



Artículo de reflexión

El relato de la historia que nadie conocía: programa de medicina familiar para la transformación social

Mario Ernesto Morales^a
Karen Muñoz MD^a
Yady Navas MD^b
Katherin Ortiz MD^b

^aDirección del Núcleo de Fundamentación Social, Humanístico y Electivo, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

^bMedicina Familiar, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Bogotá DC, Colombia.

RESUMEN

Objetivo: conocer el desarrollo del programa de medicina familiar de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS) de Bogotá DC, Colombia, diez años [2007- 2017] **Método:** mediante la sistematización de experiencias se compilaron las voces de quienes han hecho parte en la formación y evolución del programa, como egresados, docentes y personal administrativo. **Resultados:** se logró develar los momentos históricos más relevantes en la estructuración y organización, identificando los enfoques epistémico-clínico y comunitario que durante años han matizado la formación de residentes, los procesos administrativos, los convenios institucionales, así como los aciertos, desaciertos y tensiones. **Discusión:** el programa de ha estado permeado por los cambios en las tendencias teóricas dadas por el ámbito internacional. También ha demostrado su valioso aporte a la medicina familiar como disciplina dentro del contexto colombiano. **Conclusión:** el programa ha logrado consolidarse a nivel nacional y ha mantenido un espíritu innovador, buscando siempre ser el primero en implementar nuevas estrategias y formas de aplicar la medicina familiar.

Palabras clave: medicina familiar, sistematización de experiencias, modelo de atención primaria APS.

© 2018 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.

Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:
Fecha recibido: febrero 26 de 2018
Fecha aceptado: abril 17 de 2018

Autor para correspondencia.
Dr. Mario Morales
memorales@fucsalud.edu.co

DOI
<https://doi.org/10.31260/RepertMedCir.v27.n3.2018.214>

ABSTRACT

Objective: The objective was to know the development of the Family Medicine Program of the University Foundation of Health Sciences during the last ten years [2007- 2017]. **Method:** Through the systematization of experiences, the voices of those who have taken part in the formation and evolution of the Program were compiled, such as: Graduates, teachers and administrative personnel. **Results:** It was possible to unveil the most relevant historical moments in the structuring and organization of the Program and from there, the clinical and community epistemic approaches that for years have nuanced resident training, administrative processes, institutional agreements, as well as, were known. the successes, failures and tensions. **Discussion:** The Family Medicine Program of the FUCS, has been strongly permeated by the changes in the theoretical tendencies given in the international context, on the other hand, its essential contribution to family medicine as a discipline has been demonstrated, within the Colombian context **Conclusion:** The Program has managed to consolidate itself within the national context and period after period has maintained an innovative spirit; always looking to be the first to implement new strategies, new ways of applying family medicine.

Key words: family medicine, systematization of experiences, primary care model APS.

© 2018 Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud - FUCS.
This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

INTRODUCCIÓN

Desde sus inicios la medicina familiar ha tenido dificultades en ser reconocida como una especialidad de gran importancia e impacto en la atención de la salud a nivel nacional, en consecuencia sólo existen diez programas de formación que buscan cumplir con este objetivo académico bajo la mirada del enfoque integral o sistémico. Esto podría ser la consecuencia de la falta de divulgación y claridad que aún persisten sobre las funciones del médico familiar; de ahí que quienes tienen en sus manos la toma de decisiones en el campo administrativo en salud, puedan haber dado mayor radio de acción a las especialidades fragmentadas que actúan desde el paradigma tradicional.¹

Sin embargo, el desbordamiento económico, el desgaste administrativo y la ineficacia ocasionada por estos modos de actuar del sistema de salud durante los últimos 10 años, en conjunto con la tendencia creciente que ha tenido la afiliación a los regímenes subsidiado y contributivo registrada del 2005 al 2015, generaron un fuerte déficit financiero equivalente a \$0.7 billones en 2016 y 5 billones en 2017, según los datos del Ministerio de Salud. Esto ha hecho que la institucionalidad promueva medidas como la gestión de riesgos desde las entidades prestadoras de salud, la autoregulación médica, el uso racional de los medicamentos y la reivindicación de la medicina familiar², esta última, como la opción precisa para aportar de manera significativa al cese de esta crisis coyuntural.

