

Programa Único Nacional de la Especialización en Medicina Familiar





Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar

Ministerio de Salud y Protección Social

Vice ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios

Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud

Organismo Andino de Salud Convenio Hipólito Unanue – ORAS - CONHU

Grupo Asesor de Instituciones de Educación Superior con Programas de Medicina Familiar
2015

Esta publicación ha sido realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social y el ORAS - CONHU



ALEJANDRO GAVIRIA URIBE
Ministro de Salud y Protección Social

FERNANDO RUIZ GÓMEZ
Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CARMEN EUGENIA DÁVILA GUERRERO
Viceministra de Protección Social

GERARDO BURGOS BERNAL
Secretario General

LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE
Director de Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud



MINSALUD

GRUPO NUCLEO

LILIANA ARIAS CASTILLO

Universidad del Valle

Sociedad Colombiana de Medicina Familiar

CARLOS ANDRES PINEDA

Universidad del Valle

MAURICIO ALBERTO RODRIGUEZ

Universidad El Bosque

CLAUDIA MARCELA GONZÁLEZ

Universidad El Bosque

OTTO HAMANN

Universidad Juan N. Corpas

MARIO VILLEGAS

Universidad Juan N. Corpas

CARMEN ELISA RUIZ PUYANA

Universidad Militar Nueva Granada

MAURICIO ULLOA

Universidad de la Sabana

JUAN GABRIEL GARCIA

Universidad de la Sabana

SILVIA LORENA MORA VILLA ROEL

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

DAVID SALAMANCA

Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

LUIS GABRIEL BERNAL

Pontificia Universidad Javeriana

GRUPO TECNICO DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL

RUTH YELIZTA RUBIO GONZÁLEZ
Consultora Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

JOHN FRANCISCO ARIZA MONTOYA
Coordinador del Grupo de Formación de Talento Humano en Salud

JOSE IVO MONTAÑO
Consultor Dirección de Epidemiología y Demografía

KAREN MUÑOZ
Consultora Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

MAURICIO CALDERON
Consultor Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

MERY BARRANGAN
Asesora de Viceministro de Salud Pública y Prestación de Servicios

CATALINA ASCANIO NOREÑA
Consultora Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

ASESOR INTERNACIONAL

MIGUEL ANGEL FERNANDEZ
*Docente de Medicina Familiar de la Universidad Autónoma de México (UNAM) - Vicepresidente Sub Región Mesoamérica
WONCA Iberoamérica CIMF*

SILVIA LORENA MORA VILLA ROEL
Médica Familiar. Participante en el proceso de sistematización del proceso de salud y medicina familiar en Colombia realizado por el ORAS.

DIRECCIÓN GENERAL

LUIS CARLOS ORTIZ MONSALVE
JOHN FRANCISCO ARIZA MONTOYA
Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud

PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN

ÁGUEDA LUCIA VALENCIA D.
Fundación Universitaria San Martín Sede S

ALBA NIDIA TRIANA
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

ARGÉNIDA BLANCO GÓMEZ
Universidad de Santander UDES

DORA PATRICIA BERNAL PULIDO
Universidad del Valle

EDGAR VILLOTA ORTEGA
Fundación Universitaria San Martín Sede Pasto

EDILMA BASTIDAS
Universidad Cooperativa de Colombia Sede Pasto

ELENA MARIA TRUJILLO DAZA
Universidad de los Andes

ELIZABETH LÓPEZ
Universidad de Cartagena

EUCARIS ECHEVERRÍA
Universidad Libre de Barranquilla

FRANCY NELLY PEREZ B
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

GABRIEL ANTONIO MOJICA PUERTO
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

HEIDY AMAYA
Consultora Oficina de Calidad MSPS

HOOVER MOLANO
Universidad del Cauca

HUGO CÁRDENAS LÓPEZ
Universidad El Bosque

JORGE M. CASTILLO SILVA
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

JOSÉ DOMINGO ALARCÓN
Universidad Sur Colombiana

JULIO HERRERA
Universidad del Valle

JOSÉ MANUEL VIVAS
Universidad Javeriana

JORGE CASTELLANOS
Representante de la CITHS Sala de Salud de CONACES

LAURA JARAMILLO OTOYA
Universidad del Valle

LESVIA LUZ DE LEÓN T.
Universidad Libre de Barranquilla

LUIS JORGE HERNÁNDEZ FLÓREZ
Universidad de los Andes

LUZ ADRIANA SOTO DÍAZ
Universidad Javeriana Cali

LUZ HELENA ALBA
Universidad Javeriana

MARGARITA MARIA GARCÍA
Universidad CES - Medellín

MARIA LUCIA MESA
Universidad de los Andes

MIGUEL CASANOVA DELGADO
Universidad de Santander UDES

MILLER ALFONSO GUZMÁN NIÑO
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

REIMUNDO LLANES P.
Universidad de Santander UDES

RICARDO JIMÉNEZ MEJÍA
Fundación Universitaria Autónoma de las Américas

RUBÉN DARÍO RESTREPO A.
Universidad CES Medellín

RUBIELA ARDILA
Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud

SONIA GÓMEZ ERAZO BUZÓN
Universidad de Nariño

STELLA URDINOLA CUELLAR
Pontificia Universidad Javeriana Cali

ZULMA CÁRDENAS
Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia

INSTITUCIONES PARTICIPANTES EN EL PROCESO DE VALIDACIÓN

GESTAR SALUD

CORPORACIÓN COLOMBIANA DE SECRETARIOS MUNICIPALES Y
DISTRITALES DE SALUD – COSESAM

ASOCIACIÓN NACIONAL DE INDUSTRIALES – ANDI

SECRETARÍA DE SALUD DE PEREIRA

ASOCIACIÓN DE CAJAS DE COMPENSACIÓN FAMILIAR – ASOCAJAS

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE EMPRESAS DE MEDICINA INTEGRAL
– ACEMI

