

Año 1, n.º 2 | julio-diciembre 2024 | ISSN: 3073-1003

Colección Ciencias Médicas y de la Salud

n.º 2

**Rol del médico familiar
en Colombia:**
nuevos retos en la formación
de médicos familiares

Rodríguez-Escobar Mauricio Alberto
Universidad El Bosque. Medicina Familiar. Bogotá, Colombia
rodriguezmauricio@unbosque.edu.co
<https://orcid.org/0000-0002-8278-857X>

Mendoza-Rincón Shirley Esneda
Universidad El Bosque. Medicina Familiar. Bogotá, Colombia
semendoza@unbosque.edu.co
<https://orcid.org/0000-0003-3582-1514>

Colección Ciencias Médicas y de la Salud

n.º 2

**Rol del médico familiar
en Colombia:**
nuevos retos en la formación
de médicos familiares

Año 1, n.º 2, julio-diciembre 2024 | ISSN: 3073-1003

doi: <https://doi.org/10.18270/695909keplhc>

© Universidad El Bosque
© Editorial Universidad El Bosque

© Rodríguez-Escobar Mauricio Alberto
© Mendoza-Rincón Shirley Esneda

Rectora: María Clara Rangel Galvis
Vicerrector de Investigaciones: Gustavo Silva Carrero

Editor Universidad El Bosque:
Miller Alejandro Gallego Cataño

Coordinación editorial: Leidy De Ávila Castro
Corrección de estilo: Estefany Escallón Ibáñez
Dirección gráfica y diseño: María Camila Prieto Abello
Diagramación: Luisa Gil

Vicerrectoría de Investigaciones
Editorial Universidad El Bosque
Av. Cra 9 n.º 131A-02, Bloque A, 6.º piso | +57 (601) 648 9000,
ext. 1352 | editorial@unbosque.edu.co
www.editorial.unbosque.edu.co

Bogotá D.c., Colombia | Junio 2024

Todos los derechos reservados. Prohibida la reproducción total o parcial por cualquier medio sin la autorización escrita del titular de los derechos patrimoniales

Universidad El Bosque | Vigilada Mineducación. Reconocimiento como universidad: Resolución 327 del 5 de febrero de 1997, MEN. Reconocimiento de personería jurídica: Resolución 11153 del 4 de agosto de 1978, MEN. Reacreditación institucional de alta calidad: Resolución 13172 del 17 de julio de 2020, MEN.

W89 R696

Rodríguez-Escobar, Mauricio Alberto

Rol del médico familiar en Colombia : Nuevos retos en la formación de médicos familiares / Mauricio Alberto Rodríguez-Escobar, Shirley Esneda Mendoza-Rincón ; editor Miller Alejandro Gallego Cataño - Bogotá (Colombia): Editorial Universidad El Bosque, Vicerrectoría de Investigaciones, 2024.

46 páginas
Colección Ciencias Médicas y de la Salud
Año 1, No. 2, julio-diciembre 2024

ISSN: 3073-1003

doi: <https://doi.org/10.18270/695909keplhc>

1. Medicina familiar - Formación profesional - Colombia 2. Atención médica primaria 3. Medicina especializada 4. Médicos - Empleos - Colombia

I. Rodríguez-Escobar, Mauricio Alberto
II. Mendoza-Rincón, Shirley Esneda
III. Gallego Cataño, Miller Alejandro
IV. Universidad El Bosque
V. Vicerrectoría de Investigaciones

Fuente. SCDD 23ª ed. - Universidad El Bosque. Biblioteca Juan Roa Vásquez (abril de 2025) - LM

Año 1, n.º 2 | julio-diciembre 2024 | ISSN: 3073-1003

Colección Ciencias Médicas y de la Salud

n.º 2

**Rol del médico familiar
en Colombia:**
nuevos retos en la formación
de médicos familiares

Rol del médico familiar en Colombia:

nuevos retos en la formación de médicos familiares

Objetivo

Describir los resultados de la segunda versión de la encuesta aplicada en el 2019 a médicos familiares, con el objetivo de actualizar la situación laboral en comparación con los resultados obtenidos de una encuesta inicial en 2017. A partir de ello, se busca realizar un proceso de reflexión en torno a la formación de dichos especialistas en el país.

Metodología

Se realizó una encuesta diseñada en Google Formularios, que contenía 22 preguntas cerradas, la cual fue divulgada a través de medios electrónicos como WhatsApp, Telegram, correos electrónicos y Facebook. La encuesta estaba dirigida exclusivamente a médicos familiares graduados que ejercían en Colombia.

Resultados

Los médicos familiares encuestados se desempeñan principalmente en cuatro áreas, asistencial, docencia, administrativa e investigación, en las cuales cumplen múltiples roles. En el contexto

ambulatorio, se encontró que el 54 % participa en actividades directas de consulta externa, seguido por un 25 % que refiere tener un rol de apoyo a médicos generales. En el área administrativa, participa el 35 %, mientras que en docencia e investigación, participa el 33 % y el 10 %, respectivamente.

Conclusiones

A través de la información recolectada, se evidencia que el especialista en Medicina Familiar en Colombia, a diferencia de otros países, desempeña roles diferentes al de ser la puerta de entrada del sistema, participando principalmente en actividades asistenciales (en las que predominan consulta externa, apoyo a médicos generales, consulta prioritaria y urgencias y programas especiales), seguidas por las administrativas. Cada uno de estos escenarios asistenciales (en las que predominan consulta externa, apoyo a médicos generales, consulta prioritaria y urgencias, y programas especiales), plantea retos no solo para la formación de médicos familiares por parte de las instituciones educativas, sino también para el establecimiento de políticas sólidas que permitan posicionar a estos especialistas dentro del sistema de salud.

Palabras clave: Medicina familiar, medicina de familia, rol, papel, atención primaria

Key Word: Family Practice, Role, Practice Location, Primary Care

Contenido

Introducción | 10

Metodología | 10

Resultados | 10

Características sociodemográficas | 10

Situación de empleo de Médicos Familiares | 10

Roles que desempeñan los especialistas en Medicina Familiar | 10

Algunas relaciones entre ingresos laborales, género y edad | 10

Percepción de obstáculos y soluciones para ejercer en mejores condiciones
la Especialidad en Medicina Familiar en Colombia | 10

Discusión | 10

Reflexiones finales | 10

Referencias | 10

Introducción

La Medicina Familiar surgió en la década de los sesenta en Estados Unidos, como una necesidad ante la atención fragmentada, el aumento en la especialización y el consecuente declive de la atención sanitaria. Estas condiciones gestaron un movimiento que condujo a la necesidad de formar médicos especialistas que se desempeñaran en Atención Primaria con bases teóricas holísticas sólidas y énfasis en atención extrahospitalaria (1).

Posteriormente, este movimiento se difundió por diversos países y se consolidó en algunas regiones mejor que en otras. En países europeos y norteamericanos, donde la especialidad es fundamental para los servicios de Atención Primaria, mientras que en América Latina su desarrollo ha sido lento. Esto se debe a varios factores, entre ellos el déficit en la formación de estos especialistas (2).

Aunque los médicos familiares son una ficha fundamental en la consolidación de la Atención Primaria en Salud (APS) (3) y se han establecido compromisos a través de diferentes sociedades científicas y organizaciones gubernamentales para la implementación de la Atención Primaria y la formación del talento humano idóneo, en gran parte de la región dicho proceso ha sido disímil y complejo.

En Colombia, a pesar de la creación de programas de especialización en Medicina Familiar en la década de los ochenta, no fue sino hasta 2016 cuando, con la promulgación de la Resolución 429 de febrero de 2016, se presentó la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) y se operativizó el Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS), integrando en

una política la Atención Primaria en Salud, el enfoque en salud familiar y comunitaria, y al especialista en Medicina Familiar en un mismo marco, como estrategias para el fortalecimiento de la atención primaria en salud. Sin embargo, con la resolución 2626 de 2019, se derogó la resolución 429 y se reemplazó el MIAS por el Modelo de Acción Territorial (MAITE). Así, se delegó la responsabilidad de la implementación de la política PAIS a los entes territoriales, para que aseguren que las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) conformen redes y presten servicios integrales, pero no se define claramente el papel que debe cumplir el Especialista en Medicina Familiar al interior del sistema.

En el año 2017, desde el capítulo central de la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF), se propuso realizar una encuesta con el fin de caracterizar la situación de empleo, los roles dentro del sistema, y los posibles factores que condicionan la dinámica laboral de esta especialidad (4). En el año 2019, se llevó a cabo una nueva encuesta con el objetivo de analizar la situación de empleo de especialistas en Medicina Familiar y su rol laboral en nuestro país, en comparación con lo descrito en la encuesta realizada en 2017.

