

# LINEAMIENTOS DE LA MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA EN BOYACA

## Guidelines of family and community medicine in Boyacá

Miller Alfonso Guzmán Niño <sup>1</sup>, Jairo Enrique Parra Peña <sup>2</sup>

1. MD. Escuela de Medicina UPTC, Tunja. Representante Egresados comité de currículo escuela de medicina UPTC. E-mail: [miller.guzman@uptc.edu.co](mailto:miller.guzman@uptc.edu.co)
2. MD. Practica independiente. E.mail: [jairo.parra@uptc.edu.co](mailto:jairo.parra@uptc.edu.co)

<b>Recibido:</b>	15	06	2013	<b>Revisado:</b>	22	02	2014
<b>Corregido:</b>	13	09	2013	<b>Aceptado:</b>	22	05	2014

**Estilo de referencias:** Vancouver APA 6 Harvard ICONTEC

### RESUMEN:

*Boyacá ha sido escogido como piloto en la transformación del sistema de salud hacia uno basado en Atención Primaria de Salud (APS). La Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC) asumió la responsabilidad de formar especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria, eje académico del proyecto. Este artículo describe algunos lineamientos de esta especialidad en Boyacá mediante la revisión de publicaciones OPS/OMS y de medicina familiar en Colombia, la legislación colombiana e indicadores básicos en salud. El médico de familia y comunidad debe centrar sus esfuerzos en lograr los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM), abordar los Determinantes Sociales de la Salud, codificar la salud como un derecho humano, trabajar en conjunto con las organizaciones de salud de la comunidad, abordar las demandas reales de la población independientemente del sector, eliminar los tres signos de la medicina fragmentada (agnosia social, afasia comunitaria y apraxia clínico-social), tomar como principios la Declaración de Alma Ata, ser un experto en APS que lidere y coordine la transformación del sistema. Es un agente que logra a) articular las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, b) vincular las acciones intersectoriales con una orientación familiar y comunitaria que promueve la participación social y c) enfocar la gestión territorial. Está al mismo nivel del ejercicio de una especialidad clínica básica, toma las herramientas que brindan la medicina comunitaria, preventiva, social y salud pública. Su formación debe desarrollar competencias adecuadas al perfil epidemiológico de la población privilegiando los enfoques fisiopatológico y de riesgo.*

### ABSTRACT

*Boyacá has been chosen as a pilot in the transformation of the health system to one based on Primary Health Care (PHC). Pedagogical and Technological University of Colombia (UPTC) assumed responsibility for training specialists in Family and Community Medicine, academic focus of the project. This article describes some guidelines for this specialty in Boyacá by reviewing publications PAHO / WHO and family medicine in Colombia, Colombian law and basic health indicators. The family physician and community should focus its efforts on achieving the Millennium Development Goals (MDGs), addressing the Social Determinants of Health, codify health as a human right, work with healthcare organizations in the community, address the real needs of the population regardless of sector, remove the three signs of fragmented medicine (social agnosia, aphasia and clinical-community social apraxia), taken as principles the Declaration of Alma Ata, PHC to be an expert to lead and coordinate system transformation. Is an agent that elicits a) carry out activities in health promotion and disease prevention, b) link intersectoral action with family and community orientation that promotes social participation and c) focus on land management. It is at the same level as in a basic clinical specialty, making tools that provide community, preventive social medicine and public health. Their training should develop appropriate skills epidemiological profile of the population favoring the pathophysiological approaches and risk*

## INTRODUCCIÓN

El Sistema de Salud en Colombia se ha visto limitado por: I) fragmentación de la atención, II) poca resolutiveidad en la atención inicial de la población; III) problemas de calidad y IV) enfoque primordial en la enfermedad y en un modelo hospitalario de prestación de servicios. Como estrategia para superar estas limitaciones y reducir las brechas de desigualdades evitables, el país adoptó la Atención Primaria en Salud (APS), a través de la Ley 1438 de 2011. Los elementos de la estrategia de APS están previstos y serán desarrollados en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 (1).

La formación del talento humano debe responder a los retos planteados en el Plan Decenal de Salud Pública y en la Ley 1438 de 2011, en relación con la conformación de los Equipos Básicos de Salud, los cuales se plantearon como un concepto funcional y organizativo que ha de garantizar la gestión y el acceso coordinado a todos los servicios en el marco de la Atención Primaria de Salud. En este contexto cobra especial relevancia, pertinencia y significación el rol de profesionales formados en medicina y salud familiar (1).

Boyacá ha sido escogido como departamento piloto en la transformación del sistema de salud colombiano hacia un sistema de salud basado en APS. El 29 de enero de 2014, fruto del trabajo conjunto de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, la Secretaría de Salud de Boyacá y el Ministerio de Salud y Protección Social, el postgrado de Medicina Familiar y Comunitaria fue elegido como el proyecto académico piloto del país y eje académico del

pilotaje en Boyacá. De esta manera la UPTC asume la responsabilidad de formar Especialistas en Medicina Familiar y Comunitaria.

La Escuela de Medicina de la UPTC cuyo énfasis es la APS, interactúa con grupos de investigación que aportarán a la especialidad, sin embargo no se cuenta con publicaciones sobre medicina familiar y comunitaria, de esta manera este artículo contribuye a la construcción del cuerpo teórico de la especialidad.

Este artículo busca describir algunos lineamientos de la medicina familiar y comunitaria en Boyacá, mediante la revisión de publicaciones OPS/OMS y de medicina familiar en Colombia, la legislación colombiana e indicadores básicos en salud en Boyacá, entre otros. A lo largo de esta revisión se evidencian los lineamientos que queremos mostrar.

### ODM - APS - MEDICINA FAMILIAR

Los Objetivos del Desarrollo del Milenio (ODM) se desarrollaron para guiar los esfuerzos encaminados a lograr los acuerdos establecidos en la Declaración del Milenio. Entre estos objetivos se encuentran: erradicar la pobreza extrema y el hambre; lograr la educación primaria universal; promover la equidad de género y empoderar a las mujeres; reducir la mortalidad infantil; mejorar la salud materna; combatir la infección por el VIH/SIDA, la malaria y otras enfermedades; velar por la sostenibilidad ambiental y desarrollar una alianza mundial en pro del desarrollo (2). El médico de familia y comunidad debe centrar sus esfuerzos en lograr los ODM en la población asignada bajo su responsabilidad.

Así como la Atención Primaria de Salud (APS) se esfuerza por realinear las prioridades del sector de la salud, la Declaración del Milenio puede proporcionar el marco para un desarrollo social más amplio que acelerará las mejoras en materia de salud y que a su vez sentará las bases de un mejor desempeño del sector de la salud. (2) Se considera que una estrategia renovada de APS es una condición esencial para lograr ODM, abordar los Determinantes Sociales de la Salud y codificar la salud como un derecho humano (2).

La Declaración del Milenio y la Atención Primaria de Salud son estrategias complementarias. La APS es un enfoque esencial para el logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio, dado que aboga por la consideración del sistema de salud como una institución social que refleja los valores de la sociedad y provee los medios para hacer efectivo el derecho al mayor nivel de salud posible (3).

La Declaración de Alma Ata define la Atención Primaria de Salud como la “asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y las familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación [...]. Forma parte integral tanto del sistema nacional de salud [...] como del desarrollo social y económico de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad [...], llevando lo más

cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia a la salud”(4). Una estrategia de organización de los sistemas de atención a la salud y la sociedad para promover la salud. Podríamos decir que la APS es *la visión política de un ideal posible de salud*. Tanto la OPS como la OMS reconocen que la estrategia de APS hoy es válida (5).

Aquí están las ideas principales de la Declaración de Alma Ata (4), que el médico de familia y comunidad debe tomar como principios de su quehacer profesional: “II: La desigualdad en salud inaceptable. III: La protección de la salud es indispensable para un desarrollo sostenido y contribuye a mejorar la calidad de la vida y a alcanzar la paz. IV: El pueblo tiene el derecho y el deber de participar en la planificación y aplicación. VIII: Es preciso la voluntad política. V: Uno de los principales objetivos sociales de los gobiernos debe ser alcanzar un nivel de salud que les permita llevar una vida social y económicamente productiva. APS la clave.

X: Es posible alcanzar un nivel aceptable de salud a la humanidad mediante una mejor utilización de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamento y conflictos militares. I: Exige la intervención y esfuerzos coordinados de todos los sectores y campos de actividad conexos del desarrollo nacional y comunitario, no solo el sector salud (agricultura, zootecnia, alimentación, industria, educación, vivienda, obras públicas, comunicaciones y otros). VI y VII: Se basa en la aplicación de resultados de investigaciones sociales, biomédicas y sobre servicios de salud y en la salud pública. Con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. VII: Presta los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación.”

El análisis de los determinantes de la salud y su influencia en el desarrollo humano, así como las necesarias transformaciones de los sistemas de salud, han llevado al consenso respecto a que la APS sigue siendo la principal y más efectiva estrategia para promover la salud y alcanzar el más alto nivel de salud posible para cada persona (5).

La Atención Primaria de Salud y la Medicina Familiar son ámbitos estrechamente relacionados, la APS es el terreno de actuación fundamental del Médico de Familia, mientras que la Medicina Familiar es la herramienta clave para el desarrollo pleno de la APS. Es decir, la APS es la estrategia y la Medicina Familiar la disciplina para realizarla. (6) Podemos decir entonces que el médico de familia y comunidad debe ser un experto en APS.

Para hacer efectiva y real la aplicación de la APS se requiere de recurso humano capacitado que domine la estrategia, es aquí donde el médico debe desarrollar el liderazgo que oriente las acciones del equipo de salud (10). El médico de familia y comunidad debe ser un líder y coordinador.

La OPS/OMS indica que en la formación médica de pregrado y posgrado debe: a) Fortalecer la educación altamente cualificada para mejores trabajadores, b) Desarrollar las nuevas competencias en salud además de las tecnológicas y productivas, c) Reconocer la creciente

internalización del mercado de formación y de la movilidad laboral, d) Introducir criterios de eficiencia y adecuación de la formación: nuevos mecanismos de regulación, e) Seleccionar los trabajadores mejor preparados para el “empleo”, d) Conectar perspectiva global y dimensión individual (calidad de vida/competencias/autonomía/prosperidad), e) Incorporar la visión: Atención Primaria de Salud, para lograr un impacto de sus contribuciones con respecto a las necesidades y problemas sociales (7).

La Agenda de Salud para las Américas establece un compromiso conjunto entre todos los países de la Región que responda a las necesidades de salud de la población y rescate los derechos humanos, la universalidad, la accesibilidad e inclusión, la equidad de salud y la participación social. Plantea diez áreas de acción: el fortalecimiento de la autoridad sanitaria, el abordaje de los determinantes sociales de la salud, el aprovechamiento de los conocimientos, la ciencia y la tecnología, el fortalecimiento de la solidaridad y la seguridad sanitaria, la disminución de las inequidades, la reducción de riesgos y carga de enfermedad, el aumento de la protección social, el acceso a los servicios de salud de calidad, el fortalecimiento de la gestión y el desarrollo de recurso humano en salud (5,8).

El Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos para la Salud del Área de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS, propone iniciar un esfuerzo conjunto con los países de la Región que permita redefinir la formación de los médicos en la Región, buscando una educación basada en la comunidad, con una orientación generalista, con contenidos de salud pública y salud familiar y comunitaria y fundamentalmente con un enfoque de atención primaria de salud, que permita al egresado el desarrollo de sólidas competencias técnicas y sociales, un pensamiento interdisciplinario y un comportamiento ético (5). La Medicina Familiar y Comunitaria está en el contexto estratégico de la OPS y de la Agenda de Salud para las Américas.

## MEDICINA FAMILIAR UNANECESIDAD

El informe de la OPS del 2011 sobre las Residencias médicas en América Latina se realizó a través del diligenciamiento de una encuesta y dos reuniones presenciales en las que participaron 14 países: Argentina, Bolivia, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, El Salvador, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana y Uruguay. La mayoría de los representantes de países participantes manifestaron la necesidad de aumentar el número de plazas de formación y empleo en medicina familiar y de seguir promoviendo el fortalecimiento de la APS fundamentalmente en los programas de formación de médicos de pregrado y en las especialidades básicas.