SOCIEDAD COLOMBIANA DE MEDICINA FAMILIAR – SOCMEF

MOVIMIENTO WAYNAKAY COLOMBIA

CONTENIDO

.....	4
PRESENTACIÓN	10
INTRODUCCIÓN.....	13
La medicina familiar como especialidad clínica.....	18
CONDICIONES DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	23
1. DENOMINACIÓN	23
2. JUSTIFICACIÓN	24
MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (MIAS) Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD	25
ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA	30
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN EN SALUD	33
Estructura Poblacional.....	34
Mortalidad general por grandes causas	35
3. CONTENIDOS CURRICULARES	37
CURRÍCULO ÚNICO NACIONAL DE LA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	37
PERFIL DEL MÉDICO FAMILIAR	41
ATRIBUTOS DEL MÉDICO FAMILIAR:	42
COMPETENCIAS Y CONTENIDOS GENERALES DE LAS ACTIVIDADES.....	43
EJES CURRICULARES	44
LINEAMIENTOS DIDÁCTICOS Y PEDAGÓGICOS.....	106
4. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS	108
ORIENTACIONES PARA LOS ESCENARIOS DE FORMACIÓN Y PRÁCTICA	109
ORIENTACIONES PARA LA EVALUACIÓN DE LOS ESCENARIOS DE FORMACIÓN Y PRÁCTICA PARA EL PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR	113
5. INVESTIGACIÓN.....	115
6. RELACION CON EL SECTOR EXTERNO.....	119
7. PERSONAL DOCENTE	120
8. MEDIOS EDUCATIVOS.....	122
9. INFRAESTRUCTURA FÍSICA	122
CONDICIONES DE CALIDAD DE CARÁCTER INSTITUCIONAL.....	123
GLOSARIO DE TÉRMINOS	124
BIBLIOGRAFIA.....	125

PRESENTACIÓN

El Programa Único de la Especialización en Medicina Familiar forma parte de los lineamientos de política pública requeridos para garantizar el derecho a la salud de toda la población colombiana en el marco de ley 1751 de 2015 (Ley Estatutaria en Salud), el Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021, la Ley 1438 de 2011 y la consolidación de la Política de Atención Integral en Salud (PIAS), a la que hace referencia en Plan Nacional de Desarrollo 2014 – 2018 “*Todos por un nuevo País*”.

Este documento presenta los acuerdos nacionales en cuanto a la especialización en medicina familiar; se consolidó de manera participativa con diferentes actores, considerando el marco normativo de salud y educación, así como las bases conceptuales de Atención Primaria en Salud (APS) y Salud y Medicina Familiar y Comunitaria. Se desarrolla en el contexto de un proceso de transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que pretende mejorar la capacidad resolutive en el nivel primario de atención, fomentar la coordinación intersectorial y la participación comunitaria como parte de la construcción de planes integrales de cuidado primario de la salud, en donde la figura de Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) sea fundamental para la organización del Talento Humano en Salud (THS).

Fue construido por fases, un primer momento de construcción conjunta entre expertos provenientes de las Instituciones de Educación Superior (IES) con programas activos de medicina familiar con el acompañamiento, asesoría y consolidación del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS). Un segundo momento de ajustes, como resultado de la retroalimentación con delegados de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), Entidades Territoriales, diferentes dependencias del MSPS e IES interesadas en el proceso y finalmente un momento de socialización con el Ministerio de Educación Nacional y demás actores del SGSSS.

Este documento incluye algunas de las condiciones de calidad que deben cumplir los programas de formación en el área de salud: la justificación desde la política pública, el perfil y competencias profesionales del *Médico Especialista en Medicina Familiar*, el Currículo Único (CU) basado en competencias, las orientaciones para los escenarios de formación y práctica que requiere el desarrollo de la especialización en medicina familiar, los lineamientos para la articulación con el sector externo y la investigación en el área.

Orienta a las IES en la elaboración del documento maestro del programa de especialización en Medicina Familiar, así como en el desarrollo de los procesos de renovación del registro calificado para esta especialización. A la vez, es un lineamiento de política pública para los actores del SGSSS, integrantes de la sala de salud de la Comisión Nacional de Aseguramiento de la Calidad de la

Educación Superior (CONACES), pares evaluadores, funcionarios del Gobierno Nacional y sociedad en su conjunto.

A partir de este programa único cada IES podrá construir su énfasis particular mediante una, o varias, de las tres modalidades de ejecución:

- **Residencia convencional:** o programa tradicional para profesionales graduados en medicina; tal como se viene desarrollando en algunas Instituciones de Educación Superior, a saber: la Universidad del Valle, Fundación Universitaria Juan N. Corpas, la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud, Universidad de la Sabana, Universidad El Bosque y Universidad Javeriana.
- **Residencia modificada:** que incorpora el año de Internado y en algunos casos el año de Servicio Social Obligatorio (SSO), cuando se tienen las condiciones de calidad necesarias. Esta modalidad implica que tanto el año de internado como el del SSO se realicen en escenarios de práctica (clínicas, hospitales, centros de salud, etc.) acordes con las necesidades del programa y la disposición de recurso docente suficiente que permita el acompañamiento y tutorías para el médico interno y el médico rural. La incorporación del año de internado en el programa de medicina familiar ha sido realizada por IES como la Universidad El Bosque, Universidad de la Sabana y la Universidad del Valle.
- **Formación en servicio:** o especialización en medicina familiar en lugar de trabajo; dirigida exclusivamente a médicos generales con experiencia y vinculación activa a servicios primarios de atención y con deseo de cursar el programa. Esta modalidad permite el proceso de especialización sin perder la vinculación laboral a tiempo parcial, parte de las prácticas se realizan en el lugar de trabajo con el acompañamiento docente respectivo; implica tutorías presenciales en los escenarios laborales, rotación por otros escenarios: clínicos, familiares y comunitarios de formación y práctica, así como turnos y evaluaciones periódicas para garantizar el desarrollo de las competencias. Esta modalidad ha sido utilizada por la Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud y la Universidad El Bosque.

En todos los casos y modalidades la especialización tendrá una duración mínima de seis semestres, con un currículo que debe responder en un 70% a éste currículo único, formulado en función de las competencias profesionales, consensado y de carácter nacional; el 30% restante obedecerá al énfasis particular que cada institución decida darle a su programa.

Los programas activos de medicina familiar deberán adoptar gradualmente los ajustes necesarios para responder al desarrollo de las competencias del CU que se presenta en este documento.

