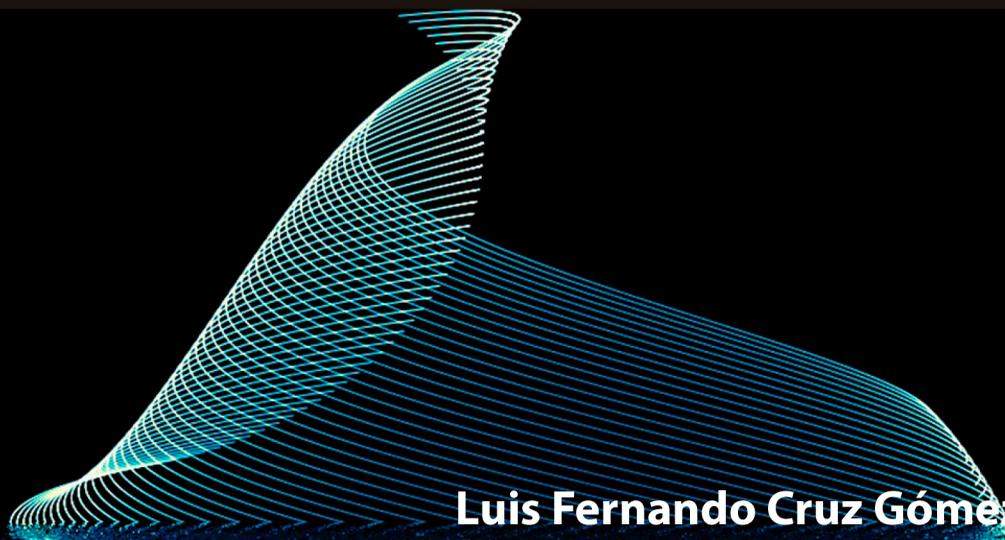


Epidemiología y Servicios en Salud



Luis Fernando Cruz Gómez
Ángela María Cruz Libreros
Rodrigo Alberto Álzate Sánchez
Diego Fernando Botero Henao
Andrés Felipe Fuentes Vásquez
Jhon Housseman Bolaños Ramos



Epidemiología y servicios en salud

Luis Fernando Cruz Gómez
Ángela María Cruz Libreros
Rodrigo Alberto Alzate Sánchez
Diego Fernando Botero Henao
Andrés Felipe Fuentes Vásquez
Jhon Housseman Bolaños Ramos



BOGOTÁ - MÉXICO, DF

Cruz Gómez, Luis Fernando, *et al*

Epidemiología y servicios en salud / Luis Fernando Cruz Gómez, Ángela María Cruz Libreros, Rodrigo Alberto Alzate Sánchez, Diego Fernando Botero Henao, Andrés Felipe Fuentes Vásquez y Jhon Housseman Bolaños Ramos. -- Bogotá: Ediciones de la U, 1a.ed. 2019

754 p. ; 24 cm.

ISBN 978-958-762-051-2

e-ISBN 978-958-762-052-9

1. Medicina 2. Salud 3. Epidemiología 4. Seguridad en salud 5. Políticas en la epidemiología I. Tít.
614.44 cd 24 ed.

Área: Medicina

Primera edición: Bogotá, Colombia, noviembre de 2019

ISBN 978-958-762-051-2

- © Luis Fernando Cruz Gómez, Ángela María Cruz Libreros, Rodrigo Alberto Alzate Sánchez, Diego Fernando Botero Henao, Andrés Felipe Fuentes Vásquez y Jhon Housseman Bolaños Ramos
- © Universidad Libre Seccional Cali - Diagonal 37 #3-29 - Tel. (+57-2) 5240007 Ext. 4315
www.unilibrecali.edu.com - E-mail: maria.jaramillo@unilibre.cali.edu.co
Cali, Colombia
- © Ediciones de la U - Carrera 27 #27-43 - Tel. (+57-1) 3203510
www.edicionesdelau.com - E-mail: editor@edicionesdelau.com
Bogotá, Colombia

Coordinación editorial: Adriana Gutiérrez M.

Traducción de textos y corrección de estilo:

Hernando García Bustos

Carátula: Ediciones de la U

Impresión: DGP Editores SAS

Calle 63 #70D-34, Pbx. (57+1) 7217756

Impreso y hecho en Colombia

Printed and made in Colombia

No está permitida la reproducción total o parcial de este libro, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por cualquier medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, por registro y otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Autores

Luis Fernando Cruz Gómez

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

Ángela María Cruz Libreros

PhD, Epidemiología, Atlantic International University, MBA Universidad de los Andes. Grupo de investigación GRIEPIS. Gerente General, Coomeva EPS. E-mail: angelam_cruz@coomeva.com.co

Rodrigo Alberto Alzate Sánchez

Postdoctorado Programa Takemi Harvard University. Maestría en Salud Pública, Universidad del Valle. Médico, Universidad del Valle

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.

Contenido

Prólogo	19
Introducción.....	25
Capítulo 1. Propuesta para la formación en medicina familiar, comunitaria y territorial: una percepción, conceptualización y experiencia práctica en el Valle del Cauca, Colombia	31
Resumen.....	31
Introducción.....	32
Modelo pedagógico holístico transformador.....	34
Origen de la medicina familiar	38
Resurgimiento de la medicina familiar.....	41
Características de la disciplina de medicina familiar	43
La medicina familiar en Colombia.....	45
Propuesta para la medicina familiar.....	47
Se identifica y estimula el desarrollo de procesos intersectoriales y comunitarios.....	48
La concreción del enfoque de la salud, medicina familiar y comunitaria.....	49
Resultados del análisis de las preguntas.....	50
La medicina familiar debe tener rasgos distintivos	58
Conclusiones.....	59
Referencias bibliográficas.....	61
Anexo 1	64
Capítulo 2. El desafío de un nuevo contrato social en salud: un reto en construcción nacido del aporte de la historia	67
Capítulo 3. Primera parte. Henry Sigerist: una concepción científica de la historia de la salud	73

Introducción.....	73
Reseña histórica.....	75
Características.....	75
La concepción de similitud en salud.....	77
Diferencias (temas de discusión).....	78
Conclusiones.....	78

Capítulo 3. Segunda parte. El rol de la epidemiología en la salud pública en el tiempo..... 81

Un debate de permanente actualidad en la vida de las comunidades.....	81
Para discutir: la epidemiología no es la ciencia básica de la salud pública.....	82
La aparición de la epidemiología, su evolución y relación con los sistemas y servicios de salud.....	83
La ciudad sana, una meta por alcanzar.....	92
El modelo de salud.....	94
Servicios de salud en América Latina y Asia.....	94
La gran influencia inicial de la estadística.....	102
La era bacteriológica.....	104
El influjo de Frost, un hito de permanente recordación en la investigación.....	105
¿Más allá del enfoque aislado, aportes a la investigación?.....	106
La era hospitalaria.....	107
Historia de la epidemiología ocupacional.....	110
Movimientos recientes en la historia de la epidemiología ocupacional.....	111
Reflexiones históricas en la atención primaria de salud.....	112
Conclusiones.....	115
Referencias bibliográficas.....	117

Capítulo 4. Sistemas de información y comunicación en tiempo real, SICOMTIR: fundamento de la epidemiología de servicios..... 119

Evolución y antecedentes de los sistemas de información en salud en Colombia.....	119
Historia.....	119
Primer período.....	119
Segundo período.....	120
Tercer período.....	121
Cuarto período.....	122
Definiciones y ejes organizacionales del sistema integral de información de la protección social y su proyección futura.....	123
Diagnóstico inicial y evolución.....	123

Bases de datos.....	124
Instrumentos, procesos y elementos de evaluación.....	125
Relación de un sistema de información y comunicación en tiempo real, SICOMTIR Salud, con los modelos de vigilancia (información para toma de decisiones) y modelos observacionales.....	143
Implementación en una organización (IPS) del SICOMTIR Salud con evaluación a 6 meses y ajustes derivados de la retroalimentación del proyecto piloto.....	145
Arquitectura estructural en SICOMTIR Salud.....	148
Desarrollo operacional.....	154
Referencias bibliográficas.....	159

Capítulo 5. La epidemiología y la planeación en salud para la toma de decisiones 161

Introducción.....	161
Descripción.....	161
Direccionamiento estratégico, factores clave, sistemas de gestión.....	163
Análisis general.....	171
Una visión de la realidad de la epidemiología y su relación con la planeación y gerencia de los sistemas y servicios de salud.....	171
Estrategias de prevención.....	173
Factor de riesgo.....	174
El tamizaje: un instrumento para la prevención secundaria	
tamizaje – <i>screening</i>	174
Evaluación de una prueba diagnóstica.....	176
Validez de una prueba.....	177
Replicabilidad de una prueba.....	179
Las curvas ROC y la validez de una prueba.....	182
Reflexiones sobre la planificación en un mundo cambiante.....	184
La medición y el uso de datos epidemiológicos.....	186
Medidas de frecuencia, efecto e impacto potencial.....	188
Relación entre incidencia y prevalencia.....	190
Relaciones entre tasa de incidencia e incidencia acumulada.....	195
Relaciones entre <i>risk</i> y <i>odds</i>	196
Prevalencia.....	197
Período de prevalencia.....	197
Relación entre prevalencia e incidencia.....	198
Consideraciones básicas en la estimación de la medición.....	199
Medidas de efecto y de impacto.....	200
Medidas de razón (libremente llamadas riesgos relativos).....	201
Medidas de la diferencia del riesgo.....	202

Medidas de impacto potencial	204
Medida del efecto en estudios de casos y controles.....	207
La vigilancia en salud pública y la investigación en servicios.....	208
Usos de la vigilancia y la investigación epidemiológica	210
Evaluación de los sistemas de vigilancia	211
Los estudios de casos	212
Características de la investigación en los sistemas y servicios de salud.....	213
Epidemiología y toma de decisiones en salud	214
Introducción.....	214
Descripción	216
Conclusiones.....	218
Las decisiones, los procesos de cambio y la complejidad en salud	219
Toma de decisiones informadas y acertadas en las empresas sociales de la salud	220
Tipos de decisiones	222
La epidemiología y la toma de decisiones.....	223
Toma de decisiones.....	223
Construcción de escenarios	226
Gerencia del conocimiento.....	239
Recomendaciones en la toma de decisiones.....	239
Conclusiones en cuanto a la toma de decisiones.....	241

