

# Propuesta para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar \*

## Luis Fernando Cruz-Gómez

PhD Epidemiología y Servicios, Atlantic International University, Líder Grupo de investigación GRIEPIS. Rector, Universidad Libre, Seccional Cali - Colombia.  
luis.cruz@unilibrecali.edu.co  <https://orcid.org/0000-0002-8301-1463>

## Luz Adriana Libreros-Arana

MSc(c) Gerencia de Servicios de Salud, Universidad Libre Cali. Grupo de investigación GRIEPIS. Asistente Rectoría Universidad Libre, Seccional Cali - Colombia.  
adriana.libreros@unilibrecali.edu.co

## Ángela María Cruz-Libreros

PhD, Epidemiología, Atlantic International University, Grupo de investigación GRIEPIS. Gerente General, Coomeva EPS.  
angelam\_cruz@coomeva.com.co

## Yezid Solarte

MSc Ciencias Biomédicas, Universidad del Valle. Grupo de investigación GRIEPIS. Investigador Universidad del Valle, Cali - Colombia.  
yesid.solarte@correounivalle.edu.co  <https://orcid.org/0000-0003-4173-0256>

## Héctor Eduardo Castro-Jaramillo

Postdoctoral Fellow, Public Health & Policy of Harvard T.H. Chan School of Public Health. Doctor en Public Health & Policy of London School of Hygiene and Tropical Medicine, U. of London. Ministerio de Salud y Protección Social. Director de Medicamentos y Tecnologías en Salud. Colombia  
dohecj@gmail.com.

## Marisol Badiel-Ocampo

(a)PhD Interinstitucional en Educación, Universidad Libre – Cali. Grupo de investigación GRIEPIS, Decana Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Libre, Seccional Cali - Colombia.  
marisol.badiel@unilibrecali.edu.co  <https://orcid.org/0000-0003-2644-9319>

## Diego Fernando Botero-Henao

MSc Epidemiología, Universidad Libre. Grupo de Investigación GRIEPIS. Investigador Universidad Libre, Seccional Cali - Colombia.

## Andrés Felipe Fuentes-Vásquez

Grupo de Investigación GRIEPIS. Investigador Universidad Libre, Seccional Cali - Colombia.

## John Housseman Bolaños-Ramos

MSc Epidemiología, Universidad Libre. Jefe Nacional de Planeación de la Red Coomeva, Cali - Colombia.

## RESUMEN

La existencia de un Plan Decenal de Salud Pública para Colombia y la definición de una Política de Atención Integral en Salud concretaron un nuevo Modelo de Atención basado en la Atención Primaria de la Salud. Esto ubicó a la Salud Familiar y Comunitaria como núcleo fundamental y definió un rol al Médico y al Profesional Familiar y Comunitario, que dimensiona los procesos transdisciplinarios y la articulación de acciones individuales y colectivas, con esquemas pedagógicos holísticos transformadores. Este planteamiento generó un análisis y reflexión de la opinión de una muestra del 14,6% de los clasificados como Salubristas por el Observatorio Laboral del Ministerio de Educación quienes, con la respuesta a 13 preguntas enviadas por vía electrónica, libremente plantearon su percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar y Comunitaria. Con esta medición se definieron los contenidos básicos que se presentan en este documento con un nuevo enfoque transversal en el Pregrado y los Posgrados, de acuerdo con una propuesta pedagógica transformadora y con visión práctica, encontrándose aquí como destacable, la importante relación entre la educación y la salud integral; el concepto que en el 80% de las observaciones se expresó al denominar el poco compromiso de la comunidad y los profesionales de la salud con una "Cultura de la Salud Integralmente Concebida".

Recibido: 03/08/2016 Aceptado: 29/11/2016

\* <http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2017v13n2.26220> Este es un artículo Open Access bajo la licencia BY-NC-SA (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>)

**Cómo citar este artículo:** CRUZ-GÓMEZ, Luis Fernando, et al. Propuesta para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar. *En:* Entramado, Julio - Diciembre, 2017, vol. 13, no. 2, p. 230-247  
<http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2017v13n2.26220>

## PALABRAS CLAVE

Medicina familiar; salud familiar; médico familiar; talento humano, Pedagogía Holística Transformadora, currículo, atención primaria en salud

## Proposal for training in Family and Community Medicine, from the perception, conceptualization and practical experience of Family Health approaches

## A B S T R A C T

The existence of a Decennial Public Health Plan for Colombia and the definition of a Comprehensive Health Care Policy concretized a new Model of Care based on Primary Health Care. This placed Family and Community Health as a fundamental nucleus and defined a role for the Family and Community Physician and Practitioner, who dimension the transdisciplinary processes and the articulation of individual and collective actions, with transformational holistic pedagogical schemes. This approach generated an analysis and reflection of the opinion of a sample of 14.6% of those classified as Salubristas by the Labor Observatory of the Ministry of Education who, with the answer to 13 questions sent electronically, freely raised their perception, conceptualization and practical experience of Family and Community Health approaches. With this measurement the basic contents that are presented in this document with a new transversal approach in the Undergraduate and Postgraduates were defined, according to a pedagogical proposal transforming and with practical vision, being here like remarkable, the important relation between the education and integral health; the concept that in 80% of the observations was expressed when denominating the little commitment of the community and the professionals of the health with an "Culture of the Health Integrally Conceived".

## KEYWORDS

Family medicine, family health, family doctor, human talent, Holistic Pedagogy Transformer, curriculum, primary health care.

## Proposta de formação em Medicina Familiar e Comunitária, a partir da percepção, conceituação e experiência prática de abordagens de Saúde Familiar

## R E S U M O

A existência de um Plano de Saúde Pública de dez anos para a Colômbia ea definição de uma Política Integral de Saúde resultou em um novo Modelo de Cuidados Baseado em Atenção Primária à Saúde. Isso colocou a Família e a Saúde Comunitária como um núcleo fundamental e definiu um papel para o Médico e o Profissional Familiar e Comunitário, que dimensiona os processos transdisciplinares e a articulação de ações individuais e coletivas, com esquemas pedagógicos transformadores holísticos. Esta abordagem gerou uma análise e reflexão da opinião de uma amostra de 14,6% das classificadas como Salubristas pelo Observatório do Trabalho do Ministério da Educação que, com a resposta a 13 questões enviadas eletronicamente, aumentou livremente sua percepção, conceituação e experiência prática de abordagens de saúde familiar e comunitária. Com esta medida, os conteúdos básicos apresentados neste documento foram definidos com um novo foco transversal em Estudos de Graduação e Pós-Graduação, de acordo com uma proposta pedagógica transformadora e com uma visão prática, sendo aqui a relação notável entre educação e saúde abrangente; o conceito de que em 80% das observações foi expressado chamando o pequeno compromisso da comunidade e os profissionais de saúde com uma "Cultura de Saúde Integralmente Concebida".

## PALAVRAS-CHAVE

Medicina familiar; Saúde da Família, Médico de família, talento humano, Transformador de Pedagogia Holística, currículo, cuidados de saúde primários..

### Introducción

La Medicina Familiar es una especialidad médica que no tiene génesis en el progreso de las ciencias médicas y tecnológicas. Resulta ser la consecuencia de una presión social que busca atender necesidades sociales urgentes, tanto a nivel comunitario, como para el Estado (Iturbe, 1987). La Medicina Familiar está basada en la Atención Primaria de la Salud (APS) como su campo de actividad principal y tiene un enfoque bio-sicosocial para abordar la salud comunitaria e individual (Suárez *et al.*, 2001). Por este

motivo se constituye en una especialidad transversal que la diferencia de las especialidades hospitalarias (Martín & Cano, 1999).

Para Colombia, la APS es una prioridad. Además es una estrategia de reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud. La ley 1438 de 2011 determinó que la APS es una estrategia para una atención integral e integrada en el sistema de salud colombiano. Otras leyes, 1751 y 1753 de 2015, orientan la construcción de un nuevo Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS) con los enfoques de atención

primaria en salud, salud familiar y comunitaria, gestión integral del riesgo y enfoque poblacional y diferencial (Ministerio de Salud, 2015).

La denominación de Medicina y Salud Familiar y Comunitaria tiene una perfecta conexión ideológica, estratégica y práctica con la APS y descansa en el Proyecto Educativo de cultura ciudadana y de la salud. La APS nace hace 38 años, con el compromiso de 134 países y 67 organizaciones internacionales, que resultó del liderazgo de la Organización Mundial de la Salud - OMS, Organización Panamericana de la Salud - OPS, UNICEF y la antigua Unión Soviética y dando como resultado la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978), que define la APS, como la mejor manera de dar salud a los pueblos. Su lema fue “Salud para Todos”, en el año 2000, y permanece vigente con la denominada: “Renovación de la APS” (OPS, 2007). En este sentido, se definieron cuatro estrategias que buscaban reformar los sistemas de salud para lograr equidad sanitaria, justicia social y terminar con la exclusión y seguir los lineamientos para realizar las reformas en los servicios de salud y adecuarlos a la atención primaria (OMS, 2008).

Estas estrategias son: 1. Reformas que garanticen que los sistemas de salud contribuyen a lograr “la equidad sanitaria, la justicia social y el fin de la exclusión, dando prioridad sobre todo a acceso universal y la protección social en salud: reformas en pro de la cobertura Universal”. 2. Reformas que organicen los servicios de salud en forma de atención primaria, esto es, en torno a las necesidades y expectativas de las personas: Reformas a los servicios. 3. Reformas que sustituyan la exagerada dependencia de los sistemas de mando y control por un lado, y la inhibición y laissez-faire del Estado, por otro, por un liderazgo emprendedor participativo y dialogante, capaz de afrontar la complejidad de los actuales sistemas de salud: Reformas del liderazgo y, 4. Reformas que mejoren la salud de las comunidades, mediante la integración de las intervenciones de salud pública y la atención primaria y el establecimiento de políticas públicas saludables en todos los sectores: Reformas de políticas públicas.

