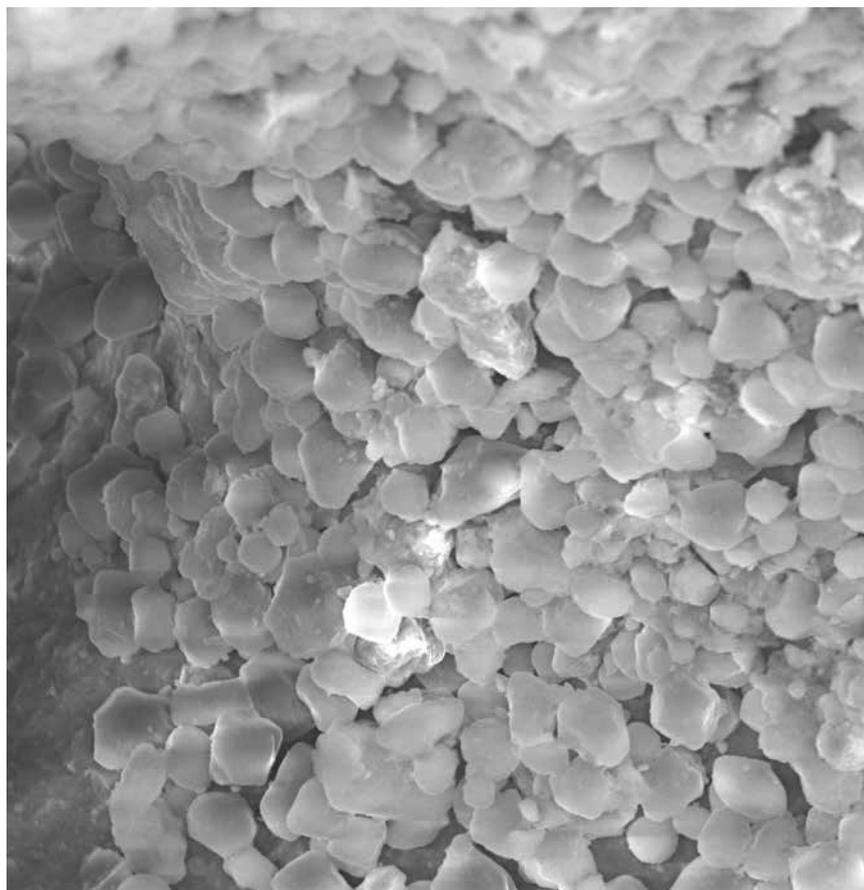


■ Lecho vascular con presencia de tejido mioide del canal medular de una tibia en sable

Técnica: Microscopía electrónica de barrido

MEB. 800 X. Lecho vascular con presencia de tejido mioide del canal medular de una tibia en sable. Muestra de estudio de individuo prehispánico del siglo 7. La fotografía muestra una zona muy laxa que muy seguramente corresponde a tejido mioide. Es evidente la presencia de células momificadas de diferente forma y tamaño, debido a los procesos de deshidratación por el enterramiento.



■
Fotografía 2

10/26/2011 2:14:47 PM | HV 30.0 kV | Det LFD | Mag 1200x | VacMode High vacuum |
Fotografía realizada en los laboratorios de la Universidad Nacional de Colombia |

 100.0 mm

Zoila Castañeda Murcia, orcid.org/0000-0002-3139-6832 OD, MSc.
Facultad de Medicina, Universidad El Bosque, Colombia.

© Todos los derechos reservados. Esta fotografía no puede ser reproducida ni total ni parcialmente, sin el permiso previo de la autora.



Artículo original

Rol, situación laboral y prospectiva de especialistas en Medicina Familiar en Colombia, 2017

Role, employment status and prospective for Graduate Family Medicine Physicians in Colombia, 2017

Papel, situação trabalhista e prospectiva. Especialistas de medicina familiar na Colômbia, 2017

Recibido: 09 | 11 | 2017

Aprobado: 03 | 06 | 2018

DOI: <http://dx.doi.org/10.18270/rsb.v8i1.2372>

Daniel Eduardo Pinilla

orcid.org/0000-0003-1909-9138

Carlos Aldana

orcid.org/0000-0003-0821-4452

Especialización en Medicina Familiar,
Universidad El Bosque,
Bogotá, Colombia

Mauricio Alberto Rodríguez

orcid.org/0000-0002-8278-857X

Otto Hamann

orcid.org/0000-0003-3544-9062

Sociedad Colombiana de Medicina Familiar,
Fundación Universitaria Juan N Corpas,
Bogotá, D.C., Colombia

Correspondencia: rodriguezmauricio@unbosque.edu.co

Resumen

Introducción. Se reconoce que el médico familiar es el especialista ideal en la puerta de entrada a un sistema de salud que se orienta hacia la atención primaria en salud. Los especialistas en medicina familiar en Colombia están preocupados por el desempleo y por la falta de oportunidades con un pago adecuado para los especialistas que salen al mercado laboral.

Metodología. Se hizo una encuesta de 20 preguntas mediante la plataforma Google Forms, dirigida a especialistas en Medicina Familiar.

Resultados. Respondieron 281 (38 %) de los médicos familiares. Se encontró un desempleo del 9 %. De los que ejercen la especialidad en nuestro país, 9,6 % tienen títulos convalidados y 90,4 % de universidades colombianas. Los 256 empleados cumplen más de un rol: 34 % tiene actividades administrativas y 75 % ofrece apoyo directo a médicos generales. Otras funciones incluyen: consulta como médicos de cabecera (32 %), docencia (31 %), participación en programas especiales como los de enfermedades crónicas (27 %) y atención en urgencias (14 %).

Conclusión. Es importante que los especialistas en Medicina Familiar discutan los diferentes roles que tienen dentro del sistema y planteen su postura ante las partes interesadas, como el Ministerio de Salud y Protección Social, los entes territoriales, las empresas promotoras de salud (EPS) e instituciones prestadoras de salud (IPS), con el fin de posicionarse adecuadamente en la implementación del modelo integral de atención en salud.

Palabras clave: medicina familiar y comunitaria, atención primaria de salud, desempleo, prestación de atención de salud

Abstract

Overview: The family physician is the ideal professional in a health system geared towards Primary Care Health. In Colombia however, there is an increasing concern regarding employment and lack of professional opportunities with commensurate pay of Family Medicine Physicians.

Methodology: A survey containing 20 questions was conducted with graduate family medicine physicians through Google Forms.

Results: 281, 38% of Family Medicine Physicians answered the survey. The unemployment rate was 9%. 9.6% of Family Medicine Physicians working in Colombia have certified degrees. 90.4% of such qualifications are from Colombian universities. Out of the professionals who answered the survey, 256 family physicians performed more than one duty: 34% perform administrative duties; 75% work in tandem with general practitioners; 32% act as primary care physicians and 14% work in Emergency rooms.

Conclusions: It is important that family physicians discuss the various roles they perform within the Colombian health system thus bridge building with local health authorities as a way to acknowledge their roles through the implementation of the comprehensive model for health services.

Keywords: Family and Community Medicine, Primary Health Care, Unemployment, Health Care Services Delivering.

Resumo

Introdução. Se reconhece que o médico familiar é o especialista ideal para a atenção na entrada do sistema de saúde, direcionado à atenção primária em Saúde. No entanto, uma preocupação dos especialistas em medicina familiar no país é o desemprego, subemprego e falta de oportunidades de trabalho.

Metodologia. Foi realizada uma enquete com 20 perguntas através de Google Forms, dirigida a especialistas em medicina familiar.

Resultados. Responderam 281 (38%) dos médicos familiares, entre eles o desemprego foi de 9%. 9,6% tem títulos convalidados e 90% são formados em universidades colombianas. Entre os 256 empregados há diversas funções: 34% tem funções administrativas, 75% oferecem apoio a médicos gerais, 32% são médicos de consulta, 31% são docentes, 27% participa de programas especiais como de doenças crônicas e 14% atende urgências.

Conclusão. É importante que os especialistas desta área reflitam sobre seu papel no sistema de saúde e consigam defender e posicionar sua especialidade na implementação do Modelo Integral de Atenção em Saúde (MIAS), com o Ministério de Saúde e Proteção Social, entidades territoriais, empresas promotoras de saúde e instituições prestadoras de serviços.

Palavras chave: Medicina familiar e comunitária, atenção primária em saúde, desemprego, prestação de atenção em saúde.

Introducción

La especialidad de Medicina Familiar, denominación acordada en el Programa Único Nacional de la Especialización en Medicina Familiar (PUNEMF) (1), es considerada por el Ministerio de Salud y de Protección Social como una especialidad médica que puede contribuir a la resolución de algunos problemas surgidos con la implementación de la Ley 100 de 1993. Estos incluyen la fragmentación de la atención, la baja capacidad resolutoria de la atención inicial –comparada con estándares internacionales–, la baja calidad de la atención y el enfoque curativo basado en la atención hospitalaria para la prestación de los servicios (1). Dicho programa es el resultado de un trabajo conjunto entre el Ministerio de Salud y Protección Social y las universidades con posgrados activos o con interés en formar especialistas, desarrollado durante los años 2013 y 2014. El objetivo es disponer del talento humano suficiente para desarrollar un modelo de atención primaria en salud, de acuerdo con lo propuesto en la Ley 1438 de 2011 (2).