El propósito de este documento es socializar los resultados de esta segunda versión de la encuesta realizada en 2019, con el objetivo de actualizar la situación laboral dos años después de la encuesta inicial y realizar un proceso de reflexión en torno a la formación de los médicos familiares en nuestro país.

Metodología

Se realizó una encuesta diseñada en Google Formularios, con 22 preguntas cerradas que se divulgaron a través de medios electrónicos como WhatsApp, Telegram, correos electrónicos y Facebook. La encuesta fue diseñada para ser diligenciada exclusivamente por médicos familiares graduados que ejercen en Colombia, se utilizó el dato del correo electrónico como identificador. Se calcula que para ese momento había 936 especialistas en medicina familiar, y se consideró una probabilidad de presentación de las características evaluadas del 35 %, con un error del 5 %. Con estos datos, se calculó un tamaño de muestra en el que se esperaba que 256 especialistas en medicina familiar respondieran la encuesta.

Se obtuvieron 269 respuestas entre el 2 de mayo y el 1 de junio de 2019, recibidas a través de las diferentes redes. Debido a que las respuestas fueron espontáneas, se considera una muestra por conveniencia. Todos aceptaron el consentimiento informado. Se encontraron 7 correos electrónicos repetidos, dos correos de médicos especializados en el extranjero aún no homologados y uno de un médico familiar que aún no se había graduado, por lo que en total se procesaron 258 respuestas. Al igual que la encuesta anterior, esta se divide en cuatro segmentos: primero, los datos poblacionales; segundo, si se está trabajando y las razones de no estarlo; tercero, las características del empleo en el que se desempeñan estos especialistas; y cuarto, la percepción la problemática laboral, sus soluciones y la pertenencia a sociedades científicas.

Resultados

Características sociodemográficas

Respondieron a la encuesta 170 mujeres (64 %) y 98 hombres (36 %). El rango de edad del 59 % de los encuestados se encontró entre los 31 y 45 años, lo que corresponde al ciclo vital del adulto joven. Además, hubo participación de todas las universidades que tenían egresados para el primer semestre de 2019, siendo predominante las respuestas de graduados de la Universidad El Bosque (32 %), la Fundación Universitaria Juan N Corpas (16,28 %) y la Universidad del Valle (14,73 %). El 92 % son graduados de universidades colombianas, y 8 % poseen titulación extranjera convalidada en Colombia.

En cuanto a la distribución geográfica, de 254 encuestados que respondieron este ítem, la principal concentración, se encuentra en la región central (Bogotá y Cundinamarca) con un 68 %, de los cuales el 60 % se ubican en Bogotá y cerca de un 7 % ejercen en el departamento de Cundinamarca. El siguiente grupo predominante es el que ejerce en la región pacífica (Cauca, Chocó, Nariño y Valle del Cauca) con un 15 %, donde Cali predomina con un 11 %. En tercer lugar, Antioquia y el Eje Cafetero (Antioquia, Caldas, Risaralda y Quindío) representan un 5 %, con un 2 % de los encuestados en Medellín. En la región Nororiental (Santander, Norte de Santander y Boyacá) participaron en la encuesta un 7 %, predominando Bucaramanga con un 4 %. En la tabla 1 se sintetizan las características sociodemográficas de los encuestados.

Tabla 1

Características de los médicos familiares que participaron en la encuesta

| Característica | n= 258 | 100 % |
|--|--------|---------|
| Sexo | | |
| Mujer | 170 | 64 % |
| Hombre | 98 | 36 % |
| Grupo etario (años) | | |
| 26 - 30 | 13 | 5,04 % |
| 31 - 35 | 71 | 27,52 % |
| 36 - 40 | 80 | 31,01 % |
| 41 - 45 | 43 | 16,67 % |
| 46 - 50 | 19 | 7,36 % |
| >50 | 32 | 12,4 % |
| Titulo Médico Familiar | | |
| Nacional | 238 | 92 % |
| Extranjero convalidado | 20 | 8 % |
| Universidad de Egreso | | |
| Universidad El Bosque | 83 | 32,17 % |
| Fundación Juan N Corpas | 42 | 16,28 % |
| Universidad del Valle | 38 | 14,73 % |
| Universidad de la Sabana | 31 | 12,02 % |
| Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) | 22 | 8,53 % |
| Universidad Javeriana | 18 | 6,98 % |
| Universidades de España | 10,9 | 4,26 % |
| Universidad de Cuba | 7,9 | 3,10 % |
| Universidad del Cauca | 3,9 | 1,55 % |
| Universidades en Estados Unidos | 1 | 0,39 % |
| Distribución (Región) | | |
| Central | 172 | 68 % |
| Pacífico | 38 | 15 % |
| Nororiental | 17 | 7 % |
| Antioquia y Eje Cafetero | 13 | 5 % |
| Caribe | 5 | 2 % |
| Tolima Huila | 5 | 2 % |
| Orinoquia | 1 | 0,3 % |

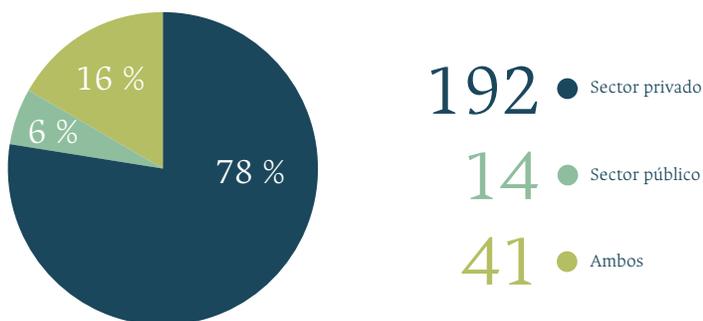
Situación de empleo de Médicos Familiares

De los especialistas en medicina familiar que participaron, aproximadamente un 60 % tiene permiso para ejercer en Colombia entre 1 y 10 años, predominando el tiempo de ejercicio entre 1 y 5 años, con un 37,6 %. El 95 % se encontraba laborando; el 5 % restante no laboraba al momento de la encuesta. De este grupo, un 3% atribuyó su desempleo a la falta de contratos con las condiciones que requerían, ya sea por salario, distancia o número de horas. Otra razón se refiere a la exigencia de experiencia previa, que se expone como un requisito frecuente que afecta el ingreso laboral de los recién graduados. Por otra parte, el 2 % faltante expresó razones como estar haciendo otra residencia o estar en licencia de maternidad.

De 247 encuestados, la mayor proporción de ubicación laboral por sectores está en el sector privado, con aproximadamente un 78 % (n= 192). En el sector exclusivamente público trabajan aproximadamente un 6 % (n= 14), aunque puede llegar a un 22 % si se suma el 16 % (n= 41) que trabaja tanto en sector público como en el privado (Figura 1).

Figura 1

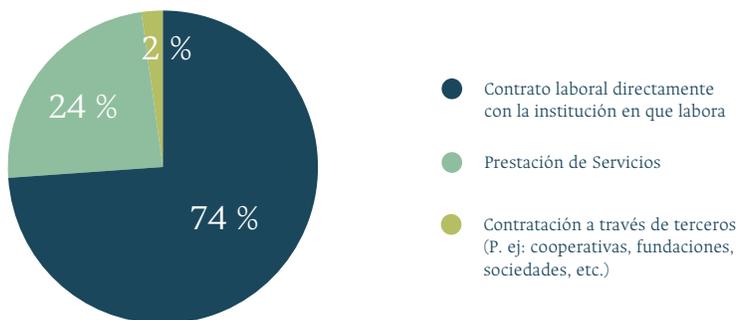
Ubicación en el sector público o privado



Entre 246 encuestados el 74 % de los especialistas en medicina familiar tienen un contrato laboral directo; de estos un 20 % también tiene algún otro tipo de contrato, como por prestación de servicios a través de terceros. El 24 % tiene un contrato por prestación de servicios, y entre estos, un 1 % está contratado por terceros o tiene práctica privada. La contratación por prestación de servicios sube a un 40 % si se tiene en cuenta al 16 % que, además de tener un contrato laboral, tiene un contrato por prestación de servicios. Alrededor del 2 % depende de contratos a través de terceros y, teniendo en cuenta los que adicionalmente tienen contrato laboral, se puede llegar a un 6 % de especialistas en medicina familiar con este tipo de contratos (Figura 2).