Las reformas propuestas a los sistemas de salud buscaban dar mayor agilidad, mayor liderazgo participativo y de cohesión ante un sistema de salud complejo para mejorar la calidad de los servicios y la salud de los pacientes haciéndola más accesible, longitudinal, centrada en la persona, integral y coordinada (Violán, Grandes, Zabaleta-del-Olmo, & Gavilán, 2012). Pese a estos alcances, la realidad de la implementación de la APS en nuestros países ha sido controvertida y se aplica de forma selectiva a algunas intervenciones en salud pública y muy pocos países la implementan de forma integral, por lo que ha favorecido las brechas en la atención en salud (OPS, 2007). Además, el modelo imperante en nuestro medio es el biomédico.

A pesar de estas tendencias de cambiar el modelo biomédico, en Colombia se sigue favoreciendo una formación de tipo compartimentalizada a los médicos familiares. Este enfoque de la medicina familiar hace de la especialización de la medicina familiar y comunitaria una especialidad “generalista” que apoya y da orientación antropológica y social en enseñanza en las especialidades médicas. Aunque la mayoría de las carreras de medicina tienen entre sus objetivos la medicina social y comunitaria, no tienen dentro de sus especialidades la medicina familiar que sería su nicho connatural. Esto influye entre los estudiantes que prefieren las especialidades hospitalarias que generan una segmentación no beneficiosa.

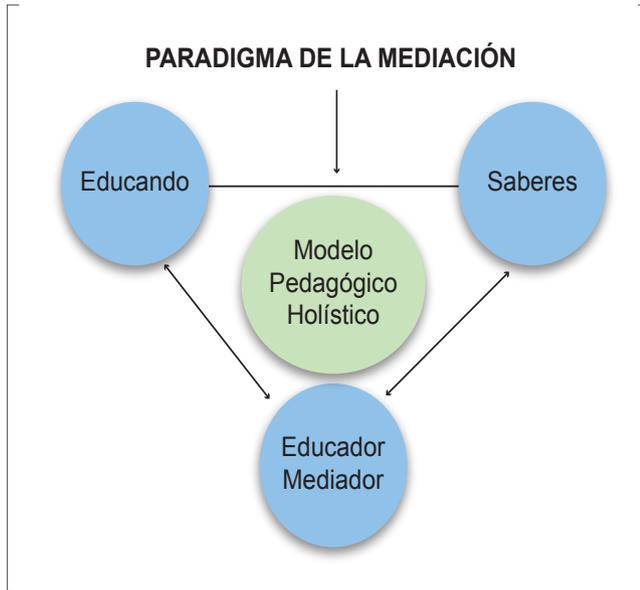
Los tradicionales modelos de formación de las Escuelas Médicas (modelo biomédico), se enfrentan en la actualidad a la urgente necesidad de cambio. Una propuesta para el cambio de modelo es el modelo biopsicosocial. Este enfoque está relacionado con la APS. Requiere de un enfoque de Pedagogía Holística Transformadora que garantice la formación de médicos familiares integrales. Por lo que el objetivo de este artículo de reflexión es proponer un nuevo enfoque para la formación del médico y profesional en salud familiar y comunitaria, en su relación con la visión estratégica de la Atención Primaria y un resurgimiento de la Medicina Familiar, que se ocupe de una propuesta pedagógica holística transformadora. En este documento se resalta la importancia del desarrollo integral del talento humano en salud. De acuerdo con las nuevas reglamentaciones nacionales sobre la atención en salud, es primordial que las carreras de Medicina y Salud incluyan dentro de su currículo la APS como un eje de enseñanza y la Medicina Familiar y Comunitaria como una concepción consustancial a su naturaleza.

### **Modelo Pedagógico Holístico Transformador**

La Pedagogía debe estar centrada en la relación profesor-alumno. Es la Pedagogía Moderna Transformadora (Ifrancesco, 2015), en donde se favorece la visión integral del ser y la realidad observada del entorno. Esto contrasta la visión de formar un médico o un profesional para que cumpla con los contenidos enseñados y, mezclados a manera de “pegamentos académicos”, tal como se ha observado en los contenidos de las escuelas de formación de Medicina Familiar en Colombia. Para superar este antiguo enfoque centrado en el profesor y el alumno, con unos contenidos programáticos y unos énfasis de enseñanza, calificación y promoción académica totalmente superados en el mundo de formación del talento humano, se propone este modelo; éste permite que el estudiante construya su propio conocimiento, transforme la realidad socio-cultural y

resuelva los problemas de su entorno (Iafrancesco, 2011). Teniendo en cuenta esta premisa, el estudiante deja de ser pasivo y se convierte en protagonista de su aprendizaje, pasando el docente a ser un guía (Figura 1).

como los Médicos Familiares, se preocupen por el plan de vida profesional, personal y de los objetivos integrales de los individuos y las comunidades, agregándole a ello un fundamental soporte administrativo, de resultados e impactos ausentes en la actualidad en las dinámicas formativas.



Esto conlleva un nuevo enfoque de la Medicina Familiar y a una necesaria restructuración pedagógica donde se tenga en cuenta la integralidad del aprendiz y su entorno socio-cultural y ecológico para que pueda proporcionar la atención sanitaria continua e integral al individuo y a la familia, que oriente a los individuos, a las familias y a los profesionales de la Salud Familiar y Comunitaria, a planes de vida relevantes hacia la construcción de una Cultura de la Salud.

En Esta concepción, debe pasarse del modelo de un alumno que escucha al profesor, que trata de entender al maestro y que aprende lo que el docente decide enseñar, a un esquema de construcción del aprendizaje significativo en donde el educando recibe del educador, modelos de transformación holística; en una relación entre educandos, el educador como mediador y unos saberes, que permiten la identificación de una serie de etapas que culminan en la concreción de un plan de vida del profesional en formación en Salud Familiar y Comunitaria, y del propio plan de vida de las comunidades comprometidas en este enfoque de cultura de la salud. Son once etapas que, a manera de un enfoque holístico y de complejidad, se inician desde el conocimiento y definición de la Salud y Educación, hasta la concreción de los planes mencionados (Figura 2).

Figura 1. Propuesta pedagógica Alternativa Holística Transformadora. Fuente: Tomado de Iafrancesco (2011) (con permiso del autor).

El modelo holístico, que debería ser el eje central de la enseñanza en medicina y salud familiar y comunitaria, está basado en el concepto que la salud-enfermedad está determinado por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales (Kornblit y Mendes 2000). Esta relación permitirá formar líderes transformadores que,

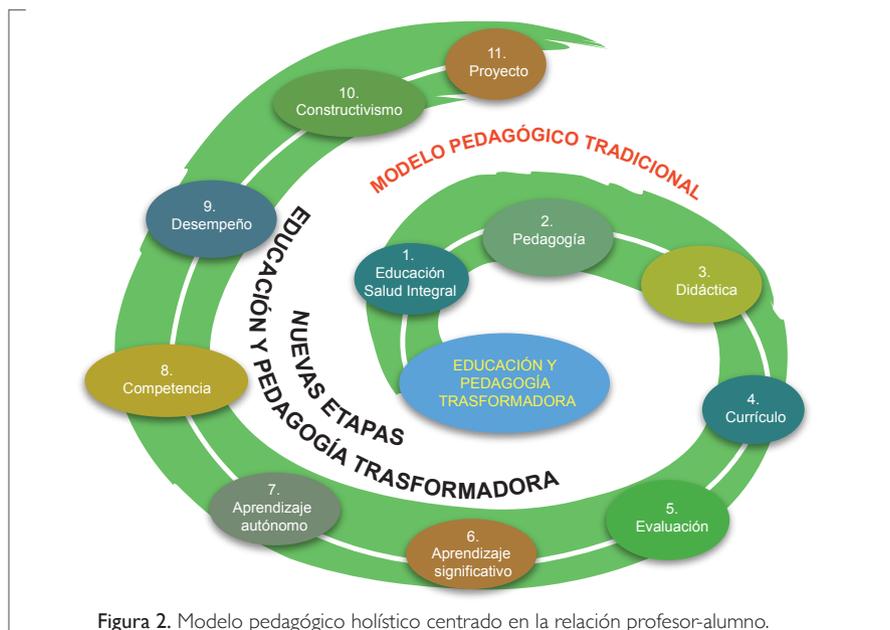


Figura 2. Modelo pedagógico holístico centrado en la relación profesor-alumno. Fuente: La investigación

Formación del estudiante con un desarrollo integral de la persona en las esferas cognitiva y afectiva. La educación del alumno va más allá de las paredes del aula e implica un enfoque educativo centrado en el estudiante y en el desarrollo de la persona, con un proceso dinamizador y guía.

En este planteamiento, el educando se enfrenta a nuevos saberes, teniendo en el educador un mediador, y desarrollando modelos y prácticas pedagógicas que orientan a la construcción de una cultura del desarrollo humano, la salud y el bienestar. Es este uno de los elementos esenciales encontrados en los resultados de las encuestas trabajadas y, en las más de 25 reuniones de grupos focales que se surtieron como insumo fundamental en lo que llamaríamos refrescamiento y nueva misión de la Medicina Familiar en particular, y de la formación en Salud desde la óptica general. lafrancesco (2013, 2015) ha planteado de manera complementaria a estas reflexiones, la aplicación de un Modelo Pedagógico Holístico Integral, que se puede visualizar en la Figura 3.

La dinámica de formación de esta propuesta, destaca: una educación por procesos, un enfoque de desarrollo humano, la construcción del conocimiento, la innovación educativa y pedagógica, los fundamentos sociológicos y la transformación socio-cultural. Éste modelo ubica entonces

al educando, a un educador como mediador y a unos saberes que garanticen, a nivel de los profesionales y las comunidades, competencias del Ser, del Saber, del Sentir, del Pensar, del Vivir y Convivir, del Aprender y del Aprender a Desaprender, para con ello Saber Hacer y Emprender el camino en la cultura de la salud.

Los planteamientos y las sucesivas aproximaciones (Popper) logradas en este esfuerzo académico, práctico, reflexivo y ajustable según los resultados y progresos, generó en los autores de este documento las premisas, argumentos y propuestas de permanente construcción y de notable actualidad en un país que como Colombia, y desde una Universidad como la Libre, tiene en los objetivos de abrir oportunidades y disminuir la inequidad social, la necesidad de aperturar una discusión, unos planteamientos y una transformación inaplazable.