**Capítulo 6. La política pública de salud y su relación con
la atención primaria de la salud 243**

Introducción.....	243
Descripción.....	244
Análisis general	244
La construcción de la política pública social	246
Etapas en la construcción de la política pública	246
Formulación de la política pública.....	246
La aplicación y operación de la política pública	248
Los resultados y el impacto de la política pública.....	249
Discusión: la atención primaria ayer, hoy y siempre.....	251
Introducción.....	251
La estrategia de atención primaria en salud	252
Definiciones, alcances e interpretaciones.....	252
Reflexiones históricas en la atención primaria de salud	259
Logros, desafíos y tareas pendientes	263
La Ley 100, sus reformas, sus supuestos y su relación con el mercado	267
El traslado de la evidencia epidemiológica al campo de acción de la salud pública	269

Recomendaciones.....	270
Conclusiones.....	272
Referencias bibliográficas.....	274

Capítulo 7. Epidemiología y evaluación de tecnologías de salud: metodología de la investigación epidemiológica 277

Descripción.....	278
Análisis general de la evaluación de tecnologías	279
La tecnología en los servicios de salud, su contexto, su evaluación y su importancia	292
La evaluación de tecnologías en salud desde la perspectiva latinoamericana	297
Bases epidemiológicas para la evaluación de tecnologías	298
Precisión, error, validez y sesgo.....	299
Evolución del pensamiento científico	329
Los nuevos retos del pensamiento científico.....	331
Anatomía y fisiología del método científico	332
Aportes del marco metodológico a la evolución del conocimiento del proceso salud – enfermedad	335
Estrategias epidemiológicas de investigación	337
Estrategias académicas en epidemiología.....	338
La planeación.....	339
Fase 1. Concepción y formulación de la pregunta de investigación.....	339
Fase 2. Construcción del protocolo de investigación	342
Fase 2.1. Conceptualización y justificación de la investigación	342
Fase 2.2. Marco metodológico.....	343
Planteamiento de los objetivos.....	343
Tamaño de la muestra/muestreo	344
Diseños de estudio.....	344
Manejo de los datos.....	368
Implicaciones éticas.....	373
Cronograma.....	374
Presupuesto.....	374
Anexos y referencias bibliográficas.....	376
Fase 3. Evaluación ética y científica	377
Fase 4. Ejecución de la investigación	377
Fase 5. Socialización de los resultados	377
Conclusiones.....	377
Referencias bibliográficas.....	379

Capítulo 8. Epidemiología de las enfermedades crónicas 383

Reflexiones y orientaciones para el control epidemiológico en enfermedades crónicas..... 383

El énfasis en la enfermedad crónica 388

Definir la situación 394

 El reto mundial y de Colombia 394

Resumen ejecutivo 396

 Introducción..... 396

 Métodos 398

 Resultados 401

 Conclusiones 405

Metodología para la estimación de la carga de enfermedad a partir de la combinación de fuentes de información..... 406

 Introducción..... 406

 Métodos 409

 Revisión sistemática 410

 Resultados 415

 Conclusiones..... 420

 Recomendaciones 421

Carga de enfermedad isquémica del corazón en Colombia..... 422

 Introducción..... 422

 Resultados 423

 Revisión sistemática 423

 Discusión 431

Carga de enfermedad por accidente cerebrovascular en América Latina..... 433

 Introducción..... 433

 Resultados 435

 Discusión 445

Análisis de la carga de la enfermedad por cáncer en Colombia, 2010-2014 448

 Resultados 449

 Discusión 478

 Recomendaciones 481

Estimación de la carga de enfermedad por hipertensión arterial en Colombia. 2010-2014..... 482

 Introducción..... 482

 Resultados 483

 Discusión 489

Estimación de la carga de enfermedad por diabetes mellitus en Colombia. 2010-2014..... 491

Introducción.....	491
Resultados	492
Conclusiones.....	500
A manera de conclusión y retos.....	502
Factores de riesgo protectores y prevenibles	503
Establecer metas y objetivos.....	503
Identificar poblaciones sujetas de intervención o poblaciones objeto	505
Elaboración de mensajes y enfoques de comunicación motivacionales, aplicables a las poblaciones objeto	506
Formular y ejecutar planes de promoción en la causa – enfoque de hábitos saludables	507
Definición del concepto de hábito según Stephen R. Covey.....	507
Hábitos saludables	508
Crear conciencia pública de información y comunicación organizada, y organizarse para comunicar sobre esta temática	508
Evaluación de progresos, seguimiento, definición de resultados individuales y de impacto y concreción de herramientas útiles.....	512
La salud mental y el consumo de sustancia psicoactivas.....	513
Las metas de prevención y control en enfermedades crónicas	513
Referencias bibliográficas.....	516

Capítulo 9. Epidemiología y diseños organizacionales..... 529

Introducción.....	529
Consideraciones generales	531
La evolución de las teorías de la organización	531
La corriente racionalista clásica	531
Las escuelas del comportamiento de los años treinta	533
El movimiento sociológico	534
El sistema socio-técnico.....	535
La escuela gerencial y estratégica.....	536
Elementos fundamentales de la organización	537
La gerencia social, un reto inaplazable en el mundo social.....	539
Los enfoques estratégicos de un gerente social.....	541
Las particularidades de las iniciativas sociales	543
Una consideración final.....	544
Discusión de caso: a partir de un documento de la OMS sobre vacunación y modelo organizacional requerido	545
Conclusiones.....	550
Referencias bibliográficas.....	552

Capítulo 10. Epidemiología ocupacional..... 553

Conceptos generales sobre epidemiología ocupacional 553
 Usos de la epidemiología ocupacional 556
 Niveles de prevención 559
 Vigilancia epidemiológica..... 560
 Protocolo de un programa de vigilancia epidemiológica ocupacional 561

Capítulo 11. Epidemiología y calidad 565

Consideraciones generales..... 567
 Cinco enfoques de evaluación, mejoramiento y responsabilidad
 de calidad..... 569
 Métodos y técnicas de evaluación de calidad..... 571
 El control total de la calidad en las organizaciones sociales 574
 Justificación..... 574
 Conceptos básicos y aplicaciones prácticas..... 577
 Los antecedentes en la empresa privada 581
 Los propósitos 582
 Relaciones entre el control total de calidad y la planeación estratégica 582
 Enfoque de la autoevaluación, un camino de madurez por transitar
 en el marco de la gerencia de los servicios de salud 583
 Introducción..... 583
 Una apertura a la autoevaluación institucional 584
 Preguntas pertinentes a la autoevaluación institucional, estratégica
 o individual..... 585
 Discusión 587
 Caso de discusión 1 587
 Caso de discusión 2 591
 Conclusiones..... 592
 Referencias bibliográficas..... 594

Capítulo 12. Reflexiones sobre ética, epidemiología y salud 595

Introducción..... 595
 La filosofía como defensa de la ciencia 597
 Consideraciones generales y apoyo de bibliografía seleccionada
 y especializada sobre la ética (afines a la temática de la salud) 598
 Taller sobre bioética y salud 600
 El aprendizaje ético en cuarenta años en la conducción de la
 investigación epidemiológica y la gerencia de servicios de salud..... 601

Principios éticos básicos.....	601
Reflexiones históricas	602
La ética social y la ética profesional.....	607
Principios de la ética.....	609
Principio de respeto por la autonomía.....	610
Principio de no maleficencia.....	610
Principio de beneficencia.....	610
Principio de justicia	611
La ética social y la ética profesional.....	612
La salud: un derecho y un deber.....	612
Distribución y racionalización de los servicios de salud	614
Ética en la gestión de los servicios de salud	621
Eficiencia	621
Rentabilidad.....	623
Costos.....	625
Auditoría.....	626
Mercadeo	628
Publicidad	629
Conclusiones.....	630
Referencias bibliográficas.....	632

Capítulo 13. Revisiones sistemáticas y meta-análisis..... 635

Metodología para realizar una revisión sistemática	639
Limitaciones de una revisión sistemática y/o meta-análisis.....	641
Pasos para realizar una revisión sistemática y/o meta-análisis.....	643
Resumen.....	644
Introducción.....	644
Planteamiento del problema, justificación, revisión de la literatura	644
Estructura de la pregunta de investigación y objetivos.....	646
Metodología	647
Análisis estadístico.....	655
Aspectos éticos	656
Resultados	657
Discusión.....	658
Conclusiones.....	658
Referencias bibliográficas.....	659

Capítulo 14. Farmacoepidemiología..... 661

Antecedentes.....	661
Introducción.....	662

Definiciones.....	663
Eficacia	663
Efectividad	663
Farmacodinamia.....	663
Farmacocinática.....	663
Reacción adversa.....	664
Interacciones	664
Perfil fármacoterapéutico	664
Prescripción, fórmula u orden médica	664
Ensayo clínico	664
Farmacovigilancia	665
Farmacoepidemiología	665
Objetivos de la implementación de la farmacoepidemiología	666
Tipos de estudios utilizados en farmacoepidemiología	666
Estudios de utilización de medicamentos (EUM)	667
Estudios de los efectos –positivos y negativos– de los fármacos tras su comercialización.....	671
Farmacovigilancia	674
Farmacoeconomía	680
Referencias bibliográficas.....	689

Capítulo 15. Epidemiología forense..... 691

Introducción.....	691
Epidemiología forense: de los orígenes del concepto	693
Sistema penal oral en Colombia	694
Algunos conceptos generales	694
Etapas del proceso penal	698
Principios sobre los cuales se fundamenta la investigación criminal y la científica/epidemiología.....	702
Diferencias entre la investigación científica y la investigación criminal.....	702
Similitudes entre la investigación científica y la investigación criminal.....	703
Conceptos clave para la validez de los informes del epidemiólogo forense.....	712
La causalidad en acciones legales y los criterios de causalidad en epidemiología	712
La validez y confiabilidad de las investigaciones epidemiológicas en los estrados judiciales.....	717
Algunos ejemplos del uso de la epidemiología forense en procesos legales: demandas por salud laboral	719

Demandas por salud laboral	719
Demandas por productos riesgosos para la salud: el caso de vacunas en Italia.....	722
Demandas por procedimientos quirúrgicos estéticos.....	723
Referencias bibliográficas.....	730

**Capítulo 16. Crecimiento urbano, planificación territorial
y atención primaria en salud desde una perspectiva local 735**

Resumen.....	735
Alcance de la investigación	736
Ámbito geográfico.....	744
Conclusiones.....	750

Anexos

Para ampliar algunos de los conceptos de este libro puede consultar el complemento digital disponible en **www.edicionesdelau.com**

Prólogo

Es un gran honor para mí, como académico, investigador, educador y pedagogo, haber tenido en mis manos este hermoso trabajo científico y profundamente humano y social, que desde “*una pedagogía y ética del cuidado*” en un contexto, concepto y fundamentos de una “*educación transformadora*”, asume la tarea holística de formar a las familias y a la comunidad en la prevención, el cuidado y la atención a la salud integral, humana, familiar y comunitaria, luego de diagnosticar, valorar y clasificar los grandes problemas que estas tienen y que, de por sí, demandan con urgencia, una atención inmediata, no solo en Colombia, sino también en los demás países latinoamericanos.