Se proyecta que estos especialistas, en conjunto con un equipo interdisciplinario, sean la puerta de entrada del sistema, y que atiendan a poblaciones y familias de las que estarán a cargo como prestadores de las redes integrales de salud. Se plantea textualmente en el PUNEMF que

“Estos equipos serán la puerta de entrada al SGSSS y tendrán un grupo de familias adscritas para las cuales deberán reconocer y analizar de manera integral la situación de salud de su población adscrita para, con ello, concertar un plan de cuidado primario que integre coherentemente, en función de las necesidades, las acciones individuales, colectivas y poblacionales, sectoriales e intersectoriales. Además deberán, en coordinación con las Entidades Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) y las direcciones territoriales de salud, organizar el sistema de referencia y contrarreferencia que garantice alta resolutoria (sic) y atención integral e integrada, con criterios de

oportunidad, continuidad, pertinencia y calidad en el contexto de redes integrales de salud que incluyen la coordinación con prestadores complementarios y la articulación intersectorial” (1).

Este plan de implementación de la atención primaria en salud es similar al que se está dando en la mayoría de países de Latinoamérica, promovido por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), y es producto de acuerdos que se han hecho en América para promoverla en la región (3-5). Este compromiso ha sido apoyado y difundido por la *World Organization of National Colleges Academics* (WONCA) (1), a través de la CIMF (Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF) en sus diferentes cumbres: Declaración de Sevilla (6), Compromiso de Santiago de Chile (7), Carta de Fortaleza (8), Carta de Asunción (9), Carta de Quito (10) y Carta de San José (11). A pesar de esta directriz, los avances operativos han sido lentos en toda la región y el especialista latinoamericano en Medicina Familiar solo cumple el rol de puerta de entrada en Cuba y México.

En Colombia, se promulgó la Resolución 429 de febrero de 2016, en la que se adopta la política de atención integral en salud, cuyo marco estratégico general se fundamenta en la atención primaria en salud, el enfoque en salud familiar y comunitaria, el cuidado, la gestión integral del riesgo y el enfoque diferencial por territorios y poblaciones. Su plan operativo es el modelo de atención integral en salud, que cuenta con 10 componentes (12). Para este artículo, tienen especial pertinencia el quinto, redes integrales de prestación de servicios de salud, y el noveno, fortalecimiento del recurso humano en salud. Dentro de las redes se deben desarrollar el componente primario y el componente complementario, y dentro del componente primario, los especialistas de Salud Familiar y de Medicina Familiar son el recurso humano que se debe desarrollar.

En el documento de la política de atención integral en salud, publicado en enero de 2016, está claramente contemplada la especialidad de Medicina Familiar como especialidad fundamental del enfoque de salud familiar y comunitaria (13). Sin embargo, en la Resolución 429, no es clara la necesidad de vincular a especialistas en medicina familiar, a tal punto que, en el desarrollo del modelo en los entes territoriales, no se contempla el cargo de esta especialidad. Aparentemente, consideran que el enfoque requerido se puede lograr con algún curso intermedio o con la especialidad de Salud Familiar, lo que demuestra un desconocimiento de lo que es la medicina familiar como una especialización

médico-quirúrgica y el papel que puede cumplir en nuestro sistema. Esta situación, junto con la percepción de aumento del desempleo para esta especialidad, no es coherente con el propósito del Ministerio de Salud y Protección Social de formar 5.000 especialistas en Medicina Familiar en 10 años (1).

Se desarrolló una encuesta con el objetivo de conocer la situación de empleo de especialistas en Medicina Familiar en nuestro país, el papel laboral que tienen y la percepción de estos especialistas de las razones de esta situación de empleo y rol laboral. No se encontraron estudios ni encuestas previas que nos permitan tener parámetros de comparación acerca del empleo de especialistas en Medicina Familiar en nuestro país.

Se espera que los resultados de la encuesta contribuyan al planteamiento de estrategias por parte de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar, de sus integrantes y, en general, de los médicos familiares en Colombia, orientadas a fortalecer el papel y la situación de la especialidad en busca de un sistema de salud y un modelo de atención necesarios para contribuir a mejorar la prestación de servicios de salud y la salud de los colombianos a partir de los factores determinantes en salud.

Metodología

A petición de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar, capítulo centro, se formuló una encuesta utilizando *Google Forms*. Se plantearon 17 preguntas cerradas y tres preguntas abiertas. Esta fue enviada por correo electrónico, *WhatsApp*¹ y *Facebook*, y se pidió la colaboración a los directores y coordinadores de las siete facultades que tienen egresados de esta especialidad en el país para que lo difundieran entre sus egresados. Se solicitó el dato de correo electrónico de los encuestados para verificar respuestas repetidas. Los criterios de inclusión para participar en el estudio fueron: aceptación voluntaria de hacer la encuesta, ser especialista en medicina familiar con título nacional o título convalidado del extranjero y vivir en territorio colombiano. La encuesta estuvo disponible para su diligenciamiento entre los días 5 y 17 de mayo de 2017.

Las preguntas planteadas en la encuesta se dividieron en cuatro segmentos. El primero era para recolectar datos poblacionales y conocer las características de la

1 En el WhatsApp Especial.MD FLIAR COLOM, abierto por Orlando Espinosa, participan aproximadamente 250 especialistas en Medicina Familiar.

muestra. En el segundo, se hicieron dos preguntas dirigidas a las personas que al momento de la encuesta no se encontraban trabajando, para conocer las posibles razones y el tiempo que llevaban sin trabajar. El tercer segmento contenía preguntas dirigidas a las personas que en ese momento tenían empleo, con el fin de conocer su ubicación en los diferentes ámbitos en los que se puede desenvolver el médico familiar. Finalmente, el cuarto grupo de preguntas se enfocaba en conocer la percepción de la problemática laboral de los médicos familiares y sus posibles soluciones.

La encuesta fue diseñada por dos residentes de tercer año, bajo la supervisión del director de la especialidad de Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, y fueron validadas por los integrantes de la junta de Sociedad Colombiana de Medicina Familiar, capítulo centro. Para el análisis, se incluyó al director de la especialidad en Medicina Familiar de la Fundación Universitaria Juan N. Corpas estuvo interesado en participar.

Consideraciones éticas

Esta investigación se clasificó en la categoría “sin riesgo” (Artículo 11, letra a, de la Resolución 8430 de 1993). Fue una encuesta retrospectiva y no se hizo ninguna intervención intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio. El diligenciamiento de la encuesta fue voluntario. En el cuestionario se explicó el propósito de la encuesta y los datos recolectados solo han tenido el uso contemplado en la encuesta y en este artículo. La custodia de los datos está a cargo de los autores de este artículo.

Resultados

Se obtuvo respuesta de 285 especialistas en Medicina Familiar, en un muestreo no probabilístico. Se unificaron tres encuestas con dirección de correo electrónico repetido. Una encuesta resuelta por un residente de Medicina Familiar, fue eliminada. Las 281 encuestas restantes se tabularon utilizando Microsoft Excel™ y los resultados para el análisis se organizaron en una tabla dinámica. Para el año 2014, el Ministerio de Salud calculó 623 médicos especialistas en Medicina Familiar²,

2 De acuerdo con el documento del programa único de medicina familiar, para el 2014, el número de egresados de programas nacionales era de 482 y el número de especialistas en Medicina Familiar convalidados era 141, para un total de 623 especialistas en Medicina Familiar que podrían estar ejerciendo en el país. Al graduarse un número de 40 médicos familiares por año, se puede estimar que para el 2017 hay aproximadamente 120 especialistas más. Sin embargo, hay un número desconocido de egresados que se han ido del país o han realizado otra especialidad y no ejercen como médicos familiares.

y se estimó un número de 40 nuevos médicos familiares graduados y homologados por año en el país. Por tanto, se estimó un total de 743 de especialistas en 2017 y, así, la muestra de encuestados corresponde al 38 %.

En la tabla 1 se resumen las características socio-demográficas de las personas que participaron en la encuesta.

Tabla 1. Características de los médicos familiares que respondieron la encuesta

Sexo	n	%	Universidad de procedencia	n	%
Hombres	125	44	Universidades nacionales		
Mujeres	156	56	Fundación Universitaria Ciencias de la Salud	23	8,2
Grupo etario (años)			Fundación Universitaria Juan N. Corpas	31	11
26-30	34	12	Universidad de La Sabana	18	6,4
31-35	88	31	Universidad del Cauca	3	1,1
36-40	79	28	Universidad del Valle	52	18,5
41-45	34	12	Universidad El Bosque	90	32
46-50	15	5	Universidad Javeriana	37	13,2
>50	31	11	Universidades extranjeras		
Título de médico familiar			Escuela Latinoamericana de Medicina, Cuba	10	3,6
Nacional	254	90,4	España, MIR	9	3,2
Extranjero convalidado	27	9,6	Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Cuba	5	1,8
Extranjero no convalidado	0	0	Instituto Superior de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba	1	0,4
Permiso para ejercer Medicina Familiar en Colombia			Universidad de California, Los Angeles	1	0,4
5 años o menos	160	57	Universidad Nacional Autónoma de México	1	0,4
Más de 5 años	121	43			

Entre quienes respondieron la encuesta, predominaron las mujeres (56 %). El 59 % de los encuestados estaba en el rango de edad de 31 a 40 años y el 57 % tiene un permiso de menos de cinco años para ejercer la especialidad en Colombia. Participaron egresados de todas las universidades que tienen esta especialidad en Colombia; en total, fueron 90,4% egresados de universidades colombianas y el 9,6 % tiene títulos convalidados de universidades de tres países foráneos, Cuba, España y México.