### Origen de la medicina familiar

La Medicina Familiar tiene sus orígenes en la Medicina General, la cual desde el siglo XIX y hasta las primeras décadas del siglo XX, cumplió un rol en la asistencia sanitaria en las comunidades, especialmente en la dimensión local y de vecindario. En un principio se conoció como Medicina de Familia. En el periodo de la revolución francesa y la

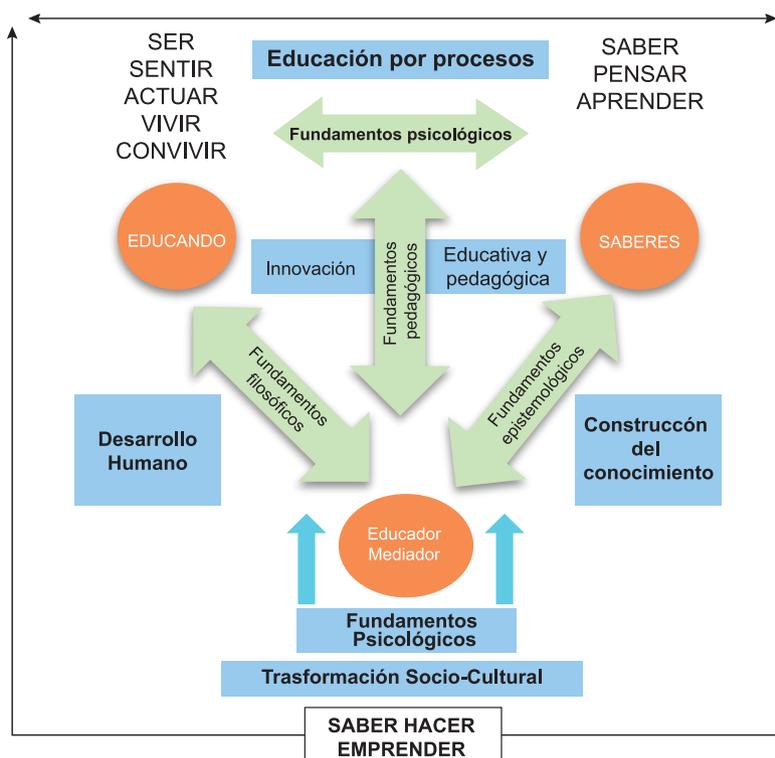


Figura 3. Propuesta de modelo pedagógico holístico propio de la educación transformadora.

Fuente: lafrancesco (2013, 2015). Publicado con permiso del autor.

revolución industrial, a finales del siglo XIX, el médico de cabecera era un profesional de alta calificación en medicina, que llegó a ocuparse de los problemas de la salud de las familias y tenía un lugar especial en la sociedad que le permitió enfrentar problemas educativos, matrimoniales y de la propia dinámica de la familia y su entorno.

Como consecuencia del debilitamiento de este enfoque médico, emerge el modelo de especialidades en los Estados Unidos desde los años 40, el cual se extendió a América Latina, el Caribe y Europa en los años 70 y es el que prevalece hoy. Un modelo de servicios de salud, concebido en el plan Beveridge y en el modelo Flexeriano, que en la práctica centró su énfasis en los servicios médicos y no en los servicios de salud, y en donde el rol del médico general se deterioró y se comprometió la calidad de la relación con los individuos y su entorno de familia, debido al modelo de fragmentación, especialización y hospitalización, como fue planteado por Echeverry (Echeverry, 2012). Esto trajo como consecuencia que el enfoque de la medicina estuviera sobre las especialidades, donde primaron más las habilidades técnicas sobre los cuidados al individuo y la casi desaparición de los médicos familiares.

En el año 1910, se determinó una gran problemática en la educación médica en EE.UU, esta era de mala calidad, con bajos estándares y con un entrenamiento inadecuado para los estudiantes; todo ello debido a la proliferación de escuelas de medicina de baja calidad, dado por razones económicas y políticas. Esto causó la superproducción de médicos mal capacitados y concentrados espacialmente (Flexner, 1910).

Esto contribuyó a la reestructuración de las escuelas de medicina, siguiendo las recomendaciones de Flexner (Duffy, 2011). Se debía introducir el conocimiento de las ciencias biomédicas, fundamentalmente en las ciencias básicas con cursos semejantes a los ofrecidos por la educación alemana (anatomía, fisiología, bioquímica, farmacología, histoembriología, bacteriología y patología). Además, restringió la educación médica solo a las escuelas de alta calidad con un enfoque nuevo basado en privilegiar la educación en laboratorios, en la experiencia clínica, concentrados en los aspectos de atención médica individual y con una organización de asistencia médica en cada especialidad. Todo esto debía contar con un hospital de enseñanza, que contase con un cuerpo clínico propio y permanente, con limitada asistencia ambulatoria, apenas para casos que precisaran de internación, y que cada hospital contara con un número determinado de camas para cada alumno (Flexner, 1910). Estas consideraciones y la fuerza con la que son incorporadas en la sociedad, hacen que la Medicina Familiar pierda su espacio, y la enseñanza médica se orientó a las especialidades.

El modelo derivado del enfoque de Abraham Flexner presenta como una consecuencia de esta orientación la tendencia a la despersonalización de la relación Médico-Paciente, que trae concomitantemente un déficit de la visión integral y cohesionada del proceso salud-enfermedad y de la dimensión del individuo, el enfermo y su familia. Es claro que el ser humano comienza a ser entendido como una división según sistemas y aparatos orgánicos y se desplaza totalmente la dimensión biopsicosocial que debe tenerse frente a las personas en concreto.

El acontecimiento que marcó el hito decisivo sobre este cambio ocurrió en 1942, cuando William Beveridge presentó al Parlamento Inglés el Plan de Seguridad Social y Servicios Aliados (Llanos, 2013), el cual incluyó el Servicio de Salud Inglés en el punto XI descrito así: “El tratamiento médico que cubra todos los requerimientos será suministrado a todos los ciudadanos por un Servicio Nacional de Salud organizado en departamentos de salud...”. Sólo en 1946, el Parlamento Inglés aprobó el primer Servicio Nacional de Salud y comenzó su organización y operación en 1948, basado en tres principios centrales referidos al individuo y no a la población general: “1) satisfacer las necesidades de cada persona; 2) basado en la necesidad clínica, no en la capacidad de pago y 3) ser gratuito en el punto de entrada”.

Para ello dispuso una estructura tripartita, basada en hospitales; médicos familiares, dentistas, optómetras y farmaceutas; y clínicas comunitarias para suministrar inmunizaciones, cuidado materno y servicios médicos a escolares. Es decir, el sistema se limitó a apoyar la práctica de la medicina individual, a curar, controlar, paliar y en algunos casos a evitar la enfermedad. Para Beveridge, un argumento fundamental - en tiempos de guerra- fue disipar en el ciudadano el miedo a enfermarse, al remover las barreras financieras que le impedían el acceso al cuidado médico y hospitalario. La misma Asociación Británica de Medicina había formulado su propio Plan Nacional de Seguro Médico en 1938, más como un mecanismo para proteger a los médicos de los pacientes sin capacidad de pagar, que para asegurar a estos contra los altos costos del cuidado médico.

Los planes de Servicios Médicos propuestos relegaron al olvido los Servicios de Salud. “Lo que llamamos Servicios de Salud no son más que Servicios Médicos dedicados a la enfermedad -ni siquiera a quienes las padecen – ignorando la protección y promoción de la salud y en gran parte la prevención de la enfermedad; ante todo se rompió la empatía y estrecha relación entre el médico, las personas, los pacientes, sus familias y sus entornos, incluyendo el propio vecindario.

El proceso de evolución de los Sistemas y Servicios de Salud, y el rol de los profesionales de los equipos de salud

(entre ellos el médico en su eje de liderazgo), ha llevado a que los pacientes dejen de serlo para convertirse en clientes, usuarios o simplemente consumidores sometidos a dos nuevos riesgos: latrogenia clínica, -cuando el paciente-usuario-consumidor sufre complicaciones, secuelas o muerte a causa de los servicios recibidos- e latrogenia social, -cuando la gente es sometida al poder médico mediante certificados médicos de salud, aptitud, incapacidad, convalecencia, etc.- y se vuelve dependiente de las visitas médicas periódicas y de prescripciones de medicamentos para “reducir riesgos” en personas sanas, o para adoptar ciertos estilos de vida. Todo esto apoyado por el poder económico de los llamados Servicios de Salud que presionan por la medicación de la vida cotidiana, creando un inmenso mercado de fármacos no siempre inofensivos, y generado también por el cambio radical del rol, liderazgo y relación profesional entre las personas, los equipos de salud y los médicos tanto generales como especialistas, actuando a nivel intramural y desconociendo la extra-muralidad y la presencia que en ella tienen los factores protectores y de riesgo, determinantes del proceso salud-enfermedad.

Además de lo anterior y dada la debilidad de los programas de formación continua de los Médicos Generales formados después de la década de los setenta, se generó un argumento adicional que hizo del Médico General, un profesional que no mantiene el nivel de calidad y velocidad de cambio en el conocimiento que se ha traído en el mundo de la ciencia y la investigación médica en las últimas cinco décadas.

### **Resurgimiento de la medicina familiar**

Desde los años 40 y, particularmente en Canadá se restablece la importancia de impulsar modelos de médicos de familia. En Estados Unidos, en 1966, esta área se llamó Medicina Familiar, una especialidad que no existía (Rivero, Jiménez, Morales, Salgado & Acosta, 2010). Es en 1969, con la Fundación del American Board of Family Practice, y la creación de cupos de residentes para recibir formación como Médicos de Familia, cuando se tiene el inicio formal de ésta especialidad; y en 1969 se aprobó esta Especialización en Estados Unidos, y además se instituyeron programas educativos de Postgrado. En el año 1970, se realiza la cuarta Conferencia Mundial de Médicos Generales en Chicago, y se organiza la WONCA (Organización Mundial de colegios, Academias y Asociaciones Generales – Médicos de Familia).

En la década de los años 60 y 70 se pone de manifiesto en varios países la disconformidad de la sociedad con una medicina con escasa valoración de la dimensión humana, ejercida por especialistas, muy tecnológica y ofrecida en hospitales y centros complejos con un coste y consumo de recursos que ponía en entredicho la sostenibilidad de los cuidados sanitarios (Alarcón, 2008).