A la luz de ese panorama se advierten grandes retos para el campo de la medicina familiar, pues es el momento histórico para demostrar que la presencia y ejecución pertinente de esta especialidad en cualquier parte del territorio colombiano, incluso bajo condiciones sociogeográficas de marginalidad, ausencia

de tecnología y difícil acceso, es posible ofrecer servicios de calidad en las etapas de prevención, cuidado y curación. De esta forma se podría incidir en la alta prevalencia de las patologías crónicas, evitando las secuelas o complicaciones de las mismas, que tienen altos costos de administración, hospitalización, equipos médicos y profesionales especializados.

Por lo anterior, es imprescindible que desde los programas existentes de formación académica en medicina familiar, se tenga claridad de las fortalezas y debilidades dadas en la práctica para hacer frente a este panorama nacional. En esa lógica, el presente estudio tuvo la pretensión de hacer una sistematización de experiencias en la mira de conocer qué conceptos y prácticas se han desarrollado en el programa de medicina familiar de la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud durante los últimos diez años 2007- 2017, así como, las influencias que han recibido de las dinámicas académicas, sociales, económicas y culturales en el contexto nacional e internacional durante este lapso.

MÉTODOS

Esta investigación sistematizó la experiencia desde las voces de los diferentes actores vinculados al programa de medicina familiar de la FUCS y partió del concepto denominado *Sistematización Fundamentada en la Concepción Metodológica Dialéctica (CMD)*, como una manera de concebir la práctica y la teoría como unidad, de acercarse a la práctica para conocerla, abstraer la información, interpretarla para luego regresar y

transformarla.³ En referencia al enfoque metodológico, dados los objetivos planteados en esta sistematización se optó por la organización cronológica de los momentos históricos para así derivar teorías y líneas de acción; por ello fue necesario localizar relaciones entre los datos recogidos y de esta manera dilucidar los principios que guiaron la experiencia.⁴

La sistematización se hizo a través de tres fases: se inició con la recolección de información, a través de una revisión exhaustiva documental institucional y disciplinaria de cada uno de los documentos emitidos por el programa y los más relevantes en el contexto nacional, que de una u otra forma, época tras época, fueron dando los parámetros de los contenidos y campos de acción de la medicina familiar en Colombia. Además se realizaron talleres de sistematización de la información, a través de un instrumento que permitió recopilar, entretejer y visibilizar todas las historias emitidas desde las anécdotas, producto de la cotidianidad que de una u otra forma reflejaban las prácticas de la medicina familiar de 35 actores involucrados y que participaron en forma voluntaria en el estudio. Seguido a ello se dio paso a la realización de 25 entrevistas a profundidad con aquellos actores que en los discursos colectivos se identificaron como personajes relevantes en la construcción del programa.

Para concluir esta primera fase, se realizó una reconstrucción colectiva en torno a varias preguntas. Primero, *¿qué fue lo que pasó?* Teniendo en cuenta la estructura y el desarrollo de la experiencia, dado que unas son las intenciones iniciales de los sujetos y otra la historia que realmente sucede. Esto permitió denotar acciones, participantes, resultados, acontecimientos y contextos que enmarcaron la experiencia. Luego, *¿por qué pasó?* Para esto se contemplaron los factores que obstaculizaron o facilitaron las transformaciones, la identificación de tensiones y contradicciones en relación con las teorías de los fenómenos dados y la sabiduría popular. Por último *¿cuáles fueron los aprendizajes en lo teórico y en el saber hacer?* Esto se pudo identificar contemplando la comprensión de la realidad, de las apuestas políticas y de sí mismos que tienen los actores antes, durante y después del proceso.⁵

En segundo lugar, se adelantó la fase de análisis de la información; el punto de partida fue el análisis secuencial del relato⁶, enfocado en dar respuesta a las preguntas orientadoras formuladas al inicio de la sistematización, para ello fue necesario categorizar la información. Con el fin de avanzar con mayor agilidad en el proceso de categorización, fue necesario acudir al software Atlas ti en su octava versión, teniendo en cuenta la relación que pueda darse entre los elementos de la práctica (las similitudes, contradicciones, tensiones, interacciones y complementaciones) con el fin de encontrar aportes relevantes que contribuyeran a darle sentido y significado a la experiencia contextualizada. Después de contar con la definición de las principales categorías, se decidió entretejer todos los relatos en el marco de una línea de tiempo, construida a partir de algunos acontecimientos detectados que se consideran como hitos

históricos a lo largo de los últimos diez años [2007 -2017]. Esta línea fue dividida en seis momentos claves y siete categorías, como se muestra en la figura 1.⁶