También es un honor para mí, haber recibido una invitación de sus autores, que bajo la dirección del *Doctor Luis Fernando Cruz Gómez PhD*, me permitieron compartir sus procesos de trabajo, sus búsquedas metodológicas, sus incertidumbres, sus planes, proyectos y programas de mejoramiento permanente de estrategias para atender necesidades sociales urgentes, tanto a nivel comunitario como estatal, desde la Medicina Familiar basada en la Atención Primaria de la Salud, con un enfoque bio - psico – social, para abordar la salud comunitaria e individual con una estrategia novedosa y prospectiva con miras a una atención integral e integrada en el Sistema de Salud Colombiano, contextualizada y fundamentada en la OMS, la OPS y UNICEF.

Veo muy interesante y prometedor el reto de cualificar el enfoque de la Medicina Familiar tradicional y de apoyarse, para ello, en nuevos modelos de formación integral e integrada que puedan aportar a las Escuelas Médicas nuevas perspectivas educativas, pedagógicas, didácticas, curriculares, administrativas y evaluativas, para: a) re-significar los Proyectos Educativos Institucionales de las Universidades que asumen estas programas académicos; b) estructurar Modelos Pedagógicos Holísticos más apropiados para asumir la tarea educativa de la formación integral; c) proponer Currículos más pertinentes con las necesidades de formación de los nuevos profesionales de la Medicina; d) proponer nuevas estrategias didácticas para el mejoramiento de los procesos de enseñanza – aprendizaje y de cualificación de los aprendizajes autónomos,

significativos y mediados; e) cualificar los procesos de gestión administrativa y, f) para crear nuevos contextos, criterios, objetivos, principios, enfoques, tipos, modelos, técnicas e instrumentos de evaluación que permitan la “Auto-evaluación, Auto-regulación y Auto-acreditación” de los procesos formativos al interior de las Facultades de Medicina y de sus programas en general, pero en particular, de Medicina Familiar.

Me siento muy honrado al ver en la bibliografía citada, dos contribuciones hechas por mí, para cambiar los modelos pedagógicos y curriculares tradicionales, por modelos pedagógicos y curriculares holísticos transformadores, que se centren no en la enseñanza sino en la construcción conceptual, pero dentro de una formación integral que vele no solo por los perfiles profesional y laboral de quien se forma, sino también por su perfil humano en relación con nuevos aprendizajes relacionados con el ser, el sentir, el actuar, el vivir y el convivir, desde perspectivas antropológicas, afectivas, ético-morales, axiológicas, espirituales, sociales y ciudadanas que buscan la paz y la convivencia, sin descuidar los nuevos aprendizajes relacionados con el saber, el saber hacer, el pensar, el aprender y el emprender desde las perspectivas académicas, científicas, laborales, ocupacionales, cognitivas, investigativas, tecnológicas y de liderazgo y emprendimiento que pretenden el éxito y los desarrollos sostenible y sustentable.

La nueva caracterización de la disciplina de Medicina Familiar me parece muy apropiada y pertinente en su enfoque, pues se propone que este esté centrado en la persona (singular, única e irrepetible), orientado hacia el individuo, pero también a su familia y su comunidad, mediante la relación médico – paciente, a largo tiempo y mediada por una comunicación afectiva, con el uso eficiente de los recursos de atención primaria y la interrelación con otros especialistas.

Considero excelente la propuesta que hacen acerca de que la Medicina Familiar debe incorporar valores y enfoques nuevos que se deben incluir en los programas académicos y formativos, 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 y cuidado del adulto mayor, etc., todos ellos agrupados en el enfoque de la familia, la comunidad y sus dinámicas socio-antropológicas. Este enfoque de Salud Familiar y Comunitaria implica mejorar las competencias prácticas y condiciones laborales, de desempeño, de habilidades y destrezas en los prestadores de servicios de salud, en especial en las áreas de Promoción de la Salud, Gestión del Riesgo, Prevención y Cuidado Básico de la Salud, Protección Específica y Detección Temprana.

Es un gran acierto el modelo que proponen de Atención Integral, Familiar, Comunitario y Transdisciplinario centrado en el usuario, pues facilita un enfoque diferencial en el que se reconocen las personas y los colectivos en condiciones de vulnerabilidad y potencialidad asociada a factores físicos, psíquicos, sociales, psicosociales, culturales, económicos y ambientales, entre otros, el cual demanda unas características poblacionales según los territorios espaciotemporales y sus heterogeneidades.

Excelente la propuesta 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, definiendo un conjunto de acciones que integran 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, con guías de práctica clínica, familiar y comunitaria y que además, frente a cada riesgo y factores protectores, se concretan las mejores rutas integrales de atención en salud.

Me llama positivamente la atención: a) el modelo táctico operacional que proponen, del cual deben gestarse las competencias y capacidades de aprendizaje, las cuales se centran en las llamadas redes integradas de servicios de salud y que garantizan complementariedad y contigüidad y; b) el Sistema de Información y Comunicación en Tiempo Real (SICOMTIR), con indicadores trazadores que generan posibles interacciones con otros sectores como la educación, la recreación, el empleo, la vivienda, el ecosistema, etc., 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.

Quiero resaltar también el diseño de la propuesta metodológica para el perfeccionamiento de las competencias del Especialista de Medicina General Integral, Medicina Familiar, no solo para los profesionales de la salud como ejecutores y efectores de la APS y para otros profesionales (médicos, licenciados en educación y ambiente, tecnólogos, estudiantes, etc) teniendo en cuenta las implicaciones de transformación en el sector salud, en la educación médica, en las universidades, la sociedad y las autoridades sanitarias nacionales e internacionales y mundiales. Esta propuesta la considero relevante por el aporte esencial al desarrollo del talento humano que actúa en los servicios, uno de los problemas del Sistema General de Seguridad Social en Salud.

Ingeniosa y creativa la Malla Curricular propuesta para el Programa de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Libre Seccional Cali, en la cual se cuenta con el eje transversal de la Pedagogía Holística Transformadora, así como el fortalecimiento del eje tecnológico a través de la Asignatura "*Sistemas de Información y Comunicación en Tiempo Real (SICOMTIR)*".

Definitivamente, a pesar de todo lo expresado anteriormente, es excelente el trabajo de fondo realizado desde la visión epidemiológica, en especial en los siguientes aspectos: a) El rol de la epidemiología en la salud pública; b) La epidemiología y la planeación en salud para la toma de decisiones; c) La evaluación de tecnologías de salud desde la metodología de la investigación epidemiológica; d) La epidemiología de las enfermedades crónicas; e) Los diseños organizacionales en la epidemiología; f) La epidemiología ocupacional; g) Las reflexiones sobre la relación ética - epidemiología – salud; h) El estudio sobre Fármaco-epidemiología; i) La perspectiva de la Epidemiología forense, y; j) La visión epidemiológica del crecimiento urbano, la planificación territorial y la atención primaria en salud.

Este trabajo ha sido metódico, disciplinado, estructurado, inteligentemente organizado, coherente, pertinente y apropiado para presentar una visión integral, integrante e integradora del papel de la epidemiología en la medicina, y en las ciencias de la salud y su relación con el desarrollo humano y social y su importancia en la formación de los médicos generales y familiares por su impacto en la sociedad, la cultura, el ambiente y escenarios en los que la vida humana y el tejido social demandan un sentido de preservación y protección.

Leer esta obra ha sido, definitivamente, una oportunidad para comprender la complejidad en las relaciones que existen entre todos los factores que intervienen en la salud humana y social, la importancia de una visión epidemiológica de todas las situaciones en las que se genera, se desarrolla y se maltrata la vida humana individual y comunitaria; como también, una oportunidad para valorar a los autores de esta obra, por: a) su claridad epistemológica y conceptual frente a las ciencias de la salud y su función en la sociedad; b) su postura antropológica, axiológica, ético-moral, espiritual, humana y social frente al desarrollo del perfil humano y personal de los futuros médicos generales y familiares; c) su postura académica, científica, epistemológica, metodológica, tecnológica e investigativa frente al desarrollo de los perfiles profesional y ocupacional de los futuros médicos generales y familiares; d) por su postura educativa, formativa, pedagógica, didáctica y curricular frente a las prácticas tradicionales de la enseñanza y frente a las nuevas propuestas ingeniosas, creativas, innovadoras e inventivas del pensamiento pedagógico divergente que permite formar profesionales con respuestas ajustadas a las condiciones nuevas del continuo devenir, con inteligencia ético – moral y emocional y capacidad cognitiva para investigar, construir el conocimiento y producir saberes para el desarrollo humano y social.

Mis sinceras felicitaciones a los autores por este tratado holístico de las relaciones: ser – saber – saber hacer, sentir – pensar – actuar, vivir – convivir – aprender

- emprender, que permiten evidenciar sus vocaciones – profesiones – ocupaciones como seres humanos y como equipo de trabajo investigativo en su profesión médica, pero también como excelentes seres humanos autogestionarios, proactivos, protagónicos, comprometidos, laboriosos, productivos, ingeniosos, creativos, innovadores y con excelentes valores humanos y sociales como la fraternidad, el servicio, la justicia, la equidad, la tolerancia, la asertividad, la empatía, el altruismo y la solidaridad.

En especial, mi sentido de admiración, gratitud y aprecio al Doctor Luis Fernando Cruz Gómez PhD, por creer que yo podía ayudar a que algunos de sus proyectos educativos, investigativos y pedagógicos podrían llegar a realizarse y permitirme formar parte de sus ideas y logros; por facilitarme compartir con todos los directivos docentes y docentes de la Universidad Libre Seccional Cali la propuesta de una Educación y una Pedagogía Holística Transformadora; por tener en cuenta esta propuesta para aportar elementos pedagógicos y curriculares a su trabajo de investigación y de fundamentación de este libro; y, por invitarme a escribir este prólogo. Es un honor recibir esta invitación de un excelente ser humano, en todo el

sentido de la palabra: *“Personas que tienen valores y talentos reconocen los valores y talentos de las demás personas”*. Mil gracias por pensar en mí para inmortalizar este libro. Mis sinceras felicitaciones por esta obra que abre puertas a la creatividad con ética y moral y con profesionalismo y responsabilidad social.