La concientización de la generación del Médico Familiar en América Latina y el Caribe se da en los años setenta, una vez que la Conferencia de Alma-Ata contribuyó a impulsar la necesidad de un nuevo modelo de Atención Primaria, accesible, equitativa, integral, con énfasis en aspectos preventivos y de promoción de la salud, puesta al servicio de los ciudadanos y la comunidad. Esto produce un importante estímulo para iniciar la formación de Postgrado en Medicina Familiar, en países latinoamericanos como México, Costa Rica, Colombia, Brasil, Bolivia, Ecuador y Venezuela.

En 1991, la declaración de WONCA concreta el papel del Médico General – Familia- dentro de los modelos de prestación de sistemas de atención en salud, situación que se ve refrendada cuando, en 1994, se realiza en Canadá la Cumbre OMS WONCA y definen el papel del médico general. “El médico general o médico de familia es el médico inicialmente responsable de proporcionar una atención médica integral a todo individuo que solicite atención médica y de organizar que otro personal sanitario preste servicios cuando sea necesario”.

El médico general o médico de familia funciona como un médico de medicina general que acepta a todos aquellos que requieren atención médica, mientras que otros proveedores de salud limitan el acceso a sus servicios partiendo de la edad, el sexo o el diagnóstico. El médico general o médico de familia se ocupa del individuo en el contexto de la familia, y de la familia en el contexto de la comunidad, independientemente de la raza, la religión, la cultura o la clase social. Es clínicamente competente para prestar la mayor parte de la atención que requieren, después de tomar en cuenta sus antecedentes culturales, socioeconómicos y psicológicos. Además, asume la responsabilidad personal de proporcionar a sus pacientes una atención integral y permanente. El médico general o médico de familia ejerce su función profesional brindando atención médica, bien directamente o bien a través de los servicios de otros, de acuerdo con las necesidades sanitarias y los recursos disponibles en el seno de la comunidad en la que trabaja.

Posteriormente se refrendó con la declaración de Buenos Aires donde se establece el papel que deben desempeñar las escuelas o facultades de medicina en la inserción de la medicina familiar a los estudiantes y el papel que debe tener la APS.

En septiembre de 1996, con el auspicio del gobierno argentino, OPS, CIMF y WONCA, tuvo lugar en Buenos Aires una

conferencia regional de líderes y expertos de las Américas, sobre “La medicina familiar en la reforma de los servicios de salud”. Fue la continuación y tuvo similar orientación a la Conferencia de Ontario. Allí se aprobó la Declaración de Buenos Aires, cuyas recomendaciones más importantes siguen vigentes:

- Las escuelas y facultades de medicina deben implementar procesos de inserción de la medicina familiar dentro de los planes curriculares del pregrado, que permitan al alumno un contacto temprano, gradual y continuo con los principios universales y las modalidades de práctica de esta disciplina.
- Con base en sus características particulares, cada país debe desarrollar modelos integrales de atención a la salud, que permitan utilizar de manera óptima los principios y las ventajas de la práctica de la medicina familiar, convirtiéndola en la vía de entrada a los servicios de salud.

La Resolución de los Ministros de Salud de las Américas aprobada en septiembre del año 2005, constituye un reconocimiento franco del deficiente estado de la atención primaria de salud en esta región:

Solicitar a los Estados miembros que:

1. Hagan esfuerzos para que el desarrollo de la atención primaria cuente con los recursos necesarios que aseguren su contribución a la reducción de las desigualdades en salud.
2. Renueven su compromiso con el fortalecimiento a largo plazo de las capacidades, en lo que respecta a los recursos humanos requeridos para la atención primaria de salud.
3. Reconozcan el potencial de la atención primaria de salud para llevar a cabo una reorientación de los servicios con criterio de promoción de la salud.
4. Promuevan el mantenimiento y el fortalecimiento de los sistemas de información y vigilancia en la atención primaria de salud.
5. Respalden la participación activa de las comunidades locales en la atención primaria de salud.

A partir del 2005 y hasta el 2010, contando con el apoyo de encuestas y reuniones, se logró actualizar información en catorce países convocados de América Latina, para generar un ejercicio de ordenamiento y análisis que permitiesen ajustes a los logros no alcanzados por la Atención Primaria, y dentro de estas consideraciones, se planteó la importancia de renovar la APS (OPS, 2007) y desarrollar Redes Integradas de Salud (RISS) (OPS/OMS, 2010). Se da entonces un nuevo espacio para proponer la planificación

de las Residencias Básicas y de Medicina Familiar, como la base de la organización de la pirámide de formación de especialistas en cada país.

Se produce la Declaración de Estambul, que plantea: La Salud: El primer Derecho Humano, firmada con la presencia de 142 países, en el Congreso Mundial de Salud Pública, entre el 27 de abril y el 1 de mayo de 2009.

### **Características de la disciplina de Medicina Familiar**

Normalmente es el primer punto de contacto de los usuarios con el sistema de atención sanitaria. Proporciona acceso abierto e ilimitado y es responsable de proveer una continuidad longitudinal de la atención, de acuerdo con lo que determinen las necesidades del paciente y su entorno familiar. Se ocupa de todos los problemas de salud del individuo en sus dimensiones física, psicológica, social, cultural y existencial, independientemente de la edad, sexo u otra característica (Bonal & Casado, 2004).

Por lo anterior, trata simultáneamente problemas médicos agudos y crónicos de pacientes individuales, enfermedades que se presentan de forma indiferenciada en la fase inicial de su desarrollo y promueve la salud y el bienestar mediante intervenciones apropiadas y efectivas.

La medicina familiar debe desarrollarse con un enfoque localizado en la persona, orientado hacia el individuo, su familia y su comunidad. Estas características se centran en un proceso de consulta único que crea una relación entre médico y paciente a lo largo del tiempo, mediante una comunicación efectiva.

Para lograrlo es necesario hacer un uso eficiente de los recursos de atención primaria mediante la coordinación de la atención, trabajando con otros profesionales en el ámbito de la atención primaria y gestionando la interrelación con otros especialistas que asumen la defensa del paciente cuando es necesario. En un aspecto más amplio, cuenta con un proceso específico de toma de decisiones determinado por el predominio y la incidencia de la enfermedad en la comunidad, por lo que tiene una responsabilidad específica en la salud de la comunidad (Academia Europea de Profesores de Medicina General, 2007; WONCA Europe, 2005).

Con este enfoque, se determina que el médico de familia cumpliría un papel central en la atención en salud. Pero es necesario aclarar que el médico de familia realiza su labor en el marco de la APS (WONCA Europe, 2005) y que la APS es un espacio asistencial en la cual confluyen diversos profesionales (Bonal & Casado, 2004). La pregunta clave en este contexto es: ¿las actuales carreras de medicina están

preparadas para lograr que los estudiantes de medicina tengan una formación en APS y darles las bases correctas en la especialidad de medicina familiar? ¿Sus modelos pedagógicos son anacrónicos o deben abrir paso a cambios que han debido hacerse no antes de 25 años, como lo afirma el profesor Giovanni lafrancesco?

Para contestar estas preguntas, se debe determinar cuántos profesores de la especialidad en medicina familiar hay de planta en las universidades, además preguntarnos, ¿existen departamentos de medicina familiar como los tienen las otras especialidades? O ¿esta especialidad se enfoca como un compendio de todas las especialidades?. Creemos que no, la especialidad en medicina familiar se debe consolidar como tal y tener independencia como un área, a pesar que se nutre desde todas las especialidades y se constituye en lo que hemos dado en llamar la columna vertebral socio-antropológica de la cultura de la salud.

La propuesta contenida en el documento del Ministerio de Salud con la Política de Atención Integral en Salud, en su capítulo sobre fortalecimiento del Talento Humano en Salud, en el parágrafo sobre Formación del Recurso Humano en Salud, Armonización del Recurso Humano en Salud y en las Condiciones de los Recursos Humanos demuestran falencias estructurales y de procesos que, en gran parte, explican lo que hoy en día se llama la gran crisis estructural del sector Salud.

El futuro de la medicina familiar en América Latina depende de: decisiones políticas de salud, inserción universitaria, difusión del rol de los médicos de familia en el sistema y la sociedad, exposición de otros especialistas a los principios e instrumentos de la medicina familiar, reconversión de médicos que trabajan en atención primaria a médicos de familia, y fomento de la investigación en atención primaria/medicina familiar con formación de investigadores en este campo (Ceitlin, 2006).

### **La medicina familiar en Colombia**

El gobierno nacional ha dado prioridad al fortalecimiento del sistema general de seguridad social en salud. El modelo de atención tuvo problemas en aseguramiento, la cobertura y la accesibilidad, posiblemente debido al enfoque de atención. Se dio prioridad por parte del Gobierno de Colombia de emprender en el año 2010 una reforma del Sistema de Salud, con un énfasis en modelos promocionales de la salud y preventivos de la enfermedad, incorporando las mencionadas cuatro recomendaciones estratégicas de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008). Con el enfoque de atención familiar y comunitario propuesto en

la Ley 1438 de 2011 que adoptó la APS como estrategia de reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud, donde se resaltó la prevención y promoción en las poblaciones; La resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social donde se incluyeron los determinantes sociales, el enfoque diferencial de las comunidades. Esta Resolución incorporó elementos esenciales para el desarrollo en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2013).

La Resolución 518 de 2015 donde se establecieron las directrices para las intervenciones colectivas en las poblaciones. La ley 1753 de 2015 por la cual se expidió el Plan Nacional de Desarrollo para Colombia 2014-2018, donde se determinó una política integral en salud teniendo como ejes: la atención primaria en salud (APS); la salud familiar y comunitaria, la articulación de las actividades individuales y colectivas y un enfoque poblacional y diferencial. En este documento se planteó un nuevo Modelo de Atención para enfrentar los nuevos retos y realidades de la salud en Colombia. El modelo está basado en APS y la Gestión Integral del Riesgo, en los que el núcleo fundamental es la Salud Familiar y Comunitaria, con un rol del Médico Familiar y de otros especialistas, profesiones y ocupaciones. Un modelo que incluye un proceso tras-disciplinario y la articulación de acciones individuales y colectivas, que garanticen el derecho a la salud de toda la población. Es bajo esta orientación normativa, técnica y científica que se plantea el estado actual de esta disciplina para desarrollarse en Colombia.