Se deberá garantizar que en cada una de las modalidades se desarrollen en la totalidad el perfil y las competencias aquí definidas.

Se seguirán las normas en cuanto a la intensidad horaria máxima permitida para este tipo de actividades, la obligatoriedad del descanso después de un turno nocturno (Decreto 2376 de 2010) y la normatividad laboral pertinente, para los casos que aplique.

INTRODUCCIÓN

Los avances logrados por el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en cuanto al aseguramiento, cobertura y accesibilidad, se han visto limitados en su aplicación y resultados por varios factores, uno de ellos la insuficiente capacidad de respuesta de los prestadores de servicios, reflejada en:

- La fragmentación de la atención
- Una capacidad de resolución durante la atención inicial de la población por debajo de los estándares internacionales esperados.
- Una calidad de la atención por debajo de los estándares establecidos para el sistema.
- Un enfoque curativo dentro de un modelo hospitalocéntrico de prestación de los servicios.

Como estrategia para superar estas limitaciones y reducir las brechas de desigualdades evitables, el país adoptó la Atención Primaria de Salud (APS) según lo propuesto por la Organización Mundial de Salud (OMS / OPS) a través de sus múltiples documentos y plasmó esta decisión a través de la Ley 1438 de 2011, actualmente en vigencia.

Cabe anotar que las reformas planteadas recientemente al Sistema de Salud, no solo la propuesta por el Gobierno, sino también las propuestas alternas presentadas por la academia y los gremios, prevén ajustes en el modelo de atención y en el desarrollo del Talento Humano en Salud, con lo que se espera superar las limitaciones mencionadas para el desarrollo efectivo de la APS en el país. Es así como en la perspectiva de salud que el Estado vislumbra, y que incluye no solo la visión del Gobierno, sino los aportes de la academia y los gremios involucrados (incluyendo los prestadores de salud), la APS se desarrollará mediante la articulación de las prestaciones individuales¹, las acciones en salud pública a cargo de las entidades territoriales y las acciones de otros sectores definidas en el Plan Territorial de Salud, en el marco de la implementación del Plan Decenal de Salud Pública 2012 - 2021.

Dentro de esas orientaciones el Ministerio de Salud y Protección Social está comprometido con la generación de las condiciones que garanticen una utilización oportuna y efectiva de los servicios y con el desarrollo de estrategias, mecanismos e instrumentos, que aseguren una atención continua e integral. Todo esto a través del desarrollo de modelos territoriales basados en la APS y que apunten al goce efectivo y pleno del derecho a la salud (Ley 1751 de 2015). En este sentido se han planteado los lineamientos del Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS), enmarcado en la Política de

¹ A cargo de cualquier esquema de organizaciones de articulación de servicios, como las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios y otras que se planteen en los procesos de reforma como por ejemplo los Gestores de Servicios de Salud o las Unidades Territoriales de Salud y sus Redes Integrales de Servicios de Salud.

Atención Integral en Salud (Ley 1753 de 2015 – Plan Nacional de Desarrollo), que integra los enfoques de Atención Primaria en Salud, Salud y Medicina Familiar y Comunitaria, Gestión Integral del Riesgo (articulación de las actividades colectivas e individuales), y Enfoque Poblacional y Diferencial. Dicha atención tendrá en cuenta los componentes relativos a la ruta de atención integral para la promoción y mantenimiento de la salud por curso de vida, las rutas de atención específicas por grupos de riesgos, el fortalecimiento del prestador primario, la operación en redes integrales de servicios, el desarrollo del talento humano en salud para la gestión y la implementación de la gestión integral del riesgo en salud, el desarrollo de incentivos y la definición de requerimientos de información para su seguimiento y evaluación.

El Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) reconoce que el talento humano en salud (THS) es el eje fundamental en la implementación de este Modelo, y en ese sentido se plantea la necesidad de consolidar Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) como la principal estrategia de reorganización funcional del THS en el sistema de salud, con el fin de mejorar y apoyar la capacidad resolutive en el nivel primario.

Estos equipos serán la puerta de entrada al SGSSS y tendrán un grupo de familias adscritas para las cuales deberán reconocer y analizar de manera integral la situación de salud de su población adscrita para con ello concertar un plan de cuidado primario que integre coherentemente, en función de las necesidades, las acciones individuales, colectivas y poblacionales, sectoriales e intersectoriales. Además deberán, en coordinación con las EAPB y las Direcciones Territoriales de Salud, organizar el sistema de referencia y contra referencia que garantice alta resolutive y atención integral e integrada, con criterios de oportunidad, continuidad, pertinencia y calidad en el contexto de redes integrales de salud que incluyen la coordinación con prestadores complementarios y la articulación intersectorial.

En el marco del fortalecimiento del talento humano requerido para la transformación del SGSSS, el MSPSP viene liderando la consolidación e implementación del Programa Nacional de Salud Familiar y Comunitaria, del cual forma parte la iniciativa de ampliar, con criterios de calidad y pertinencia, la formación especializada en salud familiar y comunitaria y medicina familiar. Este programa contiene el fortalecimiento de los programas de especialización en medicina familiar, la especialización en salud familiar y comunitaria, el desarrollo de programas de formación continua y la incorporación de los enfoques de atención primaria en salud y salud familiar y comunitaria en los programas de pregrado de las profesiones de ciencias de la salud y ciencias sociales.

Un primer momento del programa nacional de salud y medicina familiar se ha concentrado en un proyecto de gestión, formación y direccionamiento que permita garantizar la formación de médicos familiares, así como en las acciones de transformación y armonización de servicios en el contexto de estrategias demostrativas de sus impactos en el mejoramiento de la calidad de los servicios.

Para el MSPS el fortalecimiento del enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria, en el marco del modelo integral de atención en salud, también requiere del desarrollo de incentivos para mejorar las condiciones laborales y de esquemas de regulatorios que apoyen el desarrollo profesional y ocupacional en el cuidado primario.

En el mes de mayo de 2013 el MSPSP convocó a todas las IES del país que tenían programas de formación de pregrado en medicina para presentarles el interés gubernamental en robustecer y ampliar la formación de médicos familiares como una de las estrategias para aportar al fortalecimiento de competencias del talento humano en salud dentro de la reorganización en la prestación de servicios de salud.