En el caso de Colombia, aparecen 19 especialidades con una duración de un año, que en realidad son sub-especialidades: Neuroradiología, ortopedia infantil, ortopedia oncológica, medicina del trabajo, radiología de cuerpo, radiología de trauma y urgencia, radiología intervencionista, rehabilitación oncológica, reproducción humana, anestesia cardiovascular y torácica, cirugía de la mano, cirugía dermatológica, cirugía ginecológica laparoscópica, cirugía plástica facial, cirugía plástica oncológica, eco cardiografía del adulto, glaucoma,

medicina crítica y cuidado intensivo (9). Las especializaciones de dos años de duración son aquellas en su mayoría de apoyo y gestión.

La Medicina Familiar en Colombia es una especialización que tiene una duración mínima de tres años como residencia médica (Tabla 1). Esta especialidad ha tenido una expansión importante en América Latina mediada por 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 (9).

**Tabla 1. Especialidades con duración de tres años en Colombia**

País	Especialidad
Colombia	*Anestesiología
	*Cirugía oncológica
	*Dermatología
	*Dolor y cuidados paliativos
	*Ginecología y obstetricia
	*Hematología y oncología clínica
	*Medicina de la actividad física y el deporte
	*Medicina de urgencias
	*Medicina estética
	*Medicina familiar
*Medicina física y rehabilitación	
*Medicina interna	
*Oftalmología	
*Patología	
*Pediatria	
*Psiquiatría	
*Toxicología clínica	

Modificada de: Residencias médicas en América Latina. Washington (DC): OPS; 2011. pág. 15.

Si comparamos el porcentaje de las plazas de medicina familiar (Tabla 2) encontramos que Colombia ocupa el último lugar en los países de la Región de las Américas, por detrás de Costa Rica 3%, Brasil 4%, Perú 5%, Chile 6%, El Salvador 9% y muy lejos de República Dominicana 12%, Paraguay 14%, Uruguay 16% y México 18%. En un caso hipotético, sin los contenidos curriculares de la medicina general integral de Cuba y la Salud familiar comunitaria intercultural de Bolivia fueran similares o sus objetivos en busca del bienestar de la población son similares a la Medicina Familiar en Colombia, estaríamos demasiado lejos de estos dos: Bolivia 24% y Cuba 69%. (9)

Tabla 2. Plazas de medicina familiar y plazas totales, por país, 2000 y 2010.

País	Año 2000			Año 2010		
	Plazas en 1° año de medicina familiar	Total de plazas disponibles	%	Plazas en 1° año de medicina familiar <sup>a</sup>	Total de plazas disponibles	%
Argentina	350	1500	23	349	3365	10
Bolivia	15	s/d	s/d	100	424	24
Brasil	s/d	s/d	s/d	505	11263	4
Chile	50	100	50	40	659	6
Colombia	30	300	10	17	852	2
Costa Rica	4	80	5	7	225	3
Cuba	2500	2500	100	3299	4801	69
El Salvador	8	260	3	14	158	9
Honduras	s/d	s/d	s/d	-	300	0
México	717	3200	22	1073	6122	18
Paraguay	10	s/d	s/d	43	306	14
Perú	12	550	2	66	1391	5
República Dominicana	17	400	4	84	683	12
Uruguay	10	184	5	40	246	16
<b>Total</b>	<b>3723</b>	<b>9074</b>	<b>41</b>	<b>5637</b>	<b>30795</b>	<b>18</b>
<b>a. Incluyen todas las vinculadas con APS y diferentes denominaciones.</b>						

Modificada de: Residencias médicas en América Latina. Washington (DC): OPS; 2011. pág. 28.

Al comparar el número y el porcentaje de plazas de medicina familiar en dos cortes de tiempo diferentes, años 2000 y 2010, evidenciamos que en Colombia se ha disminuido a casi la mitad el número de plazas y a una quinta parte el porcentaje total de la formación en medicina familiar. En Chile se observa la misma tendencia. A diferencia de países como El Salvador, Perú, República Dominicana y Uruguay en los que la tendencia fue el incremento tanto en el número como en el porcentaje de la plazas destinadas a Medicina Familiar. En México se observa un incremento en el 30% del número de plazas en medicina familiar para esta década y Paraguay cuadruplicó su número de plazas en sólo una década. En Colombia esto se puede explicar hasta el año 2011 por la ausencia de una política pública en Atención Primaria de Salud y la falta de una directriz gubernamental en la formación de talento humano en salud.

Los Estados miembros de la OMS y la ONU, se comprometieron a liderar y desarrollar el proceso de renovación de la APS con el fin último de mejorar la salud de la población y la equidad; realizar una evaluación de la situación del país y diseñar un plan de acción a 10 años para la implementación de un sistema de salud basado en la APS; garantizar el desarrollo de los recursos humanos necesarios para la implementación exitosa de la APS, incorporando el enfoque de equipos multidisciplinarios; fortalecer la participación a nivel local de los individuos y las comunidades en su conjunto en el sistema sanitario, al objeto de que el individuo, la familia y la comunidad tengan voz en la adopción de decisiones; los sistemas deben incluir acciones encaminadas hacia la promoción de la salud, la prevención de enfermedades e intervenciones basadas en la población para lograr la atención integral e integrada; incorporar prácticas y modalidades de atención primaria de salud en el perfeccionamiento de todos los niveles de los programas de adiestramientos educativos y continuos; la investigación en materia de sistemas sanitarios, la vigilancia y evaluación continuas, [...]. (10)

El proceso hacia la creación de un sistema de salud basado en la APS (SSBAPS) debe comenzar por el análisis de los valores sociales y por involucrar y hacer partícipes a los ciudadanos y a los encargados de tomar decisiones en la definición, articulación y priorización de los valores (11). Garantizar que los servicios de salud respondan a las necesidades de la población.

En la Declaración regional sobre las nuevas orientaciones de la APS, los países miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), donde Colombia es participe, se comprometieron a apoyar la atención primaria de salud, para lo cual la OPS/OMS y otros organismos internacionales de cooperación pueden contribuir al intercambio del conocimiento científico, al establecimiento de prácticas basadas en datos científicos, a la movilización de recursos y a mejorar la armonización de la cooperación internacional. De aquí se crea la necesidad de que los estados miembros movilicen recursos en la implementación de la APS, desde la estructura de los sistemas y servicios de salud hasta la formación del talento humano capaz de ejecutar la estrategia (12).

### **POLITICA DEL ESTADO COLOMBIANO EN APS**

En Colombia, la Ley 1438 de 2011 orienta el sistema general de seguridad social en salud hacia la APS. “Para esto concurrirán acciones de salud pública, promoción de la salud, prevención de la enfermedad y demás prestaciones que, en el marco de una estrategia de Atención Primaria en Salud, sean necesarias para promover de manera constante la salud de la población” (13).

La ley estatutaria sobre el derecho a la salud de junio de 2013, en Colombia, indica que tiene por objeto garantizar el derecho fundamental a la salud, regularlo y establecer sus

mecanismos de protección. Reconoce que el derecho fundamental a la salud es autónomo e irrenunciable en lo individual y en lo colectivo. Incluye el acceso a las actividades de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y paliación para todas las personas. Determina sujetos de especial protección que incluye la atención de niños, niñas y adolescentes, mujeres embarazadas, [..], su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención. Por último describe que el Estado deberá establecer una política de Innovación, Ciencia y Tecnológica en salud, orientada a la investigación y generación de nuevos conocimientos en salud, la adquisición y producción de las tecnologías, equipos y herramientas necesarias para prestar un servicio de salud de alta calidad que permita el mejoramiento de la calidad de vida de la población (14).

Como estrategia para superar estas limitaciones y reducir las brechas de desigualdades evitables, el país adoptó la APS, a través de la Ley 1438 de 2011, que busca i) articular las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con una atención integral, integrada y continua basada en las necesidades y potencialidades de la población, ii) vincular las acciones intersectoriales para impactar los determinantes sociales de la salud, con una orientación familiar y comunitaria, que promueve la participación social y comunitaria, y iii) el enfoque de la gestión territorial. (1) La formación del médico de familia y comunidad debe responder a estos literales.

## EL APOYO DEL ESTADO A LA MEDICINA FAMILIAR

Países como Perú, Ecuador, Venezuela, Bolivia, Panamá, Paraguay, Uruguay tienen programas de posgrado de iniciativas locales, con experiencias buenas sin una clara determinación política para impulsar un modelo basado en la medicina familiar como puerta de entrada en el modelo de atención (15). A 2014, Colombia cuenta con una política clara de formación de Talento Humano en Salud que garantiza la transformación del modelo de atención y prestación de servicios de salud hacia uno basado en APS, se llama Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar, cuenta también con el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en concordancia con las directrices internacionales en APS.

De igual manera se cuenta con un currículo nuclear para todos los programas de Medicina Familiar del país fruto de un proceso y trabajo en equipo de seis programas de postgrado de Medicina Familiar con el apoyo y coordinación del Grupo de Talento Humano del Ministerio de Salud y Protección Social.

La Asamblea de Boyacá por medio de la ordenanza 023 de 2010 adopta el modelo de atención primaria en salud con enfoque en salud familiar, como política pública para el departamento de Boyacá, en la que se toman todos los aspectos contemplados en la APS renovada del 2007. Respecto del apoyo económico a las especializaciones médicas, Colombia es el único país de la región de las Américas en el que los médicos titulados que ingresan a cualquier postgrado o especialización médica prioritaria en Atención Primaria de Salud como lo son medicina familiar, pediatría, medicina interna, gineco-obstetricia, cirugía, anestesiología y psiquiatría,

son vistos en el sistema de salud sólo como estudiantes y no como médicos en pleno ejercicio de su profesión a pesar de que durante toda su formación postgraduada ejercen y asumen dicha responsabilidad (9). Es necesario realizar el pago mensual al médico en formación postgraduada como a cualquier médico en ejercicio pleno de su profesión, no créditos ni becas parciales ni “incentivos” que desconocen la responsabilidad que asume el profesional. Este pago mensual permitirá al médico en formación postgraduada el desarrollo de todas sus capacidades en beneficio de la comunidad, y no tengan que verse avocados a realizar otras actividades extracurriculares, como trabajos ocasionales u otros con el fin de conseguir su manutención. Este tipo de apoyo económico no es de extrañar ya que en los demás países de la región de las Américas, el médico en formación postgraduada goza de este apoyo económico para concentrarse exclusivamente en su formación.

### COHERENCIA DE LA ESPECIALIZACION CON EL PREGRADO DE LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UPTC

La Escuela de Medicina de la UPTC fue creada por ley de república de Colombia, la Ley 50 de 1986 indica: Autorízase al Gobierno Nacional para que por intermedio del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (ICFES) organice un programa de *medicina con orientación comunitaria*, adscrito a la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, con sede en Tunja, [...]. (16). Desde su creación contempla la comunidad como parte de su accionar profesional.

La APS es el énfasis de la Escuela de Medicina de la UPTC. Siendo la APS el campo de acción de la medicina familiar y esta última la disciplina que permite realizarla, la formación en Medicina Familiar y Comunitaria es completamente coherente con el pregrado de Medicina de la UPTC.

La estrategia de APS desarrollada de forma planeada se convierte en un proceso de transformación social. Como lo indica la misión y la visión de medicina en la UPTC, le corresponde a la academia liderar procesos efectivos y equitativos de transformación social, con innovación permanente fundamentada en el avance científico, en la investigación biológica y social, y en la interacción con la comunidad (17). En este sentido corresponde a la academia formar capital humano e intelectual capaz de liderar la APS.

La especialización en Medicina Familiar y Comunitaria de la UPTC se postula para llevar a la práctica la aplicación e integración de las habilidades investigativas, comunitarias, clínicas y administrativas que la APS y las comunidades demandan del accionar médico.