Esta nueva reglamentación impacta directamente los enfoques de formación de todos los profesionales de la salud. Es así que el Ministerio de Salud colombiano actualizó el Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar (Ministerio de Salud, 2015): Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, Grupo de Formación, donde estableció las directrices para el desarrollo del talento humano en salud, con enfoque de salud familiar y comunitaria. En este documento se tiene como uno de los objetivos: Orientar la formación de posgrados en medicina familiar, y en salud familiar y comunitaria. Además, incluyó promover ajustes en los currículos de pregrado y post grado en las profesiones relacionadas con la salud. Por este motivo, se plantea la importancia de una propuesta pedagógica holística transformadora a nivel de los actores de la APS, los modelos de riesgo y de protección, los enfoques diferenciales y de la orientación hacia el autocuidado.

Otro de los grandes problemas para afrontar este nuevo reto de la medicina familiar es el déficit de médicos especialistas en este campo de la medicina. Al consultar la base de datos del Sistema Nacional de Información de Educación Superior del Ministerio de Educación Nacional, solo 197

médicos se habían graduado de la especialización en medicina familiar entre el 2000 y el 2012. Si consideramos otros programas de especialización en salud familiar, salud familiar integral, y salud familiar y comunitaria, en Colombia, se habían graduado en el mismo periodo, 478 profesionales. Se puede ver claramente el déficit de médicos especializados en la familia, si se toma como referente un médico familiar por cada 10.000 habitantes. Un estudio demostró un gran déficit de médicos de familiar para la mayoría de los países de América Latina. En el año 2000 se determinó que el único país que presentó superávit fue Cuba y Colombia el de mayor carencia de médicos de familia con respecto a la población: “Ecuador, Colombia y Perú, tienen proporciones que son ampliamente insuficientes (1/268.000; 1/273.000 y 1/450.000, médicos de familia, respectivamente), a pesar de tener un tiempo de desarrollo similar.” (Ceitlin, 2006). También y mediante un análisis de las plazas disponibles, Colombia ocupa el último lugar con el agravante que han disminuido vertiginosamente (Guzmán & Parra, 2014). Es indispensable que las universidades formen nuevos médicos familiares y capaciten profesionales de la salud para incorporarlos en esta área del conocimiento. Este modelo pedagógico sería estratégico para aprovechar los saberes y enfocarlos en la medicina familiar.

Además del déficit cuántico hay un resultado no satisfactorio en los proyectos de vida profesional y personal que se deben incorporar en ésta transformación hacia una cultura de la salud.

### **Propuesta para la medicina familiar**

De acuerdo con los lineamientos del Gobierno Nacional, se hace necesario un cambio estructural de la enseñanza y pedagogía de la medicina y salud familiar y comunitaria. Proponemos un nuevo enfoque de la enseñanza de esta área tan importante en el rescate de la medicina hacia una aplicación más humana y social, como siempre debió ser. Se refuerza la importancia de adoptar un modelo de Pedagogía Holística Transformadora, tal como ha sido planteado en la Introducción de este trabajo. Bajo este panorama de la medicina familiar, donde se ha privilegiado la medicina curativa y los médicos generales han perdido el norte por el modelo instaurado en la mayoría de los países latinoamericanos, donde ellos cumplen solo la función de curar o re-direccionar el paciente a los especialistas, se debe cambiar este esquema de curación-rehabilitación-promoción-prevención por el de promoción-prevención-curación-rehabilitación, con un abordaje de APS teniendo como ejes fundamentales el individuo, la familia, la comunidad y el ambiente -como ejes inseparables para la intervención sanitaria- y la investigación.

Para el Ministerio de Salud de Colombia, de acuerdo con la Ley Estatutaria de Salud, el Plan Nacional de Desarrollo y el

Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, un énfasis esencial está en el desarrollo de la APS Familiar y Comunitaria, garantizando condiciones de acceso a la atención efectiva, y un modelo de atención con calidad, humanismo, continuidad e integralidad.

En esta perspectiva, se requiere de un talento humano que gradualmente aporte respuestas integrales y que garantice una re-organización funcional y un fortalecimiento de todas las profesiones y ocupaciones en las que la concepción de Salud Familiar aparezca en su eje transversal. Es por esto que en el contexto internacional se ha dado especial énfasis en la incorporación de algunos perfiles como el del Médico Familiar y otras ramas de la salud donde se han logrado desarrollar servicios y funciones, en procesos transversales, para tratar de lograr una integración de los procesos sociales y comunitarios.

En este sentido, el talento humano que actúa en los servicios, se constituye en un determinante de la situación de salud, y en uno de los elementos vitales a la respuesta de los problemas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (fragmentación, baja calidad y resolutivez de los servicios y con el esfuerzo centrado en la enfermedad y en la atención hospitalaria, que permitiría desarrollar procesos efectivos de promoción de la salud y respuestas constructivas de los determinantes sociales). Por lo que se requiere de la reorganización y fortalecimiento del Talento Humano en Salud, para contribuir con el reforzamiento de los Sistemas de Salud; su ubicación en términos poblacionales y de territorios definidos, tanto a nivel individual como en la sinergia que se podría lograr de las relaciones entre el ámbito de familia y la comunidad como ejes fundamentales.

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se planteó la conformación de equipos de Salud Familiar y Comunitaria, lo que constituye un nuevo concepto funcional y organizativo, para la resolución en los servicios primarios, y para el desarrollo coherente al acceso coordinado de todos los servicios, incluyendo los de mediana y alta complejidad. Esta visión le da pertinencia al rol, no solo de especialistas, sino de profesionales generales, técnicos y tecnólogos, en los que se debe enfatizar un nuevo enfoque de la Salud Familiar y Comunitaria, y en la dimensión específica de los médicos familiares. El talento humano así planteado se incorporará a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), en el marco de las redes que se deben conformar y habilitar.

### **Se identifica y estimula el desarrollo de procesos intersectoriales y comunitarios**

Es entonces el fortalecimiento de la Medicina y Salud Familiar y Comunitaria, un aporte valioso y significativo a las ins-

tituciones del Sistema de Salud. La cualificación del talento humano permitirá el mejoramiento de las condiciones de los llamados Médicos Generales, que son sujeto de primera línea en el desarrollo de la Medicina Familiar, tanto de pregrado como de post grado, y como modelo de reforzamiento a los Médicos Generales actuales, que requieren de un nuevo modelo de Salud y de su respectivo entrenamiento y actualización.

Los rasgos distintivos que debe seguir la Medicina Familiar parten de una realidad, según la cual la necesidad de un nuevo modelo de salud, centrado en la APS en la configuración de redes y en la formación de talento humano, en el que se destaca la formación en Salud Familiar y Comunitaria, y en particular, en la formación de la Medicina Familiar tanto de pregrado como de Post grado en este campo.

La medicina familiar debe incorporar valores y enfoques nuevos que se deben incluir en los programas. Una concepción de la Medicina Familiar con un enfoque de integralidad, continuidad y humanismo, que aborde en primera instancia, ejes temáticos como el binomio madre-niño, el proceso de envejecimiento, salud mental y entorno familiar y social, ecología, demografía y cambios sociales, medicina familiar, manejo de enfermedades en ancianos y niños, salud reproductiva, cuidado del adulto mayor, etc. Todo ello agrupado en el enfoque de la familia, la comunidad y sus dinámicas socio-antropológicas.

También se deben establecer puentes entre la Medicina, las profesiones de las Ciencias de la Salud y de las Ciencias Sociales, con las bases comunitarias ubicadas en territorios espaciales o de conectividad, a través de las Redes. Para lograrlo es importante incluir temas como la evolución de la familia en varios contextos sociales, concepción de familia en los diferentes entornos sociales, epidemiología social, solución de conflictos familiares y comunitarios. Tal como lo plantearon los profesores Abraham M. Lilienfeld y Rudolph Virchow, “la epidemiología se nutre de las distintas disciplinas”, según el primero, y “la medicina es entendida como una ciencia social y la política no es más que medicina a gran escala”, según el segundo.

### **La concreción del enfoque de la Salud, Medicina Familiar y Comunitaria**

La matriz de los programas de Especialización en Medicina Familiar y la propuesta de un Programa de Maestría en Salud Familiar y Comunitaria, incorporan los módulos resultantes del trabajo de una encuesta con 200 salubristas escogidos entre los 1.362 graduados en el Valle del Cauca, que representa el 14,6%, para diligenciar un instrumento de percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar (Anexo 1). Se buscó la opi-

nión de expertos para incorporar en la toma de decisiones los conceptos y lineamientos de lo que debería ser la Salud, la medicina familiar y comunitaria en Colombia; en este sentido, para armonizar las diferencias en conceptos y planteamientos, se concreta la importancia de un modelo pedagógico que supera la visión un tanto obsoleta que se ha aplicado en los procesos de formación actual.

Se presentó un cuestionario de trece preguntas, enviadas por vía electrónica, libremente plantearon su percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar para el desarrollo de una propuesta de Medicina Familiar en la Universidad Libre de Colombia.

Algunas de las preguntas se hicieron con unas respuestas tentativas, recogiendo muchos de los aportes que en esta materia el Ministerio de Salud y Protección Social ha venido trabajando en los últimos años, orientados a convertir la salud familiar y comunitaria en un eslabón de apoyo en la entrada del enfoque estratégico de la APS. Este enfoque, liga además de los elementos conceptuales, las normas legales contenidas en el Plan de Desarrollo, en el Plan Decenal de Salud Pública, y en las orientaciones de organismos internacionales como la OMS/OPS y Unicef y la reciente definición estatutaria de salud con el denominado modelo integral de salud. A pesar de ello, los entrevistados podían dar nuevas respuestas a las preguntas formuladas. Se realizó un análisis de las respuestas y se sacaron las conclusiones de cada una de ellas.