Retomando diferentes insumos², se conformó un grupo de trabajo que realizó actividades entre mayo y diciembre de 2013 para la definición del perfil³ y competencias profesionales del médico especialista en Medicina Familiar. Este proceso contó con la participación de delegados de seis (6) Universidades que cuentan con programas activos de la especialización en Medicina Familiar⁴ y otras 18 IES interesadas en la apertura del mismo, además de las diferentes dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social⁵, Sociedad Colombiana de Medicina Familiar (SOCMEF) y Comisión Nacional de Aseguramiento de la calidad de la Educación Superior (CONACES), entre otros actores.

Se realizaron actividades de socialización, validación y ajuste con el equipo directivo del Vice ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios, delegados de la Asociación Colombiana de Universidades (ASCUN), Ministerio de Educación Nacional (MEN), algunas Direcciones Territoriales de Salud, Empresas Administradoras de Planes de Beneficio (EAPB) e Institución Prestadoras de Servicios de Salud (IPS); se destacan los siguientes momentos:

- 14 de mayo de 2013. Mesa de trabajo con delegados de 22 Universidades para estructurar el plan de trabajo para la formación de médicos familiares
- 11 de junio de 2013. Jornada de Trabajo con delegados de 13 Universidades para la presentación y retroalimentación de la propuesta del perfil y competencias profesionales del médico familiar

² Perfil definido para Iberoamérica de la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar y la WONCA de 2010: Arias-Castillo L., Brand C., Freifer S., Fernández M.A. y se hacen aportes de cada una de la Universidades representadas: Universidad del Valle, F.C.U.S., Universidad Javeriana de Cali, Universidad Militar Nueva Granada, entre otras.

³ El perfil se entiende como el conjunto de rasgos, actitudes, valores, motivaciones y comportamientos que identifica, en los diferentes campos de actividad, a los profesionales de la salud. Los perfiles sintetizan los procesos, competencias y desempeños que caracterizan y deben poseer y demostrar, los profesionales de la salud en sus respectivos campos de actuación

⁴ Universidad del Valle, Universidad Javeriana, Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS), Fundación Universitaria Juan N. Corpas, Universidad el Bosque y la Universidad de la Sabana

⁵ Despacho del Vice ministerio de Salud Pública y Prestación de Servicios; Dirección de Epidemiología y Demografía; Oficina de Calidad; Dirección de Prestación de Servicios y Atención Primaria en Salud

- 24 de septiembre de 2013. Taller con delegados de diferentes dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social, y de 13 Universidades para la validación del perfil y competencias profesionales del médico familiar, y de las orientaciones para el desarrollo curricular. En esta sesión se conformaron los grupos de trabajo para desarrollar las propuestas de perfil, competencias, diseño curricular y orientaciones para los escenarios de práctica que requiere la especialización Medicina Familiar.
- 03 de octubre de 2013. Mesa de trabajo con delegados de ocho Universidades y dependencias del Ministerio de Salud y Protección Social para la identificación de orientaciones en el diseño curricular y para los escenarios de práctica.
- 17 de octubre de 2013. Mesa de trabajo con Universidades para la socialización de los avances realizados por los equipos de trabajo para la construcción de propuestas de los escenarios de práctica y diseño curricular que requiere la especialización en Medicina Familiar
- 31 de octubre de 2013. Mesa de trabajo en videoconferencia con doctor Carlos Ramírez. Médico Especialista en Medicina Familiar practicante en USA.
- 28 de noviembre de 2013. Mesa de trabajo para socialización y retroalimentación de los resultados del trabajo del programa de medicina familiar (perfil y competencias, escenarios de práctica, currículo único) con el viceministro de salud pública y prestación de servicios y su equipo directivo.
- 06 de diciembre de 2013. Reunión de socialización y retroalimentación de los resultados de los grupos trabajo para la construcción del programa de medicina familiar (perfil y competencias, escenarios de práctica, currículo único) con las Universidades y el Ministerio de Educación Nacional (MEN).
- Durante el año 2013 se realizaron consultas electrónicas para retroalimentar el perfil y competencias profesionales con estudiantes y egresados de medicina familiar, funcionarios de IPS y EPS.
- 05 de junio de 2014. Retroalimentación con directivos de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB) y de Cámara Sectorial de Salud de la ANDI.
- 09 al 13 de junio de 2014. Primer taller internacional de formación de formadores en medicina familiar. Organizado por EUROsociAL y Ministerio de Salud y Protección Social, contó con la participación de 35 docentes de diferentes regiones del país y permitió el

fortalecimiento de las competencias docentes que requiere la implementación del Programa Único de la Especialización.

- 01 y 02 de diciembre de 2014. Primer encuentro regional de salud y medicina familiar y comunitaria del Suroccidente Colombiano. Organizado por EUROsociAL y Ministerio de Salud y Protección Social, contó con la participación de delegados de Universidades, Direcciones Territoriales de Salud, IPS, EAPB de los departamentos de Nariño, Cauca, Valle, Tolima y Huila.
- 12 de diciembre de 2014. Primera capacitación de pares evaluadores para programas de medicina familiar. Organizado por el Ministerio de Educación Nacional (MEN) y el Ministerio de Salud y Protección Social, contó con la participación de 18 expertos que podrán participar en los procesos de evaluación de las condiciones de calidad de los nuevos programas como pares evaluadores, realizando apoyo en las visitas de verificación.
- Durante el proceso se realizaron foros regionales en Nariño, Boyacá, Cauca, Barranquilla, Huila, Santander y San Andrés con participantes de las Direcciones Territoriales de Salud, directivos de Empresas Sociales del Estado (ES), IPS privadas, EAPB, Universidades, asociaciones gremiales, residentes de Medicina Familiar, Academia Nacional de Medicina, ASCUN, entre otros actores.

La definición del perfil y competencias profesionales del médico familiar orientó la construcción curricular de la especialización en medicina familiar, respondiendo entre otros aspectos, al análisis de los siguientes elementos:

- Experiencias, retos y aciertos de los programas de especialización ya existentes en el país.
- Enfoques, prioridades y acciones de la política pública nacional orientada a la consolidación de modelos territoriales de APS con orientación familiar y comunitaria.
- Referentes y aportes de las experiencias internacionales.
- Situación de salud de los colombianos, pirámide poblacional, dinámica poblacional, morbimortalidad, carga de la enfermedad.