Desde el pregrado se busca la formación holística e integral de los futuros profesionales, sin embargo en el medio laboral coexisten visiones fragmentadas de la medicina y del quehacer médico. Esta especialización le apuesta a eliminar los tres signos de la medicina fragmentada: agnosia social, afasia comunitaria y apraxia clínico-social. *Agnosia social*: pérdida de la

capacidad para reconocer los efectos que los procesos sociales tienen sobre las personas, familias y comunidades; también indica la incapacidad de aprender sobre estos procesos. *Afasia comunitaria*: pérdida de la capacidad para comprender las demandas reales de la comunidad y de producir un lenguaje que la comunidad comprenda para lograr el efecto deseado. *Apraxia clínico-social*: pérdida de la capacidad para integrar la praxis clínica con las demandas reales de la comunidad (18).

## MEDICINA FAMILIAR, DEFINICIONES

### **“Residencia médica para la APS, la especialidad de Medicina de Familia y Comunidad:**

El perfil del profesional médico adecuado para la APS fue discutido en la I Cumbre Iberoamericana de Medicina de Familia y Comunidad. La Declaración de Sevilla, resultante de este encuentro, afirma que “desde hace años se viene demostrando que médicos bien formados y entrenados en su práctica de APS son más efectivos y más eficientes que otros especialistas para la prestación de las funciones propias de la APS. También se ha evidenciado que la medicina de APS, la Medicina de Familia y Comunidad, debe tener sus tareas perfectamente definidas, con un conjunto de conocimientos, actitudes y habilidades que le son propias”. La Asociación Mundial de Médicos de Familia refuerza que “los médicos de familia son médicos especialistas entrenados en los principios de su disciplina”. El reconocimiento de esta especialidad médica es crucial para la construcción de un sistema basado en la Atención Primaria de Salud, porque define un campo de actuación, provee credibilidad al área y la torna respetable como opción de carrera médica.” (19).

La formación médica orientada a la APS, debe iniciar en el pregrado y continuar en el postgrado, siendo complementario y sinérgicos el uno con el otro. Es así como la Escuela de Medicina de la UPTC con su énfasis en APS, hoy veinte años después le apuesta a ese complemento y sinergia con la especialización en Medicina Familiar y Comunitaria en coherencia con sus fundamentos, con su propósito y en concordancia con los lineamientos de los organismos internacionales y del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia.

La Medicina Familiar, de acuerdo con la American Academy of Family Physicians, es una especialidad médica que proporciona cuidado y atención sanitaria continua e integral a la persona y la familia. Es la especialidad que integra las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento. El ámbito de la Medicina Familiar abarca todas las edades, sexos, cada uno de los sistemas orgánicos y todas las enfermedades (20).

La Medicina Familiar como campo de acción a nivel social y en los servicios de salud, tiene entre otras las siguientes características: i) Comprensión y abordaje integral y especializado de las personas, familias y comunidades con enfoque humanístico y de ciclo vital, ii) Compromiso con la calidad de vida de la población, destacando el enfoque diferencial, iii) Humanización de los procesos de cuidado de la salud, iv) Gestión y articulación de servicios individuales y colectivos, v) Participación y liderazgo en el diseño, implementación y seguimiento de las acciones de los equipos interdisciplinarios, vi) Articulación y transformación de los procesos de educación de los médicos generales y especialistas. (1)

En el año 2002 la WONCA define la especialización (21): a. La Medicina Familiar es el primer punto de contacto con el sistema de salud, otorgando acceso ilimitado a sus usuarios, atendiendo todos sus problemas de salud independiente de la edad, el sexo, o cualquier otra característica de la persona en cuestión. b. Realiza un uso eficiente de los recursos sanitarios a través de la coordinación del cuidado de salud. c. Utiliza un enfoque centrado en la persona, orientado al individuo, su familia y su comunidad. d. Genera una relación en el tiempo, a través de la comunicación efectiva entre el médico y su paciente. e. Es responsable de la provisión de un cuidado de salud continuo de acuerdo a las necesidades de los pacientes. f. Asume los problemas de salud agudos y crónicos de sus pacientes, así como las enfermedades en etapas tempranas de su desarrollo.

### **Medicina comunitaria, preventiva, social y salud pública:**

Las distintas modalidades de estructura académica en medicina familiar son: departamentos de medicina familiar, o unidades de medicina familiar adscritas a departamentos de salud pública, comunitaria o medicina preventiva (22).

**Medicina comunitaria:** desde la teoría de los sistemas y del pensamiento complejo, al decir comunitaria nos referimos a todos aquellos componentes que rodean al individuo (ontosistema) y a su familia (microsistema), y que definen su bienestar. Estos componentes son: el mesosistema (políticas públicas locales y los actores locales), el exosistema (políticas públicas nacionales y actores nacionales) y el macrosistema (concepción epistemológica, bioética y humanismo, ecología y medio ambiente, problemas prevalentes e intersectorialidad, derechos humanos y políticas, salud pública y economía).

“El término *“medicina preventiva”* ha sido definido en diferentes formas: en su acepción más limitada, como “aquella parte de la medicina cuyo objeto es evitar y prevenir la ocurrencia de la enfermedad”, y en su acepción más amplia, como las acciones médicas destinadas a “evitar la ocurrencia de la enfermedad, interrumpir el curso de la misma en cualquier etapa de su desarrollo, prolongar la vida y promover la salud y la eficacia física y mental”. Según esta última definición, de Leavell y Clark, medicina preventiva es medicina (23).

“Algunos autores definen la *medicina social* [...] como “la rama de la medicina que se ocupa de las relaciones recíprocas que existen entre la enfermedad y la salud y las condiciones económicas y sociales de los grupos humanos” (23).

“*La salud pública* ha sido definida como la organización y dirección de los esfuerzos colectivos para proteger, fomentar y reparar la salud” (23). Es multidisciplinaria al utilizar ramas del conocimiento como las ciencias biológicas, conductuales, sanitarias y sociales. Es aquí donde se relaciona y le aporta a la medicina familiar y comunitaria.

Hoy el médico clínico debe trabajar en conjunto con las organizaciones de salud de la comunidad. La especialización en Medicina Familiar y Comunitaria de la UPTC reconoce e incentiva la relación y el trabajo conjunto del médico - clínico por excelencia - con el individuo, la familia, los grupos poblacionales específicos y la comunidad.

A 2014, Colombia cuenta con un currículo nuclear que compone el 70% del currículo para todos los programas de Medicina Familiar del país, fruto del trabajo en equipo de los expertos en la especialidad con el apoyo y coordinación del Grupo de Talento Humano del Ministerio de Salud y Protección Social. Dentro del currículo de cada programa queda un 30% de autonomía universitaria. La especialización en Medicina Familiar y Comunitaria de la UPTC integra los aportes de la medicina comunitaria, medicina preventiva, medicina social y de la salud pública con el fin de brindar herramientas a los residentes para un adecuado desempeño profesional.

### **VENTAJAS Y CUALIDADES DE LA MEDICINA FAMILIAR**

A continuación, se señala un breve recuento de las ventajas y cualidades de la medicina familiar (15):

- Está más cercana a las personas y a las comunidades.
- Está atenta a la biografía de cada individuo. Permite una mayor interrelación entre médico y paciente y un mayor respeto a la autonomía del paciente para que tome parte en las decisiones acerca de su salud, la enfermedad y los procesos diagnósticos y terapéuticos, acompañado de su entorno familiar.
- Recupera el papel tan importante del Médico Familiar y soluciona la mayoría de las inquietudes y los problemas de salud comunes en la población. Tiene un efecto determinante positivo en la salud pública y privada.
- Remite casos o situaciones, que así lo requieran, a niveles superiores de complejidad con mayores recursos tecnológicos y organizacionales para su atención.
- Descongestiona estos niveles en la atención primaria.
- Recupera algunos de los fines tradicionales de la medicina, al incorporar los nuevos conocimientos aportados por la investigación biomédica y aplicarlos en los niveles primarios de la atención de la salud.

### **UN NUEVO ENFOQUE DE LA APS: LOS DESAFÍOS DEL MEDICO DE FAMILIA Y COMUNIDAD, LAS DEMANDAS REALES DE LA POBLACION**

En la Región de las Américas se ha logrado un progreso importante en el campo de la salud y del desarrollo humano. Los valores medios de los indicadores de salud han mejorado en casi todos los países: la mortalidad infantil se ha reducido en casi un tercio; la mortalidad por todas las causas ha disminuido en un 25% en términos absolutos; la esperanza de vida ha aumentado una media de seis años; las muertes por enfermedades transmisibles y afecciones del sistema circulatorio se han reducido en un 25% y la mortalidad perinatal ha descendido en un 35%. No obstante, aún persisten desafíos considerables que el médico de familia y comunidad debe abordar en su ejercicio profesional: algunas enfermedades infecciosas, como la tuberculosis, continúan siendo importantes problemas de salud; la infección por el

VIH/SIDA es una amenaza continua en casi todos los países de la Región, y están aumentando las enfermedades no transmisibles. Además, la Región ha experimentado cambios económicos y sociales generalizados que han tenido gran repercusión en la salud. Estas transformaciones incluyen aspectos como el envejecimiento de la población, los cambios en la dieta y la actividad física, la difusión de la información, la urbanización, y el deterioro de las estructuras sociales y los sistemas de apoyo, todo lo cual, directa o indirectamente, ha condicionado una serie de problemas de salud como la obesidad, la hipertensión y las enfermedades cardiovasculares, el aumento de los traumatismos y la violencia, los problemas relacionados con el consumo de alcohol, tabaco y drogas, y la constante amenaza de desastres naturales y de infecciones emergentes” (10).

La Asamblea Departamental de Boyacá, a través de la Ordenanza 023 de 2010, adoptó la Atención Primaria de Salud como estrategia que permite el cuidado de la salud de los boyacenses. (24) Según los indicadores básicos en salud 2011, Boyacá ha pasado de una mayor población menor de 5 años a una población adolescente, joven y adulta, lo que incide en los índices de envejecimiento dando un cambio en la estructura poblacional. Para el periodo 2010-2015 según el DANE, la esperanza de vida al nacer en Boyacá para un hombre es de 72 años y para una mujer es de: 78 años (25). Las condiciones de vida en Boyacá reflejan la realidad de las inequidades en salud, las cuales no pueden abordarse sin tener en cuenta las desigualdades sociales.

Boyacá viene mejorando en el índice de desnutrición crónica (DNTC) a nivel nacional. Paso de ser el segundo departamento con los índices más altos de desnutrición crónica en el 2005 con el 30,9 %, al octavo puesto con el 16,2 % hasta el 2011. Sin embargo esta prevalencia es mayor a la nacional (13,2%). La DNTC fue más prevalente en niños que en niñas, en área rural el 17% y urbano 11,6% y mayor en hijos de mujeres sin educación (31,3%) que con educación superior (7,8%) (25). Para el año 2010 se realizaron 89.436 dictámenes de violencia intrafamiliar, (27.954 más que en el 2005), de los cuales el 64,7 % corresponden a violencia de pareja y el 15,3% a maltrato a niños, niñas y adolescentes (25). Según el censo del 2005, Boyacá tiene una prevalencia del 8,7 % de la población con limitaciones permanentes, así existían para el 2005 108.121 personas con alguna limitación (25).

Para el 2011 se han notificado según el SIVIGILA 72 casos de VIH/SIDA por cada 100.000 habitantes de Boyacá, 55 casos para hombres y 17 mujeres (41.1% gestantes), es decir una relación de 4:1. Anteriormente era de 2:1, donde más se presenta es el grupo de edad de 20 a 24 años (25).

A continuación mostraremos los grupos de causas de defunción en hombres, mujeres y maternas en el departamento de Boyacá a 2009, así como las primeras diez causas de morbilidad en los servicios de consulta externa, hospitalización y urgencias en el departamento de Boyacá a 2010, a las cuales el médico de familia y comunidad debe buscar soluciones efectivas y equitativas que transformen positivamente dicha realidad.