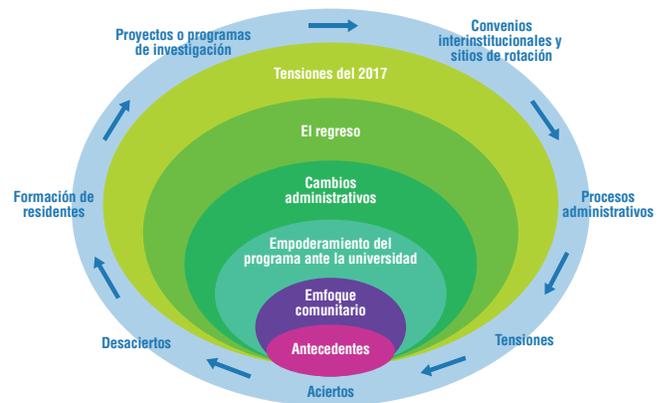


Figura 1. Momentos históricos y categorías de análisis de los últimos 10 años de la FUCS 2007-2017.

La anterior figura muestra de manera ascendente los momentos históricos del programa de medicina familiar de la FUCS en los últimos 10 años y de manera cíclica las categorías de análisis emergentes que podrían estar presentes en mayor o menor medida en cada momento histórico, dependiendo de la dinámica, las variantes administrativas e intereses prioritarios. Las siete categorías emergentes son:

1. **Procesos administrativos:** son las acciones que se han realizado desde los diferentes roles administrativos del programa para promover su funcionamiento.
2. **Convenios interinstitucionales y sitios de rotación:** relaciones gestionadas desde la FUCS para establecer escenarios que le permitan a los residentes aplicar sus aprendizajes teóricos en la práctica.
3. **Formación de los residentes:** todos los aspectos que contribuyen con el proceso de enseñanza-aprendizaje de los residentes.
4. **Aciertos:** acciones reconocidas como positivas para el programa por parte de los actores entrevistados o factores que a lo largo del tiempo le dejaron un saldo positivo al programa.
5. **Tensiones:** situaciones o dinámicas que han generado conflictos o problemas en el marco de las relaciones entre los distintos actores al interior del programa, residentes, administrativos, docentes o egresados.
6. **Desaciertos:** acciones reconocidas por parte de los actores entrevistados que a lo largo del tiempo le dejaron un saldo negativo al programa.
7. **Proyectos de investigación:** en esta categoría se reunirán todos los trabajos de investigación que fueron realizados en cada momento histórico, dejando entrever cuál fue la orientación epistemológica predominante.

RESULTADOS

En este apartado se mostrarán los resultados más representativos de cada uno de los momentos históricos. Antecedentes: fue antes de 2007 que emergió por primera vez el programa de medicina familiar de la FUCS, al parecer su origen antecede las fechas de interés de este estudio, no obstante en la lógica de no desconocer los datos encontrados se construyó esta primera etapa titulada como antecedentes. Para comenzar con el análisis de los procesos administrativos se identificó que el certificado otorgado por el ICFES fue entregado por primera vez en 1999. Allí fueron las médicas familiares de ese momento quienes emprendieron la primera fase de sensibilización y demostración de la efectividad del modelo. Al comienzo se concibió un programa que incluía asistencia a centros ambulatorios funcionando de la siguiente manera: medio tiempo en rotaciones de profundización en clínicas hospitalarias y otro medio tiempo realizando trabajo con familias mediante acciones a nivel de la comunidad con énfasis en atención primaria. En este primer momento se formuló un programa único de dos años en el que se hizo énfasis clínico quirúrgico. Se centró en describir las áreas de fundamentación, de profundización clínica por ciclo vital y de organización y gerencia de servicios de salud en todos los semestres. Para aquella época no se contó con bases para su desarrollo pues no había claridades sobre el rol del médico familiar, se carecía de un espacio propio que generara algún nivel de seguridad a los residentes y de una directriz permanente. Esta falta de claridad y de garantías generaron tensiones en los tres residentes matriculados que con el tiempo originó un sentimiento de orfandad colectivo, ya que no sentían una guía firme que les mostrara como diferenciar su rol del que ejercían las otras especialidades y se presentó lo que se llamó la primera gran crisis, cuando el programa comenzó a quedarse sin residentes, porque el que más permaneció fue año y medio.