Figura 2

Tipo de contratación



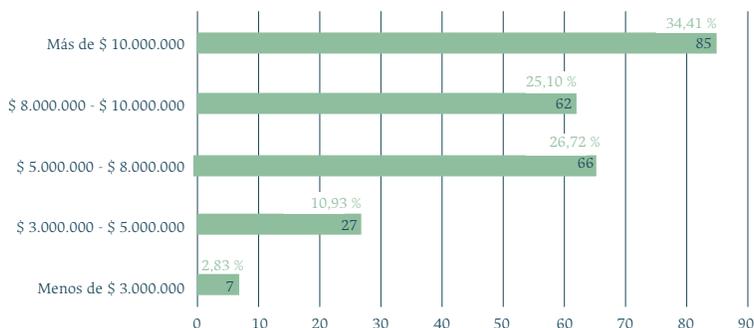
Entre 248 respondientes, el 93 % considerará que su contrato estaba definido para un especialista en Medicina Familiar, y alrededor del 7 % consideró que no. De las 247 respuestas, el 38 % tiene entre 1 y 3 años en su trabajo actual, aunque se destaca que aproximadamente el 17 % lleva más de 10 años en el mismo empleo.

Un 35 % de los encuestados trabaja más de 48 horas semanales, un 40 % trabaja entre 40 y 48 horas semanales, y el 25 % trabaja menos de 40 horas semanales, de los cuales un 6 % trabaja menos de 29 horas.

Aproximadamente un 86 % de los 247 respondientes tiene ingresos entre 5 y más de 10 millones de pesos, predominando quienes ganan más de 10 millones de pesos mensuales con un 34 %. El 52 % restante se reparte entre los ingresos de 5 a 8 millones de pesos (27 %) y de 8 a 10 millones de pesos (25 %). Un 14 % de los encuestados reportó ingresos menores a 5 millones de pesos, y un 3 % refirió ingresos inferiores a 3 millones de pesos mensuales (Figura 3).

Figura 3

Ingreso de Especialistas en Medicina familiar 2019



Roles que desempeñan los especialistas en Medicina Familiar

Los especialistas en Medicina Familiar pueden desempeñar una diversidad de roles, y muchos participan en varios de ellos. Esto se debe a

que, en algunos cargos, se tiende a asumir múltiples funciones, o porque están contratados en varios lugares. Con el fin de comprender mejor esta complejidad, los roles se clasificaron en asistenciales, administrativos, docentes y de investigación. Los porcentajes de esta sección están basados en 251 respuestas (Tabla 2).

Tabla 2

Rol que desempeñan los médicos familiares en su trabajo

| Rol | n- 251 | % |
|---|--------|---------|
| Asistencial | | |
| Consulta externa | 136 | 54 % |
| Apoyo a médico general | 63 | 25 % |
| Líder de programa y programa especiales | 44 | 17,70 % |
| Asiste a otras especialidades | 8 | 3,19 % |
| Consulta prioritaria y urgencias | 57 | 23 % |
| Urgencias | 42,6 | 17 % |
| Consulta prioritaria | 15 | 6 % |
| Hospitalización | 17 | 7 % |
| Consulta domiciliaria | 13 | 5 % |
| Docencia | 82 | 33 % |
| Pregrado y postgrado | 40 | 16 % |
| Pregrado | 17 | 7 % |
| Técnico y tecnológico | 1 | 0,40 % |
| Administrativo | 87 | 35 % |
| Coordinación médica | 21 | 8,37 % |
| Rol mixto | 19 | 7,59 % |
| Líder de programa | 15 | 5,98 % |
| Dirección médica/científica | 13 | 5,18 % |
| Gestión de riesgo | 9 | 3,59 % |
| Gerente de área | 5 | 1,99 % |
| Jefe de servicio | 5 | 1,99 % |

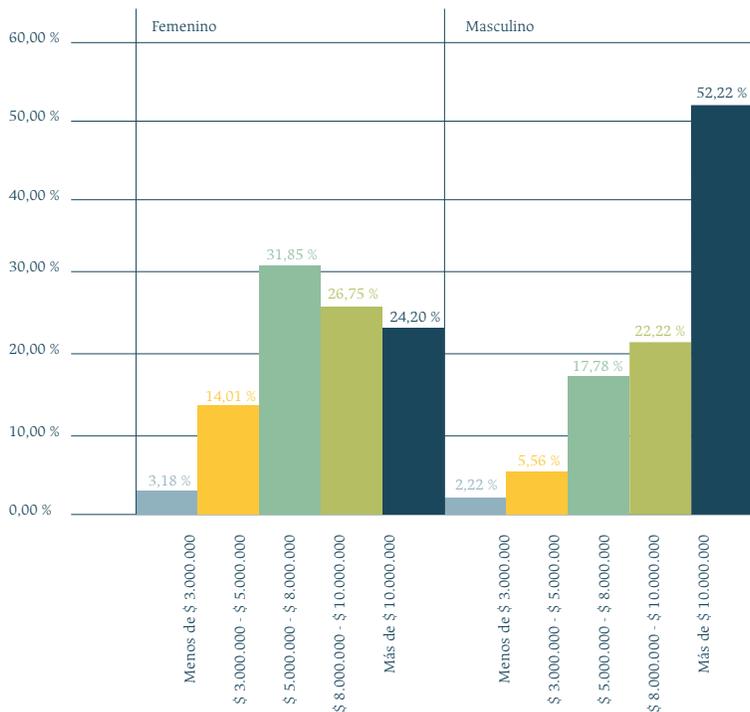
Dentro de los roles asistenciales se incluyen la atención ambulatoria, atención de urgencias y otros. En el contexto ambulatorio, se encontró que el 54 % participa en actividades directas de consulta externa, el 25 % tiene un rol de apoyo a médicos generales, cerca del 18 % participa en programas (ya sea como líder o en atención directa de pacientes) y el 3 % asiste en consultas de otras especialidades. El 23 % atiende consultas episódicas, el 17 % trabaja en urgencias y el 6% en atenciones prioritarias. Otros roles incluyen la atención hospitalaria (7 %) y la atención domiciliaria (5 %). En el área administrativa, el 35 % reporta tener roles como coordinación médica, líder de programa, dirección médica y científica (con porcentajes entre el 8 % y el 5 %), y roles como gestión del riesgo o jefe de servicio (con porcentajes entre el 2 % y el 4 %). La participación en docencia es del 33 %, y en investigación, del 10 %, con un 3 % que se identifica como líder de investigación.

Algunas relaciones entre ingresos laborales, género y edad

En la población encuestada, existe una tendencia a tener ingresos mayores a 10 millones de pesos entre los grupos de edad de 41 a 55 años. Al comparar el género con los ingresos, se encuentra que aproximadamente el 32 % de las mujeres tiene ingresos entre 5 y 8 millones de pesos, mientras que el 52 % de los hombres reporta ingresos superiores a 10 millones de pesos (Figura 4).

Figura 4

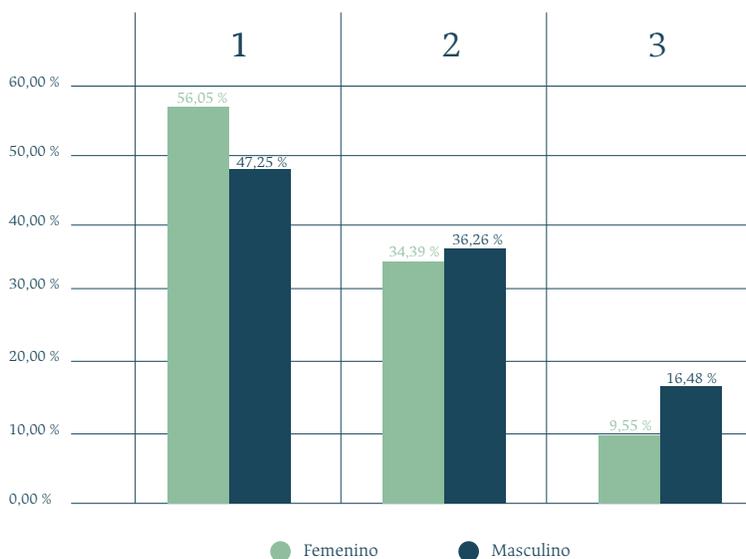
Ingresos respecto al género



Cuando se compara el género respecto al número de trabajos, se observa que tanto mujeres como hombres tienen un solo trabajo en un 56 % y 47 %, respectivamente. En contraste, se encontró una mayor proporción de hombres con tres o más trabajos (16 %), en comparación con la proporción de mujeres, que es cercana al 10 % (Figura 5).