**Tabla 3. Defunciones por sexo, según residencia y grupos de causas de defunción, Boyacá hombres 2009**

GRUPO DE CAUSAS DE DEFUNCION (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	TOTAL HOMBRES	%
TOTAL	6088	3347	55%
303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	917	504	15,1%
605 ENFERMEDADE CRONICAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	477	243	7,3%
307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	516	241	7,2%
302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	327	159	4,8%
501 ACCIDENTES TRANSPORTE TERRESTRE, INCLUSIVE SECUELAS	194	153	4,6%
201 TUMOR MALIGNO DEL ESTOMAGO	217	143	4,35%
512 AGRESIONES (HOMICIDIOS) , INCLUSIVE SECUELAS	163	141	4,2%
611 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	256	130	3,9%
109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	201	112	3,3%
306 INSUFICIENCIA CARDIACA	190	93	2,8%

Fuente: Indicadores Básicos en Salud, Boyacá 2011. pág. 21.

**Tabla 4. Defunciones por sexo, según residencia y grupos de causas de defunción, Boyacá mujeres 2009**

GRUPO DE CAUSAS DE DEFUNCION (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	TOTAL MUJERES	%
TOTAL	6088	2741	45 %
303 ENFERMEDADES ISQUEMICAS DEL CORAZON	917	413	15,1 %
307 ENFERMEDADES CEREBROVASCULARES	516	275	10,0 %
605 ENFERMEDADE CRONICAS VIAS RESPIRATORIAS INFERIORES	477	234	8,5 %
302 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS	327	168	6,1 %
611 OTRAS ENFERMEDADES DEL SISTEMA DIGESTIVO	256	126	4,6 %
616 RESIDUO	167	108	3,9 %
601 DIABETES MELLITUS	157	101	3,7 %
306 INSUFICIENCIA CARDIACA	190	97	3,5 %
109 INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS	201	89	3,2 %
213 RESIDUO DE TUMORES MALIGNOA	155	77	2,8 %

Fuente: Indicadores Básicos en Salud, Boyacá 2011. pág. 22.

**Tabla 5. Defunciones maternas, por grupos de edad, según departamento de residencia y grupos de causa de defunción, Boyacá 2009**

GRUPOS DE CAUSAS DE DEFUNCION (LISTA DE CAUSAS AGRUPADAS 6/67 CIE-10 DE OPS)	TOTAL	%	10-14 AÑOS	15-19 AÑOS	20-24 AÑOS	25-29 AÑOS	30-34 AÑOS	35-39 AÑOS	40-44 AÑOS
TOTAL	14	100	0	1	4	6	1	0	2
EDEMA, PROTEINURIA Y TRSTORNOS	4	28,6	0	1	1	1	0	0	1

HIPERTENSIVOS EN EL EMBARAZO, EN EL PARTO Y EL PUERPERIO (O10 -O16)									
COMPLICACIONES DEL TRABAJO DEL PARTO Y DEL PARTO (060-075)	4	28,6	0	0	0	2	1	0	1
COMPLICACIONES PRINCIPALMENTE RELACIONADAS CON EL PUERPERIO (085-092)	1	7,1	0	0	0	1	0	0	0
OTRAS AFECCIONES OBSTETRICAS NO CLASIFICADAS EN OTRA PARTE (095-099)	5	35,7	0	0	3	2	0	0	0

Fuente: Indicadores Básicos en Salud, Boyacá 2011. pág. 24.

**Tabla 6. Diez primeras causas de morbilidad en consulta externa, Boyacá 2010**

No	CODIGO	DESCRIPCION	No	%
1	Z000	Examen médico general	9121	3,96
2	I10x	Hipertensión esencial (primaria)	6170	2,86
3	Z001	Control de salud de rutina del niño	5653	2,45
4	R688	Otros síntomas y signos generales especificados	4204	1,82
5	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	4193	1,82
6	N40x	Hiperplasia de la próstata	3577	1,55
7	Z719	Consulta no especificada	3394	1,47
8	N300	Infección de vías urinarias	3282	1,42
9	Z348	Supervisión de otros embarazos normales	3175	1,38
10	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	054	1,33

Fuente: Indicadores Básicos en Salud, Boyacá 2011. pág. 26.

**Tabla 7. Diez primeras causas de morbilidad en hospitalización, Boyacá 2010**

No	CODIGO	DESCRIPCION	No	%
1	I500	Insuficiencia cardíaca congestiva	741	4
2	N390	Infección de vías urinarias	691	3,73
3	J449	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	551	2,97
4	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	500	2,7
5	J189	Neumonía, no especificada	486	2,62
6	J180	Bronconeumonía .no especificada	458	2,47
7	Z749	Problemas no especificados, relacionado con dependencia del prestador de servicios	361	1,95
8	J159	Neumonía bacteriana no especifica	330	1,78
9	K922	Hemorragia gastrointestinal, no especifica	297	1,6

10	I10X	Hipertensión esencial (primaria)	289	1,56
----	------	----------------------------------	-----	------

Fuente: Indicadores Básicos en Salud, Boyacá 2011. pág. 27.

**Tabla 8. Diez primeras causas de morbilidad en urgencias, Boyacá 2010**

No	CODIGO	DESCRIPCION	No	%
1	R104	Otros dolores abdominales y los no especificados	854	5,87
2	R509	Fiebre, no especificada	771	5,3
3	A09X	Diarrea y gastroenteritis de presunto origen infeccioso	493	3,39
4	N390	Infección de vías urinarias , sitio no especificado	315	2,16
5	R51X	Cefalea	253	1,74
6	Z321	Embarazo confirmado	210	1,44
7	0200	Amenaza de aborto	195	1,34
8	R101	Dolor abdominal localizado en parte superior	189	1,3
9	I10X	Hipertensión esencial, primaria	189	1,3
10	O623	Trabajo de parto precipitado	177	1,22

Fuente: Indicadores Básicos en Salud, Boyacá 2011. pág. 27.

Todo lo anterior hace notar la necesidad de que en el departamento de Boyacá se tengan datos con cortes semestrales o anuales de la situación de salud y que estos datos sean de circulación a los grupos de investigación y sean estos grupos en conjunto con los entes gubernamentales quienes estructuren las estrategias de abordaje, las lleven a campo, verifiquen su efectividad y realicen los ajustes correspondientes a las políticas y a la gestión. El médico de familia y comunidad en el territorio donde se encuentre deberá detallar el perfil epidemiológico de las familias y comunidades que tenga a su cargo así como las características del territorio y de las interacciones entre los actores.

La metodología de educación de estos médicos de familia y comunidad debe desarrollar en ellos competencias adecuadas al perfil epidemiológico de la población. Se debe privilegiar los enfoques fisiopatológico y de riesgo para establecer las características del entorno del paciente, que incidan en el pronóstico (26).

Los problemas prevalentes en la población son aquellos que afectan su calidad de vida, la satisfacción de las necesidades básicas y funcionales, la seguridad, la esfera emocional del ser humano y por ende el desarrollo del potencial de cada miembro de la comunidad (Tabla 9). Ameritan un esfuerzo intersectorial para dar una solución efectiva. Estos problemas prevalentes hacen que el médico de familia y comunidad use todos los elementos, principios y valores de un Sistema de Salud Basados en APS(SSBAPS).

**Tabla 9. Problemas prevalentes e intersectorialidad**

## PROBLEMAS PREVALENTES E INTERSECTORIALIDAD

Pobreza	Toxicidad de los plaguicidas utilizados en Colombia y su efecto en la salud y el medio ambiente.
Necesidades Básicas Insatisfechas	Medio ambiente y ecología: Deterioro y destrucción, medio ambiente y ruralidad, medio ambiente y urbanismo.
Acceso a agua potable, alcantarillado, gas natural, electricidad e internet.	Parques, ambientes saludables de recreación y distracción.
Inequidades en salud: acceso geográfico, déficit de servicios de salud, calidad en la prestación de los servicios de salud.	Pandillas y Tribus urbanas.
Educación: acceso geográfico, déficit de instituciones educativas, déficit de estrategias para garantizar la educación, educación y ruralidad, calidad en la educación. Analfabetismo.	Depresión y suicidio.
Desempleo, oportunidades, hacer empresa.	Abuso de sustancias psicoactivas y drogadicción
Violencia: Maltrato infantil, Violencia intrafamiliar, Violencia sexual, Violencia contra la mujer.	Delincuencia e inseguridad
Conflicto armado y proceso de paz.	Accidente de tránsito y Seguridad vial
	Trauma

Autores: Guzmán M; Pérez F; Castillo J.; Parra J., Marzo 2014

La demanda real es aquella que se hace presente en las poblaciones en las que los individuos pueden identificar una necesidad específica de salud o de atención que requiere una respuesta del sistema de salud ya sea institucional u otras opciones que tengan los sistemas de salud. La demanda real no se concreta porque la mayoría de veces los sistemas de salud no tienen la capacidad de proveer servicios (27). En Boyacá, el programa de APS inicio en 2013 con el trabajo de los equipos multidisciplinarios en los diferentes territorios sociales, sin embargo tiene la limitación en la participación activa de la población para identificar las demandas reales. Esta especialidad brinda al médico y a los equipos de salud las herramientas necesarias para identificar estas demandas.

Todos los problemas mencionados en los párrafos anteriores, constituyen las demandas reales de la población, seguramente faltarán más según el contexto en el que nos encontremos; algunas de ellas son necesidades sentidas de la población, otras tienen mayor importancia para los profesionales, algunas de estas demandas ya están parcialmente resueltas por el sistema de salud pero con falencias en la gestión clínica y sanitaria, otras no las contempla el sistema de salud colombiano sino que están definidas como parte de la protección social o de otros sectores. Los SSBAPS a través de sus valores, principios y elementos, contemplan la protección social y los demás sectores involucrados en las demandas reales de la población. Colombia de forma estratégica a través de los médicos de

familia y comunidad, teniendo como proyecto piloto a Boyacá, busca transformar el sistema de salud hacia un SSBAPS centrado en la familia y la comunidad. Esto significa que el médico de familia y comunidad dada su responsabilidad de ser el ejecutor de la APS en los territorios, deben abordar las demandas reales de la población independientemente del sector al que tenga que ir a gestionar junto con la comunidad la solución de estas demandas.

### **APS RENOVADA: FAMILIA Y COMUNIDAD**

El documento de posición sobre la Renovación de la APS plantea que el propósito de la renovación es “revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes; afrontar los nuevos desafíos de la salud y mejorar la equidad. El objetivo último de un esfuerzo de esta naturaleza es lograr mejoras sostenibles de salud para toda la población”.