### **Resultados del análisis de las preguntas**

Además de la Malla Curricular obtenida, se hicieron cinco talleres con quince expertos cada uno para obtener los resultados del análisis de las respuestas ante las preguntas formuladas. La propuesta planteada tiene una aproximación consecuente con la opinión de una muestra del 14,6% de los clasificados como Salubristas por el Observatorio Laboral del Ministerio de Educación.

Es destacable que en el proceso de investigación desarrollado, el 80% de los observadores enfatizaron el poco compromiso de la comunidad y los profesionales de la salud con una “Cultura de la Salud Integralmente Concebida”. Además, el análisis y el consenso de las respuestas dadas por los entrevistados arrojaron los siguientes resultados:

**El sistema de Salud en Colombia presenta muchas limitaciones.** Existen limitaciones de segmentación e integralidad en el Sistema de Salud de Colombia que afectan el aseguramiento, la cobertura y la accesibilidad, generando una limitada capacidad de respuesta de los Gerentes de

Servicios y de los Prestadores debido al enfoque dirigido principalmente a la enfermedad y en un modelo netamente hospitalario. Esta fragmentación de la atención, los problemas de calidad, la poca resolución en la atención inicial de los ciudadanos, y la no aplicación de un modelo territorial en la Prestación de Servicios, dada la heterogeneidad cultural y de perfiles epidemiológicos y demográficos que se presenta en el territorio colombiano, conllevan a un cambio sustancial en el modelo de atención en salud que podría derivarse en la APS con un nuevo enfoque para mejorar la atención en salud y disminuir las inequidades.

**El gobierno de Colombia ha impulsado la implementación de un nuevo modelo en salud.** El enfoque estratégico para reducir y eliminar las desigualdades evitables, introducido a través de la Ley 1438 de 2011 deben ser afrontadas mediante la APS, incorporando y mejorando los planteamientos que sobre esta temática se plantearon desde la declaración de Alma ATA, como se ha sugerido en la renovación de las APS (OPS, 2007). También la Resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social incorporó elementos esenciales para el desarrollo de un Plan de Salud, el cual fue propuesto en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, los cuales requieren de una concatenación, armonía y relacionamiento tanto con el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, como con las políticas derivadas de la carta constitucional que consagran la salud como un derecho social esencial. Esto ha conllevado a pensar en la implementación de las APS.

El Modelo de Atención de Salud Integral, derivado de la Ley 1751 de 2015, para enfrentar los nuevos retos y realidades de la salud en Colombia debe ser un nuevo modelo basado en APS y la Gestión Integral del Riesgo. En este modelo, el núcleo fundamental es la Salud Familiar y Comunitaria, con la presencia del Médico Familiar junto con otros Especialistas, profesiones y ocupaciones. En este modelo se incluye un proceso transdisciplinario y la articulación de acciones individuales y colectivas, que garanticen el derecho a la salud de toda la población en los contextos ecosistémicos alrededor del hogar, la familia, la escuela, el sitio de trabajo y los espacios públicos. Para tener un efecto positivo sobre la salud se debe reorganizar el sistema en general.

**La Salud Familiar y Comunitaria parte como un enfoque que busca la reorganización del Sistema de Salud.** En primer lugar, la Salud Familiar y Comunitaria promueve y requiere del desarrollo del talento humano y la prestación de servicios integrales desde las necesidades, potencialidades y relaciones de las personas, familias y comunidades en territorios y ámbitos específicos y reconocidos. Tiene aquí un gran aporte la concepción de equipos multi-disciplinarios. Este enfoque de Salud Familiar y Comunitaria conduce

a mejorar las competencias prácticas y condiciones laborales, de desempeño, de habilidades y destrezas.

El Ministerio de Salud y Protección Social perfila para el nuevo dimensionamiento, reorganización y gestión de los servicios: 1) planear y articular las acciones individuales y colectivas de salud, en el marco de la consolidación de los Planes de Salud Territorial. 2) Promover la salud, prevenir las enfermedades y gestionar de manera integral los riesgos individuales y los procesos de atención inherentes. 3) Adoptar un abordaje efectivo de intervenciones colectivas y de Salud Pública, a cargo de todos los actores del Sistema. 4) Gestionar acciones a nivel intersectorial, particularmente con el Sector Educativo, para controlar riesgos y determinantes sociales en salud. 5) Desarrollar la APS y la Gestión Integral del Riesgo con una mayor capacidad de resolución de los servicios primarios de la atención. 6) Se plantean enfoques de Salud Familiar y Comunitaria de prestadores primarios y prestadores complementarios de la atención en el contexto de la consolidación de Redes Integradas de Servicios de Salud coherentes con el Plan de Desarrollo Local (obligación legal y administrativa de cada nivel local, regional y nacional) que respondan a la realidad del territorio (educación, nutrición, saneamiento ambiental, vivienda, seguridad y manejo del espacio público). El conjunto de prestadores mediante grupos de acción intersectorial, se valoran y deberían reconocer los progresos, resultados, impacto y relaciones costo-efectividad según sus actividades diferenciales en los procesos de gestión en el sistema integral de gestión en salud y del Plan de Desarrollo Local.

En este sentido, los prestadores primarios serían la puerta de entrada al sistema con actividades dirigidas a la Promoción de la Salud, Gestión del Riesgo, Prevención y Cuidado Básico de la Salud, Protección Específica y Detección Temprana, búsqueda activa de personas con enfermedades prevalentes, prestaciones individuales de medicina y salud familiar, incluyendo las acciones del médico familiar como parte de un ejercicio especializado. – El prestador primario está anexo a la población y dispone de recursos pertinentes para la resolutivez ambulatoria y extramural, mientras los prestadores complementarios son los que intervienen en acciones dirigidas a resolver la enfermedad y sus complicaciones, aplicando los recursos humanos y tecnológicos pertinentes.

La acción intersectorial y la participación comunitaria resultante, apuntan al logro de indicadores de complementariedad y de construcción de una cultura de la salud y de la dimensión ciudadana de las poblaciones comprometidas.

Los elementos fundamentales del nuevo Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario y tras-disciplinario, debe estar centrado en el usuario. Para lograrlo, se debe facilitar

Un enfoque diferencial que reconozca las personas y los colectivos en condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociada a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales, económicos y ambientales, entre otros; ello plantea entonces un diferencial poblacional que se acompaña de la diferenciación según los territorios temporo-espaciales y sus heterogeneidades.

Todas las acciones anteriores deben estar sustentadas en un recurso humano calificado. Existe un déficit en Colombia tanto de Médicos Familiares como de Profesionales no médicos con formación de Post grado en Salud Familiar y Comunitaria. Al consultar la base de datos del Sistema Nacional de Información de Educación Superior del Ministerio de Educación Nacional, solo 197 médicos se habían graduado de la especialización en medicina familiar entre el 2000 y el 2012. Si consideramos otros programas de especialización en salud familiar, salud familiar integral, y salud familiar y comunitaria, en Colombia, se habían graduado en el mismo periodo, 478 profesionales. Estas cifras se contrastan con la necesidad de experiencias en salud familiar y comunitaria de países como Canadá, Cuba, Costa Rica en donde la relación mínima es de un profesional por cada 10.000 habitantes. Para superar este déficit se requiere, para el caso colombiano, de aumentar la oferta de especialidades en Medicina Familiar, permitir la integración de los médicos generales a estas especialidades para tonificar su experticia e integrar otras ramas de la salud ofreciendo posibilidades de educación para mejorar los equipos interdisciplinarios.

**¿Las propuestas de Medicina Familiar para Médicos y de Salud Familiar y Comunitaria para otros profesionales del área social, pueden desarrollarse simultáneamente? ¿Alternativamente? ¿Separadamente? ¿Cuáles serían las ventajas y desventajas de cada una de estas alternativas?**

Ellas deben prever el desarrollo de un modelo integral de atención en salud que trascienda la dimensión técnico-instrumental de las acciones en salud y que propicie la extensión de la libertad, fundamento ético de las acciones en salud.

Se desarrolla en grupos de población relacionados con grupos de riesgo definidos en el Plan Nacional de Salud y en los planes decenales de salud.

Con ellos debe definirse un conjunto de acciones que integren el manejo del riesgo y la enfermedad, la protección de la salud y la prevención en sus diferentes niveles, a partir de la evidencia científica en cada grupo con guías de práctica clínica, familiar y comunitaria y que además, frente a cada riesgo y factores protectores, se concreten las llamadas rutas integrales de atención en salud.

Ellas deben prever el desarrollo de un modelo integral de atención en salud que trascienda la dimensión técnico-instrumental de las acciones en salud y que propicie la extensión de la libertad, fundamento ético de las acciones en salud.

Se desarrolla en grupos de población relacionados con grupos de riesgo definidos en el Plan Nacional de Salud y en los planes decenales de salud.

Con ellos debe definirse un conjunto de acciones que integren el manejo del riesgo y la enfermedad, la protección de la salud y la prevención en sus diferentes niveles, a partir de la evidencia científica en cada grupo con guías de práctica clínica, familiar y comunitaria y que además, frente a cada riesgo y factores protectores, se concreten las llamadas rutas integrales de atención en salud.

**¿Qué opinión le merece la posibilidad de las siguientes tres formas de Especialización en Medicina Familiar?:**

- Homologación de créditos de materias que de Medicina Familiar se cursen en un 40% del periodo de internado y con complementariedad de la formación restante en el año social obligatorio.
- Un programa formal de Especialización de tiempo completo por tres años.
- Un modelo de acompañamiento por parte de Especialistas en Medicina Familiar por tres años a Médicos Generales que se desempeñen a nivel de centros y hospitales de nivel 1 y 2 en el área de influencia territorial.

El punto del modelo táctico operacional del cual deben gestarse las competencias y capacidades de aprendizaje se centran en las llamadas redes integradas de servicios de salud y deben garantizar complementariedad y contigüidad. En ellas se concreta el rol del asegurador y la necesidad de redefinir esquemas de estímulos e incentivos que propicien una cultura de la salud y que concreten procesos de un: Sistema de Información y Comunicación en Tiempo Real (SICOMTIR), con indicadores trazadores que, fluyendo en esta malla de interacción cultural, social y económica, establezcan un tejido de vasos comunicantes con posibles interacciones con otros sectores como la educación, la recreación, el empleo, la vivienda, el ecosistema, etc. Este proceso de hechos y datos aplicando los avances de la tecnología de informática y entre ellos modelos como los de telesalud, telemedicina y redes sociales consolidan la relación y resultados de los actores para hacer que las estrategias y políticas tengan pleno desarrollo táctico y operacional.