Figura 5

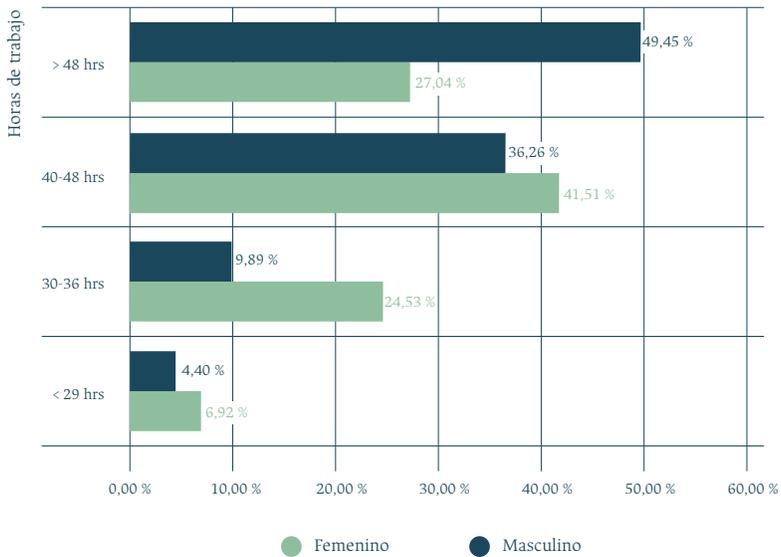
Número de trabajos respecto al género



Otro aspecto documentado fue la mayor proporción de hombres que trabajan más de 48 horas semanales, alcanzando el 50 %. En las mujeres, cerca del 42 % trabaja entre 40 y 48 horas a la semana (Figura 6).

Figura 6

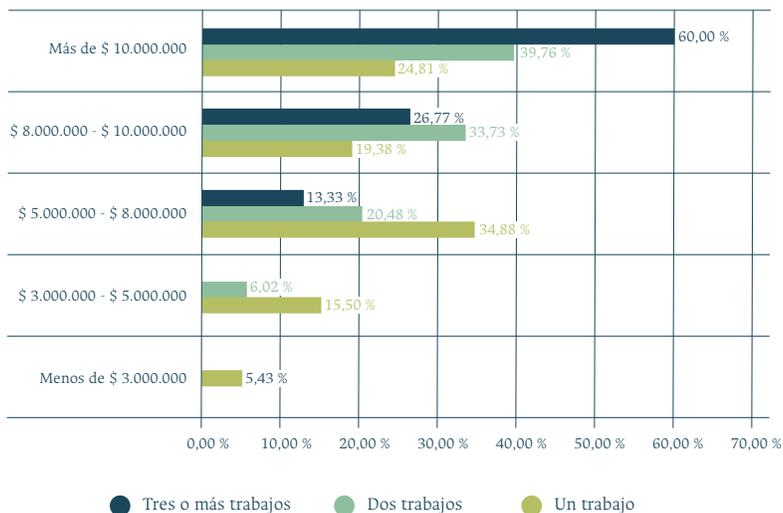
Comparación de proporciones de horas de trabajo entre hombres y mujeres



Desde la perspectiva del ingreso, entre los especialistas en medicina familiar que declararon ingresos superiores a 10 millones de pesos, el mayor porcentaje tiene tres o más trabajos (60 %). Entre quienes reportaron ingresos entre 8 y 10 millones de pesos, aproximadamente el 34 % tiene dos trabajos; mientras que entre quienes indicaron ingresos entre 5 y 8 millones de pesos, predominan quienes declararon solo un trabajo, con aproximadamente un 35 %. Llama la atención la gran variabilidad en los ingresos de quienes declararon tener un solo trabajo, que van desde menos de 3 millones de pesos hasta más de 10 millones de pesos (Figura 7).

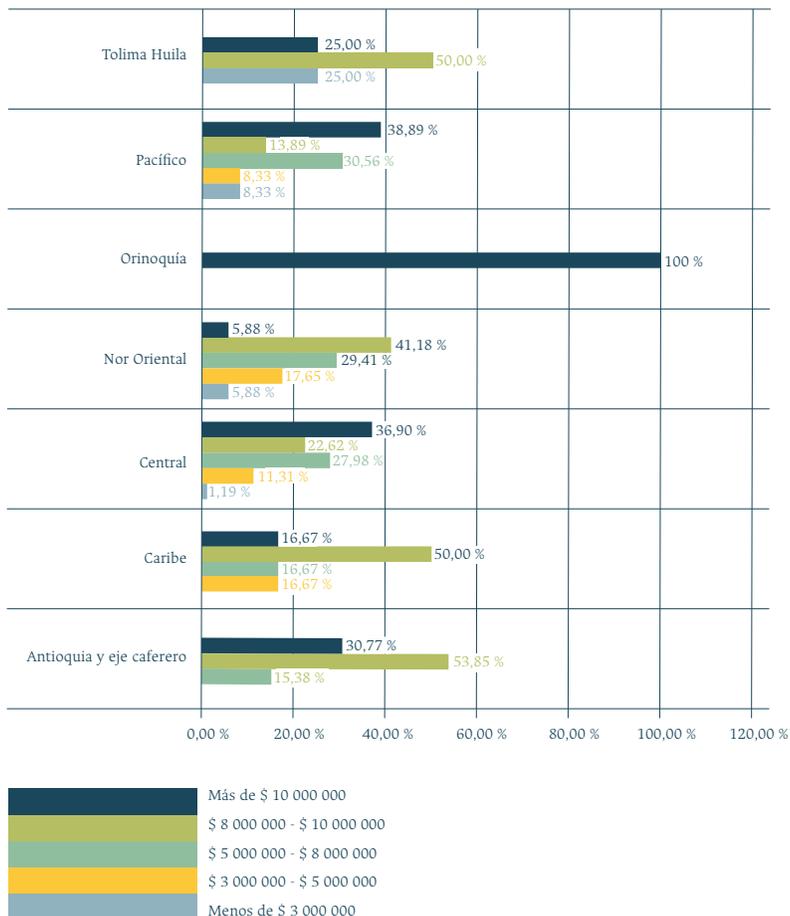
Figura 7

Relación número de trabajos e ingresos



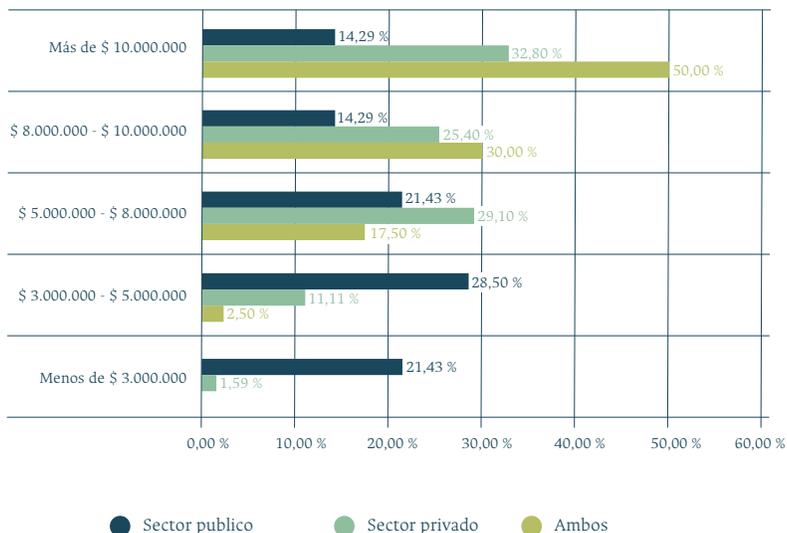
Al contrastar los ingresos por regiones, en la región central y en la pacífica predominan los ingresos superiores a 10 millones de pesos, con un 37 % y 39 %, respectivamente, seguidos por el rango de ingresos entre 5 y 8 millones de pesos, con un 28 % y un 31 %. Por otro lado, en otras regiones predominan las altas proporciones de ingresos entre 8 y 10 millones de pesos en Tolima y Huila (50 %), Caribe (50 %), y Antioquia y el Eje Cafetero (54 %). Sin embargo, es importante que tener en cuenta que el número de respuestas en estas regiones fue bajo: Caribe (n= 6), Tolima y Huila (n= 4). Lo mismo sucede en la Orinoquía, donde una sola respuesta representa el 100 % con ingresos mayores a 10 millones de pesos (Figura 8).

Figura 8
Proporción de nivel salarial por regiones



Por último, al comparar los ingresos con respecto al sector, se aprecia que, entre quienes declararon trabajar en ambos sectores, el 50% tiene ingresos superiores a 10 millones de pesos, seguido por ingresos entre 8 y 10 millones de pesos (30%). Cuando se examina cada sector por separado, en el sector privado predominan los ingresos superiores a 10 millones de pesos (33%), seguidos por el rango de 8 a 10 millones de pesos (25%) y de 5 y 8 millones de pesos (29%). En el sector público, las mayores proporciones se encuentran en el rango de 3 a 5 millones de pesos (29%), seguidos por los ingresos entre 5 y 8 millones de pesos y menores de 3 millones de pesos, ambos con un 21% (Figura 9).