(10)

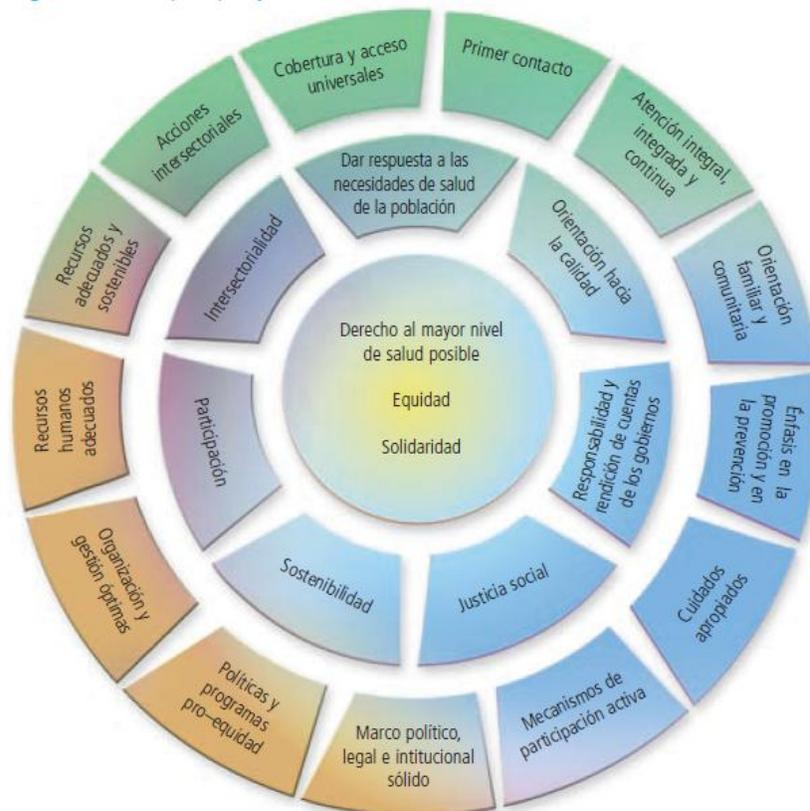
La renovación de la APS exige prestar más atención a las necesidades estructurales y operativas de los sistemas de salud tales como el acceso, la justicia económica, la adecuación y sostenibilidad de los recursos, el compromiso político y el desarrollo de sistemas que garanticen la calidad de la atención. El mecanismo propuesto para la renovación de la APS es la transformación de los sistemas de salud, de modo que la APS desempeñe en ellos un papel central. La reorientación de los Sistemas de Salud hacia la APS requiere un mayor énfasis en la promoción y la prevención y garantizando el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción. (10)

### **SISTEMA DE SALUD BASADO EN APS: EL ENTORNO DEL MEDICO DE FAMILIA Y COMUNIDAD**

Operativizar y hacer efectiva la APS en cualquier país de las Américas es una necesidad. Pasar del discurso a las acciones concretas respaldadas con un sólido marco legal, institucional y organizativo, además de recursos humanos, económicos y tecnológicos adecuados y sostenibles. La forma de lograrlo fue diseñar un modelo de sistema de salud que a través de valores principios y elementos contemplara todos los puntos necesarios para lograr ese ideal posible de salud de Alma Ata. Esta es la forma de operativizar la APS en las Américas, modelo que se adoptó para todo el mundo. Reconoce que la APS es algo más que la prestación de servicios de salud en sentido estricto: su éxito depende de otras funciones del sistema de salud y de otros procesos sociales (10).

Se define un sistema de salud basado en la APS (SSBAPS) como un enfoque amplio de la organización y operación de los sistemas de salud, que hace del derecho a alcanzar el mayor nivel de salud posible su principal objetivo, al tiempo que maximiza la equidad y la solidaridad del sistema (Figura 1). Tiene además principios y elementos definidos que permiten su implementación. Los sistemas de salud basados en la APS son la mejor estrategia para promover mejoras equitativas y sostenibles en la salud de los pueblos de las Américas (10).

**Figura 1. Valores, principios y elementos esenciales en un SSBAPS**

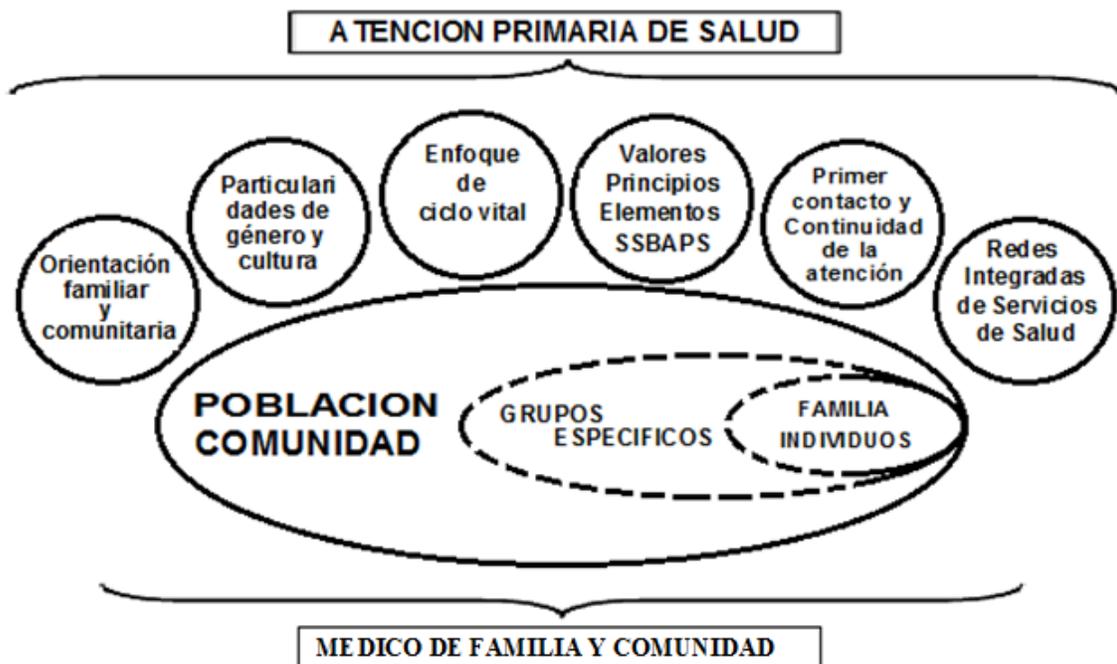


Fuente: La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington (DC): OPS; 2007. pág. 9.

Colombia, como país participante de la OPS/OMS, adopta la estrategia de APS como Política Pública con la Ley 1438 de 2010 e inicia una serie de ajustes al interior del sistema de prestación de servicios y de la formación del talento humano en salud para hacer real esta estrategia. En cuanto a la formación de Talento Humano en Salud adopta los lineamientos de la OPS/OMS en Medicina y Salud familiar a través del Programa Nacional de Medicina y Salud familiar y comunitaria. Siendo estos profesionales quienes lideren y coordinen la transformación del sistema de salud colombiano hacia uno basado en APS. Boyacá es piloto para dicha transformación y Medicina Familiar y Comunitaria el eje académico para lograrlo. La población sujeto del médico de familia y comunidad son las personas, familias y comunidades que tiene a su cargo. Debe orientarse a la familia y la comunidad; incorporar el enfoque de ciclo de vida; tener en cuenta las consideraciones de género y las particularidades

culturales; y fomentar el establecimiento de redes de atención de salud y la coordinación social que vela por la continuidad adecuada de la atención (10).

Figura 2. Población sujeto del médico de familia y comunidad



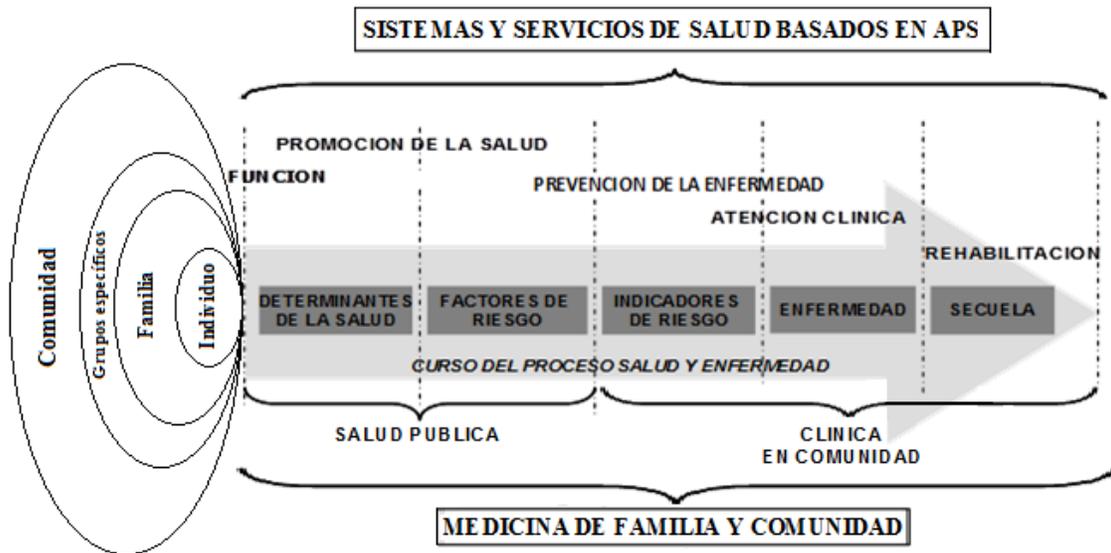
SSBAPS: Sistemas de Salud Basados en APS

Modificado por: Guzmán M. Octubre 2013. Modificado de: Lucumí D..Documento Medicina Preventiva UPTC, "observaciones no publicadas", 2007.

Este especialista pondrá énfasis en la calidad y el mejoramiento continuo, en el desarrollo de competencias apropiadas para la APS y el trabajo con los equipos multidisciplinares, y la promoción de la investigación. (5)

El departamento de Boyacá carece de un sistema de salud que garantice la atención integral, integrada y longitudinal de las personas, familias y comunidades. La población boyacense requiere médicos que estén en contacto directo con la población, conozcan su realidad, que su campo de acción este más allá de los hospitales, se sumerjan en las familias y comunidades del área de influencia y transformen positivamente dicha realidad.

Figura 3. Campos de acción del médico de familia y comunidad



Modificado por: Guzmán M. Octubre 2013. Modificado de: Lucumí D. Documento Medicina Preventiva UPTC, "observaciones no publicadas", 2007.

El campo de acción del médico de familia y comunidad en el proceso salud enfermedad involucra la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención clínica (incluyendo el cuidado paliativo) y la rehabilitación en comunidad, integrando la clínica y la salud pública, tomando la gestión como herramienta útil en la estructuración de sistemas y servicios de salud basados en APS que respondan a las demandas reales de las personas, familias, grupos poblacionales específicos y las comunidades.

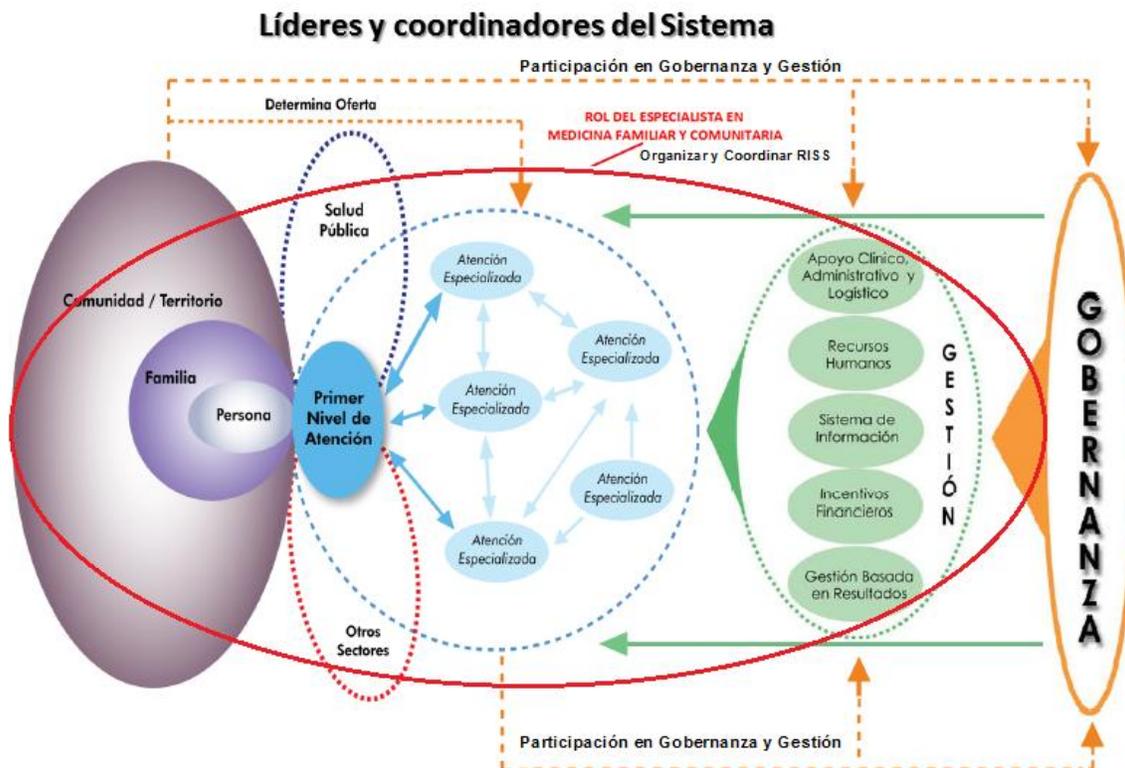
El índice de ruralidad en Boyacá es del 32% (28), lo cual indica que el médico de familia y comunidad debe ser diestro en el uso de herramientas para el abordaje de población rural.