Giovanni Marcello lafrancesco Villegas, PhD

**Fundador y Miembro de Número Academia Colombiana
de Pedagogía y Educación**

**Director Corporación Internacional Pedagogía y
Escuela Transformadora CORIPET**

Introducción

Después de cuarenta y siete años de vida profesional, y bajo el influjo de maestros disciplinados, exigentes y actualizados, que desde la década de los sesenta, hasta el presente, nos han nutrido de conocimientos y experiencias; también de la compañía de colegas profesionales, técnicos y de base comunitaria, hemos logrado configurar, desarrollar y poner en práctica estos saberes, con el fin de contribuir como seres humanos a la construcción del bien común, de la visión humanística y del aprendizaje de lo fundamental, con pensamiento crítico e identificados en un lenguaje solidario y académico.

Nuestro énfasis ha sido la orientación de que los resultados finales de este proceso pedagógico en la epidemiología y la salud pública se centre finalmente en la construcción de planes de vida profesionales y personales del conocimiento epidemiológico aplicado a los servicios.

Con la presentación de esta tercera edición, hemos incorporado una serie de ensayos pertinentes al mundo de la ciencia y de la realidad de los sistemas de salud; así mismo, se ha generado una propuesta: “Propuesta para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar”, que busca concatearse con los procesos de reforma del sistema de salud y seguridad social en Colombia y ojalá con proyección internacional.

Esta edición es muy coherente a la matriz de diseño curricular de la Maestría de Epidemiología de la Universidad Libre Seccional Cali, sustentada ante el Ministerio de Educación Nacional, en febrero de 2012 y aprobada el 30 de agosto de 2012, mediante Resolución 10447. En la actual edición, se hace un reforzamiento del modelo de la historia de la epidemiología y de los aportes que la gerencia y el liderazgo de la salud pueden gestar, como fuente de interrelación de la epidemiología con diferentes tópicos fundamentales a los sistemas y servicios de salud, es decir, con un enfoque holístico.

De igual forma, es la ocasión para presentar a la Comunidad Científica, el desarrollo específico de los contenidos curriculares presentados y aprobados, como parte de la Tesis de Grado del Doctorado en Ciencias con Énfasis en Epidemiología y Servicios de Atlantic International University, los cuales, son ejes curriculares dentro del modelo andragógico que ha sustentado las diversas cohortes de estudiantes de la Maestría en Epidemiología de la Universidad Libre Seccional Cali y que han sido aprobados por el Ministerio de Educación de Colombia.

Una de las falencias fundamentales en la dinámica del sistema de salud, ha sido la ausencia de un verdadero modelo de información y comunicación en tiempo real que permita decisiones oportunas y de calidad, ante lo cual en esta edición aparece no solamente el denominado capítulo (SICOMTIR), que es reflejo de un proyecto piloto inicial desarrollado a nivel educativo en la sede de la Universidad Libre en Cali, sino que también ha logrado proyectarse a sectores de gran exigencia en el modelo de ajuste que en la salud vive Colombia (como el enfoque de redes de servicios de salud), con la propuesta piloto SICOMTIR salud, también consignada en un libro debidamente publicado y certificado por autoridades académicas y de investigación como es el caso de COLCIENCIAS.

La temática de la ética y el comportamiento investigativo se ha presentado también en consonancia con capítulos como epidemiología forense, ocupacional, organizacional, de enfoques tecnológicos, de calidad y de profundas propuestas con la concepción estratégica de la atención primaria de salud a una nueva concepción de la salud familiar, comunitaria y territorial.

Todos estos documentos y capítulos están nutridos de prácticas de investigación conducidas por profesionales de alta calidad debidamente certificados en COLCIENCIAS con su CvLac, su respectiva evaluación y el listado pormenorizado y publicado de los temas desarrollados. Además, han nacido en la configuración del centro de investigación Griepis, calificado con el grado A para la formación de los llamados semilleros transversales (relación entre el pregrado y posgrados).

En esta edición quiero reiterar la importancia del pensamiento del modelo pedagógico incluido en el PEI de la Universidad Libre de Colombia y de los aportes que con el enfoque de pedagogía transformadora nacen del estimado maestro Geovany Ianfrancesco.

No puedo dejar de mencionar por los aportes que en energías y acompañamiento me brindó el núcleo de mi familia, mi esposa Sonia y desde la eternidad Victoria Eugenia y Juan Fernando. La paciencia cuando de sacrificar tiempos se requirió y el privilegio que obtuve cuando de manera independiente y libre, mi

heredera por excelencia: Ángela María Cruz Libreros M.D.; PhD con énfasis en Fármaco, se vinculó a esta nueva edición por cuanto también lo había hecho desde la primera.

Los dos colegas que me han acompañado en los últimos 3 años, Ingeniero Andrés Felipe Fuentes y Epidemiólogo Diego Fernando Botero, con los que no hubo limitación de traspaso necesario o sacrificio de días festivos por su, a veces, incomprensible amor por el pensamiento unilibrista.

El Doctorado en Epidemiología, de la Atlantic International University, acogió con entrega estos ideales cultivados y alimentados en el aprendizaje y quehacer permanente, sin renunciar a mejorar y superar los planteamientos hasta ahora compartidos.

Una mención especial quiero reiterar a mis colegas investigadores y epidemiólogos el ingeniero Andrés Felipe Fuentes y a Diego Botero quienes unieron esfuerzos, a la ahora, epidemióloga y administradora Luz Adriana Libreros. Todos ellos con generosidad y dedicación llevan más de 7 años entregando energías, creatividad, sacrificio en las elaboraciones, diseños y en muchas ocasiones hasta incomprensiones que solo se han superado por la fuerza y resultado de sus trabajos. No podemos dejar de destacar el profesionalismo y apoyo recibido de la Dra. María Fernanda Jaramillo en los procesos de construcción de este libro.

Este proyecto como se mencionó anteriormente, tiene como eje fundamental la contribución al enfoque de la Andragogía y su relación no antagónica a enfoques pedagógicos; y la divulgación y reafirmación de ideas y compromisos que hoy adquieren especial significado: la epidemiología y los servicios, la gerencia social, la estrategia de la atención primaria de la salud, los enfoques de la complejidad, los modelos de redes sociales y de la salud. La construcción por sucesivas aproximaciones de: la complejidad, la realidad y el mundo de los servicios. Es esta una visión evolucionada a la concepción cartesiana de la causalidad, al impulso de modelos de redes sociales y de la salud, y a la construcción por sucesivas aproximaciones, tal como lo enseñó Popper.

Un especial reconocimiento, durante la formación en el doctorado del suscrito y de Ángela María Cruz, al Dr. Franklin Valcin, President/Academic Dean; a la tutora, doctora Silvia Stabio y a las asesoras doctora Rosa María Gómez y Linda Collazo; así como al equipo Directivo y Administrativo de la Atlantic International University por su invaluable apoyo. Destaco que con este soporte académico se logró establecer una relación contractual con la Universidad Libre sede

Cali para que el resultado de esta propuesta se convirtiera en el eje de la Maestría en Epidemiología aprobada el 30 de agosto del 2012 mediante resolución 10447 y que en la actualidad cumple su sexto año con 10 cohortes culminadas, 86 magister en epidemiología, un porcentaje de satisfacción del 52% y cuatro cohortes en proceso. En los últimos 3 años coordinada por los doctores Herney García y Robinson Pacheco.

Quiero destacar la formación recibida en la Universidad de los Andes por la Dra. Ángela María Cruz, al optar el título de MBA aplicado a la cátedra de farmacoepidemiología cuyos conocimientos nos han reforzado los planteamientos de esta área vital de los sistemas de salud.

Se incluye en esta tercera edición un ensayo elaborado durante el doctorado como parte del currículo, y una exhaustiva revisión de las principales relaciones que el modelo estratégico de atención primaria en salud con la epidemiología y hoy con el necesario ajuste de procesos de formación de la salud y de la medicina en la visión comunitaria, territorial y con énfasis en el eje socio antropológico de la familia. Es este aporte novedoso y actual que se desarrolla en áreas pilotos de algunas EPS.

Las investigaciones que ejemplifican los diferentes capítulos han contado con la participación, autoría directa o el apoyo logístico, técnico o administrativo del autor - coautores y de los investigadores colaboradores de este libro; así mismo de publicaciones de organismos internacionales y de universidades como la Universidad Libre Seccional Cali; la Universidad de McGill (Toronto, Canadá) que han permitido apoyos, tomar contenidos de síntesis y ejemplarización con su debido reconocimiento y aprobación como es el caso del profesor Dr. Pai en documento escrito con fecha 5 de marzo del 2012¹.

En el capítulo sobre historia de la epidemiología es fundamental los aportes hechos por el Dr. Alfredo Moravia del Center for the Biology of Natural Systems, Queens College, City University of New York, NY, USA, Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY, USA; profesor que es coautor con el grupo Griepis del texto Evaluación Histórica de la Epidemiológica publicado en el 2014.

Con esta publicación renunciamos a todo lucro o beneficio material que se pudiese derivar y lo entregamos para que sea: Capital Semilla, para que las personas, profesionales de la salud pública e instituciones pertinentes, apoyen

¹Profesor Madhukar Pai. Email de fecha 5 de marzo de 2012.

a futuros académicos, investigadores, alumnos o docentes; los manejos materiales de esta publicación le pertenecen a la Universidad Libre Seccional Cali.

Estos planteamientos, como todos los que hacen tránsito en el ámbito de la ciencia y la realidad, no han sido ajenos a la crítica constructiva y siempre muy bien recibida por quienes hoy hacemos esta publicación.

Luis Fernando Cruz Gómez

Cali, julio de 2019.

Propuesta para la formación en medicina familiar, comunitaria y territorial: una percepción, conceptualización y experiencia práctica en el Valle del Cauca, Colombia

Luis Fernando Cruz Gómez, Dilian Francisca Toro Torres, María Cristina Lesmes Duque, Ángela María Cruz Libreros, Héctor Eduardo Castro Jaramillo, Marisol Badiel Ocampo, Diego Fernando Botero Henao, Andrés Felipe Fuentes Vásquez, John Housseman Bolaños Ramos, Elbar Lozano Reyes, Yesid Solarte Rodríguez, Luz Adriana Libreros Arana,

Colaboradores: Olga Osorio Murillo, Héctor Eduardo Castro Jaramillo, Marisol Badiel Ocampo, Diego Fernando Botero Henao, Andrés Felipe Fuentes Vásquez, John Bolaños, Yesid Solarte, Luz Nelly Girón, Luz Miriam Claros, Alfonso Rojas, Aldemar Azcuntar, Luz Marina Castro, Robinson Pacheco López, Gustavo Bergonzoli, Felipe Tinoco, Diana Milena Martínez, Alfonso María Valencia C.

