javier y Ortegón, Edgar. Manual de prospectiva y decisión estratégica, bases teóricas e instrumentos para América Latina y el Caribe. ILPES. 2007.

50. Mejía D. Salud Familiar para América Latina. Bases Intelectuales y Científicas de la Salud Familiar. 1991. Primera Edición.
51. Ministerio de Educación Nacional. Serie de la calidad de la educación superior #7. Especialidades medico quirúrgicas en medicina.
52. Ministerio de la Protección Social Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. 3ra edición Pontificia Universidad Javeriana-Cendex. 2008.
53. Ministerio de la Protección Social Recursos Humanos de la Salud en Colombia. Balance, competencias y prospectiva. 3ra edición Pontificia Universidad Javeriana-Cendex. 2008.
54. Ministerio de Salud, OPS-OMS. Recursos humanos para un programa de Medicina y Salud Familiar y Comunitaria. Seminario taller: Salud y Medicina Familiar y Comunitaria marco general y perspectivas. Ministerio de Salud - OPS/OMS - Universidad El Bosque. Julio 21 de 1997 citado por: Rodríguez, MAuricio. Especialización en Medicina Familiar. Modalidad en Residencia Modificada. Facultad de Medicina Área de Medicina Comunitaria. Bogotá. Junio 1998.
55. Ministerio de Salud. La reforma de salud en Colombia y el Plan Maestro para su implementación. Informe final. Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard. 1996.
56. Ministerio de Salud. Los Recursos Humanos en Salud y el Sistema General de Seguridad Social En Salud. Septiembre de 1995 citado por: Rodríguez, MAuricio. Especialización en Medicina Familiar. Modalidad en Residencia Modificada. Facultad de Medicina Área de Medicina Comunitaria. Bogotá. Junio 1998.
57. Ministerio de Salud. Memorias el Foro-Video Conferencias. Desafíos para los Recursos Humanos en el Sistema General de Seguridad Social En Salud. Bogotá, Octubre de 2002. Pg. 13.
58. Ministerio de Salud. Memorias el Foro-Video Conferencias. Desafíos para los Recursos Humanos en el Sistema General de Seguridad Social En Salud. República de Colombia. Bogotá, Octubre de 2002.
59. OMS-WONCA Conferencia realizada en London, Ontario, Canadá. Noviembre 6-8, 1994. "Hacer que la práctica médica y la educación médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribu-

72. Universidad Autónoma del Estado de México. Perfil del Médico Familiar. Especialización en Medicina Familiar. México, 2004
73. Universidad El Bosque. Misión y proyecto educativo de la Universidad El Bosque. Santafé de Bogotá. 1996 citado por: Rodríguez, MAuricio. Especialización en Medicina Familiar. Modalidad en Residencia Modificada. Facultad de Medicina Área de Medicina Comunitaria. Bogotá. Junio 1998.
74. Vega Romero, Román. Vigencia y relevancia de la Atención Primaria en Salud. Rev. Gerencia. Políticas. Salud, Bogotá (Colombia), 7 (14): 7-10, enero-junio de 2008.



El Programa de formación en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, su iniciación, su desarrollo y su impacto

*/ Dr. Mauricio Alberto Rodríguez Escobar /
/ Vicente De Jesús Bonivento Mugno /
/ María Milagros Villadiego Arrieta /*

Este libro se terminó de imprimir
en el mes de enero de 2011
en ---
Bogotá D.C., Colombia