El perfil y las competencias profesionales del médico familiar que se definieron de manera participativa se presentan como el referente para orientar la gestión con el Ministerio de Educación Nacional (MEN), IES e instituciones del sistema de salud para desarrollar los ajustes administrativos y académicos necesarios que permitan garantizar los escenarios de práctica que se requieren, la transformación de los servicios de salud y la ubicación laboral de médicos familiares en el contexto de los Equipos Multidisciplinarios de Salud (EMS) del Modelo Integral de Atención en Salud, que se defina por el Ministerio de Salud y Protección Social, considerando las características poblaciones y territoriales, así como el enfoque diferencial según necesidades de grupos específicos, análisis de

situación en salud, nivel de organización de redes integrales de salud, cobertura de aseguramiento, disponibilidad y necesidad de Talento Humano en Salud, entre otros aspectos.

En el direccionamiento y ampliación de la formación de los médicos familiares, concebidos como ejes articulares del sistema de salud, se debe garantizar la calidad en los diferentes escenarios de práctica: comunitarios e institucionales, con diversas herramientas clínicas, epidemiológicas, sociales, administrativas, entre otras, que permitan no solo la transmisión de información sino el desarrollo de competencias en contextos reales.

La consolidación del perfil competencias profesionales es un paso fundamental para orientar la formación y el desempeño y para iniciar el proceso de implementación de exámenes únicos de ingreso y egreso a la especialización, la certificación y recertificación periódica de los médicos especialistas en medicina familiar; herramientas que en su conjunto aportan al mejoramiento continuo de la calidad, desde la formación académica hasta el desempeño profesional, lo que garantiza el reconocimiento y posicionamiento de la especialización. La certificación y recertificación son un proceso que beneficia no sólo al gremio médico, sino, y sobre todo, a la calidad del cuidado primario de las personas, las familias y las comunidades y por lo tanto es un asunto de importancia para la salud pública.

La medicina familiar como especialidad clínica

Los procesos históricos que nutren la conceptualización, bases filosóficas y principios de la medicina familiar se ubican desde finales del siglo XIX, con la iniciación de las especialidades médicas que buscaban dar fundamentación científica a la educación médica, orientando la práctica hacia el laboratorio, la tecnología y la investigación y causando el descenso la práctica general y desprestigio a la práctica realizada en los niveles primarios de atención. Ya en el siglo XX, durante el inicio de la década de los 60's, se hace imperativo dar respuestas a la necesidad sentida de las personas que reciben los servicios, quienes reclamaban una asistencia médica humana además de técnicamente cualificada; así pues, al interior de la profesión médica se considera necesario realizar la aproximación entre el desarrollo tecnológico y la dimensión integral del ser humano para mejorar la comunicación y establecer formas de cooperación con el objeto de mejorar la salud de las personas, en este terreno surge la medicina familiar como especialidad clínica.

La Asociación Médica Americana convocó la Comisión Mills con el propósito de investigar el conflicto existente dentro de la profesión médica, dado por el surgimiento de especialidades y subespecialidades médicas y el creciente malestar social que reclamaba de los médicos una atención integral e integrada; en 1966 en el reporte final de la comisión surgieron dos recomendaciones:

- Era necesario formar, además de la variedad de especialistas un médico denominado "primario", que fuera educado para proveer cuidado continuo e integral con énfasis tanto en acciones preventivas como curativas.
- Para el logro de este objetivo, se recomendaba como indispensable proveer un nuevo cuerpo de conocimientos para realizar el cuidado primario sin hacer uso de la experiencia o la intuición.

En 1967 se creó el primer grupo de médicos familiares y se estableció un nuevo examen para la certificación en la especialidad. En 1969 inicia un fuerte liderazgo y fortalecimiento gremial de médicos familiares; en Estados Unidos se fundó la Sociedad de Profesores de Medicina Familiar (STFM) y el 1969 el Consejo sobre Educación Médica de la Asociación Médica Americana aprueba la especialidad de Medicina Familiar, como especialidad médica quirúrgica de tres años de formación posgraduada, que incorpore tanto los avances científicos y tecnológicos como los relacionados con la comprensión psico-socio-cultural de la salud, la dinámica familiar y comunitaria; puesto que es necesario que el médico reciba un entrenamiento estos aspectos, que no pueden ni deben ser manejados intuitivamente.

En 1972 los Doctores Alpert y Evan Charvey elaboraron para el Centro Nacional para el Desarrollo de Servicios de Salud, una monografía titulada "*La educación de médicos para cuidado primario*" en la cual delinearon conceptos fundamentales que fueron posteriormente los principios de Medicina Familiar postulados por el Dr. McWhinney⁶.

Paralelamente en Latinoamérica se gestaron movimientos de renovación en torno a la educación y la práctica médica; en este sentido se destaca la Reunión del Punta del Este, Uruguay y la creación de la Asociación para el Desarrollo de la Medicina Familiar en Iberoamérica en 1981, conocida como el Centro Internacional para la Medicina Familiar (CIMF).

Posterior al inicio de los programas de especialidad en medicina familiar en Estados Unidos y Canadá, en 1969, México inicia su primera residencia en esta especialidad en el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS); en 1972 lo hace Argentina, posteriormente le siguieron en 1976 Brasil y Panamá, y en 1979 Bolivia y España. En Colombia la especialización en medicina familiar aparece en 1984 con grandes expectativas de desarrollo, pero con dificultades en su implementación práctica debida a la no correspondencia con el modelo de salud que el país tenía en ese momento.

⁶ Principios de la Medicina de Familia: 1) El médico de familia está más comprometido con las personas que con un cuerpo particular de conocimientos, grupos de enfermedades o técnicas especiales. 2) El médico de familia intenta comprender el contexto de la enfermedad. 3) El médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria, 4) El médico de familia considera al conjunto de sus pacientes como una población en riesgo, 5) el médico de familia se considera a sí mismo parte de la red comunitaria de apoyo y atención sanitaria, 6) Desde el punto de vista ideal, los médicos de familia deben compartir el mismo hábitat que sus pacientes, 7) El médico de familia atiende a los pacientes en la consulta, en sus domicilios y en el hospital, 8) el médico de familia concede más importancia a los aspectos subjetivos de la medicina, y 9) el médico de familia es un gestor de recursos. En: Medicina de Familia. Ian R. McWhinney. Mosby. Doyma Libros. 1995 Edición en Español.