Figura 9
Proporciones de ingresos por sectores

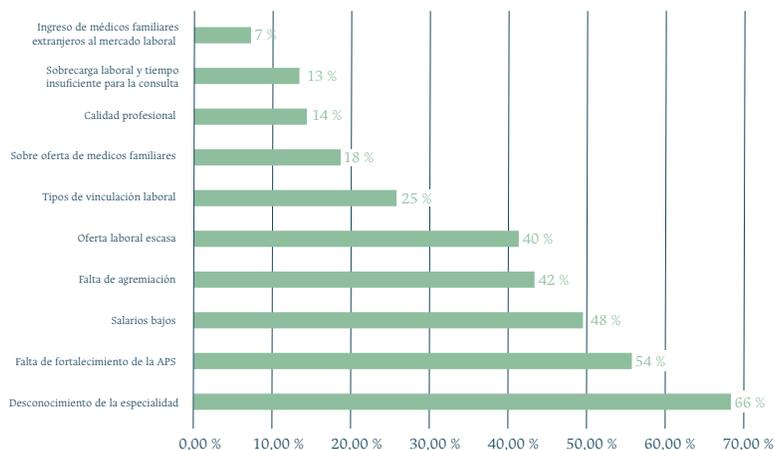


Percepción de obstáculos y soluciones para ejercer en mejores condiciones la Especialidad en Medicina Familiar en Colombia

De las 258 encuestas, se encontró que el 66 % considera que el principal obstáculo para el ejercicio de la Medicina Familiar en Colombia es el desconocimiento de la especialidad, seguido por la falta de fortalecimiento de la atención primaria en salud (54 %) y, en tercer lugar, los salarios bajos (48 %). Por otro lado, el 42 % identificó la falta de agremiación como un obstáculo, seguido de cerca por la oferta laboral (40 %), y para el 25 % de los encuestados, el tipo de vinculación salarial fue un impedimento (Figura 10).

Figura 10

Principales obstáculos para el ejercicio de la medicina familiar en Colombia



En cuanto a las soluciones, el 68 % de los encuestados concuerda en que se debe definir el papel del médico familiar en el sistema de salud; 58 % cree que se debe informar a la población y a los directores de las EPS/IPS sobre las habilidades y el papel del médico familiar. Un 55 % está de acuerdo en que se deben establecer tablas salariales, y aunque el 47 % considera una posible solución el fortalecer la agremiación (Figura 11), llama la atención que, de las 258 respuestas, el 40 % afirmó no pertenecer a ninguna sociedad científica. El 35 % reportó pertenecer a la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar, y el 24 % a otras sociedades científicas, de las cuales el 1 % mencionó pertenecer a WONCA, lo que refleja la necesidad de aumentar la participación (Figura 12).

Figura 11

Propuestas de enfoque de trabajo del gremio de médicos familiares colombianos para mejorar la condición laboral de esta especialidad

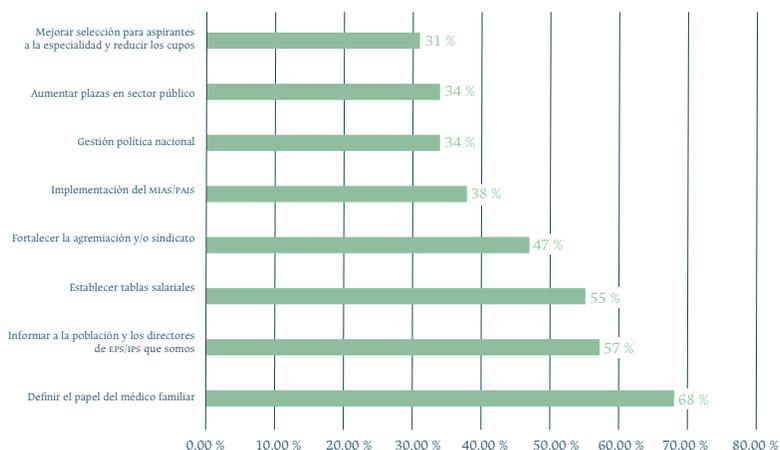


Figura 12

Pertenencia a sociedades científicas



Discusión

Al ser una encuesta aplicada a la población sin un mecanismo de muestreo específico, pueden presentarse diferentes tipos de sesgos. Hay algunos datos disponibles que permiten tener una idea de la magnitud y dirección de estos sesgos. Por ejemplo, la proporción de participantes, comparada con el origen de los médicos familiares por universidades, muestra una sobre representación de egresados de la Universidad El Bosque, la Juan N. Corpas, la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, la Universidad de La Sabana y la Universidad del Cauca. Entre estas, predomina la representación de la Universidad El Bosque y la Universidad

de La Sabana. Hay una subrepresentación de la Universidad del Valle, los especialistas convalidados y la Universidad Javeriana.

En la tabla 3 se observa que, desde el 2017, la proporción de egresados de la Universidad El Bosque se mantiene alrededor del 22 %, mientras que su participación en la encuesta es del 32 %. Por otro lado, las convalidaciones se mantuvieron en el 16 %, pero su participación en la encuesta fue del 7 %.

Tabla 3

Proporción de médicos familiares en ejercicio y proporciones de los respondientes en la encuesta

| | Egresados 2017-2 | % Participación | Egresados 2020-1 | % Participación | % Participación en la encuesta |
|--------------------|------------------|-----------------|------------------|-----------------|--------------------------------|
| Bosque | 189 | 22,6 % | 218 | 21,8 % | 32,17 % |
| Corpas | 118 | 14,1 % | 159 | 15,9 % | 16,28 % |
| rucs | 49 | 5,9 % | 69 | 6,9 % | 8,53 % |
| Javeriana (Bogotá) | 71 | 8,5 % | 81 | 8,1 % | 6,96 % |
| Sabana | 58 | 6,9 % | 76 | 7,6 % | 12,02 % |
| U del Cauca | 4 | 0,5 % | 7 | 0,7 % | 1,55 % |
| UDES | 0 | 0,0 % | 10 | 1,0 % | 0,00 % |
| U del Valle | 207 | 24,7 % | 217 | 21,7 % | 14,73 % |
| Convalidaciones | 141 | 16,8 % | 163 | 16,3 % | 7 % |
| Total | 837 | 100,0 % | 1000 | 100,0 % | 100 % |

Fuente: elaboración propia con datos suministrados por el Ministerio de Educación, datos suministrados por los directores de los posgrados y datos de la encuesta.

En cuanto a la distribución de especialistas en Medicina Familiar en esta encuesta, hay un predominio de respuestas de la Región Central, principalmente de Bogotá, lo que se correlaciona con el número de

facultades que ofrecen la especialidad en el país. También se reportan respuestas en la zona pacífica, predominantemente de la ciudad de Cali, lo que está relacionado con la facultad que ofrece esta especialidad desde hace más tiempo. Se observa una mayor respuesta de las ciudades capitales, lo que sugiere la concentración de este recurso humano en las regiones mencionadas y en capitales como Bucaramanga y Medellín.

La distribución de los recursos humanos en salud es una preocupación a nivel mundial, y en Colombia, se ha documentado inequidad en el acceso a estos recursos, incluyendo los especialistas en medicina familiar. Por ejemplo, existe una menor densidad de médicos por cada 100 000 habitantes en regiones apartadas como el Orinoco, Amazonas o Vaupés, mientras que los servicios especializados están altamente concentrados en cinco ciudades principales (6). Por lo tanto, la concentración de especialistas en medicina familiar depende tanto de condiciones generales del país como de las particularidades de la oferta de formación en esta especialidad. Se han realizado esfuerzos para formar especialistas en regiones como Guainía, con experiencias piloto interesantes que muestran resultados, pero que carecen de continuidad. Los especialistas ya formados informan que buscan empleo en grandes ciudades debido a la falta de oportunidades laborales adecuadamente reconocidas en sus regiones de origen.

Por otra parte, esta encuesta documenta la participación en sociedades científicas, siendo de gran importancia la participación en SOCMEF. Se sabe que, en los últimos cinco años, el número máximo de afiliados ha sido de 100 egresados. En la encuesta, 94 médicos reportaron estar afiliados, pero al contrastar este dato con el número de afiliados a finales de agosto de 2020, se encontró que sólo había 86 socios activos. Esto sugiere un predominio de participación en la encuesta por parte de afiliados a SOCMEF. Aunque solo el 7 % de los especialistas estaban afiliados al mo-

mento de la encuesta, la proporción entre los encuestados quintuplica este valor (35 %). Existe, además, una mayor percepción de pertenencia a SOCMEF que no se refleja en el número de afiliados.