Situación de empleo entre los médicos familiares

Del total de los encuestados, el 91 % respondió que se encontraba trabajando y 9 % refirió estar desempleado. Este porcentaje de desempleo, aunque es equiparable con la tasa nacional de desempleo, es alto si se tiene en cuenta que, según un estudio del Centro de Proyectos para el Desarrollo, CENDEX, del año 2013 (14), Colombia presenta déficit en la distribución de médicos especialistas en atención primaria, necesarios para la implementación del modelo integral de atención en salud (15).

Según el tiempo de ejercicio como médico especialista en Medicina Familiar, el porcentaje de desempleo fue de 13 % para los egresados con menos de cinco años desde que se les autorizó el ejercicio y de 3 % en el grupo de médicos familiares con cinco o más años de autorización para el ejercicio profesional.

Situación de los especialistas en Medicina Familiar desempleados

De las 25 personas que respondieron no tener trabajo, 12 llevaban entre tres y seis meses desempleados, seis, entre 6 y 12 meses, cinco, entre 1 a 3 meses, y dos, menos de un mes.

La razón principal para estar desempleados fue no haber podido conseguir trabajo, seguida de bajos salarios ofrecidos en convocatorias laborales, poca oferta laboral en relación con la cantidad de médicos familiares disponibles, distancia entre la vivienda y las opciones laborales, y enfermedad (tabla 2).

Tabla 2. Razón para el desempleo

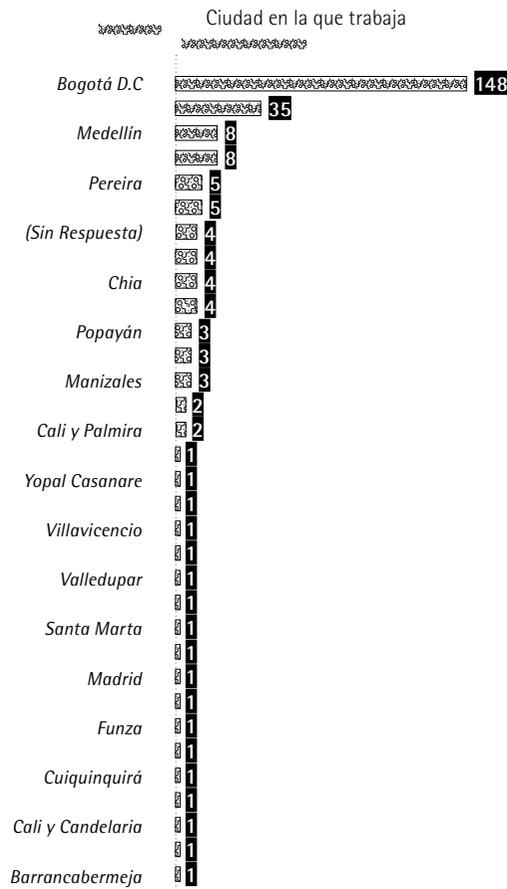
Razones	Cant
Licencia de maternidad	0
Enfermedad	1
No he podido conseguir trabajo.	18
Los trabajos que ofrecen no pagan lo que espero.	8
Estoy realizando estudios complementarios a medicina familiar.	1
No deseo trabajar por el momento.	0
Los trabajos que me han ofrecido me quedan muy lejos o me es difícil llegar allí.	1
Otra	
Pocas ofertas laborales y muchos egresados y médicos familiares buscando trabajo, piden experiencia, la cual no tengo.	1
Hay muy poca oferta laboral comparado con el número de médicos familiares que se gradúan cada semestre.	1
Validación del título en el exterior	1
Total	32

Distribución geográfica de los médicos familiares

De los médicos familiares que respondieron que se encontraban trabajando, 57,8 % lo hacía en Bogotá, 13,7 % en Cali, 3,13 % en Medellín y 3,13 % en

Bucaramanga. Lo anterior muestra que la mayoría de los médicos familiares que respondieron a la encuesta y que trabajan se concentran en la capital del país y sus alrededores, con una baja distribución en las áreas dispersas o alejadas de las principales ciudades (figura 1).

Figura 1. Distribución geográfica de los médicos familiares en Colombia



Número de sitios de trabajo de los médicos familiares

De las 256 personas que respondieron estar trabajando actualmente, un poco más de la mitad tienen un solo empleo; 131 (51 %) médicos familiares tienen un solo lugar de trabajo, 32 % trabajan en dos partes, y 16 % lo hacen en tres o más lugares; además, hubo dos personas que no respondieron esta pregunta. Esto contrasta con la cifra de médicos que no trabajan, y lleva a preguntarse sobre el tipo de trabajo y el nivel de ingresos que facilitan este fenómeno.

Papel principal desempeñado por los médicos familiares en sus lugares de trabajo

De los 256 encuestados con trabajo activo, 34 % se desempeña en el área administrativa o de coordinación médica y 75 % tiene roles de apoyo a médicos

generales, tales como resolución de remisiones (29 %), interconsultas (32 %) y consulta externa asistida (14 %). En estos dos papeles generalmente perfilan al médico familiar como un especialista que puede llevar la carga administrativa y, a la vez, mejorar la capacidad de resolución de los médicos generales para disminuir interconsultas no pertinentes a otras especialidades.

El 32 % realiza labores en consulta como médico familiar, con función de médico de cabecera. Este es el principal papel de esta especialidad en países que tienen implementado un modelo con una puerta de entrada al sistema con gran capacidad de resolución. El trabajo en docencia también predomina en el ejercicio de la medicina familiar, con una participación de 31 % entre las actividades de los médicos familiares, seguido por la función como médico de programas especiales (27 %) y de urgencias (14 %). Otros frentes de trabajo (20 %) son el hospitalario, la unidad de cuidados intensivos, la atención domiciliaria y la consulta particular; además, hay una pequeña participación en cuidado paliativo, investigación, asesoría académica y consultoría (tabla 3).

Tabla 3. Roles que desempeñan los médicos familiares en su trabajo

Roles que desempeñan los médicos familiares en su trabajo	Número de respuestas	%
Administrativo, coordinación médica	88	34
Apoyo de médicos generales, interconsultas (directas, telefónicas o por medios virtuales)	83	32
Asistencial en consulta externa de medicina familiar (médico de cabecera)	81	32
Docente	79	31
Asistencial en consulta externa de medicina familiar (consulta resolutive o por remisión)	74	29
Asistencial en consulta de programa especial	69	27
Asistencial como especialista en servicio de urgencias	36	14
Asistencial en consulta externa asistida para médicos generales	35	14
Consulta particular	19	7
Asistencial en consulta domiciliaria	16	6

Roles que desempeñan los médicos familiares en su trabajo	Número de respuestas	%
Consulta como médico general	6	2
Investigación	4	2
Hospitalización	2	1
Cuidado paliativo	2	1
Asesor académico y par académico evaluador	1	0
Unidad de cuidados intensivos	1	0
Consultoría	1	0
Total de encuestados empleados	256	-

Sectores donde se encuentran laborando los médicos familiares

De los 256 médicos familiares que afirman tener trabajo en el momento, el 65 % se desempeña exclusivamente en el sector privado, el 6 %, exclusivamente en el sector público, y el 26 %, en ambos sectores (figura 2). El análisis de las 211 respuestas que señalan un papel asistencial, muestra que el 80 % trabaja exclusivamente en el sector privado, el 9 %, con exclusividad en el sector público, y el 11 %, en ambos sectores (figura 3). Es evidente que la participación de médicos familiares en el sector público que cumplen labor asistencial, es mínima y se requiere un esfuerzo por parte de los actores involucrados para mejorar esta situación.