Resumen

La existencia de un Plan Decenal de Salud en Colombia, específicamente en el Valle del Cauca, 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, Comunitaria y Territorial 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, conceptua-

lización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar, Comunitaria y Territorial, validadas en el Departamento del Valle del Cauca por sus autoridades y el mundo científico. 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”, que haga de la Salud Familiar, Comunitaria y Territorial en el “Eje Socio-antropológico de la Cultura de la Salud Pública.

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-psicosocial para abordar la salud comunitaria e individual, apoyándose en la disciplina epidemiológica aplicable a nivel local (Suárez *et al.*, 2001). Por este motivo se constituye en una especialidad transversal que la diferencia de las especialidades hospitalarias (Martín y Cano, 1999) y, al decir de Abraham Lilienfeld (Lilienfeld, 2007), se acompaña de la epidemiología como una disciplina eclíptica.

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 (dimensión epidemiológica) y enfoque poblacional y diferencial (modelo de epidemiología a nivel local) (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 OMS, OPS, UNICEF y la antigua Unión Soviética y dando como resultado la Declaración de Alma Ata (OMS, 1978), que define la APS como la me-

por 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” (proyectada en el año 2017 con el componente Desarrollo Sostenible) (WHO, 2017). 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, incluyendo el propio perfil epidemiológico: 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, y Gavilán, 2012) (Crowell, 2016). 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 manera 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, lo cual contrasta con la concepción de Salud Familiar y Comunitaria que debe constituirse en el eje socio-antropológico de una nueva cultura de la salud (Cruz, 2016).

A pesar de estas tendencias de cambiar el modelo biomédico, en Colombia se sigue favoreciendo una formación de tipo compartimentado a los médicos familiares. El enfoque que proponemos contrasta con la opinión de concebir la medicina familiar y comunitaria como una especialidad “generalista” que apoya y da orientación antropológica y social en enseñanza en las especialidades médicas; incorporando además una propuesta pedagógica transformativa

que permita a los profesionales en formación establecer modelos de plan de vida personal y de plan de vida como expertos y conocedores de la salud y medicina familiar que requieren los nuevos tiempos. 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; la Universidad Libre, desde su fundación, incluyó en la misión de la Facultad de Ciencias de la Salud y su Programa de Medicina, el énfasis formativo en el eje transversal de la Salud Familiar y Comunitaria.

Los tradicionales modelos de formación de las Escuelas Médicas (modelo bio-médico), 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 un enfoque de pedagogía holística transformadora que garantice la formación de médicos familiares integrales y una epidemiología que considere el enfoque de la complejidad. 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, salud y ciencias sociales 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, acompañada del pensamiento epidemiológico.

Modelo pedagógico holístico transformador

La pedagogía debe estar centrada en la relación profesor-alumno. Es la pedagogía moderna transformadora (Iafrancesco, 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. Este modelo permite que el estudiante construya su propio conocimiento y 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).

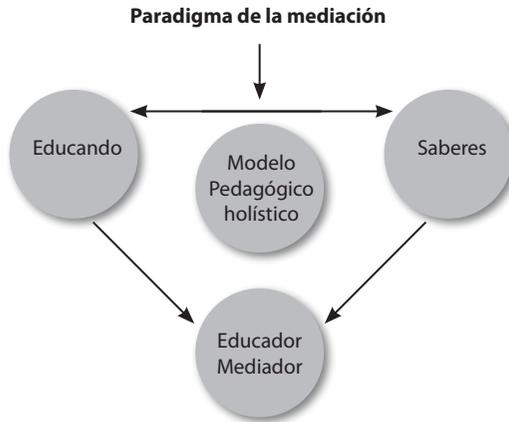


Figura 1. Propuesta pedagógica alternativa holística transformadora.

Fuente: 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 de que la salud-enfermedad está determinado por factores biológicos, psicológicos, sociales y ambientales (Kornblit y Méndez 2000). Esta relación permitirá formar líderes transformadores que, 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 lleva a un nuevo enfoque de la medicina familiar y a una necesaria reestructuración pedagógica en donde se tenga en cuenta la integralidad del aprendizaje 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 y 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 11 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 2. Modelo pedagógico holístico centrado en la relación profesor - alumno.
Fuente: lafrancesco (2011) (con permiso del autor).

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, con aplicación del pensamiento epidemiológico.

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.

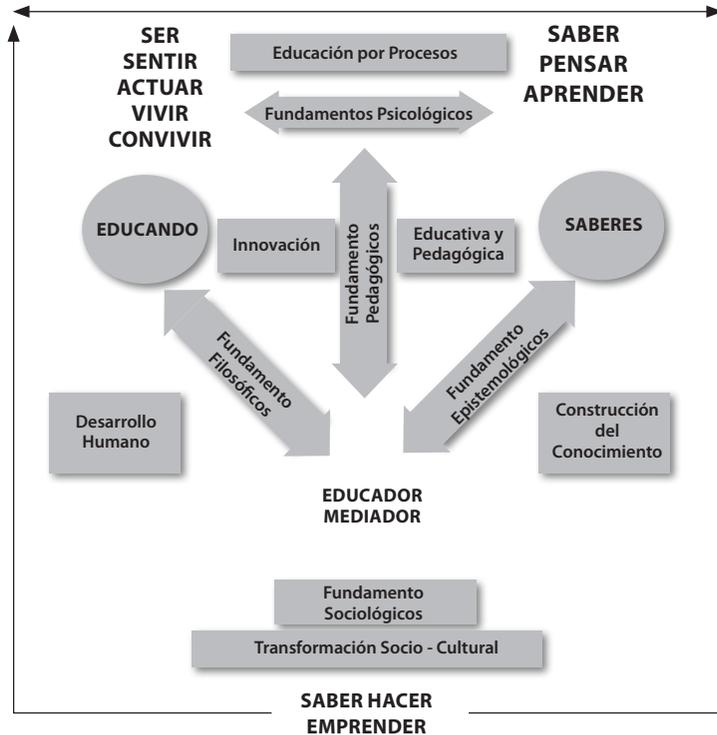


Figura 3. Propuesta de modelo pedagógico holístico propio de la educación transformadora.

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

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 sociocultural. Este 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 abrir una discusión, unos planteamientos y una transformación inaplazables.

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 período de la Revolución Francesa y después en el de la 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 Estados Unidos desde los años 40, y 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 prevalecieron 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 ello 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 internación, y que cada hospital contara con un número determinado de camas para cada alumno (Flexner, 1910). Estas consideraciones y la fuerza con 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...". Solo 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.

Estos elementos refuerzan una visión de cultura comprometida a la persona y a la enfermedad, y distancian la necesidad de reforzar un eje y compromiso con la cultura de la salud.

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 dejan de serlo para convertirse en clientes, usuarios o simplemente consumidores sometidos a dos nuevos riesgos: iatrogenia clínica -cuando el paciente-usuario-consumidor sufre complicaciones, secuelas o muerte a causa de los servicios recibidos-, e iatrogenia 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 extramuralidad y la presencia que en ella tienen los factores protectores y de riesgo, determinantes del proceso salud-enfermedad (Soto *et al.*, 2017).

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 años 70, 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 y & 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 esta especialidad; en 1969 se aprobó esta especialización en Estados Unidos, y además se instituyeron programas educativos de posgrado. 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 las década de 19 60 y 1970 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 70, 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 posgrado 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”. Se destaca la importancia del camino recorrido, pero se refuerza en nuestra propuesta la importancia de la acción de equipos de salud familiar y comunitaria, en el espacio de la extramuralidad, y en el importante desarrollo de modelos de conectividad y retroalimentación desde los nichos de la vivienda, la escuela, el trabajo y el área pública, hasta los niveles de una red no solo

primaria, sino complementaria y de alta complejidad. Además, se limitan los avances por no existir sistemas de información y comunicación en tiempo real, y de una indispensable concertación en el contrato social que ligue el rol del Estado, la empresa privada y la sociedad civil.

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 se requiere, 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 proporcionando 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, en 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, para reforzar la concepción de CULTURA DE LA SALUD.
- 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 y comunitaria, convirtiéndola en la vía de entrada a los servicios de salud.

La Resolución de los Ministros de Salud de las Américas aprobada en septiembre de 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 de 2005 y hasta 2010, contando con el apoyo de encuestas y reuniones, se logró actualizar información en 14 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; se firmó 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 y 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 centrado 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 se requiere 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 y 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, y 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 aunque 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 párrafo 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 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 a 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, en la que 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, en 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 en la 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, en 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 posgrado en las profesiones relacionadas con la salud. Por este motivo se plantea la importancia de hacer 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 2000 y 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 período 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 el gran déficit de médicos de familia para la mayoría de los países de América Latina. En 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, los países tienen proporciones que son ampliamente insufi-

cientes (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 de que han disminuido vertiginosamente (Guzmán y 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 cuantitativo, hay un resultado no satisfactorio en los proyectos de vida profesional y personal que se deben incorporar en esta 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 redireccionar el paciente a los especialistas, se debe cambiar este esquema 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 un talento humano que gradualmente aporte respuestas integrales y que garanticen una reorganización funcional y fortalecimiento de todas las profesiones y ocupaciones en las que la concepción de salud familiar aparezca en su eje transversal. Por esto en el contexto inter-

nacional se ha dado especial énfasis en la incorporación de algunos perfiles como el del médico familiar y otras ramas de la salud en donde se ha 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 resolutive 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 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 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 instituciones 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 a nivel de pregrado como a nivel de posgrado, y como modelo de reforzamiento a los médicos generales actuales, que están requiriendo 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 a nivel de pregrado como en Posgrado 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 a nivel familiar y comunitario. 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 14,6%, para diligenciar un instrumento de percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de salud familiar (Anexo 1). Se buscó la opinión 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

supere la visión un tanto obsoleta que se ha aplicado en los procesos de formación actual.

Se presentó un cuestionario de 13 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 hizo 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 15 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 de 14,6% de los clasificados como salubristas por el Observatorio Laboral del Ministerio de Educación.

Es destacable que, en el proceso de investigación desarrollado, 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:

PRIMERO: 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.

SEGUNDO: El gobierno de Colombia ha impulsado la implementación de un nuevo modelo en salud. El enfoque estratégico para reducir y 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 la 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 llevado 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.