### ROL DEL MEDICO DE FAMILIA Y COMUNIDAD EN UN SSBAPS

Cuando se hablamos de Atención Primaria de Salud, se hace referencia a: los objetivos de la declaración del milenio, sistemas de salud, redes integradas de prestación de servicios de salud, atención orientada a la calidad, talento humano capacitado para desarrollarla, conocimiento y participación de la comunidad. Aquí el médico tiene la función de integrar todo esto en la atención de individuos, familias y comunidades. Es por ello que la APS requiere en el mundo entero, la formación del talento humano con las habilidades clínicas,

investigativas, administrativas y comunitarias y el perfil de un médico que las integre y sea el ejecutor de la estrategia.

Figura 4. Rol del médico de familia y comunidad en el SSBAPS



**Contexto:** tipo de sistema de salud, nivel de financiamiento, marco legal y regulatorio, capacidad de rectoría de la autoridad sanitaria, disponibilidad de recursos humanos, físicos y tecnológicos, etc. Modificado por: Guzmán M. Octubre 2013 Modificado de dos fuentes: 1) "Nuevas Perspectivas del Sistema General de Seguridad Social en Colombia a partir de la Reforma a la Salud", Panel: Reforma en Salud, reglamentación y aplicación, pág. 13 Facultad Nacional de Salud Pública. 2) "Redes Integradas de Servicios de Salud: Conceptos, Opciones de Política y Hoja de Ruta para su Implementación en las Américas", pág. 51, Representación gráfica de los atributos esenciales de las RIS S, Washington, D.C.: OPS, © 2010.

Los procesos de reorganización, gestión, análisis y atención que acompañan a la APS y los ajustes a los servicios, requieren un talento humano que pueda aportar eficazmente habilidades y competencias relevantes y pertinentes para el desarrollo de este modelo de prestación de servicios. Esto implica un proceso sistemático de formación y cualificación del talento humano que le permita apropiarse e implementar la estrategia de APS, no solo para mejorar su capacidad resolutoria, sino además, para cumplir la función de articulador de las acciones del sistema. Es aquí donde el Ministerio considera de vital importancia el posicionamiento de la Medicina Familiar y el rol de liderazgo de los Médicos Familiares y profesionales formados con el enfoque de salud familiar (1).

El médico de familia y comunidad cumple un rol fundamental en la organización y coordinación de las redes integradas de servicios de salud. Por ello su formación es en todos los niveles de exigencia del sistema desde la formación clínica hasta el entendimiento del contexto y condiciones de vida de la comunidad o población y formulación de políticas públicas y direccionamiento del sistema. El médico de familia y comunidad está al mismo nivel del ejercicio de una especialidad clínica básica pero a diferencia de estas, es mucho más costo efectivo por sus intervenciones en cada punto del sistema. Le agrega valor al sistema de salud porque hace gestión del conocimiento.

La gestión del conocimiento que plantea la especialidad es un modelo deductivo - inductivo, que inicia con la exploración de la realidad e identificación de las necesidades sentidas y la demanda real en la población, a partir de lo cual genera una hipótesis, una teoría de las causas, consecuencias, actores y posibles soluciones, luego busca el razonamiento y los estudios previos que apoyan dicha hipótesis y regresa a la realidad para verificar si dicho conocimiento (hipótesis, teoría, razonamiento y estudios previos) contribuye a la transformación positiva de dicha realidad en la comunidad.

#### **EL MEDICO DE FAMILIA Y COMUNIDAD, LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD**

“Un nuevo examen de los determinantes fundamentales de la salud y del desarrollo humano ha llevado al convencimiento creciente de que la salud debe ocupar un lugar central en la agenda para el desarrollo. El mayor apoyo a la salud se refleja en la manera en que se ha venido definiendo el desarrollo: si en tiempos pasados se consideró exclusivamente como un contribuyente al crecimiento económico, ahora la visión predominante es multidimensional y se fundamenta en el concepto de desarrollo humano. Este nuevo enfoque parte del reconocimiento de la salud como una capacidad humana básica, un requisito para que los individuos realicen sus proyectos de vida, un elemento indispensable en la construcción de las sociedades democráticas y un derecho humano” (10)

“El desarrollo humano es mucho más que el crecimiento o caída de los ingresos de una nación. Busca garantizar el ambiente necesario para que las personas y los grupos humanos puedan desarrollar sus potencialidades y así llevar una vida creativa y productiva conforme con sus necesidades e intereses. Esta forma de ver el desarrollo se centra en ampliar las opciones que tienen las personas para llevar la vida que valoran, es decir, en aumentar el conjunto de cosas que las personas pueden ser y hacer en sus vidas. Así el desarrollo es mucho más que el crecimiento económico, este es solo un medio - uno de los más importantes - para expandir las opciones de la gente.” (28)

“Para ampliar estas opciones es fundamental construir capacidades humanas. Las capacidades más básicas para el desarrollo humano son: llevar una vida larga y saludable, tener acceso a los recursos que permitan a las personas vivir dignamente y tener la

posibilidad de participar en las decisiones que afectan a su comunidad. Sin estas capacidades muchas de las opciones simplemente no existen y muchas oportunidades son inaccesibles. Por esta razón, la gente es el centro del desarrollo, pues son las mismas personas las que pueden construir las condiciones para que el desarrollo humano de todos y todas sea posible: “El desarrollo de la gente, por la gente y para la gente” (28)

“El desarrollo humano comparte una visión común con los derechos humanos. La meta es la libertad humana. Las personas deben ser libres de realizar sus opciones y participar en las decisiones que afectan sus vidas. El desarrollo humano y los derechos humanos se refuerzan mutuamente, ayudando afianzar el bienestar y la dignidad de todas las personas, construyendo el respeto por sí mismos y el respeto por los demás.” (28)

El desarrollo humano está definido fundamentalmente por los Determinantes Sociales de la Salud, abordados desde el énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como elemento de los sistemas de salud basados en APS. Es aquí donde el especialista en Medicina de Familia y Comunidad de la UPTC hace la diferencia con las demás especialidades médicas e impacta positivamente en la vida de miles de personas.

En el desarrollo de competencias sociales que permitan al médico liderar procesos efectivos y equitativos de transformación social es fundamental que el profesional médico reconozca y actúe en los determinantes sociales de la salud; estos son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas. Estos explican la mayor parte de las inequidades sanitarias, de las diferencias injustas y evitables observadas en y entre los países en lo que respecta a la situación sanitaria. En respuesta a la creciente preocupación suscitada por esas inequidades persistentes y cada vez mayores, la Organización Mundial de la Salud estableció en 2005 la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud, para que ofreciera asesoramiento respecto a la manera de mitigarlas. En el informe final de la Comisión, publicado en agosto de 2008, se proponen tres recomendaciones generales: Mejorar las condiciones de vida cotidianas, Luchar contra la distribución desigual del poder, el dinero y los recursos, Medición y análisis del problema (29).

Entidades tan diversas como el Banco Mundial, las organizaciones de abogacía, el sector privado y la OMS han reconocido que el fortalecimiento de los sistemas de salud es un requisito para mejorar el crecimiento económico, avanzar en la equidad social, mejorar la salud y proveer atención para combatir infecciones tales como el VIH/SIDA. Ahora es el momento de actuar (10).

Instituciones de talla mundial como lo son The World Organization of Family Doctors, WONCA, Global Health through Education, Training and Service, GHETS, la Network: Towards Unity for Health, TUFH, y el European Forum for Primary Care, EFPC, en forma simultánea con estas estrategias de la OPS/OMS, han lanzado la llamada “15 para el 2015” que promueve que instituciones como el Banco Mundial y el Global Fund motoricen que el

15% del presupuesto de los programas verticales orientados a la enfermedad se inviertan en fortalecer sistemas de salud local bien coordinados e integrados y que este porcentaje se incremente con el tiempo. (30)

### MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA: PROCESO DE FORMACIÓN

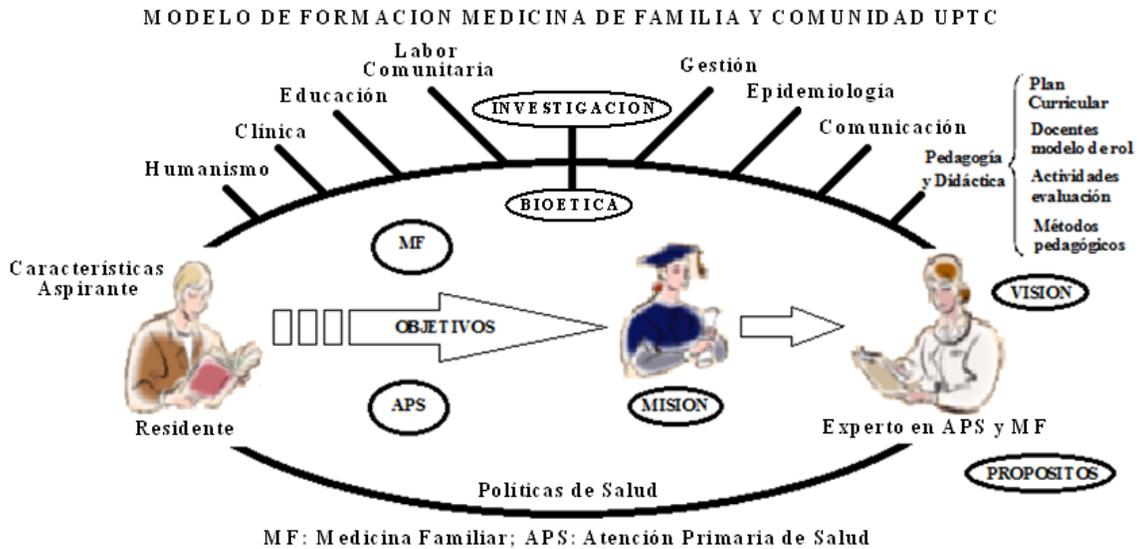
“Actualmente la práctica de la medicina tiende a dirigir sus acciones al tratamiento de enfermedades y secuelas, con el perfeccionamiento cada vez mayor de los medios diagnósticos y terapéuticos precisos para el abordaje de las patologías, resolviendo una pequeña parte de los problemas individuales y colectivos sin lograr cubrir la totalidad de las necesidades de la población; acciones que han desplazado la concepción integral del individuo el cual se relaciona constantemente con el contexto fundamental de la salud y la enfermedad.” (31)

“El modelo de la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC), tal como fuera definido por Sidney Kark y Joseph Abramson, en 1982, agregaron a los postulados de la APS del Institute of Medicine (atención accesible, detallada, coordinada, continua y responsable) el foco comunitario y la aplicación de métodos epidemiológicos al cuidado clínico de pacientes individuales. Esta modalidad con más de 30 años de implementación no constituye una propuesta revolucionaria, pero otorgó un marco teórico para su implementación en diferentes contextos. Se entiende por ella los cuidados de salud que se brindan tomando responsabilidad por una población definida. Se basa en un proceso que comienza con el diagnóstico de situación, luego la identificación de prioridades para finalmente proponer soluciones (diagnostico local participativo). Se presenta central para ello la incorporación de competencias epidemiológicas y de las ciencias del comportamiento. La introducción de la medicina familiar como estrategia de APS se ha promovido en varias escuelas de medicina en conjunto con las asociaciones de medicina familiar. La historia de esta modalidad tiene mucho tiempo pero siempre ha tenido mayor desarrollo en el postgrado.” (5)

“En noviembre de 1994 (año en el que inició el programa de Medicina de la UPTC) se realizó la conferencia conjunta de la OMS-WONCA en London, Ontario Canadá, que elaboró un documento de trabajo titulado “Hacer que la Práctica Médica y la Educación Médica sean más adecuadas a las necesidades de la gente: La contribución del Médico de Familia” con 21 recomendaciones que implican grandes cambios en los sistemas de salud. Abarcan desde la financiación y asignación de los recursos a la capacitación y la formación de los médicos. Con esta base, en Buenos Aires, en 1996, se llevó a cabo la Conferencia Regional de Líderes y Expertos de las Américas “La Medicina Familiar en la reforma de los Servicios de Salud” que propuso la Declaración de Buenos Aires que señala que “la enseñanza de medicina familiar debe adecuarse a necesidades de servicio, las universidades deben tener una participación más activa y responsable en la formación de los recursos relacionados con la medicina familiar tanto en pregrado como en postgrado”. En 2002, en Sevilla, tuvo lugar la I Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar que señaló que deberían tener como denominadores

comunes el siguiente enunciado: Es preciso alcanzar un desarrollo adecuado de la medicina de familia y la atención primaria dentro de las estructuras académicas de facultades y escuelas de medicina iberoamericanas. En cada país, se deberán diseñar estrategias nacionales que permitan la introducción de la disciplina de medicina de familia en el currículo de pregrado.” (5). La Escuela de Medicina de la UPTC lo está desarrollando en el pregrado desde 1994, lo que busca es complementarlo con el posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria.