Figura 2. Sector en el que trabajan los médicos familiares

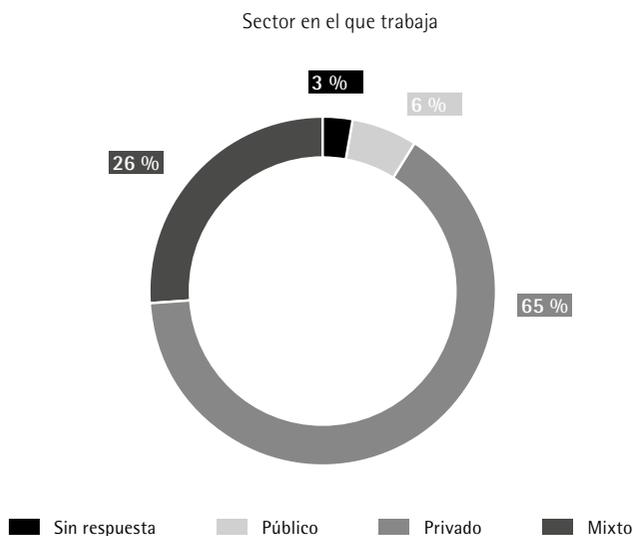
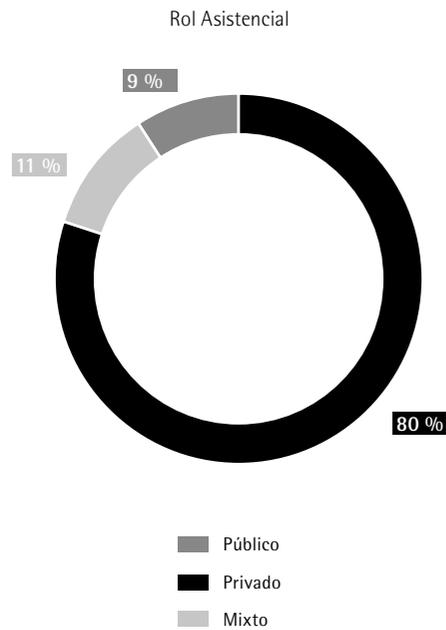


Figura 3. Rol asistencial en el sector público y privado



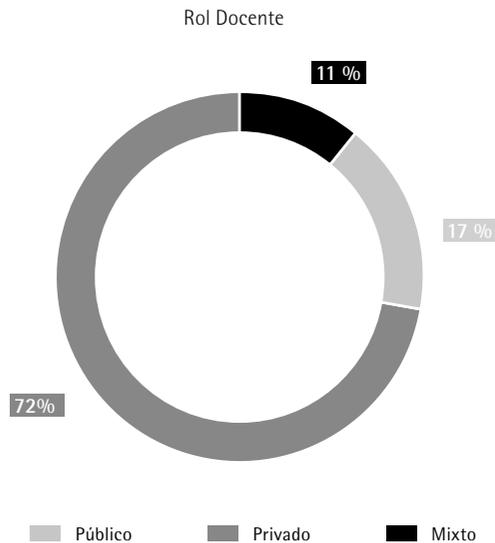
En relación con la función administrativa en la cual refirieron participar 71 de los encuestados, el 96 % se desempeña exclusivamente en el sector privado y, solo el 4 %, exclusivamente en el sector público (figura 7). Esto indica que el rol administrativo es de suma importancia para los prestadores y aseguradores privados. Ven al médico familiar como una herramienta administrativa y asistencial que mejora sus indicadores de atención y productividad.

Con respecto a la docencia, fue en la que se encontró una mayor participación proporcional en el sector público, pues de 74 encuestados que afirman desempeñarse como docentes, el 17 % lo hace en el sector público, el 11 % lo hace tanto en público como en privado, y el 72 % se desempeña exclusivamente en el sector privado (figura 4).

Esta función es una de las que tiene mejor distribución, teniendo en cuenta que son públicas dos de las siete universidades que ofrecen la especialización en Medicina Familiar.

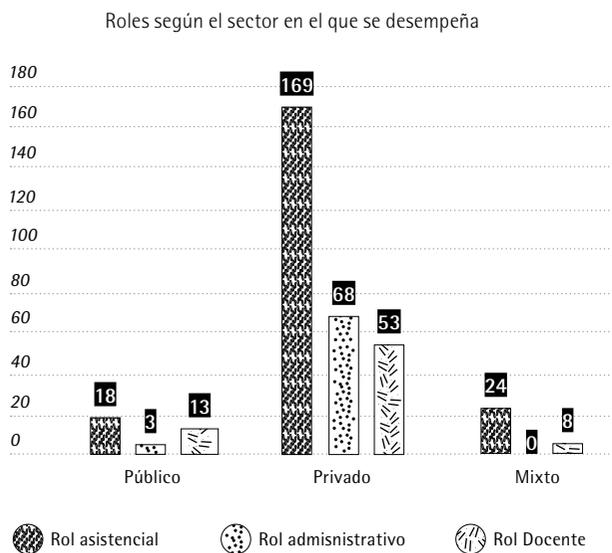
Esto sugiere que posiblemente hay trabajo en docencia en pregrados y otras especializaciones, lo cual es favorable para el posicionamiento de la especialidad. Es una función que se espera que también continúe creciendo, junto con la asistencial y la administrativa.

Figura 4. Docencia en el sector público y privado



En resumen, la mayor cantidad de especialistas en Medicina Familiar se encuentra en el sector privado y desempeña una función asistencial (figura 5).

Figura 5. Número de médicos familiares según función y sector



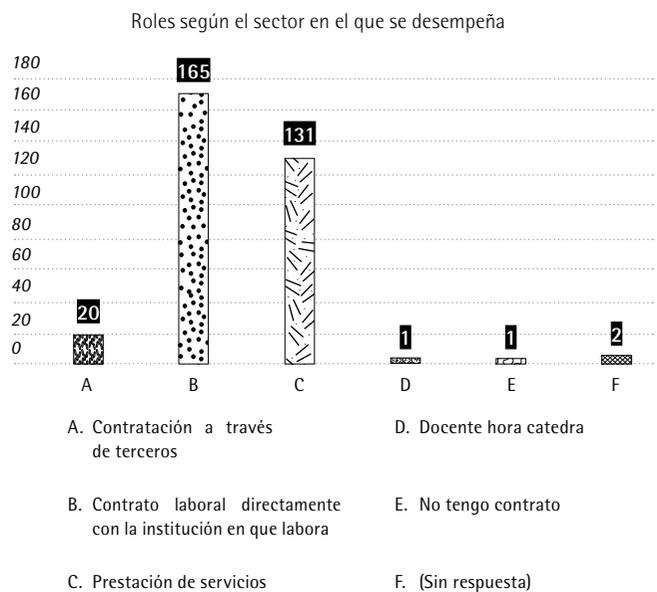
Tipo de vinculación laboral de los médicos familiares

En la pregunta sobre el tipo de vinculación laboral, se obtuvo respuesta de 254 de los 256 médicos familiares que afirmaron estar trabajando; teniendo en cuenta que el 48 % reportó tener más de un trabajo, en esta

pregunta se aceptaron varias respuestas de una misma persona. Se reportó contratación laboral directa con la institución en 165 casos y contrato por prestación de servicios en 131 (figura 6).

Esto puede reflejar detrimento de la calidad del empleo y de la seguridad laboral de los profesionales. Veinte personas reportaron contratación a través de terceros, a pesar de que este tipo de contratación se considera ilegal cuando se trata de cumplir actividades misionales permanentes, según el Decreto 583 de 2016 (16). Una persona reportó vinculación como docente de cátedra y una persona afirmó no tener contrato. Dos personas no respondieron esta pregunta.

Figura 6. Tipos de contrato referidos por especialistas encuestados



De los 252 médicos familiares que respondieron en la encuesta que sí tienen trabajo actualmente, el 89 % refirió que su contrato especificaba que su cargo era de especialista en Medicina Familiar y el 11 % no. La importancia de esta pregunta se centra en que la mayoría de los médicos familiares están contratados teniendo en cuenta su especialización, pero, por otra parte, sería motivo para esclarecer en qué tipo de labores se desempeñan quienes no están contratados como médicos familiares.

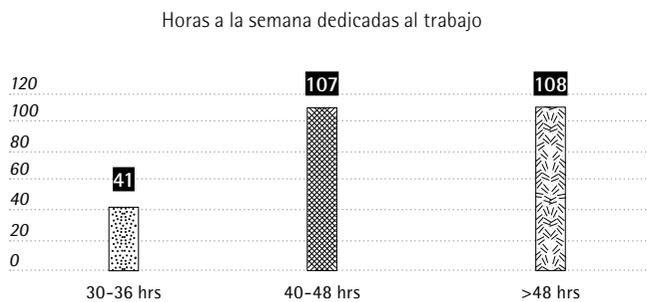
Carga laboral de los médicos familiares

El 42,2 % de los encuestados que afirmó tener trabajo laboraba más de 48 horas a la semana; posiblemente, esto esté parcialmente relacionado con la participación

en más de un trabajo. El 41,8 % reportó que trabajaba entre 40 y 48 horas, lo que es coherente con una jornada laboral regular de ocho horas al día, es decir, un trabajo de tiempo completo figura 7).

Es necesario profundizar en las razones por las cuales los médicos familiares realizan jornadas laborales más extensas y determinar si hay relación con los bajos ingresos. El 16 % reportó trabajar entre 30 y 36 horas a la semana, lo que corresponde a un tiempo parcial o medio tiempo; en este caso, es necesario esclarecer si es decisión personal o por falta de oportunidades de trabajo.