TERCERO: 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 multidisciplinarios. 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 resolutoria ambulatoria y extramural, mientras los prestadores complementarios son los que intervienen en acciones dirigidas a resolver la enfermedad y sus complicaciones, aplicando 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 transdisciplinario, debe estar centrado en el usuario. Para lograrlo se debe facilitar el ejercicio pleno de sus deberes y derechos en la cultura de salud integral; tener un énfasis en lo promocional y preventivo; con enfoque familiar de los cuidados; ser integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos (visión intersectorial y comunitaria); ga-

rantizar la continuidad de la atención, desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada; trabajar en red tanto sanitaria como intersectorial y socialmente, de modo que se asegure la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud. Además, se debe promover el cuidado ambulatorio y principalmente el autocuidado; abrir espacios para la participación en salud y la inter-sectorialidad. Está en el autocuidado la base de la condición dinámica que integra en diferentes momentos de la vida la capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social.

En este contexto, la medicina familiar se hace muy importante en la prestación de este tipo de servicio. Normalmente la medicina familiar debería ser 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. Adicionalmente debe usar un enfoque centrado en la persona, orientado al individuo, su familia y su comunidad y al mismo tiempo debe generar una relación en el tiempo, a través de la comunicación efectiva médico-paciente. Esto le permitiría proveer un cuidado de salud continuo de acuerdo a las necesidades de sus pacientes. Todas estas acciones se deben realizar teniendo en mente un uso eficiente de los recursos sanitarios a través de la coordinación del cuidado de salud.

Como parte de la construcción de este Programa Nacional de Salud Familiar se debe instaurar una política de atención integral en salud. Este programa debe tener un marco estratégico que incorpore la atención primaria de la salud y en enfoque de salud familiar y comunitaria; la concreción de un modelo de cuidado de la salud que muestre de manera clara la dinámica del curso de la vida en los distintos entornos del hogar, la educación, el campo laboral y el proceso del envejecimiento. A su vez, debe tener un engranaje con el capital social de una comunidad que incluye las modificaciones a las reglas del nuevo contrato social (estado-mercado-sociedad civil). Las redes integrales y los espacios de integración y convivencia de la familia, los grupos sociales y territoriales con modelos de inclusión.

La gestión integral del riesgo en salud para transformar los recursos en función de los objetivos y en los prestadores, los agentes que reduzcan el riesgo en los diferentes niveles y componentes del sistema. Además del aseguramiento social implícito o esquema de financiación definido, la gestión integral del riesgo en salud es una estrategia para anticiparse a las enfermedades y traumatismos para que estos no se presenten a si están presentes, detectarlos, manejarlos precozmente e impedir una evolución con consecuencias. Con este enfoque se pretende el logro de un mejor nivel de salud de la población, un intercambio de experiencias de base comunitaria en los procesos de atención y costos

reales al contexto económico local, regional y nacional. Un enfoque diferencial que reconozca las personas y los colectivos con condiciones con 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 en Colombia un déficit de médicos familiares y de profesionales no médicos con formación de posgrado 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 2000 y 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 período 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, aumentar la oferta de especialidades en medicina familiar, permitir la integración de los médicos generales a estas especialidades para mejorar 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 a grupos de riesgo definidos en el plan nacional de salud y en los planes decenales de salud.

Con ellos deben definirse un conjunto de acciones que integren el manejo del riesgo y 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 la llamada 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 40% del período 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 desempeñan 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 que deben garantizar complementariedad y contigüidad. En ellas se concreta un 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 período 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 períodos 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.

- **Período de políticas públicas, estrategias y socialización.** Este proceso se ha adelantado de manera concreta y está en pleno proceso de socialización desde el año 2015 y requerirá al menos 3 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 a nivel de territorios específicos en Colombia.
- **Período de aplicación de modelo piloto** en las grandes regiones de Colombia según sus patrones geográfico, poblacionales y de culturas propias.

Estos modelos requerirán 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 monitorizados 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 piloto 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 un talento humano que gradualmente aporte respuestas integrales y que garanticen una re-organización funcional y fortalecimiento de todas las profesiones y ocupaciones en las que la concepción de salud familiar aparezca en su eje transversal. Por esto en el contexto internacional se ha dado especial énfasis a 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 ambien-

te, 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 a nivel individual como en la sinergia que se logra de las relaciones entre el ámbito de familia y 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.

Esta 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 esta 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 a nivel de postgrado, y como modelo de reforzamiento a los médicos generales actuales, que están requiriendo un nuevo modelo de salud y de su 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 a nivel 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 un enfoque de integralidad, continuidad y humanismo, que aborda 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 intensivo 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 con la práctica y 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 y 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, proponemos:

- 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 área social, técnica, administrativa y legal, que actúan en la puerta de entrada del sistema de salud y sus redes, fortaleciendo el trabajo transdisciplinar 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-, y 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 medicina familiar y comunitaria se asocian con una red de servicios, teniendo como punto de partida la APS, y establecen nexos con la intersectorialidad del sistema.

De este análisis se propone la siguiente malla curricular para el programa de medicina familiar y comunitaria de la Universidad Libre, en la cual se cuenta con el eje transversal de la pedagogía holística transformadora, 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:

Tabla 1. Malla curricular para el programa de medicina familiar y comunitaria de la Universidad Libre Seccional Cali.

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 (3)	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 del 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 Adolescente (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)

Fuente: elaborado por los autores.

Referencias bibliográficas

- Academia Europea de Profesores de Medicina General (2007). *La definición europea de medicina general / medicina de familia* (S. E. d. medicina Ed.). Barcelona: Semfyc.
- Alarcón Gonzalez, José A. (2008). La atención primaria y la medicina de familia en la gerencia de atención primaria de Murcia, España: presente y futuro. En: *Arch Med Familiar*, vol. 10, no. 3, 73-75.
- Bonal Pitz, Pablo, y Casado Vicente, Verónica (2004). La medicina de familia como disciplina académica y la atención primaria como entorno de aprendizaje. *Atencion Primaria*, vol. 34, no. 8, 433- 436.
- Ceitlin, Julio (2006). La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Atencion Primaria*, vol. 38, no. 9, 511-514.
- Congreso de Colombia (2015). 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. 13 p. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Congreso de Colombia (19 enero, 2011). Ley 1438 de 2011. Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones.
<http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=41355>
- Duffy Thomas, P. (2011). The Flexner Report - 100 Years Later. *Yale J Biol Med.*, vol. 84, no. 3, 269-276.
- Echeverry, Oscar (2012). The fiction of health services. *Colombia Médica* (Cali), vol. 43, no. 2, 185-188.
- Flexner, Abraham (1910). *Medical Education in the United States and Canada*. Boston: Merrymount Press.
- Guzmán Niñoril, Miller Alfonso, y Parra Peña, Jairo Enrique (2014). Lineamientos de la medicina familiar y comunitaria en Boyacá. *Rev salud hist sanid on-line.*, vol. 9, no. 1, 84-118.
- lafrancesco, Giovanni M. (2015). *Modelo Pedagógico Holístico Transformador: fundamentos, dimensiones, programas y proyectos en la Escuela Transformadora*. Bogota: Coripet Editorial.

- lafrancesco, Giovanni M. (2013). *La gestión y la evaluación curricular en una Escuela Transformadora: Contextos, enfoques, diseños, concepto, estructura, modelo holístico, objetivo, planeamiento y protocolo*. Bogotá: Coripet Editorial.
- Iturbe, P. (1987). La Medicina Familiar: Calidad en Atención Primaria, base del Sistema Nacional de Salud. *Medicina Familiar*, Vol. 4, 23-24.
- Kidds, Michael (2013). *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).
- Kornblit, Ana Lía; Mendes Diz, Ana María. *La salud y la enfermedad: Aspectos Biológicos y Sociales. Contenidos curriculares*. Buenos Aires: Grupo Editor Aique.
- Llanos Reyes, Claudio (2013). Seguridad social, empleo y propiedad privada. En: William Beveridge, *Historia Crítica*, vol. 51, 223-246.
- Martín Zurro, A., y Cano Pérez, J. F. (1999). 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., 144-160. Madrid: Harcourt Brace.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 1841 de 2013 (28 mayo, 2013). Por el cual se adopta el plan decenal de salud 2012-2021. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social (octubre, 2015). Programa Nacional de Salud.
- Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud.
- Grupo de Formación. Bogotá. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf>
- OMS (1978). Declaración de Alma-Ata. Paper presented at the Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS. http://www1.paho.org/spanish/dd/pin/alma-ata_declaracion.htm
- OMS (2008). La atención primaria de salud: Más necesaria que nunca. OMS: Ginebra. http://www.who.int/whr/2008/08_report_es.pdf
- OPS (2007). 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.
- OPS/OMS (2010). 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.
- Rivero Canto, Odalys; Marty Jiménez, Ilsa; Morales Rojas, Maritza; Salgado Fonseca, Ana Ernestina; Acosta Alonso, Nancy (2010). Antecedentes históricos de la Medicina Familiar. *Mediciego*, vol. 16, no. 2, 1-11.

- Santos Suárez, J.; Santiago Alvarez, M.; Alonso Hernández, P. M.; Alonso Llamas, M. A.; Merladet Artiach, E.; Corrales Fernández, E. (2001). Medicina de familia: ¿la cenicienta del pregrado? Estudio de la opinión de los estudiantes de medicina sobre la especialidad de medicina familiar y comunitaria. *Atención Primaria*, vol. 27, no. 5, 324-330.
- Violán Fors, Concepción; Grandes Odriozola, Gonzalo; Zabaleta-Del-Olmo, E.; Gavilán
- Moral, Enrique (2012). La investigación en atención primaria como área de conocimiento. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, vol. 26, Suplemento 1, 76-81.
- WONCA Europe (2005). La definición europea de Medicina General / Medicina de Familia. <http://www.woncaeurope.org/sites/default/files/documents/Definition%20EURACTshort%20version.pdf>

ANEXO 1.

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.

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:

- Fragmentación de la atención
- Problemas de calidad
- Poca resolución en la atención inicial de los ciudadanos
- El enfoque está dirigido a la enfermedad y en un modelo hospitalario
- La no aplicación de un modelo territorial en la prestación de servicios
- Agregue un nuevo o varios factores en caso de que lo estime pertinente.
- ¿Cuál es el enfoque estratégico para reducir y las desigualdades evitables, introducido a través de la Ley 1438 de 2011?
- 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?
- ¿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?
- ¿Cómo define la salud familiar y comunitaria?
- ¿Qué horizontes perfila el Ministerio de Salud y Protección Social para el nuevo dimensionamiento, reorganización y gestión de los servicios?
- ¿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?
- ¿Cuáles son las características previstas del médico familiar?
- ¿De qué número de médicos familiares y de profesionales no médicos con formación de posgrado en salud familiar y comunitaria dispone Colombia?
- ¿Cuántos médicos familiares por habitante se requiere en Colombia, según sus características sociales, económicas y de las caracterizaciones de los grandes territorios que conforman al país?