**Figura 5. Modelo de formación médico de familia y comunidad**



Modificado por: Guzmán M. Octubre 2013. Modificado de: La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Washington (DC): OPS; 2008. pág. 26.

La formación del médico de familia y comunidad de la UPTC es un proceso que inicia con las características del aspirante al posgrado, continúa con la integración de todos los elementos de la Medicina Familiar y los lineamientos de la estrategia APS, enmarcado en las políticas de salud y las demandas reales de la población, a través de un programa curricular orientado a la investigación y basado en competencias, pedagogía y didáctica, que permite el logro de los objetivos, cumplir con la misión y alcanzar la visión y los propósitos del programa, lo cual se logra mediante la retroalimentación y el trabajo continuo e integrado de los graduados y los docentes del programa.

Busca invertir el tiempo de formación dedicada a la curación en un 90% y dedicarse más a promoción de la salud y prevención de la enfermedad, sin abandonar la curación, la rehabilitación y la paliación.

De todo lo anterior y sabiendo que el médico de familia y comunidad tiene la función de aterrizar la estrategia APS en el territorio, surgen dos preguntas: ¿cuáles son las áreas de formación del médico de familia y comunidad? y ¿qué actividades realizará el médico

durante los tres años de formación?. Dar respuesta a estas preguntas hace necesario explicar rápidamente la estructura holística del programa.

**Figura 6. Cambio en la formación tradicional del médico**



Autor: Castillo J. Educación, Medicina Familiar y Comunitaria UPTC, Enero 2014.

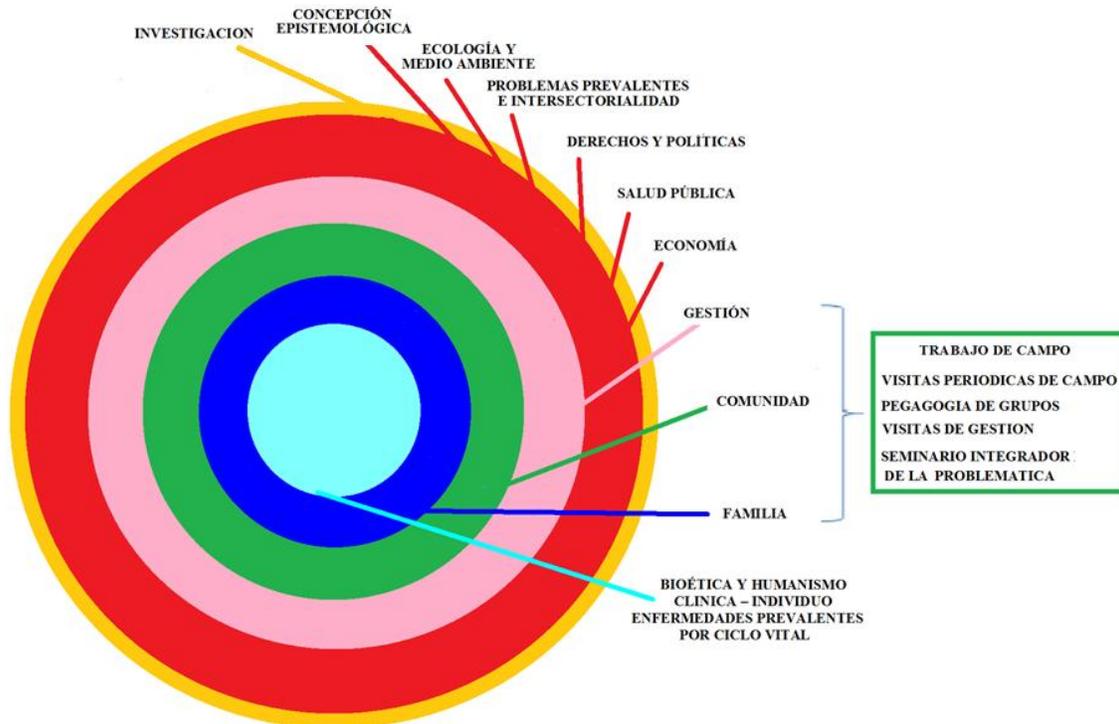
Esta especialidad médica es concebida en la UPTC con una mirada holística e integrativa desde la teoría de los sistemas y del pensamiento complejo, en la que se aborda: al individuo (ontosistema: bioética y humanismo, manejo, prevención y detección temprana de las enfermedades prevalentes), la familia (microsistema: unidad funcional de la sociedad, los tipos de familia y la vivienda), la comunidad (mesosistema: actores locales y espacios donde interactúan - la calle, el barrio, la vereda, la vía pública, el transporte, la plaza de mercado, las instituciones educativas, el comercio, las empresas, etc.), la gestión (exosistema: políticas públicas y sus actores, las organizaciones estatales y ONG's), el macrosistema (concepción epistemológica, ecología y medio ambiente, problemas prevalentes e intersectorialidad, derechos humanos y políticas, salud pública y economía) y la investigación cuali-cuantitativa como eje académico para la transformación de la realidad.

Como se evidencia en la figura 7, la formación del médico de familia y comunidad tiene un fuerte componente en gestión, la cual incluye la gestión clínica (manejo, prevención y detección temprana de las enfermedades prevalentes a través de medicina basada en la evidencia), la gestión de redes integradas de servicios de salud hasta la estructuración de políticas públicas con impacto positivo en la población.

En el desarrollo cotidiano de la especialidad y durante su ejercicio profesional, el médico de familia y comunidad debe realizar trabajo de campo, el cual está estructurado por las visitas periódicas de campo, la pedagogía de grupos, las visitas de gestión y el seminario integrador de la problemática.

Las actividades que desempeñará el residente son: a) Investigación cuali-cuantitativa en comunidad, b) Labor comunitaria con los equipos de salud, c) Asistencia clínica a la población, d) Gestionar, organizar y coordinar las Redes integradas de Servicios de Salud, d) Liderar procesos de transformación social.

**Figura 7. Estructura holística, Especialización Medicina Familiar y Comunitaria**



Autores: Guzmán M. Castillo J. Marzo 2014.

### ¿POR QUÉ FORMAR MÉDICOS DE FAMILIA Y COMUNIDAD EN BOYACA?

No será posible hacer buena medicina sin una gestión sanitaria y unas políticas públicas adecuadas. El sistema de salud en Boyacá carece de coordinadores en campo que lideren la organización del sistema con una visión holística e integral, que respondan a las demandas reales de la población y realicen gestión clínica, sanitaria y de políticas públicas. Esta situación no es lejana a la realidad de otras regiones del país. Los médicos de familia y comunidad de la UPTC serán los líderes y coordinadores del sistema.

Los sistemas de salud tienen cuatro componentes interdependientes para su funcionamiento: Financiamiento, Gobernanza, Prestación de Servicios y Recursos Humanos. De forma tal que para organizar un Sistema de Salud Basado en APS (SSBAPS) en Boyacá que responda a las

demandas reales de la población, el médico de familia y comunidad debe conocer a profundidad sobre los cuatro componentes y ser un experto en APS.

Boyacá carece de recursos humanos (RRHH) con la capacidad de abordaje integral y holístico a la población. La formación de RRHH en salud para dar respuesta a las demandas reales de la población está fragmentada. Las universidades que forman esos RRHH se encuentran en la ciudad capital Tunja: dos escuelas de medicina una pública (UPTC) y otra privada (UNIBOYACA), dos escuelas de enfermería una pública (UPTC) y otra privada (UNIBOYACA), formación de especialistas en epidemiología y gerencia en salud en dos universidades privadas (USTA y UNIBOYACA), trabajadores sociales en una universidad privada (FUJC), fisioterapeutas y bacteriólogos en una privada (UNIBOYACA), Salud ocupacional en la UPTC, la Maestría en Salud pública en la UPTC y el primer postgrado clínico del departamento Medicina Familiar y Comunitaria en la UPTC. Dos posibles soluciones a esta fragmentación serán: a) El trabajo en redes universitarias ya sea por programas o por grupos de investigación, esta última es la más viable y b) La formación través de un programa curricular orientado a la investigación, centrada en los resultados de impacto positivo en la población, basado en la integración de las competencias con las inteligencias múltiples y la calidad de vida, y con una pedagogía y didáctica que den soporte a la formación. Este último literal lo seguirá el programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la UPTC.

El desarrollo de una capacidad de abordaje integral y holística a la población que responda a las demandas reales de la población boyacense y que cumplan con todos los requerimientos internacionales y nacionales de la formación médica, en estos momentos a 2014 y en el contexto de Boyacá amerita una formación postgraduada y una transformación sustancial del pregrado. Ambos esfuerzos son sinérgicos. Los cambios que se generen en el pregrado y con el postgrado, los resultados en el tiempo y el contexto local, nacional y mundial permitirán visualizar aún más el futuro del pregrado y el postgrado.

El capital máspreciado de cualquier organización es el capital humano e intelectual, ese es el que da valor a la organización. Colombia se dirige hacia un SSBAPS centrado en la familia y la comunidad, que necesita humanismo e intelecto para lograrlo. Boyacá, la UPTC y los grupos de investigación son la tierra fértil y la especialización de Medicina Familiar y Comunitaria de la UPTC es una semilla que dará fruto. La tierra fértil y la semilla están listas.

### **RASGOS DISTINTIVOS DEL MEDICO DE FAMILIA Y COMUNIDAD**

Además de los atributos propuestos por el referente internacional WONCA y el Ministerio de Salud y Protección Social, destacamos los siguientes:

- ✓ En cuanto a la capacidad resolutiva de las enfermedades prevalentes (EP), este especialista debe ser un experto en: nutrición en cada etapa del ciclo vital, métodos

diagnósticos como la ecografía portátil (32), manejo del dolor en cuidado paliativo, salud sexual y reproductiva, salud mental, la gestión del riesgo, la detección temprana, la identificación de factores de riesgo y sus determinantes.

- ✓ Es un planificador de recursos humanos en salud.
- ✓ Experto en el manejo de sistemas de información y cartografía que le permitan referenciar en el territorio las familias a su cargo, entender la dinámica poblacional y tener comunicación adecuada con la comunidad.
- ✓ En la promoción de la salud, utiliza la Investigación Acción Participativa como herramienta del trabajo comunitario y proceso que permite a las personas incrementar el control sobre su salud, en búsqueda de la transformación positiva de la realidad.
- ✓ Liderazgo en el desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud Basados en APS (SSSBAPS), en la organización y coordinación de Redes Integrantes de Servicios de Salud.
- ✓ Aborda y resuelve los problemas prevalentes en la comunidad desde la intersectorialidad.
- ✓ Diseña y desarrolla investigación cuali-cuantitativa en comunidad, esto le permite obtener conocimiento de la realidad de la población. El primer paso en investigación en el desarrollo de la especialización es la caracterización holística de las familias y de la comunidad en la que están inmersos los residentes.
- ✓ Es un médico abanderado en la protección del medio ambiente, comprende el impacto que tiene su deterioro en la salud, la vida de otras especies, el desarrollo humano y económico de un pueblo, promueve el desarrollo sostenible y propicia actividades que protegen la flora, la fauna y los recursos naturales no renovables así como el uso racional de recursos renovables.