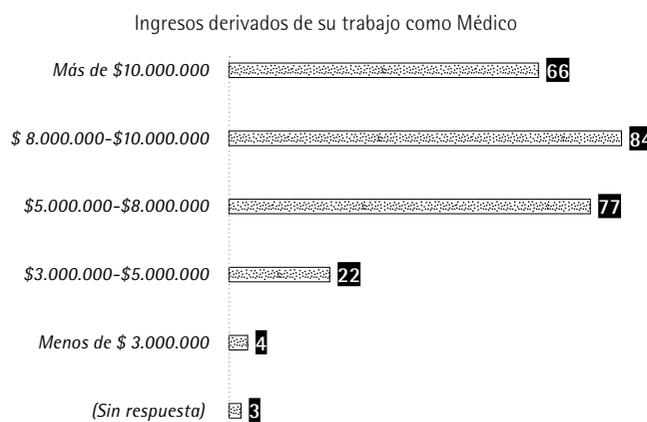
Figura 7. Horas de la semana dedicadas al trabajo



Nivel de ingresos derivados del trabajo como médico familiar

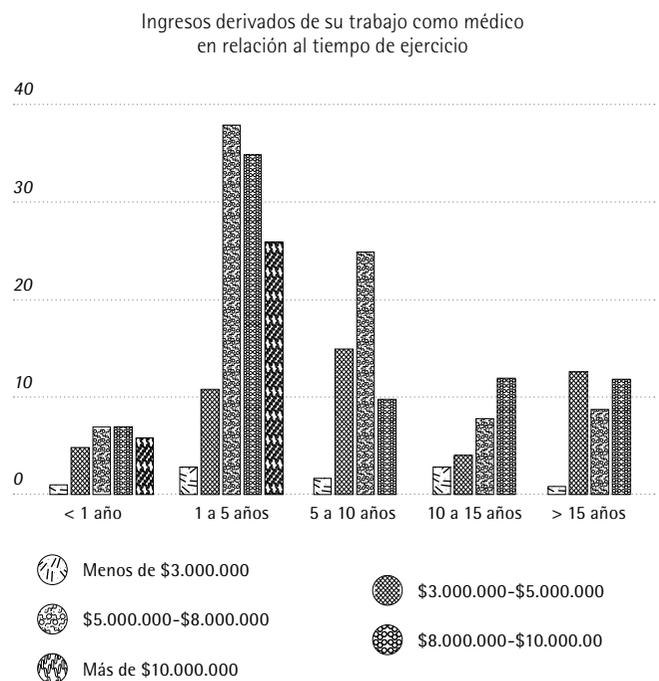
El 58,6 % de los encuestados que refirieron trabajar reportó ingresos mensuales mayores de ocho millones de pesos colombianos, el 30,1 %, entre cinco y ocho millones, y el 10,2 %, menos de cinco millones. Esto sugiere que, en general, hay un buen ingreso salarial entre los médicos familiares (figura 8).

Figura 8. Ingresos derivados del trabajo como médico familiar



Se encontró relación entre el tiempo de ejercicio como médicos familiares y los salarios más altos (figura 9). Esto podría indicar que los salarios han venido disminuyendo o que la experiencia mejora la ubicación laboral. En cualquiera de las dos circunstancias, como gremio debemos propender por unas condiciones salariales adecuadas y esta diferencia es un aspecto que se debe vigilar.

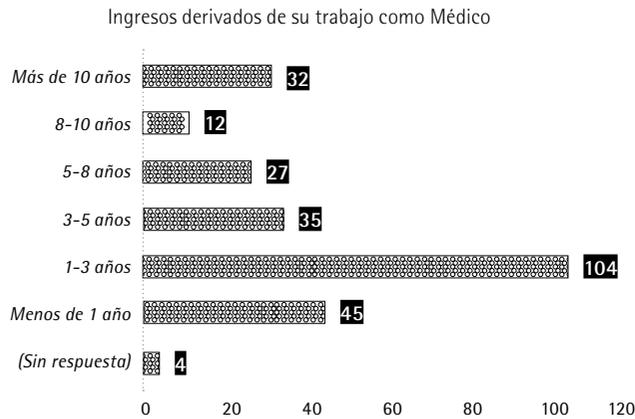
Figura 9. Ingresos en relación con el tiempo de ejercicio como médico familiar



Cantidad de tiempo en la vinculación laboral actual de los médicos familiares

En cuanto al tiempo que llevan en su trabajo actual los 256 médicos empleados, el 40,6 % llevaba entre uno y tres años en su trabajo actual, el 17,6 %, menos de un año, y el 13,7 %, entre tres y cinco años. Por otra parte, el 27,7 % refirió laborar desde hacía más de cinco años en su trabajo actual y, el 12,5 %, más de 10 años, una cifra importante, pero que deja ver una posible inestabilidad en la continuidad laboral si se toma en cuenta el 43% que lleva más de cinco años de egresados con autorización para el ejercicio profesional (figura 10). Este fenómeno, que al parecer es frecuente en todas las ramas de la medicina, puede deberse a la búsqueda de contrataciones más seguras y con mejores beneficios, o a cambios para ajustarse al estilo de vida personal.

Figura 10. Tiempo en su trabajo actual



Principal problema percibido por los médicos familiares para su ejercicio profesional en Colombia

Esta pregunta se hizo de forma abierta, por tanto, el análisis se hace sobre la interpretación de las diferentes propuestas agrupadas en categorías que cubren aspectos similares (tabla 4).

- Desconocimiento de la especialidad.** Esta categoría relaciona aspectos de desconocimiento del perfil del especialista en Medicina Familiar por parte de los diferentes actores del sistema de salud, incluyendo a los aseguradores, los prestadores, otros profesionales, la comunidad académica y los entes gubernamentales. Esto lleva a una valoración negativa o pobre del perfil profesional y las capacidades del especialista en medicina familiar, con una tergiversación de su papel en el sistema de salud como reemplazo de otras especialidades, o a no ser tenido en cuenta como especialista en el equipo de salud. Esta opinión es compartida en 173 de las respuestas.
- Sistema de salud.** De los encuestados, 39 afirmaron que lo anterior se debe a la falta de voluntad política y de coherencia con la implementación de las políticas actuales para garantizar el funcionamiento del modelo de atención integral en salud que incluya a los médicos familiares como participantes obligatorios, además de la inexistencia de una ruta o legislación que clarifique el papel del médico familiar en el sistema de salud. Se considera que, a pesar de ser un sistema con un gran componente privado, la responsabilidad de la implementación del modelo de atención integral recae en el sector público a través del ministerio y las secretarías.
- Poca oferta laboral.** Un grupo de 31 personas consideraba que el principal problema es que hay poca oferta laboral derivada de una cantidad de especialistas que excede las demandas del sistema, llevando a que sea difícil conseguir trabajo y, por tanto, a que la cantidad y la calidad del empleo sean menores, en detrimento del bienestar de los especialistas en ejercicio y en formación, pues no ofrece un futuro esperanzador desde el punto de vista laboral.
- Cantidad de egresados.** En relación con el punto anterior, pero visto desde la perspectiva inversa, algunos sugirieron que la sobreoferta de médicos familiares en relación con la demanda del sistema de salud, lleva a desempleo y bajos salarios.
- Bajo salario.** Una opinión compartida por 22 de los médicos familiares encuestados, fue que el principal problema para el ejercicio es que no reciben la remuneración que se merecen en relación con otras especialidades, refiriendo en una ocasión que ganan menos dinero por una cantidad de trabajo similar y en relación con los médicos generales.
- Falta de agremiación.** La falta de agremiación y solidaridad hacen que no haya fortaleza como grupo para asegurar escalas salariales y regular la contratación, lo que genera una marcada irregularidad entre las diferentes ofertas de empleo. Esta opinión es coherente con 14 de las respuestas obtenidas en la encuesta.
- Calidad de los médicos familiares.** Entre las respuestas obtenidas, 10 consideran que el problema radica en la baja calidad de los egresados recientes de la especialidad debida a un aumento inusitado de cupos; se sugirió que esto lleva a una mala imagen de la especialidad frente al sistema, los otros profesionales y la comunidad en general, lo cual conlleva dificultades para expandir las posibilidades laborales y mantener las condiciones actuales.
- Sobrecarga laboral y poco tiempo para la consulta.** Seis de los encuestados consideraron que la gran cantidad de trabajo y el poco tiempo para realizar la consulta, son factores que generan malestar en la práctica del médico familiar y entorpecen un adecuado ejercicio de la especialidad.
- Concentración en las grandes ciudades.** Entre las respuestas aportadas, en seis se afirma que las dificultades laborales de los médicos familiares se derivan de la concentración de profesionales en las grandes ciudades y a la baja o nula concentración en la periferia y ciudades intermedias.

- **Médicos extranjeros.** Cuatro de las opiniones se relacionaron con la sensación de que la legislación respecto a la homologación de títulos de especialista en medicina familiar en Colombia es laxa y permite que ingrese un gran número de profesionales extranjeros que aumentan, aún más, la oferta de profesionales de una especialidad que ya tiene más de los que el sistema puede absorber, lo que va en detrimento de las oportunidades de trabajo y el nivel salarial.
- **Tipos de contratación laboral.** En tres de las opiniones se sostuvo que los contratos por prestación de servicios o bajo condiciones irregulares, son el principal problema para el ejercicio profesional del médico familiar.
- Entre otras opiniones, vale la pena mencionar que dos personas afirmaron que consideraban que no había problemas para el ejercicio de la medicina familiar.

Tabla 4. Percepciones de los médicos familiares acerca del principal problema en el ejercicio de la especialidad

Categorías	Número de respuestas
Desconocimiento de la especialidad	173
Sistema de salud	39
Poca oferta laboral	31
Cantidad de egresados	22
Bajo salario	22
Falta de agremiación	14
Calidad de los médicos familiares	10
Sobrecarga laboral y poco tiempo para la consulta	6
Concentración en las grandes ciudades	6
Médicos extranjeros	4
Tipos de contratación laboral	3

Se puede considerar que los problemas más frecuentemente denotados por los médicos familiares encuestados, son el desconocimiento de la especialidad y las dificultades políticas que no esclarecen el papel del médico familiar en el sistema, y la falta de implementación del modelo de atención integral que aumente la demanda de médicos familiares para los prestadores.