**¿Cuál es el periodo de transición requerido o estimado para lograr la fase preparatoria y de implementación de recursos, talento humano, espacios de formación, esquemas de aprobación con Min Educación y recursos financieros que garanticen la continuidad en la formación, tanto de los programas de Medicina Familiar en Médicos como los de Salud Familiar y Comunitaria para otras profesiones?**

Los periodos destacados en esta propuesta son:

- **Definición de políticas públicas integradas** al Plan Nacional, Territorial y Local de Desarrollo y con sectores fundamentales como la educación, la comunicación y la ruptura del molde de salud como enfermedad y enfoque de negocios.
- **Periodo de políticas públicas, estrategias y socialización.** Este proceso se ha adelantado de manera concreta, está en pleno proceso de socialización desde el año 2015 y requerirá al menos de tres años para lograr la reforma académica a nivel universitario en los posgrados de salud pública en los modelos de tecnólogos de la salud y en la formación masiva en la cultura de la salud en territorios específicos en Colombia.
- **Periodo de aplicación de modelo pilotos** en las grandes regiones de Colombia, según sus patrones geográfico, poblacionales y de culturas propias.

Estos requerirán de un modelo de definición de línea de base que identifique el punto de partida y las evoluciones tanto epidemiológicas, demográficas de comportamiento en la salud frente a factores de riesgo y factores de protección y desde la óptica de la oferta, los recursos y servicios actualmente disponibles y los requeridos a partir del modelo que se esboza.

Es fundamental identificar qué componentes de la relación oferta-demanda deben ser monitoreados en el enfoque integral y que no necesariamente son del manejo directo del Ministerio de Salud, para lograr propuestas transdisciplinarias e intersectoriales y así mismo los condicionantes geográficos, políticos, económicos, culturales y sociales que generen estímulos sinérgicos esenciales a una propuesta como la que se presenta. A partir de estas experiencias pilotos sus resultados variables según territorios y las transformaciones culturales y políticas se preverán progresivamente por sus dinámicas.

Con estos resultados se propone que el enfoque de la medicina y salud familiar tenga un componente de atención con calidad, humanismo, continuidad, integralidad y pedagogía transformadora. En esta perspectiva, se requiere de un talento humano que gradualmente aporte respuestas

integrales y que garantice una reorganización funcional y el fortalecimiento de todas las profesiones y ocupaciones en las que la concepción de Salud Familiar aparezca en su eje transversal. Es por esto que en el contexto internacional se ha dado especial énfasis en la incorporación de algunos perfiles como el del Médico Familiar, logrando desarrollar servicios y funciones como procesos transversales en diferentes profesiones y ocupaciones relacionadas con la salud, engranados a una integración de los procesos sociales y comunitarios.

El diseño de una propuesta metodológica para el perfeccionamiento de las competencias del Especialista de Medicina General Integral, Medicina Familiar, no solo es una necesidad de estos profesionales de la salud como ejecutores y efectores de la APS y otros entes: médicos, licenciados en educación y ambiente, tecnólogos, estudiantes, entre otros; sino una obligación del sector salud, de la educación médica, de las universidades, la sociedad y las autoridades sanitarias nacionales e internacionales y mundiales. Sin este perfeccionamiento la capacidad de garantía de salud a los individuos, familias y sociedades quedaría reducida a cero.

Esta propuesta ha gozado de especial relevancia en la OMS (Kidds, 2013), y es entonces un aporte esencial mediante el cual el talento humano que actúa en los servicios, se constituye en un determinante de la situación de salud, y en uno de los elementos vitales a la respuesta de los problemas del Sistema General de Seguridad Social en Salud (fragmentación, baja calidad y resolutivez de los servicios y con el esfuerzo centrado en la enfermedad y en la atención hospitalaria, se permite desarrollar procesos efectivos de promoción de la salud y respuestas constructivas de los determinantes sociales).

Es entonces este énfasis en la reorganización y fortalecimiento del talento humano en Salud, un foco central para el reforzamiento de los Sistemas de Salud; su ubicación en términos poblacionales y de territorios definidos de las personas, tanto en lo individual como en la sinergia que se logra de las relaciones entre el ámbito de familia y la comunidad como ejes de gran definición y con los enfoques pedagógicos ajustados.

En el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 se plantea la conformación de equipos de Salud Familiar y Comunitaria, lo que constituye un nuevo concepto funcional y organizativo, para la resolución en los servicios primarios, y para el desarrollo coherente al acceso coordinado de todos los servicios, incluyendo los de mediana y alta complejidad. Ésta visión le da pertinencia al rol, no solo de especialistas, sino de profesionales generales, técnicos y tecnólogos, en los que se enfatice en el enfoque de la Salud Familiar y Comunitaria, y en la dimensión específica de los médicos familiares.

El talento humano así planteado, se incorporará a las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), en el marco de las Redes que se deben conformar y habilitar.

Es entonces, el fortalecimiento de la Medicina Familiar, un aporte valioso y significativo a las instituciones del Sistema de Salud, y cualificación permitirá el mejoramiento de las condiciones de los llamados Médicos Generales que son sujeto de primera línea en el desarrollo de la Medicina Familiar, tanto a nivel de pregrado como de posgrado, y como modelo de reforzamiento a los Médicos Generales actuales, que requieren de un nuevo modelo de Salud y con respectivo entrenamiento y actualización.

### **La medicina familiar debe tener rasgos distintivos**

La necesidad de un nuevo modelo de salud, centrado en la APS en la configuración de redes y en la formación de talento humano, en el que se destaca la formación en Salud Familiar y Comunitaria, y en particular, como es nuestro propósito, en la formación de la Medicina y Salud Familiar y Comunitaria, tanto de pregrado como en posgrado; en este campo, en el enfoque de Especialización.

Los valores agregados se derivan de:

- La formación en Medicina y Salud Familiar y Comunitaria requiere de un enfoque de integralidad, continuidad y humanismo, que aborde en primera instancia ejes temáticos a incorporar en los currículums de pregrado, y en estrategias de formación a nivel del internado y año social obligatorio, como último año de formación de las facultades de Medicina; en el entrenamiento y actualización intensivos de Médicos Generales, actuando en los Sistemas y Servicios de Salud.
- Se requiere la definición de un modelo de Pedagogía Holística Transformadora.
- La apertura a enfoques investigativos que relacionan la investigación básica, la aplicada a nivel médico y los modelos colectivos. Todo ello agrupado en el enfoque de la familia, la comunidad y sus dinámicas socio-antropológicas.
- Los abordajes de Medicina y Salud Familiar y Comunitaria, y su relación con los entornos económicos, sociales, ecológicos y políticos.
- El establecimiento de puentes entre la Medicina, las profesiones de las Ciencias de la Salud y de las Ciencias Sociales, Administrativas, de Planeación, Legales, con las bases comunitarias ubicadas en territorios espaciales o de conectividad, a través de las Redes.
- La concepción curricular que al cabo de un año (Internado) deja un proceso de formación fundamental en la Medicina Familiar en el Año Social Obligatorio y en otras profesiones pertinentes con esta visión de servicio obligatorio con las comunidades.
- La posibilidad de una Especialización estructurada en tres años, con una malla flexible, con continuidad y reforzamiento en la práctica y las vivencias.
- El acercamiento a modelos de conectividad y sistemas de información en tiempo real (SICOMTIR Salud).
- El acercamiento de la Medicina Familiar a la Atención Primaria de la Salud con las posibles reformas a la formación médica en el pregrado. Abordaje en la metodología de la andrología para la formación de adultos.

### **Conclusiones**

De acuerdo con el análisis y la reflexión sobre los lineamientos que debe tener la especialización de Medicina y Salud Familiar y Comunitaria, se propone:

- El Perfil del Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria: Profesionales capaces de generar, crear, innovar propuestas con suficiente base científica y epidemiológica en donde laboren; y que al mismo tiempo puedan participar en las transformaciones sociales y económicas que requiere el país, teniendo en mente como orientación fundamental la familia y los procesos de desarrollo comunitarios en el enfoque de la APS.
- Perfil ocupacional del Especialista en Salud Familiar y Comunitaria: Son profesionales de las áreas social, técnica, administrativa y legal, que actúan en la puerta de entrada del Sistema de Salud y sus Redes, fortaleciendo el trabajo transdisciplinarios y los modelos de investigación-acción participativa y comunitaria. Su actitud será proactiva, respetuosa de las construcciones sucesivas y de los contextos socioeconómicos, culturales y políticos dentro de los que se mueven los procesos de salud y enfermedad. Será competente para trabajar en equipo, contribuir a la gerencia del cambio, al liderazgo transformativo, a la comunicación organizada y a la organización para la comunicación.
- En el contexto de la pedagogía transformadora holística se propone una integración de las áreas de la medicina, -que clásicamente se tratan como elementos independientes- Se integran: binomio madre-hijo, la medicina en una visión familiar, la mujer en el contexto de cuidado integral, la concepción del enfoque de familia, el envejecimiento, etc. Todas estas concepciones apuntan hacia la construcción de hábitos saludables
- Las personas formadas en la Medicina Familiar y Comunitaria se imbrican con una red de servicios, teniendo

como punto de partida la APS, establecen así nexos con la intersectorialidad del sistema.