## CONCLUSIONES

El médico de familia y comunidad debe centrar sus esfuerzos en lograr los ODM en la población asignada bajo su responsabilidad. Se considera que una estrategia renovada de APS es una condición esencial para lograr ODM, abordar los Determinantes Sociales de la Salud y codificar la salud como un derecho humano.

El desarrollo humano está definido fundamentalmente por los Determinantes Sociales de la Salud, abordados desde el énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad como elemento de los sistemas de salud basados en APS. Es aquí donde el especialista en Medicina de Familiar y Comunitaria de la UPTC hace la diferencia con las demás especialidades médicas e impacta positivamente en la vida de miles de personas.

APS es *la visión política de un ideal posible de salud*. Tanto la OPS como la OMS reconocen que la estrategia de APS hoy es válida. (5) El médico de familia y comunidad debe tomar como principios de su quehacer profesional las ideas principales de la Declaración de Alma Ata. (10)

La Medicina Familiar y Comunitaria está en el contexto estratégico de la OPS y de la Agenda de Salud para las Américas. La educación de estos médicos debe ser basada en la comunidad, con una orientación generalista, con contenidos de salud pública y salud familiar y

comunitaria y fundamentalmente con un enfoque de atención primaria de salud, que permita al egresado el desarrollo de sólidas competencias técnicas y sociales, un pensamiento interdisciplinario y un comportamiento ético.(5)

Colombia se ha comprometido con el desarrollo de la APS, para ello requiere desarrollar capital humano e intelectual capaz de aterrizar la estrategia en los territorios. La formación del médico de familia y comunidad debe responder a estos literales: i) articular las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, con una atención integral, integrada y continua basada en las necesidades y potencialidades de la población, ii) vincular las acciones intersectoriales para impactar los determinantes sociales de la salud, con una orientación familiar y comunitaria, que promueve la participación social y comunitaria, y iii) el enfoque de la gestión territorial. (1)

Desde el pregrado se busca la formación holística e integral de los futuros profesionales, sin embargo en el medio laboral coexisten visiones fragmentadas de la medicina y del quehacer médico. Esta especialización propone eliminar los tres signos de la medicina fragmentada: agnosia social, afasia comunitaria y apraxia clínico-social” (18). El médico de familia y comunidad - clínico por excelencia - debe trabajar en conjunto con las organizaciones de salud de la comunidad.

En la formación del médico de familia y comunidad se toman los aportes de la medicina comunitaria, preventiva, social y la salud pública, con el fin de brindar herramientas a los residentes para un adecuado desempeño profesional.

La metodología de educación de estos médicos de familia y comunidad debe desarrollar en ellos competencias adecuadas al perfil epidemiológico de la población. Se debe privilegiar los enfoques fisiopatológico y de riesgo para establecer las características del entorno del paciente, que incidan en el pronóstico (26).

El médico de familia y comunidad dada su responsabilidad de ser el ejecutor de la APS en los territorios, debe abordar las demandas reales de la población independientemente del sector al que tenga que ir a gestionar junto con la comunidad la solución de estas demandas.

En cuanto a la formación de Talento Humano en Salud, Colombia adopta los lineamientos de la OPS/OMS en Medicina y Salud familiar a través del Programa Nacional de Medicina y Salud familiar y comunitaria. Siendo estos profesionales quienes lideren y coordinen la transformación del sistema de salud colombiano hacia uno basado en APS.

Boyacá es piloto para la transformación del modelo de salud colombiano hacia un SSBAPS y Medicina Familiar y Comunitaria el eje académico para lograrlo. Por esta razón el residente de esta especialidad debe asumir dicha responsabilidad y ser un experto en APS.

El médico de familia y comunidad está al mismo nivel del ejercicio de una especialidad clínica básica pero a diferencia de estas, es mucho más costo efectivo por sus intervenciones en cada uno de los puntos del sistema. Cumple un rol fundamental en la organización y coordinación de las redes integradas de servicios de salud.

El capital máspreciado de cualquier organización es el capital humano e intelectual, ese es el que da valor a la organización. Colombia se dirige hacia un SSBAPS centrado en la familia y la comunidad, que necesita humanismo e intelecto para lograrlo. Boyacá, la UPTC y los grupos de investigación son la tierra fértil y la especialización de Medicina Familiar y Comunitaria de la UPTC es una semilla que dará fruto. La tierra fértil y la semilla están listas.

## NOTAS BIBLIOGRAFICAS.

- 1) Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar. Bogotá (DC): El Ministerio; 2013.
- 2) Naciones Unidas Asamblea General. Declaración del Milenio. Distr. General: ONU; 2000. Disponible en: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>. Fecha de consulta: 02 Sept. 2013.
- 3) Freedman L, Wirth M, Waldman R, Chowdhury M, Rosenfield A. Who's got the power? Transforming health systems to improve the lives of women and children. Millennium Project Task Force 4: Child Health and Maternal Health–Interim Report. New York: UN Millennium Project; 2005.
- 4) Organización Mundial de la Salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud; 1978 Sept 6-12; Alma-Ata, URSS. Geneva: OMS; 1978.
- 5) Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Medicina Orientada hacia la Atención Primaria de Salud. Washington (DC): OPS; 2008.
- 6) Rubinstein A; Terrasa S. Medicina familiar y práctica ambulatoria. 2 ed. Buenos Aires (DC): Editorial Médica Panamericana; 2006.
- 7) Borrell R. Los desafíos de formar y acreditar programas de formación de médicos con enfoque de atención primaria de salud. Oficina Regional: Organización Panamericana de la Salud; 2010
- 8) Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Washington (DC): OPS; 2007.
- 9) Organización Panamericana de la Salud. Residencias médicas en América Latina. Washington (DC): OPS; 2011.
- 10) Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Washington (DC): OPS; 2007.
- 11) Roberts M, Hsiao W, Berman P, Reich M. Getting health reform right; A guide to improving performance and equity. Oxford: Oxford University Press; 2004.
- 12) Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Octava reunión de la Declaración de Montevideo, 46º Consejo directivo, 57ª sesión del comité regional; 2005 Sept 26-30; Washington, D.C., EUA; 2005.
- 13) República de Colombia. “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Diario Oficial No. 47.957, Ene. 19, Título I. Art. 1º y 2º (Ley 1438, 2011).
- 14) República de Colombia. Proyecto de Ley “Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Junio 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documents/Ley%20Reforma%20a%20la%20Salud/Texto%20de%20Ley%20Estatutaria%20aprobado%20por%20el%20Congreso-junio-20-2013.pdf>. Fecha de consulta: 15 Oct. 2013.

- 15) Rodríguez M. La Medicina Familiar en Colombia: experiencia de la Universidad El Bosque. Bogotá (DC): Universidad El Bosque Facultad de Medicina; 2011.
- 16) República de Colombia. "Por la cual la Nación se asocia a la conmemoración de los 450 años de la fundación de Tunja, se rinden honores a la memoria de su fundador don Gonzalo Suárez Rendón y se conceden facultades extraordinarias y autorizaciones al Presidente de la República". Diario Oficial No. 37.669, Oct.10, Art. 4° (Ley 50, 1986).
- 17) (17)Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Escuela de Medicina: Misión y Visión. Disponible en: [http://www.uptc.edu.co/facultades/f\\_salud/pregrado/medicina/inf\\_general/#](http://www.uptc.edu.co/facultades/f_salud/pregrado/medicina/inf_general/#). Fecha de consulta: 30 Oct. 2013.
- 18) Guzmán M. Atención Primaria de Salud. En: Aniversario 18° Escuela de Medicina Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 2012 Agosto 20; Boyacá, Colombia.
- 19) Harzheim E. editor. La formación de profesionales de salud para la APS y Salud Familiar y Comunitaria en América Latina. Porto Alegre: Grupo de Pesquisa emAtençãoPrimária à Saúde; p. 42-43, 2008.
- 20) American Academy of Family Physicians. Family Medicine, Definition of (1984). Disponible en: <http://www.aafp.org/about/policies/all/family-medicine-definition.html>. Fecha de consulta: 10 ago. 2013.
- 21) WONCA Europe. The European Definition of General Practice/Family Medicine (2002). Disponible en: <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>. Fecha de consulta: 08 Jun. 2013.
- 22) Arias L. Medicina familiar en Colombia. Aten Primaria 2007; 39(4):207-8.
- 23) García JC, Enseñanza de la medicina preventiva y social. En: Duarte E, Rodríguez MI, Franco S, editores. Pensamiento social en SALUD en América Latina. 1 ed. Washington (DC): Interamericana – Mc Graw-Hill; 1994. p. 204 – 205.
- 24) Departamento de Boyacá, Colombia. "Por medio de la cual se adopta el modelo de Atención Primaria en Salud con enfoque en salud familiar (APS - SF), para la optimización e integración del SGSSS, como política pública en salud para el departamento de Boyacá" del 14 Sept. 2010 (Ord. 023, 2010). Disponible en: [http://asamblea-boyaca.gov.co/seccion.shtml?apc=ha104-1-&x=397&als\[ID\]=104](http://asamblea-boyaca.gov.co/seccion.shtml?apc=ha104-1-&x=397&als[ID]=104). Fecha de consulta: 10 Oct. 2013.
- 25) Gómez GD, Flórez AM, García JE, Rodríguez LE, Naranjo MJ, Amézquita EF, editores. Indicadores Básicos en Salud, Boyacá 2011. Tunja, 2011.
- 26) Ospina JM, Manrique-Abril FG, Martínez AF. Rev Colomb Anestesiol. La formación de médicos generales según los requerimientos del sistema general de seguridad social en salud en Colombia. 2012; 40(2):124-126.
- 27) Planificación de los recursos humanos de salud: Actores que intervienen en el proceso. Barría M., Planificación de Recursos Humanos para Sistemas de Salud Basados en APS 2-2014. Campus Virtual Salud Pública.
- 28) Giraldo M., editora. Hacia una Colombia equitativa e incluyente. Bogotá (DC): Colombia P.N.U.D.; 2005. Disponible en: [http://www.pnud.org.co/img\\_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/introduccion.pdf](http://www.pnud.org.co/img_upload/9056f18133669868e1cc381983d50faa/introduccion.pdf). Fecha de consulta: 15Sept. 2013.
- 29) Organización Mundial de la Salud. Determinantes Sociales de la Salud. Disponible en: [http://www.who.int/social\\_determinants/es/index.html](http://www.who.int/social_determinants/es/index.html). Fecha de consulta: 02 Sept. 2013.
- 30) De Maeseneer J., Van Weel C., Egilman D., Mfenyana K., Kaufman A., & Sewankambo. Strengthening primary care: addressing the disparity between vertical and horizontal investment. British Journal of General Practice 2008;58(546):4.

- 31) Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Posgrados Medicina, Medicina Familiar. Disponible en: <http://www.fucsalud.edu.co/index.php/es/presentacion-medicina-familiar>. Fecha de consulta: 13 ago. 2013.
- 32) Point-of-Care Ultrasound in Medical Education – Stop Listening and Look. Scott D. Solomon, M.D., Fidencio Saldana, M.D. N Engl J Med 370:12, marzo 20, 2014.

### COMO CITAR ESTE ARTICULO:

Guzman-Niño MA; Parra-Peña JE. Lineamientos de la medicina familiar y comunitaria en Boyacá Rev salud hist sanid on-line 2014; 9(1): 84-118 Disponible en: <http://www.histosaluduptc.org/ojs-2.2.2/index.php?journal=shs>. Consultado en: (fecha de consulta)

---

*Los textos publicados en esta revista pueden ser reproducidos citando las fuentes.  
Todos los contenidos de los artículos publicados, son responsabilidad de sus autores.*

**Copyright.** Revista Salud Historia y Sanidad ©

Grupo de Investigación en Salud Pública GISP-UPTC  
Grupo de investigación Historia de la salud de Boyacá.

Tunja 2014