Propuestas para ayudar a resolver las situaciones identificadas como problemas y disposición para trabajar en una propuesta conjunta que mejore las condiciones laborales de los médicos familiares

Las respuestas se agruparon en las siguientes categorías, para su análisis.

- **Informar a la población y los directores de EPS/IPS acerca de las habilidades y el papel del médico familiar.** Esta propuesta reúne opiniones respecto a la realización de reuniones o campañas de información con los actores del sistema de salud, e incluso la comunidad, para dar a conocer el perfil profesional del médico familiar, sus capacidades y los roles que puede y debería tener en el sistema de salud.
- **Definir el papel del médico familiar.** De parte de los mismos médicos familiares, desde la agremiación o las universidades, se debe mejorar la definición del papel del médico familiar.
- **Gestión política.** En este grupo se proponen reuniones con el Ministerio, las secretarías y demás actores del sistema de salud, para presentar propuestas como grupo y negociar respecto a nuestra función en el sistema de salud.
- **Implementación del MIAS/PAIS.** De la mano con lo anterior, se propone trabajar conjuntamente con los actores del sistema para lograr la implementación del modelo de atención integral en salud, que debería mejorar las condiciones laborales del médico familiar, al menos, en cuanto a la oferta laboral.
- **Agremiación y sindicato.** Varios de los encuestados consideran que la principal propuesta en la que se debe trabajar, es en el fortalecimiento de la agremiación y el plan de la formación del sindicato de médicos familiares, para poder afrontar desde la agremiación los cambios y dificultades a los que se ve abocado el gremio en la actualidad. También, se considera que la agremiación debe tener participación en la homologación de títulos obtenidos en el exterior.
- **Mejorar los procesos de selección para los aspirantes a la especialidad y reducir los cupos para la especialidad.** Las personas que opinan que el problema actual para el ejercicio depende de la cantidad y calidad de los egresados de los programas

actuales, consideran que se debe mejorar la calidad de los egresados antes que la cantidad, pues se supone que no es posible lograr ambas cosas al mismo tiempo; además, se deben ir ajustando los cupos de ingreso a la residencia según las ofertas laborales del momento.

- **Establecer tablas salariales.** Como propuesta derivada de la agremiación, se considera que establecer tablas salariales mejoraría la calidad del empleo de los médicos familiares, evitando que algunos acepten ofertas con bajo salario o contrataciones irregulares.
- **Papel de las universidades.** Se propone que las universidades adopten un papel más activo en la apertura de centros de práctica en donde exista la consulta de medicina familiar, con lo que se puede, por una parte, dar a conocer la especialidad y un modelo de atención primaria, y, por otra parte, se pueden abrir puestos de trabajo para docentes y, a medida que aumente su tamaño, pueden ser fuente de empleo para los médicos familiares en el área asistencial.
- **Distribución de los médicos familiares.** Se propone que desde la formación se proyecte a los médicos familiares para trabajar fuera de las grandes ciudades, para lograr una mejor distribución que incremente las oportunidades laborales en todo el territorio.
- **Trabajos en el sector público.** Se propone que se reglamente la participación del médico familiar en equipos de trabajo interdisciplinario del sector público y, además, que se creen cargos para médico familiar en las instituciones de nivel de atención 1 y 2 en el sector público.

Al preguntar respecto a la disposición para trabajar en una propuesta conjunta para mejorar las condiciones laborales de los médicos familiares en Colombia (en una escala nominal de 1 a 10, representando 1 la más baja disposición y 10 la mayor), el 73 % ofreció una disposición de 8 o más, demostrando que la mayoría de las personas encuestadas están dispuestas a mejorar las condiciones de los especialistas en medicina familiar

Discusión

Este estudio es una exploración inicial de la situación laboral de los médicos familiares en Colombia, así como un acercamiento a las percepciones de los participantes sobre los problemas que más aquejan el ejercicio

de la especialidad en el país y cómo se podría trabajar para mejorar la situación. Esta es la primera encuesta que se hace de este tipo desde Sociedad Colombiana de Medicina Familiar. Representa solo un punto de inicio para seguir observando el comportamiento del empleo de nuestra especialidad. Hacer registros similares posteriormente permitirá ir evidenciando tendencias. Este primer registro nos permite unos planteamientos o conclusiones iniciales para compartirlos con la agremiación y abrirlos a discusión.

Esta encuesta permitió evidenciar un vacío respecto a un dato oficial consolidado sobre el censo de médicos familiares en Colombia. El último dato estimado lo proveyó el Ministerio de Salud y Protección Social en 2014, y se requiere un esfuerzo conjunto de las universidades, dicho ministerio y la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar, para mantener actualizado este dato. La necesidad de actualización de las cifras de especialistas en medicina familiar es un reto para toda la región de Iberoamérica. En un artículo de Armiños, et al., producto de la V Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar realizada en Quito en el 2014, relacionan cifras del número de médicos familiares del año 2003, para Argentina, del 2005, para El Salvador y Portugal, del 2006, para Colombia, Panamá, Paraguay y Perú, del 2007, para Venezuela, y del 2008 para España (17).

Los resultados de esta encuesta también permiten observar que el estado laboral es más estable para los médicos familiares que llevan más de cinco años en el ejercicio de la profesión y que los ingresos también se relacionan con esta variable, siendo mayores en aquellos con más de cinco años de ejercicio de la especialidad. Este fenómeno puede deberse a la concentración de los especialistas en las grandes ciudades, relacionado también con la ubicación geográfica de las siete universidades que ofrecen el posgrado en el país. Es preocupante que el 14 % de los encuestados con menos de cinco años de graduados se encuentren sin trabajo actualmente, ya que este porcentaje es mayor al de desempleo general reportado por el DANE para marzo de 2017, que fue de 9,7 % (18). Las plazas de trabajo ofrecidas, así como la creación de nuevos puestos de trabajo, no se correlacionan con los esfuerzos de las universidades en la formación ni con las propuestas del Ministerio de Salud y Protección Social para la implementación de un nuevo modelo de atención.

La distribución del recurso humano en salud también tiene dificultades que no son exclusivas de la especialidad de medicina familiar, pues se sabe que hay

diferencias en la distribución de todas las especialidades por regiones que hace que el panorama sea disímil y requiera un análisis diferenciado (14). Se han descrito problemas similares desde tiempo atrás en otros países de la región de Iberoamérica, como México en 1991 (19) y en 1999 (20). También, ha sido uno de los retos en países con sistemas de salud más consolidados y desarrollados, como Canadá (21,22).

Es de destacar el esfuerzo por implementar un programa piloto para zonas dispersas en Guainía (15) y, de los resultados preliminares que se han presentado en congresos, se puede inferir que se requieren mayores incentivos y condiciones más allá de la competencia regulada, para mejorar la distribución del recurso humano en salud en Colombia. Se necesita un trabajo intersectorial que incluya los ministerios de Salud, Educación y Trabajo, las universidades, las empresas administradoras y las prestadoras de salud, las direcciones seccionales y regionales de salud, y la comunidad en general.

Los principales papeles que están cumpliendo los médicos familiares participantes de la encuesta, se encuentran en el área administrativa, como coordinadores médicos, en la consulta, como médicos de familia de cabecera, en la resolución de interconsultas a los médicos generales y en la docencia. Lo anterior es destacable, debido a la posibilidad del impacto que los médicos de familia pueden tener en cada una de estas áreas para que la especialidad se posicione como la puerta de entrada de los pacientes a la atención primaria y se logre la implementación del MIAS/PAIS con un enfoque de medicina familiar.

Sin embargo, una baja proporción ejerce un rol asistencial o administrativo en el sector público, a pesar de que el modelo de atención integral basada en atención primaria es una directriz nacional. Además, el sector público es el que atiende la mayor cantidad de población subsidiada y no asegurada del sistema, es decir, aquella en los niveles 1 y 2 del sistema de selección de beneficiarios para programas sociales (SISBEN), lo que señala escasa cobertura de la atención en salud integral por parte de médicos familiares para la población más pobre y crea una brecha más de inequidad. Esto también se puede relacionar con la distribución centralizada y urbana de los médicos familiares. Además, si se tiene en cuenta que las políticas y el modelo de atención se dirigen desde el Ministerio de Salud y Protección Social, sería de esperar que quienes primero implementen estas directrices sean las entidades públicas que se encuentran bajo directa supervisión del Ministerio y las secretarías.

El rol del especialista en medicina familiar también es un punto de discusión amplio para Latinoamérica. En Cuba, tras una serie de pruebas para prestar servicios ambulatorios eficientes, pasaron por diferentes etapas como el policlínico integral, el policlínico comunitario y el policlínico del médico y la enfermera de familia. Solo hasta que consolidaron el recurso humano con el médico general integral (especialista en Medicina Familiar) y la enfermera de familia, lograron desarrollar a cabalidad la atención primaria (23). Hoy este modelo con el especialista en medicina familiar en la puerta de entrada, es la base de la prestación de servicios del sistema de salud cubano, que tiene indicadores de salud similares a los de países más desarrollados (24,25).