- De este análisis se propone la Malla Curricular para el Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Libre, (Ver Figura 4), en la cual se cuenta con el eje transversal de la Pedagogía Holística trans-

formadora, así como el fortalecimiento del eje tecnológico a través de la Asignatura “Sistemas de Información y Comunicación en Tiempo Real (SICOMTIR)”, por medio de la cual se pretende contribuir con un modelo de Historia Clínica Electrónica Unificada propuesta en la Política de Atención Integral en Salud. ≡

1 SEMESTRE	2 SEMESTRE	3 SEMESTRE	4 SEMESTRE	5 SEMESTRE	6 SEMESTRE
Ecología, demografía y cambio social (3)	Evolución de la Familia en América Latina (3)	La ética y la investigación aplicada (4)	Epidemiología Social (4)	Investigación-Acción Participativa (3)	Concepción de la Familia en Colombia (3)
Binomio Madre-Niño I (4)	Binomio Madre-Niño II (4)	Epidemiología Clínica (4)	El problema de la Intervención Quirúrgica menor; de manejo domiciliario y de IPS (4)	Recreación, uso del tiempo libre y jornada educativa completa (2)	Hábitos saludables (4)
Medicina Familiar (4)	Urgencias-Triage (3)	Medicina Familiar en la Red de Conectividad (4)	Tamizaje (3)	Economía de la Familia (4)	La empresa familiar y la Salud Ocupacional (3)
Red de Servicios Integrados de Salud y relación con la Estrategia APS (3)	SICOMTIR (3)	Entrevista Motivacional y Consentimiento Informado (3)	El reto de la Epidemiología Molecular a nivel local (3)	Principios de Fármaco-Epidemiología y Fármaco-Economía (4)	Presentación final en grupo de Libro de Médicos de Familia (4)
El cuidado de la Mujer (3)	Salud Reproductiva (3)	Comunicación oral Efectiva (2)	Solución de conflictos a nivel de familia y vecindarios (3)	Enfoques de Evaluación de Resultados a nivel de familias, vecindarios y barrios (3)	Hábitos del Gerente eficaz-Taller (2)
Manejo de Enfermedades Prevalentes en el Adulto (3)	Manejo de Enfermedades Prevalentes en el Adolescentes (4)	El proceso del envejecimiento (3)	La Salud Mental y el entorno familiar (4)	Cuidado del adulto mayor (4)	El Libro del Médico Familiar (4)

**PEDAGOGÍA HOLÍSTICA TRANSFORMADORA**

### Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

### Referencias bibliográficas

- ACADEMIA EUROPEA DE PROFESORES DE MEDICINA GENERAL. La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia (S. E. d. Medicina Ed.). Barcelona: Semfyc. 2007.
- ALARCÓN GONZÁLEZ, José A. La atención primaria y la medicina de familia en la gerencia de atención primaria de Murcia, España: presente y futuro. En: Arch Med Familiar. 2008, vol. 10, no. 3, p. 73-75.
- BONAL PITZ, Pablo y CASADO VICENTE, Verónica. La medicina de familia como disciplina académica y la atención primaria como entorno de aprendizaje. En: Atención Primaria. 2004, vol. 34, no. 8, p. 433-436.
- CEITLIN, Julio. La medicina familiar en América Latina. Presentación. En: Atención Primaria. 2006, vol. 38, no 9, p. 511-514.
- CONGRESO DE COLOMBIA. Ley Estatutaria 1751 de 2015 (16. Febrero, 2015). Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. 2015. 13 p. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf).
- CONGRESO DE COLOMBIA. Ley 1438 de 2011 (19, Enero, 2011). Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones. 2011. <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>.
- DUFFY THOMAS, P. The Flexner Report — 100 Years Later. Yale J Biol Med. 2011, vol. 84, no. 3, p. 269-276.
- ECHEVERRY, Oscar. The fiction of health services. En: Colombia Médica. 2012, vol. 43, no. 2, p. 185-188.
- FLEXNER, Abraham. Medical Education in the United States and Canada. Boston: Merrymount Press. 1910.
- GUZMÁN NIÑORIL, Miller Alfonso y PARRA PEÑA, Jairo Enrique. Lineamientos de la medicina familiar y comunitaria en Boyacá. En: Rev salud hist sanid on-line. 2014, vol. 9, no. 1, p. 84-118.
- IAFRANCESCO, Giovanni M. Modelo Pedagógico Holístico Transformador: fundamentos, dimensiones, programas y proyectos en la Escuela Transformadora. Bogotá: Coripet Editorial. 2015.

12. IAFRANCESCO, Giovanni M. La gestión y la evaluación curricular en una Escuela Transformadora: Contextos, enfoques, diseños, concepto, estructura, modelo holístico, objetivo, planeamiento y protocolo. Bogotá: Coripet Editorial. 2013
13. ITURBE, P. La Medicina Familiar: Calidad en Atención Primaria, base del Sistema Nacional de Salud. En: Medicina Familiar. 1987, Vol. 4, p. 23-24.
14. KIDDS, Michael. The Contribution of Family Medicine to Improving Health Systems: A guidebook from the World Organization of Family Doctors (Second ed.): OMS, Organización internacional de médicos familiares (WONCA). 2013.
15. KORNBLIT, Ana Lía Y MENDES DIZ, Ana María. La salud y la enfermedad: Aspectos Biológicos y Sociales. Contenidos curriculares. Buenos Aires: Grupo Editor Aique.
16. LLANOS REYES, Claudio. Seguridad social, empleo y propiedad privada en William Beveridge. En: Historia Crítica. 2013, vol. 51, p. 223-246.
17. MARTÍN ZURRO, A., y CANO PÉREZ, J. F. Docencia en atención primaria y medicina de familia. En: MARTÍN ZURRO, A., y CANO PÉREZ, J. F. (Eds.), Atención primaria. Conceptos, organización y práctica clínica (4 ed., pp. 144-160). Madrid: Harcourt Brace. 1999.
18. MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Resolución 1841 de 2013 (28, MAYO, 2013). Por el cual se adopta el plan decenal de salud 2012-2021. 2013. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
19. MINISTRO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL. Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud Grupo de Formación (octubre, 2015). Bogotá. 2015. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf>.
20. OMS. Declaración de ALMA-ATA. Paper presented at the Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, URSS. 1978. [http://www.l.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata\\_declaracion.htm](http://www.l.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm).
21. OMS. La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. OMS: Ginebra. 2008. [http://www.who.int/whr/2008/08\\_report\\_es.pdf](http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf)
22. OPS. Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.: OPS. 2007.
23. OPS/OMS. Redes integradas de servicios de salud: conceptos, opciones de política y hoja de ruta para su implementación en las Américas. Serie: La renovación de la Atención Primaria de la Salud en las Américas. Retrieved from Washington D.C.: 2010.
24. RIVERO CANTO, Odalys, MARTY JIMÉNEZ, Ilsa, MORALES ROJAS, Maritza, SALGADO FONSECA, Ana Ernestina, y ACOSTA ALONSO, Nancy. Antecedentes históricos de la Medicina Familia. En: MEDICIEGO. 2010, vol. 16, no. 2, p. 1-11.
25. SANTOS SUÁREZ, J., SANTIAGO ÁLVAREZ, M., ALONSO HERNÁNDEZ, P. M., ALONSO LLAMAS, M. A., MERLADET ARTIACH, E. y CORRALES FERNÁNDEZ, E. Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. En: Atención Primaria. 2001, vol. 27, no. 5, p. 324-330.
26. VIOLÁN FORS, Concepción, GRANDES ODRIOZOLA, Gonzalo, ZABALETA-DEL-OLMO, E. y GAVILÁN MORAL, Enrique. La investigación en atención primaria como área de conocimiento. Informe SESPAS 2012. En: Gaceta Sanitaria. 2012, vol. 26, Suplemento 1, p. 76-81.
27. WONCA Europe. La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia. 2005. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>.

## Anexo I

### Preguntas pertinentes a la especialización en Medicina Familiar y la formación de posgrados de profesionales no médicos en salud familiar y comunitaria, según normas del Ministerio de Educación Nacional de Colombia.

1. Califique de 1 a 5 las limitaciones que en el Sistema de Salud de Colombia han afectado el aseguramiento, cobertura y accesibilidad, generando una limitada capacidad de respuesta de los Gerentes de Servicios y de los Prestadores:
  - a) Fragmentación de la atención
  - b) Problemas de calidad
  - c) Poca resolución en la atención inicial de los ciudadanos
  - d) El enfoque dirigido a la enfermedad y en un modelo hospitalario
  - e) La no aplicación de un modelo territorial en la Prestación de Servicios

### Agregue uno nuevo o varios factores en caso de que lo estime pertinente.

2. ¿Cuál es el enfoque estratégico para reducir y eliminar las desigualdades evitables, introducido a través de la Ley 1438 de 2011?
3. La Resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social, incorporó elementos esenciales para el desarrollo de un Plan de Salud. ¿Cuál es el Plan?
4. ¿Cuál es el nuevo Modelo de Atención definido por el Ministerio de Salud y Protección Social, para enfrentar los nuevos retos y realidades de la salud en Colombia?
5. ¿Cómo define la Salud Familiar y Comunitaria?
6. ¿Qué horizontes perfila el Ministerio de Salud y Protección Social para el nuevo dimensionamiento, reorganización y gestión de los servicios?
7. ¿Cuáles son los elementos fundamentales del nuevo Modelo de Atención Integral, Familiar, Comunitario, transdisciplinario, que involucra al Médico Familiar y a otras profesiones y disciplinas que participan en la implementación de la estrategia de APS?

8. ¿Cuáles son las características previstas del Médico Familiar?
9. ¿Qué número de Médicos Familiares, así como de Profesionales no médicos con formación de Posgrado en Salud Familiar y Comunitaria dispone Colombia?
10. ¿Cuántos Médicos Familiares por habitante se requieren en Colombia, según sus características sociales, económicas y de las caracterizaciones de los grandes territorios que conforman al país?
11. ¿Las propuestas de Medicina Familiar para Médicos y de Salud Familiar y Comunitaria para otros profesionales del área social, pueden desarrollarse simultáneamente? ¿Alternativamente? ¿Separadamente? ¿Cuáles serían las ventajas y desventajas de cada una de estas alternativas?
12. ¿Qué opinión le merece la posibilidad de las siguientes tres formas de Especialización en Medicina Familiar?:
  - a) Homologación de Créditos de materias que de Medicina Familiar se cursen en un 40% del periodo de internado y con complementariedad de la formación restante en el año social obligatorio.
  - b) Un programa formal de Especialización de Tiempo Completo por tres años.
  - c) Un modelo de acompañamiento por parte de Especialistas en Medicina Familiar por tres años, a Médicos Generales que se desempeñan a nivel de centros y hospitales de nivel 1 y 2 en el área de influencia territorial.