Desde el inicio del primer programa de especialidad en medicina familiar en América, hasta el último en El Salvador en 1998, se cuenta con 19 países formando a este tipo de especialistas⁷.

Tabla No 1.

Año de inicio de la residencia en Medicina Familiar por país en las Américas

País	Año
Antigua y Barbuda	No tiene
Argentina	1972
Las Bahamas	No tiene
Barbados	No tiene
Belize	No tiene
Bolivia	1979
Brasil	1976
Canadá	1969
Chile	1982
Colombia	1984
Costa Rica	1987
Cuba	1984
Dominica	No tiene
Ecuador	1987
El Salvador	1998
Estados Unidos	1969
Granada	No tiene
Guatemala	En apertura
Guyana	No tiene
Haití	No tiene
Honduras	No tiene
Jamaica	No tiene
México	1971
Nicaragua	1988
Panamá	1976
Paraguay	1987
Perú	1997
República Dominicana	1981
San Cristóbal y Nieves	No tiene
San Vicente y las Granadinas	No tiene
Santa Lucía	No tiene
Surinam	No tiene
Trinidad y Tobago	No tiene
Uruguay	1987 oficial 1997
Venezuela	1982

Fuente: Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar⁸ (CIMF)

En la década de los 90's se evidencia la preocupación de las escuelas de medicina en todo el mundo, acerca de la calidad y pertinencia de los procesos formativos y crece la demanda en la población por

⁷ Según la Confederación Iberoamericana de Medicina Familiar (CIMF), consultada en junio de 2015.

⁸ Consulta en internet el 1 de junio de 2015. <http://www.cimfweb.org/>

servicios integrales de salud (no solamente para atender enfermedad) de buena calidad, humanizados e integrados, que respondan a las condiciones y contextos particulares.

En noviembre de 1994, se reúnen en Canadá la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Mundial de Colegios y Asociaciones de Médicos Familiares (WONCA), de acá surgen recomendaciones específicas para implementar la formación de postgrado en medicina familiar en el mundo esperando formar médicos que puedan liderar la atención integral y cualificada, con balance apropiado de la relación costo - beneficio, según cada contexto y que responda a la necesidad de la población.

Actualmente son muy pocos los países que no cuentan con programas de especialidad en medicina familiar⁹ y en muchos de los casos la incorporación y fortalecimiento de esta especialidad ha estado acompañada de procesos de reorganización de los sistemas de Salud¹⁰ hacia un enfoque de atención y cuidado de la salud, utilizando para ello la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) donde el médico familiar junto con el equipo multidisciplinario en salud, del que forma parte, son la puerta de entrada al sistema de salud a la vez de ser el eje alrededor del cual se organizan las redes integrales de salud.

En este contexto, y como parte de los procesos de planificación del Talento Humano en Salud (THS) que requiere la implementación del Modelo Integral de Atención en Salud con enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria, el número de médicos familiares, así como de otros profesionales con formación de posgrado en salud familiar y comunitaria disponibles en el país resulta insuficiente frente a los requerimientos actuales y futuros.

Se estima que para garantizar el adecuado desarrollo de las estrategias e iniciativas arriba planteadas el país requiere por lo menos 5000 médicos familiares¹¹ y otro tanto de profesionales especialistas en salud en salud familiar y comunitaria (especialización dirigida a otras profesiones de la salud y de ciencias sociales); meta que se desea alcanzar en 10 años.

El Ministerio de Salud y Protección Social consultó en diciembre de 2014 a las siete IES que han tenido programas de la especialidad en Medicina Familiar sobre el número de médicos familiares graduados en Colombia y el consolidado fue 482 egresados. Adicionalmente, y de acuerdo a la base de datos de médicos graduados en universidades extranjeras, con títulos convalidados por el Ministerio de

⁹ Consulta hecha en WONCA el 1 de junio de 2015. <http://www.globalfamilydoctor.com/>

¹⁰ Experiencias internacionales en el proceso de formación y gestión en Medicina Familiar y Comunitaria. Miguel Ángel Fernández Ortega. Febrero 28 de 2015. Resultado de consultoría dentro del Programa Nacional de fortalecimiento de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria.

¹¹ El número de médicos familiares por habitante que requiere cada país cambia de acuerdo a las características sociales, económicas, al sistema de salud, al equilibrio entre el mercado académico, laboral y de servicios y al modelo de prestación de servicios de salud. Para el caso colombiano, y como parte de la construcción de este Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria, se requiere modelar y estimar con mayor precisión el indicador de número de médicos familiares por cada 100.000 habitantes. Inicialmente se toma como referencia el indicador de un médico familiar por cada 10.000 habitantes considerando fundamentalmente la conformación gradual de Equipos Multidisciplinarios de Salud de los Prestadores Primarios e todo el territorio nacional.

Educación Nacional (MEN) a título equivalente a especialista en medicina familiar, a corte de 2014, se identificaron 141; para un total de 623 médicos especialistas en medicina familiar en el territorio nacional. Actualmente las seis IES que ofrecen cerca de 142 cupos anuales para el ingreso a la especialidad.

CONDICIONES DE CALIDAD DEL PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

Se presentan a continuación los criterios y orientaciones para la consolidación por parte de las IES de las condiciones de calidad requeridas en la elaboración del documento maestro para la especialización. En su construcción se consideran los decretos 1295 y 2376 de 2010 del Ministerio de Educación Nacional y de Salud y Protección Social.

1. DENOMINACIÓN

Por acuerdo nacional el nombre del programa será Especialización en Medicina Familiar y el título Especialista en Medicina Familiar, tendrá una duración mínima de tres años en cualquiera de las tres modalidades explicadas en el apartado anterior, será de modalidad presencial y tendrá un rango mínimo de créditos entre 180 y 210. Lo anterior con base en las necesidades del país, la infraestructura disponible y el estado de la educación en el área. Si bien se reconoce que tanto en Colombia como en otros países existen otras denominaciones para esta especialización, se considera que la denominación de Medicina Familiar es la que mejor responde a las competencias de estos especialistas, además de ser la denominación original (1969, *American Board of Family Practice*. Estados Unidos).