En cuanto a los convenios interinstitucionales establecidos en la época, pudo reconocerse en los relatos de los participantes el pactado con la empresa prestadora de salud UNIMEC EPS, la cual tenía la intencionalidad de formar médicos familiares con la Fundación Juan N. Corpas, universidad que había sido la líder hasta el momento en medicina familiar.

Al hablar de la formación de residentes durante esta época, se detectó que el objetivo formativo estuvo enfocado en dar soluciones a las necesidades del hospital, por lo cual se optó por proyectar un perfil integral que se acoplara a todos los servicios de manera transversal, buscando dar una atención más holística para los pacientes, esa primera experiencia se estructuró en un programa de dos años. Durante este periodo se estancó por un tiempo la proyección del programa, fue sólo hasta el 2003 cuando se propuso estructurar de manera formal el programa de medicina familiar, cuyo eje central era el enfoque comunitario con el ánimo de imprimirle un elemento

diferenciador de los otros existentes en el país. *Hacia el enfoque comunitario 2007*: esta segunda etapa corresponde al cambio de enfoque epistemológico en la formación de los residentes, en congruencia con los cambios que impactaron de manera mundial a la disciplina de medicina familiar, que sirvieron para el diseño de los contenidos curriculares de los programas de medicina familiar en Latinoamérica y fue precisamente en este contexto que en 2007 se presentó una nueva propuesta programática que propició el despliegue oficial del enfoque comunitario y permitió a los médicos familiares en formación innovar con la ejecución de actividades extramurales, permitiendo desarrollar un perfil integral enriquecido. Fue así como a partir de enero de 2007 el programa comenzó a ganar visibilidad al interior del país, ya que por primera vez la facultad de medicina y el programa de medicina familiar de la FUCS junto con ocho facultades de medicina y enfermería del país fueron convocados por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, para participar en un proyecto denominado *Programa de acompañamiento y tutoría a desplazados con enfoque de salud familiar*. Así se dio paso al programa de acompañamiento y tutoría para promover la restitución de condiciones de bienestar físico, mental y social que permitiría la estabilización socioeconómica de 1.450 familias en condición de desplazamiento y vulnerabilidad en la ciudad de Bogotá, que se prolongó hasta el siguiente año.

En el marco de los *procesos administrativos* se tomaron algunas determinaciones, por ejemplo la decanatura de la facultad de medicina en 2007 dio la indicación de retomar las clases de medicina familiar según la disponibilidad de los docentes de posgrado los sábados de 1 a 4 p.m. lo que generó tensiones por parte de los residentes, pues interpretaban y sentían que se dejaban de lado sus necesidades de horarios y condiciones de rotación.

Durante este año, en el segundo semestre se presentó una crisis por la recurrente movilidad de docentes y para aquel entonces se presentaron desaciertos en los espacios de rotación para la formación de residentes porque los pacientes de las IPS, en las cuáles se ejecutaba tareas docente asistenciales, no eran remitidos adecuadamente al servicio de medicina familiar.

Empoderamiento del programa ante la universidad (2008 - 2011)

Durante esta época el programa ya estaba conformado y formalizado. El siguiente paso fue buscar el reconocimiento por parte de la universidad y del contexto educativo colombiano de medicina familiar. Desde la perspectiva de los egresados, esta etapa fue un tiempo destinado al acoplamiento y sesión de prueba de las especialidades que cobrarían mayor importancia en la formación de residentes, para ello se consolidaron los convenios en centros ambulatorios que permitieron el

despliegue de los estudiantes en los servicios médicos de las especialidades de neumología, cardiología y medicina interna. Como consecuencia de estas experiencias exitosas recurrentes en el tiempo, se logró un mayor nivel de confiabilidad y credibilidad en el trabajo de los residentes. Este fue también un tiempo de abrirse campo al interior de los hospitales y las IPS de la ciudad de Bogotá. En septiembre de 2008 se consolidaron los convenios interinstitucionales y se aumentó el nivel de adherencia de los pacientes al tratamiento médico; esto se dio gracias a la disponibilidad de espacios propicios que facilitaron los procesos pedagógicos para la instauración de aprendizajes que contribuirían a la prevención oportuna de enfermedades en los pacientes.