Si comparamos la situación de diferentes países en relación con la proporción de especialistas en medicina familiar la atención de su población (Tabla 4), en 2016, Cuba, Canadá, España y México cuentan con políticas definidas donde el especialista en Medicina Familiar es la puerta de entrada del sistema. Estos países forman más de 1000 especialistas en medicina familiar por año (2). En contraste, en otros países, se considera una especialidad aceptada que coexiste con la medicina general no especializada.

Tabla 4

Información sobre especialistas en Medicina Familiar en Canadá e Iberoamérica

| Pais | Número de habitantes estimados 2014 | Número de Especialistas en Medicina Familiar | Número de habitantes por médico familiar | Especialistas en Medicina Familiar en formación | Años de duración de la Especialidad en Medicina Familiar | Equipos de salud en la puerta de entrada como propósito de la política de salud | Adscripción poblacional como indicador de servicios de salud | Especialista en Medicina Familiar como puerta de entrada del sistema |
|--------|-------------------------------------|--|--|---|--|---|--|--|
| Cuba | 11 047 251 | 13 382 (2013) | 826 | 5d | 2 | Sí | Sí | Sí |
| Canadá | 34 834 841 | 35 336 (2010) | 985 | 1150 (2011) | 2 | Sí, en proceso | Sí | Sí |
| España | 47 737 941 | 28 405 (2014) | 1681 | 1682 (2014) | 4 | Sí | Sí | Sí |
| México | 120 286 655 | 39 000 (2011) | 3084 | 1200 (2011) | 3 | Sí, en proceso | Sí, por aseguramiento | Sí, en más del 50 % |

>

| Pais | Número de habitantes estimados 2014 | Número de Especialistas en Medicina Familiar | Número de habitantes por médico familiar | Especialistas en Medicina Familiar en formación | Años de duración de la Especialidad en Medicina Familiar | Equipos de salud en la puerta de entrada como propósito de la política de salud | Adscripción poblacional como indicador de servicios de salud | Especialista en Medicina Familiar como puerta de entrada del sistema |
|------------|-------------------------------------|--|--|---|--|---|--|--|
| Uruguay | 3 332 972 | 419 (212) | 7955 | 100 (2012) | 3 | Propuesto | No, se da de forma espontánea | No |
| Venezuela | 28 868 486 | 1 700 (2007) | 16 981 | Sd | 2 y 3 | Variable | Parcialmente | No |
| Argentina | 43 024 374 | 2 500 (2003) | 17 210 | Sd | 4 | Variable | Parcialmente | No |
| Paraguay | 6 703 860 | 240 (2014) | 27 933 | 151 (2014) | 3 | Sí, en proceso | Sí, en proceso | No |
| Chile | 18 006 407 | 629 (2013) | 28 627 | Sd | 3 | Variable | Parcialmente | No |
| Ecuador | 15 644 411 | 300 (2013) | 131 550 | 600 (2013) | 3 | Propuesto | Incipiente | No |
| Brasil | 202 656 788 | 1 500 (2014) | 135 105 | 660 (2014) | 2 | Sí, en proceso | Sí, en proceso | No, hay la intención |
| Costa Rica | 34 834 841 | 158 (2015) | 220 433 | 48 (2016) | 4 | Sí | Sí | No |
| Perú | 30 147 935 | 400 (2015) | 253 344 | 143 (2013) | 3 | Propuesto | Incipiente | No |
| Colombia | 46 245 297 | 623 (2014) | 388 616 | 180 (2016) | 3 | Propuesto | Propuesto | No |

Nota: Sd: sin datos.

Fuente: elaboración propia basada en los datos de Rodríguez (2).

También se observa que, en Colombia, al igual que en Perú y Ecuador, los equipos de atención primaria como modelo de implementación de la APS están en diferentes etapas y esquemas de desarrollo. Esto contrasta con los sistemas de Cuba y España, donde la base de estos equipos es el especialista en Medicina Familiar y la enfermera especialista en Salud Familiar o Atención Primaria (2).

El principal punto de comparación de esta encuesta es con la realizada en 2017, por lo que a continuación se presentan algunas comparaciones entre ambos resultados. Un dato interesante es el de quienes reportaron no estar trabajando. En la encuesta de 2017, este dato fue del 9 % mientras que 2019 disminuyó al 5%. En 2017, la principal razón fue el desempleo, mientras que en 2019 el 2 % de los encuestados no trabajaba por estar estudiando o en licencia de maternidad, dejando el desempleo en un 3 %. Esto sugiere una posible disminución del desempleo en la especialidad. Sin embargo, la percepción general es que el acceso al trabajo para los especialistas en Medicina Familiar ha fluctuado, dependiendo de intereses puntuales de algunas EPS, en lugar de un interés generalizado en desarrollar un sistema basado en la APS.

Durante la pandemia, la tendencia fue a fortalecer las UCI y las hospitalizaciones, más que a fortalecer la práctica ambulatoria, donde se concentra la mayor proporción de estos especialistas. No se sabe con certeza cómo ha afectado la pandemia la contratación de especialistas en medicina familiar.

Si comparamos la información de 2017 y 2019 (Tabla 5) respecto a los ingresos, podemos decir que aumentó la proporción de personas con ingresos mayores a 10 millones de pesos, de un 26 % a un 34 %. Sin embargo, también aumentó ligeramente la proporción de personas con ingresos menores a 3 millones de pesos. Cabe destacar que el salario mínimo en 2017 era de \$737 717 y en 2019 de \$828 116, lo que implica un aumento del 12,22 % en dos años. Además, los ingresos reportados

en estas encuestas no discriminan entre salarios por contrato y salarios por prestación por servicios, lo que puede impactar en las prestaciones sociales, representando hasta un 52 % más de ingresos. La proporción de personas con un contrato laboral aumentó del 65 % al 74 % entre 2017 y 2019, mientras que los contratos por prestación de servicios disminuyeron del 54 % al 40 %. Aunque el contrato laboral ofrece más estabilidad y seguridad social, muchos prefieren contratos por prestación de servicios debido a la independencia que estos brindan, permitiendo flexibilidad en horarios, educación continua y vacaciones, entre otros. Estos aspectos no se han evaluado en estas encuestas. En Canadá, por ejemplo, se ha considerado que la independencia proporcionada por el pago por servicio es valorada por los médicos en ese país (8).

Tabla 5
Comparación ingresos 2017 -2019

| Ingresos | 2017 Número | % | 2019 Número | % |
|----------------------------|----------------|----------|----------------|----------|
| Menos de \$3 000 000 | 4 | 1,58 % | 7 | 2,83 % |
| \$3 000 000 - \$5 000 000 | 22 | 8,70 % | 27 | 10,93 % |
| \$5 000 000 - \$8 000 000 | 77 | 30,43 % | 66 | 26,72 % |
| \$8 000 000 - \$10 000 000 | 84 | 33,20 % | 62 | 25,10 % |
| Más de \$10 000 000 | 66 | 26,09 % | 85 | 34,41 % |
| Total | 253 | 100,00 % | 247 | 100,00 % |

Fuente: elaboración propia con datos de Aldana (4) y de esta encuesta.

En términos de los roles evaluados en las dos encuestas, se encontró que el rol específico de médico de cabecera no fue evaluado en 2019. Hay una tendencia al aumento en los roles relacionados con la atención

de urgencias, hospitalarios y de participación en investigación, mientras que se documenta una disminución en los roles de apoyo a médicos generales, liderazgo de programas o participación en programas especiales (Tabla 6). La participación en docencia y roles administrativos se mantuvo estable, con menor participación en áreas como cuidado paliativo y consultas domiciliarias.

Tabla 6

Cambios en el rol que desempeñan los especialistas en Medicina Familiar 2017-2019

| Rol | Encuestados 2017 (%) | Encuestados 2019 (%) |
|--|----------------------|----------------------|
| Rol administrativo | 34 | 35 |
| Apoyo directo a médicos generales | 32 | 25 |
| Líder de Programa/programas especiales | 27 | 17 |
| Médicos de cabecera | 32 | - |
| Atención en Urgencias | 14 | 23 |
| Hospitalario | 1 | 7 |
| Docencia | 31 | 33 |
| Investigación | 1 | 10 |

Este ítem de los roles requiere especial atención en el análisis, porque no es fácil clasificar y cuantificar los roles debido a su multiplicidad, la forma en que los interpretan o se auto reconocen los encuestados. Por lo tanto, en futuras encuestas sería útil discriminar estos aspectos. En cuando al rol del Especialista en Medicina Familiar en Colombia, existen pocas publicaciones (2-4,9), por lo que sería importante profundizar en este tema en el futuro. Hace falta una discusión más amplia acerca de qué rol se quiere promover para esta especialidad en el país y si se planea generar las condiciones e incentivos necesarios para que estos especialistas se ubiquen donde sean más eficientes para el sistema.