En México, en un largo proceso de adopción de la medicina familiar que parte desde 1971, se ha requerido la implementación de programas alternos para lograr formar especialistas en medicina familiar en diferentes áreas del país (26,27,28), en un proceso que continúa en la década de 2010, en el cual el papel de puerta de entrada lo comparten médicos generales y especialistas en medicina familiar, pero estos últimos progresivamente han ido aumentando en número (27). Sin embargo, más allá de estos dos países, en Latinoamérica este rol de puerta de entrada no es plenamente reconocido para el especialista de medicina familiar.

En Brasil, Paraguay y Costa Rica, se ha progresado en la implementación de modelos con equipos de salud de atención primaria bien definidos. Sin embargo, también se ha descrito la dificultad para ubicar este especialista en el sector público. En Brasil, de 33.000 unidades de salud de la familia, menos de 1.500 plazas las han ocupado especialistas en medicina familiar que prefieren prácticas privadas por falta de incentivos (29). En Paraguay, describen la preocupación por la disminución de las unidades de salud de la familia y el poco interés de los egresados por ocupar estas plazas (30).

Por otro lado, esto ha sucedido también en Costa Rica, país en el que se describen dificultades para que el especialista en medicina familiar asuma el rol de puerta de entrada, por lo que inicialmente ocuparon más roles administrativos o docentes (31).

En términos generales, sobre la percepción de apoyo gubernamental a la necesidad de especialistas en medicina familiar durante la reunión de la Cumbre Iberoamericana de Quito en 2014, los médicos familiares de Bolivia, Brasil, Chile, El Salvador, Panamá, Perú y Venezuela no sentían que sus gobiernos consideraran a la especialidad de Medicina Familiar como necesaria (32).

Esta situación de resistencia para apoyar el desarrollo de esta especialidad, contrasta con los resultados que se tienen cuando se posiciona la medicina familiar en los sistemas de atención primaria, como lo descrito en Europa, Australia y Norteamérica. En Inglaterra, Australia, España y Canadá, describen la importancia de la formación para la práctica como generalista, la necesidad de tener recursos y tiempo apropiados para dar una respuesta adecuada en la atención primaria, y se reconoce la necesidad de estudios del impacto que estos tienen, por ejemplo, en la atención de problemas complejos en todas las etapas del ciclo de vida, desde la promoción y la prevención hasta la rehabilitación, realizando el cuidado holístico centrado en la persona que atiende en la puerta de entrada del sistema (33-37). En un estudio ecológico transversal de Estados Unidos, se concluyó que tener especialistas en medicina familiar se asocia con disminución de la mortalidad en las poblaciones, a pesar de su condición social (38,39).

En Suráfrica, están implementando el modelo de atención primaria con la participación de especialistas en medicina familiar y, mediante el desarrollo de un instrumento de evaluación, han encontrado que estos especialistas tienen impacto en la atención clínica y la coordinación clínica mayor que en la capacitación (40), y que tienen capacidad de funcionar de manera óptima con impacto significativo en la salud, el rendimiento del sistema y la calidad de los procesos clínicos (41).

El panorama laboral de los médicos familiares da cuenta de que el modelo de atención primaria aún no se ha implementado de manera organizada en la mayor parte del país con los principales protagonistas, los médicos familiares. El desconocimiento de esta especialidad por los otros actores del sector, incluidos los mismos pacientes, influye en la disponibilidad de empleo y en la calidad de ingresos de estos especialistas.

La percepción de que las dificultades laborales se deben a la cantidad de graduados o de médicos de familia extranjeros, no está respaldada por las cifras encontradas en esta encuesta, ni por otros trabajos como el del Cendex (2013), en el cual las especialidades con mayor cantidad de especialistas hasta el 2011 fueron Pediatría, con 2.345, seguida por Medicina Interna, con 2.178, Anestesiología, con 1.977, Ginecología y Obstetricia, con 1.611, y por último Cirugía General, con 1.471 especialistas (14). Es decir, a la fecha y con el estimativo actual, la especialidad de Medicina Familiar no cuenta ni con la mitad de profesionales con que contaba Pediatría o Medicina Interna en el 2011.

Es importante anotar que en los informes del Cendex (14) se hace un ejercicio prospectivo sobre el desempleo, que será mayor o menor según su relación con los mercados de educación, laboral y de servicios. La CIMF considera que los médicos que ejercen en la atención primaria deben ser especialistas en medicina familiar. Se ha establecido como indicador un estándar de un especialista en medicina familiar por cada 2.000 habitantes, y Colombia es uno de los países que tienen un mayor déficit de estos especialistas en la región (17). Teniendo como indicador un especialista en medicina familiar por cada 4.000 habitantes, el doble de habitantes que estima la CIMF por médico familiar, se requerirían 11,750 de estos especialistas (tabla 5). Cabe resaltar que es más del doble de los especialistas que se pretendía formar entre 2014 y 2024, y que esa meta de 5.000 especialistas en medicina familiar para este periodo está lejos de lograrse.

Pensando en prospectiva (por lo menos, a diez años y ojalá a veinte), para la especialidad de medicina familiar en el contexto del MIAS, se pueden plantear las siguientes alternativas para los especialistas en Medicina Familiar:

- como médico asistencial, ejerciendo como la puerta de entrada al sistema y coordinando el trasegar del paciente y su familia a través del mismo (referencias y contrarreferencias), acompañamiento y asesoría para el paso entre los prestadores primarios y los complementarios;
- como coordinador administrativo de los centros catalogados como prestadores primarios;
- como coordinador de un equipo de salud que realice acciones directas en la comunidad, y ejerza como puente entre la comunidad y los prestadores primarios y con los entes responsables del mejoramiento de los determinantes sociales;
- y en las empresas prestadoras complementarias, como administradores, coordinadores, integrantes de grupos interdisciplinarios o médicos asistenciales resolutivos que, a su vez, remitan a los pacientes y sus familias a los prestadores primarios, en forma oportuna y eficiente.
- Como ocurre en Europa y Norteamérica, y lo pretende la CIMF, si se considera al especialista en medicina familiar como puerta de entrada, este debe, en conjunto con un equipo de salud, estar a cargo de una población y atender de forma integral e integrada a las personas en sus diferentes ciclos de vida individual y familiar. En Latinoamérica, esto solo lo

ha logrado Cuba y México ha avanzado de forma importante en un proceso continuo desde la década de 1980. Se requiere que se establezcan, previa y claramente, el modelo y la población a cargo, proceso en cuya implementación, posiblemente, nuestro país sea uno de los más atrasados en la región. La experiencia de México nos demuestra que es posible, pero requiere de liderazgo y de trabajo continuo a muy largo plazo.

Tabla 5. Número de especialistas en medicina familiar requeridos según la función que se establezca

Número de especialistas en medicina familiar requeridos según la función que se establezca	
Población aproximada de Colombia en 2016	47'000.000
Población a cargo de especialistas en medicina familiar	4.000
Número de especialistas en medicina familiar como puerta de entrada	11.750
Población a cargo de un coordinador de un "componente primario"	20.000
Número de especialistas en medicina familiar necesarios para coordinación	2.350
Población de pacientes con enfermedades crónicas, 30% de la población colombiana	1'410.000
Población de enfermos crónicos a cargo de especialistas en medicina familiar	1.000
Número de especialistas en medicina familiar necesarios para atención de enfermos crónicos	1.410

El propósito es que en Colombia se desarrolle un componente primario fuerte. Como plan de trabajo, se propone unificar las perspectivas de los especialistas sobre el papel de los médicos familiares en el sistema de salud para divulgarlo en el país, con el apoyo de las universidades y de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar.

Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social, Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue, Grupo Asesor de Instituciones de Educación Superior con Programas de Medicina Familiar. Programa único nacional de la especialización en medicina familiar. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
2. Ley 1438/2011 de 19 de enero, Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y

se dictan otras disposiciones. (Diario Oficial del Congreso de la República de Colombia No. 47.957 de 19 de enero de 2011)