- ¿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?
- ¿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 40% del período 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.
- ¿Cuál es el período 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?

El desafío de un nuevo contrato social en salud: un reto en construcción nacido del aporte de la historia

Luis Fernando Cruz Gómez

A lo largo de la historia se ha podido observar la evolución del pensamiento humano en el arte de la ciencia; sus interpretaciones, acciones y limitación han generado continuos cambios y adaptación en la búsqueda de soluciones definitivas a los diferentes procesos de salud-enfermedad en cada época. Como respuesta pragmática a la necesidad de aliviar el dolor, el sufrimiento y la incapacidad de las poblaciones, surgen razonamientos humanistas como los de Henry Sigerist, el cual considera la medicina como una ciencia social y la historia médica como un aspecto más de la cultura general de cada período.

Igualmente se logran importantes enseñanzas de pensadores científicos, sociales, económicos, educativos y comunitarios, los cuales son desarrollados en los siguientes capítulos de este documento.

Sin duda, aspectos como el desarrollo económico, tecnológico y cultural tienen una influencia directa sobre la salud y han marcado un hito a lo largo de la historia universal, en donde más allá de un simple seguimiento médico se evalúa los ámbitos que puede afectar el equilibrio natural del desarrollo humano; de allí que se encuentren naciones tan diversas como el caso de América Latina y Asia, enfrentando desafíos tan similares en materia de salud, pues la necesidad de mejorar las desigualdades en los servicios y el nuevo contexto económico generan alternativas innovadoras aplicables a las realidades de cada nación. Según reflexiones y datos citados en el Informe sobre Desarrollo Humano en el año 2013 y en los 21 que le antecedieron, existe una constante

de inequidad, discriminación, graves problemas en la educación, la salud y la satisfacción de necesidades esenciales en la alimentación, la vivienda y la recreación; en este escenario no ha estado ausente Colombia (aunque se noten progresos tanto en este índice como en los indicadores de los denominados Objetivos del Nuevo Milenio).

Una mirada a los títulos de cada Informe de Desarrollo Humano nos proyecta a argumentos que ratifican este planteamiento enunciado. Estos argumentos nos orientan a la necesidad de preguntar sobre aspectos esenciales para el futuro de la sociedad, y en ella el papel de individuos, instituciones, Estado y comunidad, para afrontar y enfrentar problemáticas tan complejas como pobreza e inequidad. Nace de aquí entonces una estrecha relación con la naturaleza, misión, definición, valores y métodos de la disciplina epidemiológica contemporánea.

Desde la primera concepción del aprendizaje médico, en el que este ejercicio era realizado por hombres con conocimientos limitados, pero que sus observaciones eran la guía a la resolución de los problemas médicos y donde el concepto de bienestar ideal eran hombres equilibrados física, mentalmente sanos y hermosos, los hábitos de higiene, ejercicio y alimentación siempre han sido relevantes en la solución de situaciones médicas.

Un ejemplo de ello lo da Ramazzini al plantear la influencia del modo de vida de los limpiadores de estercoleros en la génesis de sus enfermedades, en su obra más conocida, *De Morbis Artificum Diatriba* (Discurso de las enfermedades de los artesanos), que se publicó en 1700 y constituye el primer estudio de las enfermedades relacionadas con los distintos oficios.

Todo esto influyó para obtener respuestas a las enfermedades y epidemias que azotaron las zonas de desarrollo industrial de la Europa de los siglos XVII y XVIII. Lo anterior confirma que la salud como proceso no es una meta en sí misma, es la manifestación de fuerzas biológicas, culturales, sociales y políticas que dinamizan la sociedad.

Frente al panorama observado y a la realidad en la región en América Latina. En donde se cubre solo 30% de la población en el sector privado y un sector público limitado por los recursos que no permiten garantizar una amplia cobertura a los sectores de bajos ingresos en la población, se presenta el *nuevo contrato social* desde la perspectiva de construcción hacia la posibilidad de ser "ciudadano aportante", capaz de construir un nuevo orden social, buscando la mutua convivencia y bienestar; realidad reflejada también en regiones de

Asia y el Pacífico, en donde es innegable que los modelos de salud se pueden transferir de un lugar a otro del mismo modo que las tecnologías.

En 1942 con la elaboración del Plan de Beveridge, la seguridad social fue dotada de una doctrina bien definida, gracias a un ambicioso proyecto creado en Inglaterra, sobre la base de una legislación social vinculante.

Este proyecto, cristalizado en la obra *La seguridad social en Inglaterra*, Plan Beveridge, conocido como "Informe Beveridge", establecía desde entonces la necesidad de insertar los seguros sociales en esquemas más amplios de políticas conducentes al progreso social, por medio de la cooperación entre el Estado y los individuos, bajo los ideales de reducción de la pobreza y la inequidad; para alcanzar niveles más altos de integración social y solidaridad, se garantizaba a los miembros de una comunidad no solo la vida sino también la vida en buen estado de salud.

Este concepto ya había sido aplicado por los romanos, planteamientos vigentes hoy gracias a los modelos de atención primaria en salud, en donde se busca la asistencia esencial del individuo y la familia; todo ello guiado también por acciones de salud pública que permiten generar conocimientos e intervenciones oportunas en las comunidades.

El avance científico del mundo moderno y los grandes problemas que arrastra la humanidad contemporánea hacen que sea inevitable la comprensión teórica de los principios epidemiológicos y su aplicación. Es necesario aunar esfuerzos mancomunados de las diferentes disciplinas del saber y compromisos individuales que garanticen el desarrollo integral de procesos que permitan estudiar la calidad de las condiciones de vida de las comunidades y los estilos de vida de los individuos con el objetivo de impactar positivamente en beneficio de la salud integral.

Con el abordaje de la historia, es posible inferir que nuestros procesos están aún hoy más limitados por la falta de personal cualificado y capacitado, hoy los estudios obedecen más a la moda del momento que a la vocación de servicio, que fue lo característico en otras épocas, y a una ausencia en la sociedad de una cultura de la salud.

Conocemos muchos de los fenómenos etiológicos de las enfermedades, pero los recursos destinados para la aplicación y verificación de los planes de atención son restringidos. Así mismo, no existen trabajos armónicos de cooperación interdisciplinarios que garanticen la sostenibilidad en las acciones futuras.

Es por esto por lo que el *nuevo contrato social* como propuesta invita a construir una visión de nación, orientada a un proyecto ciudadano y desarrollo de propuestas productivas en lo económico, social, político y cultural comprometiéndose los diferentes entes con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los seres humanos en armonía con su entorno.

La transformación estratégica del sistema de atención primaria requiere voluntades a nivel local, nacional e internacional, los cuales generen los recursos indispensables para investigaciones de epidemiología aplicada, las cuales facilitarán la toma de decisiones, formulaciones de políticas e intervenciones de gran impacto en la solución de los problemas específicos de la comunidad.

En el momento y contexto actual hablar de desarrollo, y en especial de desarrollo humano y desarrollo social, nos transporta de inmediato a tratar temas determinantes en la vida de los pueblos que inciden en el desarrollo o no de sus sociedades. Para ello es necesario conocer la situación y estado actual de asuntos como la pobreza, desempleo, exclusión social, la salud y educación, entre otros. Todo indica que el grado de avance para enfrentar y afrontar estas problemáticas son lo que están definiendo hoy el grado o nivel de desarrollo alcanzado por un país y su sociedad, siendo ellos los indicadores de desarrollo en la vida de los pueblos.

Aunque los Estados y los gobiernos han adoptado algunos compromisos para abordar y trabajar en la superación de esta situación por bloques geopolíticos, el avance de la historia en materia de desarrollo social nos presenta un panorama en el que son pocos los países que han avanzado en esta lucha; no obstante, en algunos países la situación empeora cada vez más.

Frente a este panorama desalentador y crítico, se presenta el *nuevo contrato social* desde una mirada de construcción hacia la posibilidad de ser "ciudadano aportante", capaz de aportar a la construcción de un nuevo orden social, en el que quiere vivir en convivencia y en conjunto lograr la dignidad.

Desde el enfoque del *nuevo contrato social* se propone como un proceso que está en construcción, donde el ejercicio de los derechos, la práctica de la dignidad y el compromiso ciudadano refuercen el ordenamiento democrático y la vocación incluyente.

Los problemas y retos que hoy enfrenta nuestra sociedad no se han producido por sí mismos; son el reflejo de la incapacidad de haber logrado un orden ético y de convivencia fundamentada en los derechos humanos.

Por esto, el *nuevo contrato social* invita a la propuesta de construcción con una visión de nación, orientada a un proyecto de vida ciudadana digna y al desarrollo de propuestas productivas en lo económico, lo social, político y cultural. La dimensión del *nuevo contrato social* está orientada a una construcción de cooperación, con sentido de pertenencia, crear organizaciones que den forma a la interacción humana.

En conclusión, frente al desafío y reto actual es importante dar continuidad a la construcción de la dignidad, tener claridad en lo que significa dimensión pública y de bien colectivo.

El desarrollar capacidades y competencias de cambio y de transformación convierte a las personas o grupos en élites gobernantes que superen a las élites dominantes, y que por tanto, se privilegie el bien común, sin desconocer la importancia del bien individual, construido con ética, estética y libertad.

La concepción y construcción de lo público va más allá de la fuente de financiación o del origen de los recursos; está en el marco de la posibilidad de ejercer los derechos humanos. No obstante, no debe entenderse como una responsabilidad solo del Estado; debe incluir el desarrollo de capital social y humano, lo que hoy se denomina responsabilidad social.

Por esto, en la construcción de lo público se requiere y se da solo con la interacción del papel fundamental entre el Estado, el mundo empresarial con responsabilidad social y la sociedad civil.

En este sentido, el eje del planteamiento del *nuevo contrato social* está en reafirmar el compromiso del desarrollo social y humano, para el cual entender nuestra realidad y plantear como centro de nuestra acción es la aceptación de la construcción de un *nuevo contrato social* fundamentado en una visión incluyente de desarrollo y de libertad, para el cual nuestras mentes y propuestas deben orientarse al reto del abordaje del mundo desde lo social, humano y ecológico sostenible.

La salud es un asunto de construcción pública y de bien colectivo. Este es uno de los ejes que fundamentan el *nuevo contrato social*; para esto es necesario partir de una definición de lo público: "Es todo aquello que conviene a todos de la misma manera para el logro de su dignidad".