Uno de los aciertos en la búsqueda de este reconocimiento público al interior de la ciudad, tuvo lugar en 2008 cuando se informó de manera pública que la especialidad cumplía con las expectativas propuestas por la IPS Virrey Solís liderando programas de obesidad y nefroprotección. Además se promovió la constitución de alianzas con la Universidad Católica para trabajar en conjunto en un proyecto que buscaba el bienestar de la primera infancia, con la participación de PRONIÑO y las Aldeas SOS.

No obstante, en este camino se presentaron desaciertos, como lo sucedido con la EPS Colmédica, donde por poco acompañamiento oportuno por parte de los docentes orientadores al interior de la Unidad de Atención Primaria durante 2008, los residentes comenzaron a sentirse solos y manifestaron de manera recurrente su inconformidad ante los entes administrativos. Ante esta situación la dirección de la universidad tomó cartas en el asunto de manera oportuna y clausuró el convenio por falta de garantías para los estudiantes.

Cambios administrativos

Teniendo en cuenta los múltiples cambios de director de programa presentados durante la época, se generó inestabilidad en la formación de los residentes y los procesos administrativos se vieron afectados con la implementación de cada nueva iniciativa causando retrasos e inconvenientes en la dinámica administrativa.

Así mismo, esta movilidad de directores produjo inconsistencias de la programación en los sitios de rotación fallando con el cumplimiento de las horas y créditos de los residentes, asuntos que fueron solucionados por la universidad y que se convirtieron en oportunidades de mejora. Se debe resaltar que los funcionarios administrativos siempre estuvieron atentos para escuchar a los residentes y darle solución efectiva a los inconvenientes presentados.

Por último, en referencia a los convenios interinstitucionales en 2012 finaliza el convenio establecido con Sanitas y fue reemplazado por UPA Emaus; se buscó como sitio de rotación el hospital de Engativá y una nueva plaza en el municipio de Sibaté, con la intencionalidad de aplicar el modelo de medicina familiar para la red pública municipal.

El regreso

Este periodo corresponde al regreso de la directora anterior imprimiéndole un enfoque comunitario al programa, pese que al interior de la dinámica del país todavía predominaba la visión de la medicina tradicional. Uno de los aciertos más reconocidos fue la inclusión de la especialización en la construcción nacional del programa único, que consistió en el esfuerzo mancomunado de los programas de medicina familiar del país para hallar un punto de encuentro que les permitiera hablar un mismo idioma y construir en conjunto un perfil acorde con las necesidades de la población colombiana.

Desde el enfoque investigativo las actividades comunitarias fueron objeto de estudio para los residentes y estudiantes de octavo semestre de medicina familiar, colocando especial atención en la caracterización de poblaciones vulnerables en el marco de proyectos del área de proyección social que incluyen Creaciones Miquelina, modelos de atención integral basado en medicina familiar para la población con hipertensión arterial y diabetes mellitus que asisten al centro de salud de Sibaté, Cundinamarca y los proyectos de albergues Guainía.

No obstante algunos de los residentes de la época identificaron como la tensión más relevante en su proceso de formación la pretensión que tuvo el programa de darle especial protagonismo a la educación virtual en Sibaté, lo que se consideró inconsistente por parte de los residentes, ya que ellos argumentaron haberse matriculado en un programa 100% presencial. Ante esta situación, la universidad decidió no insistir con esta modalidad, ya que las plataformas virtuales aún son vistas como una herramienta distante y secundaria de aprendizaje y no pertinentes para la formación de especialistas clínicos con un enfoque comunitario, donde el contacto con las comunidades es de vital importancia en los procesos de formación.

De otra parte los residentes afirmaron que les gustaría contar con un mayor número de líneas de investigación. El programa ya se encontraba encaminado en esa vía, creando una nueva línea orientada al tema de salud pública para seguir ampliando el espectro investigativo.

Tensiones en 2017

En 2017 los residentes venían colapsados por varias inconformidades y tomaron la decisión de redactar una carta de manera colectiva solicitando cambio de dirección. En general todos los participantes entrevistados fueron cautos al momento de referirse a la intempestiva manifestación colectiva por parte de los residentes, por los reprocesos administrativos en cuanto al diligenciamiento de la misma historia clínica en tres formatos distintos y la inestabilidad en la programación de las rotaciones. La universidad como respuesta implementó cambios administrativos y prestó atención oportuna a las necesidades e inconformidades manifestadas por los estudiantes.