La unificación de la denominación de acuerdo al perfil profesional y acorde a las necesidades del país promueve la identidad y el reconocimiento nacional e internacional.

La periodicidad en el ingreso (semestral o anual), la cantidad de cupos y el costo de matrícula dependerá de la infraestructura y los criterios propios de cada Institución de Educación Superior que oferte el programa.

2. JUSTIFICACIÓN

El panorama nacional de los servicios de salud evidencia de manera general un esquema fragmentado; el componente hospitalario con un perfeccionamiento progresivo de los medios diagnósticos y terapéuticos destinados a resolver una proporción de los problemas individuales de enfermedad frecuentemente está desarticulado de las acciones de salud pública y de coordinación intersectorial que se requieren para dar respuesta adecuada a las necesidades en salud de la población (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Este escenario ha desplazado la concepción integral de las personas, la cual se relaciona profundamente con su contexto familiar y social, determinante fundamental del proceso salud – enfermedad y que debe incluirse en un modelo integral de atención en salud.

Con la intención de avanzar en el goce efectivo del derecho a la salud para la población colombiana en el contexto de la coordinación intersectorial, y teniendo en cuenta la adopción de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) a través de la Ley 1438 de 2011, el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, la Ley Estatutaria en Salud (Ley 1751 de 2015) y la Política de Atención Integral en Salud (Artículo 65- Ley 1753 de 2015 – Plan Nacional de Desarrollo), se plantea el Modelo Integral de Atención en Salud y dentro de éste la necesidad de fortalecer la implementación transversal del enfoque de salud familiar y comunitaria. Esto obliga a realizar procesos sincrónicos entre la formación, la gestión del talento humano y la organización de los servicios de salud.

El desarrollo del enfoque de salud y familiar y comunitaria (SFC) requiere:

- Gestión y acompañamiento en el ajuste curricular de la formación de pregrado y posgrado de ciencias de la salud, ciencias sociales y humanas.
- Impulsar el fortalecimiento del enfoque de SFC en la oferta de formación de técnicos, tecnólogos, profesionales y especialistas requeridos para el desarrollo de la política integral de atención en salud y el logro de sus objetivos.
- Liderar el proceso de racionalización de las denominaciones de los programas de formación de talento humano en salud, con base en criterios de calidad y pertinencia.
- Gestión, definición de criterios, enfoques y contenidos, para el desarrollo de procesos de formación continua en SFC.
- Fortalecimiento de la implementación del programa único de la Especialización en Salud Familiar y Comunitaria.
- Gestión, definición de criterios, enfoques y contenidos de formación de agentes comunitarios

- En este sentido, la formación de médicos especialistas en medicina familiar es una política pública enmarcada en el desarrollo del enfoque de SFC; uno de los pilares básicos de la Política de Atención Integral en Salud.

Procesos similares a éste se han llevado en varios países de la región, el análisis de dichas transformaciones permite prever una etapa de transición en la que los médicos generales habrán de convertirse progresivamente en médicos familiares, como parte del proceso de desarrollo de competencias para optimizar la calidad e integralidad de los servicios (lo que en algunos países ha llevado más de 20 años).

Esto hace necesario orientar e incentivar a los actores del SGSSS y a las Instituciones de Educación Superior (IES) de todo el país que tienen facultades de medicina, para avanzar en la apertura de programas de especialización en medicina familiar, en el marco de procesos de articulación intersectorial para la consolidación de modelos territoriales de APS, garantizando la disponibilidad y formación del talento humano requerido.

MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN EN SALUD (MIAS) Y ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD

Como estrategia para orientar la reorganización del SGSSS y la garantía del derecho a la salud, el país adoptó la Atención Primaria en Salud (APS) a través de la Ley 1438 de 2011¹² que busca:

- Articular las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con una atención integral, integrada y continua basada en las necesidades y potencialidades de la población.
- Vincular las acciones intersectoriales para impactar los determinantes sociales de la salud con una orientación familiar y comunitaria que promueve la participación social y comunitaria.
- El enfoque de la gestión territorial.
- Generar las condiciones que garanticen una utilización oportuna y efectiva de los servicios.
- Desarrollar las estrategias, mecanismos e instrumentos que garanticen la atención de calidad y calidez, continua e integral.

¹² La ley 1438 de 2011 adoptó la APS como estrategia de reorganización del Sistema de Seguridad Social en Salud, y cita en su artículo 12: De la atención primaria en salud. Adóptese la Estrategia de Atención Primaria en Salud que estará constituida por tres componentes integrados e interdependientes: los servicios de salud, la acción intersectorial y transectorial por la salud y la participación social, comunitaria y ciudadana. La Atención Primaria en Salud es la estrategia de coordinación intersectorial que permite la atención integral e integrada, desde la salud pública, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el diagnóstico, el tratamiento, la rehabilitación del paciente en todos los niveles de complejidad a fin de garantizar un mayor nivel de bienestar en los usuarios, sin perjuicio de las competencias legales de cada uno de los actores del Sistema General de Seguridad Social en Salud. La atención primaria hace uso de métodos, tecnologías y prácticas científicamente fundamentadas y socialmente aceptadas que contribuyen a la equidad, solidaridad y costo efectividad de los servicios de salud.

Los elementos de la estrategia de APS están previstos y serán desarrollados en el marco del Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021, el cual se adoptó a través de la Resolución 1841 de 2013 del Ministerio de Salud y Protección Social.