En esta encuesta, hubo un predominio de participación de mujeres sobre hombres, aunque el estudio del Cendex sobre recursos humanos en salud refiere que la formación de especialidades médicas predominó en hombres (70 %) respecto a las mujeres (30 %), aunque se reconoce una tendencia hacia una mayor proporción de mujeres en el pregrado de carreras de la salud (5). La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) en 2016 reportó que el ingreso a facultades de medicina en 2015 fue del 59 % para mujeres (10). En la encuesta realizada en 2017, el 56 % de las respuestas fueron de mujeres (4), mientras que en esta fue del 64 %. Existe la percepción de que el ingreso a esta especialidad es predominantemente femenino, aunque no se dispone de cifras que respalden esta impresión.

En los últimos años el papel de la mujer en el mundo laboral ha ido evolucionando, pero todavía existen desigualdades de género en cuanto a condiciones laborales. En este estudio, se evidenció que el 32 % de las mujeres tienen ingresos entre 5 y 8 millones de pesos, mientras que el 52 % de los hombres reportó ingresos mayores a 10 millones. Aunque esto puede estar relacionado con el número de trabajos, la correlación no es total, ya que el 47 % de los hombres versus el 56 % de las mujeres reportó tener un solo trabajo, mientras que las proporciones de quienes tienen tres o más trabajos fueron cercanas al 10 % para las mujeres y al 16 % para los hombres.

Estos resultados coinciden con varios estudios que han mostrado que las médicas tienen menores ingresos que los hombres, incluso después de ajustar por especialidad y tipo de práctica. Un estudio realizado en Estados Unidos por Seabury entre 1987 y 2010 estimó que la brecha de ingresos fue de alrededor de 34 000 dólares en 1987-90 y de 56 000 dólares anuales en 2006 (11). Otro estudio realizado en el mismo país en 2016 por Dan P. también encontró diferencias sustanciales, con un ingreso anual medio ajustado de 253 042 dólares para médicos varones

y de 163 234 dólares para médicas, lo que significa una diferencia de 89 808 dólares anuales, que persistía después de ajustar especialidad y horas laborales (12).

Un análisis de las bases de datos de gestión en el Reino Unido en 2009 mostró que los médicos varones ganan alrededor del 10 % más que sus contrapartes femeninas (13). En una actualización de estos informes para 2020, el Department of Health and Social Care informó que la brecha salarial anual entre los médicos de cabecera es del 33,5 %, aunque se reduce al 15,3 % cuando se estandariza a tiempo completo. La brecha salarial de género es menor entre los médicos de cabecera contratistas en comparación con los asalariados, donde la brecha es mayor (14).

Los principales factores identificados para esta brecha salarial son las diferencias en las horas de trabajo y el tipo de contrato. En las mujeres predominan los contratos asalariados, que tienden a tener una menor remuneración, lo que contribuye a aumentar la brecha salarial. La brecha atribuible a hombres y mujeres se reduce si se ajusta por edad, ya que los hombres, en promedio, son mayores y ocupan puestos más altos. Sin embargo, sigue siendo inexplicable parte de la diferencia salarial observada entre ambos géneros (14).

La brecha salarial media equivalente a tiempo completo es del 18,9 % para los médicos de los hospitales, del 15,3 % para los médicos de cabecera y del 11,5 % para académicos clínicos. Aunque las mujeres que se benefician de trabajar menos de tiempo completo para dedicar tiempo al cuidado de otros, el impacto en sus salarios es desproporcionado, incluso después de ajustar por horas trabajadas y períodos de baja (14). Otra explicación para estas diferencias es la elección de especialidades por los hombres, que tienden a ser más remuneradas que las que eligen las mujeres (11).

Está bien documentado que los médicos varones tienden a trabajar más horas por semana que las médicas, y tienen menores tasas de trabajo

a tiempo parcial (11,15). Esta diferencia puede estar influenciada por los roles de género en la sociedad, especialmente en el contexto de la paternidad y las tareas domésticas. Los estudios han mostrado que las mujeres especialistas, casadas y/o con hijos, reducen sus horas de trabajo (16).

En el campo de la medicina familiar, se ha visto una expansión de la fuerza laboral femenina, con patrones de práctica distintos a los de los hombres. Una encuesta de Medscape en 2019 encontró que los médicos de familia varones reportaron 39 horas de atención a pacientes por semana, mientras que las médicas reportaron 35 horas (17). Además, encontraron que las diferencias en horas trabajadas eran más pronunciadas entre las edades de 35 a 49 años y de 60 a 69 años, lo que sugiere que podrían estar relacionadas con ciclos de vida individuales y familiares (18).

Los resultados del presente estudio muestran que los hombres tienden a trabajar más de 48 horas semanales en mayor proporción, mientras que las mujeres lo hacen entre 40 y 48 horas. Se requieren análisis más profundos para precisar las razones de estas diferencias, pero la literatura internacional sugiere que factores como el número de trabajos, horas trabajadas, edad y preferencias de las médicas para dedicar tiempo al cuidado de otros pueden contribuir en parte a estas disparidades.

Otro tema importante analizado fue la compensación total del médico de familia según el número de trabajos. En Estados Unidos, según el Informe de Compensación de Médicos de Medicina Familiar de Medscape (2020), la compensación de los médicos de familia está entre las más bajas de todas las especialidades, en un rango de ingresos similar a especialidades como Medicina Interna, Pediatría, Endocrinología, Infectología, Reumatología y Salud Pública (19). Los ingresos promedio aumentaron ligeramente de 231 000 a 234 000 dólares al año a principios de 2020. Estos datos incluyen sueldos, bonificaciones y participación en las ganancias para médicos empleados, y ganancias después de gastos comerciales para los médicos que trabajan por cuenta propia, antes de

impuestos (19). Con el paso de los años, los especialistas en Medicina Familiar han estado consistentemente entre las especialidades con menos ingresos (17,19).

Con respecto a Colombia, este trabajo muestra que los especialistas en medicina familiar que declararon ingresos superiores a 10 millones de pesos suelen tener tres o más trabajos; aquellos con ingresos entre 8 y 10 millones de pesos tienen dos trabajos, y quienes reportaron entre 5 y 8 millones de pesos suelen tener un solo trabajo. Sin embargo, surge la pregunta sobre el efecto que tendrá el COVID-19 en los médicos desde el punto de vista económico. En Estados Unidos, desde el inicio de la pandemia, los ingresos de las prácticas médicas han disminuido un 55 % y el volumen de pacientes ha caído un 60 %, lo que ha provocado despidos, licencias y recortes salariales. El 9 % de las prácticas independientes han cerrado temporalmente, lo que podría afectar los ingresos a largo plazo (19).

En Estados Unidos, en 2020 se reportó un 74 % de contratación por aseguramiento, un 26 % en grupo organizados de profesionales, un 39 % por pago por servicios y un 5 % en pagos en efectivo (19). En Canadá, se han analizado las diferencias entre modelos de contratación, como per cápita, pago por servicios y contrato laboral. Concluyen que el modelo per cápita incentiva mejor las funciones de la APS, promoviendo la continuidad y un mayor número de pacientes, aunque puede dificultar el control de los contratantes y dar incentivos para subproveer servicios. En la Provincia de Ontario, se ha implementado un modelo mixto con un 70 % de los pagos por capitación y un 30 % por pago de servicios, lo que consideran como un modelo interesante, aunque con margen para desarrollo. No se profundiza en la contratación por salarios, que predomina en Colombia. Una diferencia clave es que el principal rol de los médicos en estos países es como médicos de cabecera, donde se les consideran más eficientes (8).

Este rol de médico de cabecera no es el predominante en nuestro medio para los especialistas en Medicina Familiar, y en Colombia se observa en entidades como Ecopetrol y algunos planes prepagados o complementarios. Ecopetrol tiene una experiencia de pago por capitación. La puerta de entrada al sistema seguirá siendo por muchos años a través de médicos generales, por lo que el rol de apoyo a médicos generales por parte de los especialistas en Medicina Familiar tiene una buena proyección. Para que este especialista sea la puerta de entrada del sistema, como ocurre en países desarrollados, aún falta mucho tiempo, especialmente si no se valora que las competencias desarrolladas por estos especialistas marcan una diferencia que justifique el costo de su contratación.