De la misma manera, los residentes se quejaron de la falta de continuidad laboral de los docentes y la variación de los

contenidos formulados al iniciar su proceso de formación. En contraste todos los actores entrevistados coincidieron en que uno de los aciertos más importantes ha sido el programa de modelo integral de atención en salud *MIAS de Guainía*, que en general se reconoce como un gran logro y nos lleva hacer una pausa obligada en los orígenes epistemológicos e históricos de esta iniciativa.

Por último, cabe resaltar que de acuerdo con uno de los participantes entrevistados se deduce que en la búsqueda de cualificar el programa se promovió a un grupo de docentes para realizar la especialización en docencia universitaria en la FUCS, cuyo trabajo de grado formuló una propuesta curricular para el programa *MIAS Guainía* con un enfoque intercultural. Para ello se hizo indispensable la articulación de las entidades territoriales y las prestadoras de servicios de salud para controlar los riesgos, pero sin olvidar mantener el enfoque diferencial. Ante esta iniciativa varios actores interpretaron que había sido valiosa para contribuir al empoderamiento de la medicina familiar como disciplina y como programa académico modelo logrando un posicionamiento en el contexto nacional.

DISCUSIÓN

Se puede deducir que el programa de medicina familiar de la FUCS desde 2007 estuvo permeado por las modificaciones en las tendencias teóricas dadas a nivel internacional, cuando el Dr. Ceitlin en 1998 afirmó que el enfoque sistémico estuvo influenciado por la propuesta de Von Bertalanffy, quien en 1960 formuló la teoría formal de los sistemas, que plantea: “(...) la naturaleza está ordenada en sistemas jerárquicos, tanto orgánicos como inorgánicos. Los sistemas orgánicos van desde el organelo a la célula, al tejido, al órgano, al organismo, a la familia, a la comunidad, a la sociedad. Cada nivel jerárquico es una totalidad en sí misma y forma parte de una totalidad mayor.”⁸

Entonces, la aparición de este paradigma permitió transitar del modelo reduccionista del siglo XIX al enfoque sistémico, es decir, la transición de un modelo biomédico a uno biopsicosocial. Otro de los factores que aportó a la emergencia de la medicina familiar, fue la perspectiva del sociólogo John Naisbitt, quien afirmó que la nueva sociedad tecnológica requería mayor contacto personal y argumentó que este campo dio respuesta a esta necesidad social a través de la profesión y el sistema.⁹

En 1977 apareció de manera oficial *el modelo biopsicosocial* propuesto por Engel, paradigma originado en la teoría general de los sistemas considerado capaz de: “incluir el dominio del ser humano en la experiencia de la enfermedad”.⁹ De esta manera se da paso hacia una medicina centrada en el paciente y a la importancia que tienen los aspectos psicológicos, sociales, culturales, el entorno social y en particular el familiar para el desarrollo de la salud, desde la herencia genética y la instauración de los patrones de conducta de larga duración,

los cuales pueden comportarse como factores protectores o de riesgo para algunas enfermedades.

Todo este proceso también tuvo impacto en los gobiernos latinoamericanos, lo que llevó a algunos a centrar su atención en el desarrollo de sistemas de salud basados en la atención primaria en salud (APS), que parten de la medicina familiar y el posible impacto en la reforma sanitaria.

En cuanto a la formación de los residentes, durante los últimos 10 años se han generado más de 40 egresados, que han partido de la base de comprender la medicina familiar como una disciplina clínica que construye un cuerpo de conocimiento, mezcla perfecta entre las ciencias del comportamiento con las tradicionales clínicas y biológicas que constituyen la disciplina de la práctica familiar. De ahí que el perfil del estudiante promovido por la FUCS de manera histórica haya estado centrado desde el nivel asistencial en¹⁰:

- Desarrollar la capacidad de proveer cuidado continuo, integral y personalizado a los individuos, familias y comunidades para el mantenimiento de la salud y el manejo de la enfermedad, en los escenarios del sistema de salud vigente.
- Garantizar la continuidad en el manejo de las personas a su cargo.
- Brindar el cuidado primario, esencialmente como médico especialista de primer contacto, siguiendo la filosofía, los principios y fundamentos establecidos para la medicina familiar.
- Comprender e intervenir de una manera óptima y costo-efectiva el proceso salud-enfermedad de los individuos, familias y comunidades a través del modelo biopsicosocial.
- Utilizar criterios y habilidades clínicas para resolver mediante un abordaje integral y de costo/beneficio, los problemas prevalentes de la población sujeta de su atención.
- Utilizar el enfoque de riesgo en la práctica clínica y desarrollar programas de mantenimiento de la salud individual y colectiva.
- Trabajar en los tres niveles de atención, enfatizando en cada uno de ellos según sea el problema de salud.
- Utilizar elementos de costo-efectividad y costo-beneficio en la toma de decisiones en la práctica clínica por medio de tecnologías apropiadas y medicina basada en la evidencia.
- Definir el impacto que tiene la familia en la génesis y resolución de problemas de salud de sus miembros, así como el impacto del enfermo en la dinámica familiar.

Por último se puede definir de manera global que uno de los aciertos más relevantes fue el aporte del programa a las modificaciones que se lograron en el marco normativo del Sistema de Salud Nacional, las cuáles buscaron dar respuesta al problema actual de sobrecostos. Durante 2011 Dmytraczenko y col. evidenciaron que: “si bien, se presenta la mayor reducción en el gasto de bolsillo en salud, Colombia continúa siendo uno de los países con mayor riesgo de afectación del ingreso como consecuencia del gasto catastrófico en salud.”

Por mucho tiempo se ignoró que existe registro claro de los impactos que se podrían lograr solo centrándonos en

la APS, como lo afirma Lalonde (1974): *“se ha establecido que las intervenciones biomédicas tienen poco impacto en el estado de salud de las poblaciones y que sólo las intervenciones de naturaleza promocional, preventiva y ambiental que afectan el entorno y estilo de vida, producen cambios significativos en esas condiciones de salud.”*¹¹

Ya centrado en la situación colombiana nace la Política de Atención Integral en Salud publicada en el año 2016² centrado en la búsqueda de respuestas a los inconvenientes en la capacidad resolutoria, garantías del cuidado integral y nivel tecnológico necesario para satisfacer la demanda nacional, como lo refiere esta citación: *“(…) busca definir las bases que permitan la acción coordinada de las normas, reglamentos, agentes y usuarios hacia las acciones e intervenciones que permitan la injerencia oportuna y efectiva del sistema en la resolución de los problemas colectivos e individuales, con un enfoque de atención primaria, salud familiar y comunitaria, articulación de actividades colectivas e individuales, con enfoque poblacional y diferencial con una gran particular como es la facultad de regular el financiamiento del sistema, buscando garantizar el derecho a la salud por primera vez en Colombia.”*²

Conclusiones y sugerencias de la experiencia

La falta de claridad que tienen las otras especializaciones y actores del sistema de seguridad social del país sobre las funciones y rol del médico familiar ha sido una falencia que ha perseguido al programa, situación similar a lo sucedido en otros países Iberoamericanos. Aunque ha mejorado, aun sigue estando latente en el marco de las prácticas en los diversos escenarios de formación, pues los residentes perciben que no son valorados en el mismo nivel profesional de otros especialistas y es factible que esto sumado a las dificultades administrativas que se están resolviendo como la discontinuidad de los contenidos académicos, los cambios repentinos de escenarios de práctica, la rotación constante de docentes y los cambios de director de programa, hayan generado una falta de pertenencia hacia el programa de medicina familiar.

Este tipo de sistematización de experiencias promueve el sentido de pertenencia y arraigo, además de identificar los aciertos, conocer las experiencias positivas, destacar los actores de cada época, así como visualizar las fuerzas sociales, políticas y educativas que han hecho posible la creación y mantenimiento del programa de medicina familiar de la FUCS, dirigidas a la formación de médicos familiares acorde con el contexto y momento histórico del país.