3. Organización Panamericana de la Salud Renovación de la atención primaria de salud en la Américas: Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Biblioteca Sede OPS, Washington, D.C. (2007) pp 1-48.
4. Organización Panamericana de la Salud. 44.º Consejo Directivo. Atención primaria de salud en las Américas: las enseñanzas extraídas a lo largo de 25 años y los retos futuros. Washington, D.C.: OPS; 2003. Hallado en <http://www.paho.org/spanish/gov/cd/cd44-r6-s.pdf>. Acceso el 14 de Agosto de 2017.
5. Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la atención primaria de salud (Declaración de Montevideo). Resolución CSP26.R19, 46º Consejo Directivo, 57º Sesión del Comité Regional. Montevideo: Organización Mundial de la Salud (OMS); 2005.pp :1-4.
6. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF). Declaración de Sevilla: "Comprometidos con la salud de la población" (España), 2002. Disponible en: http://www.semfc.es/pfw_files/cma/organizacion/CIMFdeclaracionSevilla.pdf
7. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF). II Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Compromiso de Santiago de Chile. Octubre 2005. El Médico de Familia, Garantía de Calidad y Equidad en los Sistemas de Salud [acceso 10 Agosto 2017]. Disponible en: http://www.semfc.es/pfw_files/cma/organizacion/CIMFcartaSantiago.pdf
8. Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (Wonca Iberoamericana-CIMF). III Cumbre iberoamericana de Medicina Familiar. Carta de Fortaleza Brasil. 29 y 30 de Abril 2008. Misión y Desafíos para la Medicina Familiar y la Atención Primaria en el Siglo XXI: Equidad, Integralidad y Calidad en los Sistemas de Salud. [acceso 10 Agosto 2017] Disponible en: http://cimfwonca.org/wp-content/uploads/DOSSIE_III_CUMBRE_ESPANOL.pdf
9. Wonca Iberoamericana-CIMF. Carta de Asunción. SBMFC. IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. 15 y 16 de noviembre de 2011, Asunción, Paraguay. Medicina Familiar y Atención Primaria en Salud Renovada: Pensamiento y Acción en beneficio de la Salud Familiar [acceso 4 Mayo 2015]. pp 1-4. Disponible en: <http://www.sbmfc.org.br/media/file/Carta%20de%20Asuncion.pdf>
10. Vance C, Barrera A, Kidd M, Peña M, Padula MI, León E. Carta de Quito: cobertura universal, medicina familiar y participación social. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. 2016; 11:88-91
11. Llorca-Castro F, Sáenz-Madrugal M, Kidd M, Anderson M, Meoño-Martin T. CARTA DE SAN JOSÉ. Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade [Internet]. 2016

- Octubre 29; [Acceso 2018 Jun 3]; 11(0): 86-91. Disponible en: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1398>
12. Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. Ministerio de Salud y Protección Social (Diario Oficial del Congreso de la Republica de Colombia No. 49.794) 17 de febrero de 2015.
 13. Política de Atención Integral en Salud. "Un sistema de salud al servicio de la gente" [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2018 [citado 16 Agosto 2017]. Pp 1-97. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
 14. (14) Amaya J, Beltrán A, Chavarro D, Romero G, Matallana M, Puerto S, et al. Estudio de disponibilidad y distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Documento técnico GPES/1682C-13. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/Observatorio%20Talento%20Humano%20en%20Salud/DisponibilidadDistribuci%C3%B3nMdEspecialistasCendex.pdf>.
 15. Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS, Piloto de Implementación en los Departamentos con Poblaciones Dispersas [Internet]. Minsalud.gov.co. 2015 [citado August 2017]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Paginas/results.aspx?k=dsubject%3A%22Modelo+Integral+de+Atenci%C3%B3n+en+Salud+MIAS%22>
 16. Decreto 583 de 2016. Por el cual se adiciona al título 3 de la parte 2 del libro 2 del Decreto 1072 de 2015, Decreto Único Reglamentario del Sector Trabajo, un capítulo 2 que reglamenta el artículo 63 de la Ley 1429 de 2010 y el artículo 74 de la Ley 1753 de 2015. Ministerio del Trabajo. (Diario Oficial No. 49838 del 08 de abril de 2016).
 17. Armiños G, Vaca L, Aguilera L, Casado V, Sánchez G, Alvear S. Programas de formación en Medicina Familiar en Iberoamérica. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Supl.1):47-60.
 18. Principales Indicadores Del Mercado Laboral. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Boletín técnico. Abril de 2017. (citado 16 agosto 2017) Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ech/ech/bol_empleo_abr_17.pdf
 19. Frenk J, Alagon J, Nigenda G, Muñoz del Río A, Robledo C, Vásquez-Segovia LA, et al. Patterns of medical employment: A survey of imbalances in urban Mexico. *Am J Public Health*. 1991;81: 19-23
 20. (Frenk J, Knaul FM, Vásquez-Segovia LA, Nigenda G. Trends in medical employment: Persistent imbalances in Urban Mexico. *Am J Public Health*. 1999;89: 1054-1058.
 21. Marchildon GP: Health Systems in Transition - Canada. 2005, World Health Organization, 7 (3). (Citado 16 agosto 2017) Disponible en: [<http://www.euro.who.int/document/e87954.pdf>]
 22. Marchildon GP. Canada: Health system review. Health systems in transition. The European Observatory on Health Systems and Policies. 2013;15:1-179.
 23. Márquez M, Sansó F, Galbán P. Los modelos de atención del policlínico integral y del policlínico comunitario en Cuba. En: Márquez M, Sansó F, Galbán P, editores. *Medicina general medicina familiar: experiencia internacional y enfoque cubano*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2011. p. 67-82.
 24. Domínguez E. Zacca E. Sistema de salud de Cuba. *Salud Pública Méx*. 2011;53:168-76.
 25. Dresang LT, Brebrick L, Murray D, Shallue A, Sullivan L. Family medicine in Cuba: Community-oriented primary care and complementary and alternative medicine. *J Am Board Fam Med*. 2005;18:297-303.
 26. Chávez V. Especialización en medicina familiar, modalidad semipresencial en el IMSS. *Rev Méd Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43:180.
 27. (Fernández MA, Mazón J, Ponce ER, Hernández I, Lizcano F, Domínguez del Olmo J. Curso semiescolarizado de especialización en medicina familiar (CuSEMF) en México (1993-1999). *Aten Primaria*. 2003;31:119.
 28. Fernández M (2014). Aplicación de la teoría a la práctica de la Medicina Familiar a través del razonamiento clínico (Sistema analítico y no analítico) – hacia una respuesta integral del médico familiar para aportar al cuidado primario de la salud. Taller de formación de formadores en medicina familiar. Ministerio de Salud Pública de Colombia- Euro Social. Taller convocado para Especialistas en Medicina Familiar Bogotá Colombia.
 29. Gomes da Trindade T. Experiência brasileira de formação em medicina de família e comunidade. *Observatorio Regional de Recursos Humanos en Salud* (2014). [Citado 10 octubre 2017] Disponible en: <http://www.observatoriorh.org/?q=node/613>.
 30. Yuruhan D. Situación de salud en Paraguay - Programas de formación en medicina familiar. [Citado 10 octubre 2017] Disponible en: http://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/dialogos/dgo_medfam/DianaYuruhan_paraguay.pdf.
 31. Vargas González, W. Atención primaria de salud en acción: su contexto histórico, naturaleza y organización en Costa Rica. San José: Editorial Nacional de Salud y Seguridad Social: Caja Costarricense de Seguro Social; 2006. [Citado el 16 de Octubre 2016]. Disponible en: www.binass.sa.cr/libros/atencionprimaria.pdf
 32. Anderson MIP, Rojas ML, Taureau N, Cuba MS. Cobertura universal en salud, atención primaria y medicina familiar. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2016;11(Supl.1): 4-30.
 33. Nicolson E, Jackson E, Marley J, Wells R. The Australian experiment: How primary health care organizations supported the evolution of a primary health care system. *J Am Board Fam Med*. 2012;25(Suppl.1):S18-26.

34. Howe A. What's special about medical generalism? The RCGP's response to the independent Commission on Generalism. *Br J Gen Pract.* 2012;62:342-3.
35. Martín A, Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria. Conceptos y materiales para docentes y estudiantes. Barcelona: Elsevier; 2011. Cap 1, pp 10-11
36. Fajardo A. El proceso de especialización en medicina familiar y comunitaria en España. Cambios profesionales en la atención primaria en la década de 1980 (tesis). Universidad de Granada, Departamento de Anatomía Patológica e Historia de la Ciencia; 2007. [Citado 1 agosto 2017] Disponible en: <https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2010/08/16925506.pdf>.
37. Tannenbaum D, Konkin J, Kerr JJ, Organek A, Parsons E, Saucier D, et al. The scope of training for family medicine residency: Report of the working group on postgraduate curriculum review. 201). [Citado 1 agosto 2017] Disponible en: www.cfpc.ca/uploadedFiles/Education/_PDFs/TripleC_Report_pt2.pdf.
38. Russell G, Dahrouge S, Tuna M, Hogg W, Geneau R, Gebremichael G. Getting it all done. Organizational factors linked with comprehensive primary care. *Fam Pract* . 2010;27:535-41. doi: 10.1093/fampra/cmz037; 10.1093/fampra/cmz037
39. Mackinko J, Starfield B, Shi L. Quantifying the health benefits of primary care physician supply in the United States. *Int J Health Serv.* 2007;37:111-26.
40. Mackinko J, Politzer R, Regan J, Shi L, Starfield B, Wulu J. The relationship between primary care, income inequality, and mortality in the United States: 1980-1995. *J Am Board Fam Pract.* 2003;16:412-22.
41. Pasio KS, Mash R, Naledi T. Development of a family physician impact assessment tool in the district health system of the Western Cape Province, South Africa. *BMC Fam Pract.* 2014;15:204.
42. Swanepoel Meyer, Mash Bob, Naledi Tracey. Assessment of the impact of family physicians in the district health system of the Western Cape, South Africa. *Afr. j. prim. health care fam. med.* (Online) [Internet]. 2014 enero [citado 10 Agosto 2017] ; 6(1): 1-8. Disponible en: http://www.scielo.org.za/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-29362014000100047&lng=en. <http://dx.doi.org/10.4102/phcfm.v6i1.695>.