Cuando las condiciones de accesibilidad, disponibilidad y uso de estos bienes excluyen a una parte de personas y su calidad es diferencial, podemos decir que hay inequidad.

La salud se ve desde una perspectiva integral, un derecho fundamental de las personas y una responsabilidad del conjunto de la sociedad. Su reglamentación y regulación debe estar centrado en el interés colectivo y ser, por ello, objeto de política pública en lo social.

En el *nuevo contrato social*, la formulación de la política pública debe ser un producto de la concertación entre tres sectores que dinamizan dicho contrato: la sociedad civil, la empresa privada con responsabilidad social y el Estado. En consecuencia, la gestión que se ejecute en el campo de la salud debe ser de tipo específico: gestión social, no comercial ni de negocios.

En este sentido, cobran importancia la construcción y las competencias del capital humano y del capital social, puesto que en este escenario las dos son expresiones de un modelo de desarrollo en el que se considera la persona humana en ejercicio de todas sus potencialidades.

Los aportes del sector salud al *nuevo contrato social* son: la salud ha hecho un aporte en la construcción de la dignidad, el ejercicio de la libertad y el desarrollo de lo público. Estos son valiosos legados de centenares de científicos de la salud, lo social, profesionales y trabajadores de las instituciones, comunidades y grupos organizados. Entre ellos, el liderazgo del sector salud, la concepción de empresa social y la gerencia social.

Primera parte

Henry Sigerist: una concepción científica de la historia de la salud

Luis Fernando Cruz Gómez, Ángela María Cruz Libreros,
Rodrigo Alberto Alzate Sánchez, Diego Fernando Botero Henao
Héctor Castro y Andrés Felipe Fuentes Vásquez

Introducción

Este capítulo sobre historia de la epidemiología y su futuro se hace fundamental iniciarlo con los extraordinarios aportes realizados por Alfredo Morabia¹ en el prólogo del libro *Evolución histórica de la epidemiología y su futuro* (Cruz Gómez, L.F.; Alzate Sánchez, A.; Cruz Libreros, et al. (2014) en el cual se destaca:

Una de las características de la historia de la salud desde el siglo XVII es el uso de comparaciones de grupos para proteger la salud humana de grandes amenazas. Este método de investigación de enfermedades, característico de la epidemiología, contribuyó a generar conocimiento etiológico, preventivo o terapéutico sobre casi todos los asuntos importantes en medicina y salud pública: la peste (siglo XVII), la viruela y el escorbuto (siglo XVIII), el cólera y las fiebres (siglo XIX), la tuberculosis (siglo XIX - primera mitad del siglo XX), el cáncer y las enfermedades cardiovasculares (siglo XX).

¹ Department of Epidemiology, Mailman School of Public Health, Columbia University, New York, NY, USA. Dirección para la correspondencia: Alfredo Morabia, MD, PhD, Barry Commoner Center for the Biology of Natural Systems, Queens College, CUNY, 65-30 Kissena Boulevard, Flushing NY 11367. E-mail: amorabia@qc.cuny.edu. Conflicto de interés: Ninguno. Fuente de apoyo: National Library of Medicine 1G13LM010884-01A1.

En 350 años los métodos y los conceptos epidemiológicos han sido refinados, produciendo un corpus teórico en constante evolución, diferente para cada nueva generación de estudiantes. Por ejemplo, en los últimos 50 años ocurrieron por lo menos dos grandes transiciones. La teoría epidemiológica explicada en los textos clásicos de los años sesenta y setenta (Lilienfeld, 1976; MacMahon & Pugh, 1970) es muy diferente de la teoría en textos modernos de los años ochenta (Rothman, 1986), y a su vez, los textos modernos han tenido que evolucionar rápidamente para mantenerse al nivel del desarrollo de los métodos y conceptos. (Rothman & Greenland, 1998; Rothman *et al.*, 2008). Además, nuevos modelos de textos epidemiológicos han aparecido (Almeida Filho & Barreto, 2011) (*Epidemiología y servicios*, Luis Fernando Cruz Gómez, Ángela María Cruz Libreros, Rodrigo Alberto Alzate Sánchez, Luz Adriana Libreros Arana).

Las generaciones más jóvenes de epidemiólogos no pueden darse cuenta de las dificultades que tuvieron las generaciones pasadas para entender y describir los métodos y conceptos que hoy son claramente presentados en diversos textos. Las discusiones sobre los estudios “prospectivos” o “retrospectivos” (Dorn, 1959), el uso de la razón de oportunidad, las condiciones bajo las cuales se aproxima el riesgo relativo (Cornfield, 1951; Levin, 1953) y otros desarrollos de los años cincuenta y sesenta, rápidamente evolucionaron a conceptos básicos en los años setenta. Aún más, muchos de estos conceptos y métodos fueron criticados en artículos que parecían complicados de entender para la nueva generación de epidemiólogos modernos (Miettinen, 1976).

Hoy día, los desarrollos teóricos de los años setenta y ochenta han sido integrados en los currículos de programas de epidemiología y de igual forma son debatidos y criticados en luz de nuevas ideas. Es vital que las nuevas generaciones de epidemiólogos aprendan y aprecien la dinámica evolución de la disciplina y no solo las transformaciones contemporáneas. Desde esta perspectiva, el trabajo de Luis Fernando Cruz y sus colegas, es importante para destacar el progreso de los conceptos en nuestra disciplina y evitar perder el sentido de la evolución y consecuentemente, de la historia.

Actualmente, cuando los epidemiólogos asisten a reuniones de trabajo para discutir soluciones a una cuestión científica, raramente se dan cuenta de que traen con ellos 350 años de experiencias acumuladas. No reconocen que las ideas que van a proponer han sido desarrolladas y refinadas a través de los años y evaluadas en la práctica. Además, pocos son conscientes de que nuestra capacidad actual para resolver enigmas en la salud pública o medicina clínica es mucho más amplia en comparación a la de generaciones previas de epidemiólogos. Esta capacidad es precisamente gracias a la acumulación de ensayos y errores metodológicos previos.

El pasado contiene entonces parte de la identidad y de la legitimidad de los epidemiólogos actuales. Estar consciente de eso puede hacer una gran diferencia en términos de eficacia, y, por ende, de fiducia en las capacidades de la epidemiología de contribuir a mejorar la salud.

Reseña histórica

Henry Ernest Sigerist nació en París y fue educado en Suiza; llegó a ser director del Instituto de Historia de la Medicina de la Universidad de Leipzig, desde 1925, y de la Universidad Johns Hopkins, de 1932 a 1947.

Muchos lo consideran el mayor historiador médico contemporáneo, con un enfoque cultural, humanista y crítico; maestro de la acción social, fue un inconformista irreductible y crítico al servicio del ideario democrático y del bienestar humano.

Uno de sus grandes méritos fue considerar la medicina una ciencia social y la historia médica un aspecto más de la cultura general de cada época. Derrumbó en la historia de la medicina los relatos subjetivos y sin sustentación de evidencia científica que proliferaron durante grandes períodos en la humanidad. Escribió cientos de ensayos sobre la sociología de la medicina y varios libros.

Características

Sigerist definió la sociología médica como el estudio de los problemas de los patrones o sistemas de atención médica existentes en la realidad de los diferentes países. Para sus hallazgos médico-sociales empleaba la observación de primera mano, consolidación de los datos, identificación de problemas, discusión de los datos con otros autores. Uno de sus grandes aportes a los intelectuales de todo el mundo es la internacionalización de los datos obtenidos en sus estudios.

Gustavo Molina, profesor de salud pública y médico del Servicio Nacional de Salud de Chile y de la Organización Mundial de la Salud, publicó en 1974 la traducción y 20 selecciones de los principales aportes de Henry Sigerist, que abarcan un amplio campo de la medicina preventiva y social, contribuyendo a la conmemoración de los veinte años del fallecimiento de Sigerist, y con ello también ofreció orientación a los médicos y profesionales de la salud para abordar racionalmente sus problemas, siendo inspiración y estímulo para hacer un aporte generacional al progreso de la salud, la medicina y la civilización.

A continuación describiremos el legado histórico y sus principales características, derivadas de la investigación histórica de Henry Sigerist.

- En el siglo VI se crearon los primeros hospitales a partir de conventos y monasterios, debido a que consideraban la enfermedad como un medio para purificarse y obtener la gracia (enfoque con predominio de pensamiento religioso).
- La literatura médica de la primera Edad Media no fue original sino principalmente recopilada de fuentes antiguas, de modo indirecto; la medicina y los principios de la primera terapia griega fueron respetados y seguidos.
- Desde el siglo XVIII y XIX las escuelas médicas empiezan a dedicar más tiempo a la investigación y a la especialización, dejando atrás todos los métodos empíricos; como consecuencia de los avances que la ciencia logra después de finalizar la Edad Media y aparecer el Renacimiento.
- A partir del siglo XIX nace la medicina preventiva, trayendo consigo épocas de excelente cuidado sanitario y otros tiempos devastadores. Cabe mencionar a T. Biggs, quien enuncia la definición de salud pública: "La salud pública se puede comprar; dentro de los límites naturales cualquier comunidad puede determinar su propia tasa de mortalidad".
- El mérito de haber desarrollado la salud pública ocurrió en Roma, en donde había un gobierno más fuerte y estable.
- Algunos comportamientos con respecto a la higiene designada en las antiguas religiones fueron: exigían que las personas debían purificarse antes de entrar al templo, el sacerdote vestía hábitos impecables y evitaba tocar cosas sucias.
- Otros comportamientos asociados fueron: debían consumir animales limpios, libres de enfermedades o heridas y prepararse con cuchillos libres de melladuras. También discriminaban a la mujer que estuviera menstruando, pues se consideraba no limpia durante los siete días, al igual que la parturienta.
- Empieza a surgir una práctica muy importante, como lo es el aislamiento, para las personas que tenían enfermedades contagiosas como la lepra.
- Haciendo un recuerdo histórico, para los griegos la salud era el mayor de los bienes, ya que su ideal era el hombre perfectamente equilibrado física y mentalmente sano y hermoso, creando hábitos de higiene, ejercicios y alimentación.
- Las ideas de Pitágoras influenciaron a la medicina griega, la cual es la principal responsable de la teoría de los cuatro humores (sangre, flema, bilis amarilla, bilis negra); en esencia, esta teoría mantiene que el cuerpo humano está lleno de cuatro sustancias básicas, llamadas humores (líquidos), cuyo equilibrio indica el estado de salud de la persona.
- En esta época de la historia la higiene personal era altamente refinada y