Uno de los puntos primordiales para el desarrollo del programa fue la generación de sinergias interinstitucionales mediante convenios académicos docencia-servicio para el establecimiento de prácticas en diversos escenarios. Se destaca el de Salud Total EPS pues fue una estrategia pertinente en su momento para dar respuesta a una crisis generada por la deserción masiva de los residentes en la fase inicial. Sin embargo, en la actualidad hay percepciones contradictorias de esta modalidad de formación llamada según el programa único de especialidad en medicina

familiar como “formación en servicio”, pues algunos de los actores se centran más en los beneficios económicos para los residentes que en los de tipo académico como el aprendizaje consolidado en las consultas tutoradas, lo que les permite comprender toda la complejidad conceptual en la práctica. Otros están en desacuerdo con esta modalidad por el impacto que tiene el tiempo dedicado al trabajo en oposición a las horas dedicadas a la residencia. Esto puede incidir de manera negativa en la calidad académica del proceso formativo. Otro escenario que ha marcado la formación de los residentes ha sido el hospital de Engativá y su red, debido a las características de morbilidad y vulnerabilidad de la población adscrita que ha permitido lograr un enfoque integrador holístico.

En general el programa ha tenido la oportunidad de contar con diversos escenarios de formación comunitarios, hospitalarios, extramurales y ambulatorios. Esto permite conformar y definir un perfil único que caracteriza a los egresados de la especialización en medicina familiar de la FUCS. Con el tiempo se ha logrado ganar reconocimiento tanto en la FUCS como en el país, pues se ha participado en diversas actividades académicas, institucionales y sociales con articulación de sus actores con el contexto nacional.

Respecto a los campos de investigación abordados a lo largo de diez años, puede decirse que estos han pasado por varios enfoques, como el clínico, comunitario o en el marco de las perspectivas territoriales. En los inicios de las investigaciones eran comunitarias con relevancia en la incidencia que tenían los contextos y el enfoque biopsicosocial, no solo el componente bioclínico. Más adelante cuando se intentaba ganar reconocimiento al interior de la universidad y se sugería el acompañamiento para los procesos de intervención, los residentes dieron inicio a la realización de actividades extramurales que llevaron la visión de la medicina familiar más allá de lo que podría pasar al interior de un hospital.

En este recorrido histórico surgió una tensión pedagógica originada en la discontinuidad de los docentes, que generó ausencias y vacíos en los contenidos, acompañamientos y tutorías en los diversos escenarios de formación.

Por último el grupo investigador reconoce las limitaciones del estudio, pues se esperaba que toda la información recolectada diera respuesta a los interrogantes planteados al inicio, sin embargo generó un nuevo interrogante por resolver: ¿Cómo se originó el programa de medicina familiar de la FUCS? Esta etapa fue tenida en cuenta pero no se profundizó dado que los objetivos del proyecto de investigación y las preguntas planteadas en los instrumentos no tenían la intencionalidad de ahondar en todos los momentos y experiencias de la genealogía del programa.

CONFLICTO DE INTERÉS

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Suárez-Bustamante MA. Los Modelos de Reforma de Salud Familiar en América Latina. *MedFam & At Prim.* 2010;4(1):61-9.
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud. Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016. p. 92.
3. Jara Holliday O. Sistematización de Experiencias y las Corrientes Innovadoras del Pensamiento Latinoamericano, Una aproximación Histórica. *La Piragua Revista Latinoamericana de Educación y Política.* 2010;23:1-15.
4. Londoño Uribe DM, Atehortúa GJ. Los pasos en el camino de la sistematización. *Decisio, Saberes para la Acción en Educación de Adultos.* 2011(30):30-6.
5. Sierra Vásquez JF. Sistematizar para aprender a ser consistentes. *Decisio, Saberes para la Acción en Educación de Adultos.* 2011;28:24-9.
6. Meert C. Empoderarte Transformando desde el arte. *Decisio, Saberes para la Acción en Educación de Adultos.* 2011(28):16-23.
7. Ceitlin J, Gomez Gascon T. Medicina de familia : la clave de un nuevo modelo SemFYC y CIMF; 1997.
8. Herrera Alcázar VR, Presno Labrador MC, Torres Esperón JM, Fernández Díaz IE, Martínez Delgado DA, Machado Lubián MdC. Consideraciones generales sobre la evolución de la medicina familiar y la atención primaria de salud en Cuba y otros países. *Revista Cubana de Medicina General Integral.* 2014;30:364-74.
9. Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud. Medicina Familiar. Bogotá: Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud; 2017; Available from: <https://www.fucsalud.edu.co/posgrado/medicina-familiar>.