No se pudieron describir de manera clara diferencias regionales. Puede que en las regiones central y pacífica haya una mayor tendencia a ingresos superiores a 10 millones de pesos, mientras que en otras regiones predominan los ingresos entre 8 y 10 millones de pesos. Sin embargo, no encontramos datos en la literatura que establezcan comparaciones o explicaciones para estas tendencias. Lo que sí es claro es el predominio de mejores ingresos entre quienes laboran en el sector privado, lo que refleja la falta de incentivos como política nacional para promover esta especialidad. Existe una percepción inadecuada de que, simplemente aumentando la oferta de estos especialistas, se mejorará su distribución sin que haya medidas claras como el desarrollo de equipos de atención primaria, incentivos específicos o un entendimiento de que la ley de oferta y demanda por sí sola no logrará una distribución adecuada. Mientras continúe existiendo un sistema de salud segmentado que no permita la articulación entre los planes de salud pública, a cargo de los entes territoriales, y la salud individual, a cargo de las EAPB, será imposible desarrollar un sistema basado en la APS en el que se valore el trabajo del especialista en Medicina Familiar.

Reflexiones finales

Existen estrategias claras para implementar y fortalecer la Atención Primaria, y una de ellas es contar con el recurso humano idóneo para su desarrollo dentro de los diferentes sistemas de salud. Para lograrlo, es necesario posicionar a este recurso humano capacitado a través de políticas comprometidas, roles definidos, contextualizados y apropiadamente remunerados. Esto implica fortalecer la presencia de especialidades como la medicina familiar junto con la organización del sistema, para desarrollar la Atención Primaria acorde a las necesidades de salud de la población colombiana, acompañado del desarrollo de la infraestructura necesaria.

Por otro lado, dentro de los aspectos percibidos por los especialistas en esta área, y sobre los cuales se debe trabajar para reducir las barreras en el ejercicio de la medicina familiar dentro del sistema, es fundamental destacar la importancia del rol de estos especialistas en APS. Esto no solo implica un reconocimiento frente al personal administrativo, sino también hacia la comunidad y dentro de las políticas de salud. Se hace un llamado a la conformación de grupos de trabajo, liderados por la Sociedad Colombiana de Medicina Familiar, para formular soluciones de fondo que impulsen el desarrollo de la especialidad en el país. Asimismo, se invita a la participación activa en ejercicios como las encuestas de 2017 y 2019, que contribuyen a evaluar el panorama de la Medicina Familiar en Colombia, con el fin de establecer estrategias de trabajo ajustadas a la realidad.

En línea con lo expuesto anteriormente, en Colombia, al igual que en la mayoría de los países de Latinoamérica, el especialista en Medicina

Familiar tiene un rol diferente al que ocupa en Europa, Norteamérica y algunos países de Asia, donde son la puerta de entrada del sistema. En Latinoamérica, este rol lo desempeña el médico general, siendo el recurso humano médico mejor distribuido en el país. Un rol interesante que se podría promover entre los especialistas en Medicina Familiar es el de trabajar conjuntamente con los médicos generales, apoyando la resolutiveidad y la capacitación continua de los equipos de APS, avanzando hacia el empoderamiento de los equipos de salud.

Referencias

1. Casado Vicente V. Historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. *Anales de Medicina Familiar* [Internet]. 2018;14(2):79-86. Available from: <https://amf-semfyc.com/es/web/articulo/la-historia-de-la-medicina-familiar-en-los-ultimos-50-anos-perspectiva-mundial-y-europea>.
2. Rodríguez M. Aportes de la medicina familiar a la APS en Iberoamérica: revisión hermenéutica 1971-2016. [Internet]. 1st ed. Miller G, editor. Bogotá: Editorial Universidad El Bosque; 2019 [cited 2023 Jun 21]. pp.1-705. Available from: <http://hdl.handle.net/20.500.12495/3275>
3. Hernández-Rincón EH, Muñoz-Abril YC, Avella-Pérez LP. Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [Internet]. 2019;35(3). Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252019000300013
4. Aldana C, Pinilla DE, Rodríguez MA, Hamann O. Rol, situación laboral y prospectiva de especialistas en Medicina Familiar en Colombia, 2017. *Revista Salud Bosque* [Internet]. 2018 Aug 30 [cited 2021 Mar 10];8(1):20. Available from: <https://revistas.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/2372>. DOI: 10.18270/rsb.v8i1.2372
5. Amaya-Lara Jeannette, Beltran A, Chavarro D, Romero-Silva G, Matalana-Gómez MA, Puerto García S, et al. Estudio de disponibilidad y

- distribución de la oferta de médicos especialistas, en servicios de alta y mediana complejidad en Colombia. Bogotá; 2013 Sep.
6. Bonet J, Gúzman-Finol K, Hahn de Castro L. La salud en Colombia- Una perspectiva regional. Colección de Economía Regional Banco de la República. Bogotá: Banco de la República; 2017. pp. 1-446.
 7. Ocampo-Tellez PR, Restrepo DA, Cuellar DA. Estimacion cantidad especialistas medicas septiembre 2018. BOGOTÁ; 2018.
 8. Blomqvist Å, Busby C. How to Pay Family Doctors: Why “Pay per Patient” is Better Than Fee for Service [Internet]. 2012. Available from: www.cdhowe.org.
 9. Rodríguez-Escobar M, Bonivento-Mugno V, Villadiego M. El Programa de formación en Medicina Familiar de la Universidad El Bosque, su iniciación, su desarrollo y su impacto. Primera edición. Bogotá: Universidad El Bosque Facultad de medicina; 2012. pp. 1-174.
 10. Escobar-Gaviria R. Estadísticas Básicas de la Educación Médica en Colombia 2016 [Internet]. Bogotá; 2017 Dec [cited 2023 Jul 25]. Available from: <https://snies.mineducacion.gov.co>
 11. Seabury SA, Chandra A, Jena AB. Trends in the earnings of male and female health care professionals in the United States, 1987 to 2010 [Internet]. Vol. 173, JAMA Internal Medicine. 2013. pp. 1748-50. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1754348>. DOI: 10.1001/jamainternmed.2013.8519
 12. Ly DP, Seabury SA, Jena AB. Differences in incomes of physicians in the United States by race and sex: Observational study. BMJ (Online) [Internet]. 2016;353. Available from: [https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2923#:~:text=Mean%20annual%20income%20was%20highest,0.001%20compared%20with%20white%20males\)](https://www.bmj.com/content/353/bmj.i2923#:~:text=Mean%20annual%20income%20was%20highest,0.001%20compared%20with%20white%20males).). DOI:10.1136/bmj.i2923

13. Connolly S, Holdcroft A. The Pay Gap for Women in Medicine and Academic Medicine An analysis of the WAM* database [Internet]. 2009. Available from: <https://www.bma.org.uk/media/1770/bma-pay-gap-women-in-medicine-2009.pdf>
14. British Medical Association. BMA commentary on Mend the Gap: The Independent Review into Gender Pay Gaps in Medicine in England. 2020.
15. Staiger DO, Auerbach DI, Buerhaus PI. Trends in the Work Hours of Physicians in the United States. *JAMA* [Internet]. 2010;303(8):747-53. Available from: https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/185433#google_vignette. DOI: 10.1001/jama.2010.168
16. Jacobson CC, Nguyen JC, Kimball AB. Gender and Parenting Significantly Affect Work Hours of Recent Dermatology Program Graduates. *Arch Dermatol* [Internet]. 2004;140:191-6. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jamadermatology/fullarticle/480295>. DOI: 10.1001/archderm.140.2.191
17. Leslie Kane M. Medscape. 2019. pp. 1-30 Medscape Physician Compensation Report 2019. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2019-compensation-overview-6011286#1>
18. Wilkinson E, Coffman M, Petterson S, Jabbarpour Y. Gender differences in reported weekly work hours among family physicians. *Journal of the American Board of Family Medicine* [Internet]. 2020 Oct 1;33(5):653-4. Available from: <https://www.jabfm.org/content/33/5/653#:~:text=A%202019%20Medscape%20survey%20found,per%20week%20spent%20seeing%20patients>. DOI: 10.3122/jabfm.2020.05.190462
19. Leslie Kane M. Medscape. 2020. pp. 1-33 Medscape Physician Compensation Report 2020.

Colección Ciencias Médicas y de la Salud

n.º **2**

**Rol del médico familiar
en Colombia:**
nuevos retos en la formación
de médicos familiares

Fue editado y publicado por la Editorial Universidad El Bosque
Junio de 2024
Bogotá, Colombia

Para esta edición, se usaron las familias tipográficas:
Ancizar Serif de 10 a 50 puntos.
El formato de este ejemplar es de 14,5 x 21 cm.



UNIVERSIDAD
EL BOSQUE

Editorial