Los principios de la APS¹³ orientan la articulación de las prestaciones individuales a cargo de las Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPB), las acciones en salud pública a nivel colectivo y poblacional que direccionan las Direcciones Territoriales de Salud (DTS) y las acciones de coordinación otros sectores incluidos en los Planes de Salud de cada Entidad Territorial. Este proceso requiere de liderazgo de las DTS para coordinar las acciones de planificación, apoyo y gestión que corresponda adelantar a cada sector, mediante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud o el Consejo de Política Social. Las EAPB deben garantizar las prestaciones individuales a través de las redes integrales de prestadores de servicios de salud habilitadas y realizar evaluaciones periódicas conjuntas con las DTS sobre los resultados en salud, los cuales condicionarán la gestión de estas instituciones. Todo lo anterior, con base en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para el desarrollo de la APS, con enfoque de salud familiar y comunitaria, el Ministerio de Salud y Protección Social propone un dimensionamiento, reorganización y gestión de los servicios, que responda al análisis de la situación de salud en cada uno de los entornos territoriales y poblacionales específicos. Este proceso de construcción permitirá:

- Planear y articular las acciones individuales y colectivas de salud en el marco de la consolidación de los planes de salud territorial.
- Promover la salud, prevenir las enfermedades y gestionar de manera integral los riesgos individuales y los procesos de atención inherentes.
- Adoptar un abordaje efectivo de intervenciones colectivas y de salud pública a cargo de todos los actores del sistema.
- Gestionar acciones de alto impacto a nivel intersectorial para controlar los riesgos y determinantes sociales en salud.
- Desarrollar la APS y la gestión integral del riesgo para garantizar la atención integral, integrada y continua, mediante el fortalecimiento conceptual, organizacional y operativo, con la mayor capacidad de resolución posible, de los servicios primarios de atención.

El Modelo Integral de Atención en Salud retoma para su organización, diseño e implementación el planteamiento de curso de vida. Desde el punto de vista epidemiológico, el curso de la vida es el

¹³ Dentro de los principios podemos resaltar los siguientes: i) continuidad en las diferentes fases del proceso de atención a cada uno de los problemas de salud ii) longitudinalidad: seguimiento de los distintos problemas de salud de un paciente por el mismo equipo multidisciplinario e iii) integralidad en la atención, definida como la capacidad de resolver la mayoría de los problemas de salud de la población

estudio a largo plazo de los efectos en la salud o la enfermedad de la exposición a riesgos físicos o sociales durante la gestación, la infancia, la adolescencia, la juventud y la vida adulta. Busca elucidar los procesos biológicos, comportamentales y psicosociales que operan a través del curso de vida de un individuo, o a través de generaciones para generar el riesgo de enfermedad.

En el enfoque de Curso de vida, Marmot explica cómo las inequidades de salud condicionadas por determinantes sociales son el resultado de la exposición diferencial al riesgo (ambiental, psicológico y conductual) a lo largo de toda la vida de los individuos. El enfoque vincula la estructura social con la salud y la enfermedad a través de vías materiales, psicosociales y conductuales. Los factores genéticos, lo que ocurre en la niñez (desde la primera infancia) y los factores culturales constituyen importantes influencias adicionales para la salud de la población.

En la formulación del Modelo Integral de Atención en Salud, con base el APS, es perentorio satisfacer requerimientos contemplados en las disposiciones centrales de la ley 100 de 1993, en relación con accesibilidad, continuidad e integralidad de los servicios, específicamente con:

- La universalización de la cobertura en salud.
- La organización de los servicios tomando en consideración el plan de beneficios que otorga el Sistema de Seguridad Social en Salud.
- La incorporación de nuevas modalidades y formas de atención que garanticen la accesibilidad, continuidad y calidad de la atención.
- El fortalecimiento de la capacidad diagnóstica y de solución de problemas en los servicios que están en contacto directo con la comunidad.
- El desarrollo apropiado de las acciones de salud pública que conforman el Plan de Intervenciones Colectivas (P.I.C) y su articulación con las actividades de atención al individuo Plan Obligatorio de Salud (P.O.S) con la consideración de los factores sociales que intervienen en la determinación de la salud individual y colectiva.
- El desarrollo prioritario del conjunto de servicios catalogados como el nivel primario para así racionalizar la utilización de tecnologías de alto costo con una mejor utilización de los servicios especializados y hospitalarios.
- La integración funcional de los servicios; crecientemente fragmentados por la excesiva especialización.

En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud, el MSPS plantea una necesaria diferenciación en la concepción, estructuración, financiación y operación de servicios de salud, los cuales deberán estar organizados y articulados como redes integrales de servicios socio sanitarios y dicha organización obedecerá a la realidad de la situación en salud de cada territorio. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014).

Estas redes tendrán funciones relacionadas con los siguientes aspectos:

- Promover la salud, prevenir las enfermedades y gestionar los riesgos individuales y colectivos los procesos de atención inherentes.
- Adoptar un abordaje efectivo de intervenciones colectivas y de salud pública, a cargo de todos los actores del sistema.
- Gestionar acciones de alto impacto a nivel intersectorial para intervenir de manera positiva sobre los riesgos y determinantes sociales en salud.
- Desarrollar el componente de servicios básicos de la APS, para garantizar la atención integral, integrada y continua, mediante el fortalecimiento, conceptual, organizacional y operativo con la mayor capacidad de resolución posible, de los “prestadores primarios de atención”.

Dentro de las redes integrales de servicios de salud, se encontrarán dos tipos de prestadores que serán a la vez los escenarios tanto de enseñanza-aprendizaje como de desempeño de los médicos familiares; los Prestadores Primarios (PP) y los Prestadores Complementarios (PC).

Los **Prestadores Primarios (PP)** que están en contacto permanente con la población, las familias y las comunidades serán la puerta de entrada al sistema y se caracterizarán por tener adecuada accesibilidad y suficiente capacidad de resolución para abordar integralmente los problemas de salud, resolver los más prevalentes y gestionar las acciones inter y transectorial necesarias. Tienen como objetivo liderar la consolidación e implementación del Plan Integral de Cuidado Primario¹⁴, soportar de manera específica la gestión integral del riesgo de la población adscrita con enfoque de SFC; realizar las atenciones a los eventos en salud, incorporando servicios individuales y colectivos de salud, de baja y mediana complejidad, gestionar y articular la intervención de otros sectores en coordinación con EPS y Direcciones Territoriales de Salud y fortalecer la participación familiar y comunitaria.

Sus funciones incluyen:

- Liderar el proceso de cuidado primario de la salud de las personas, familias y comunidades durante toda su vida propiciando su participación para el cumplimiento de sus derechos, fundamentado en la humanización, seguridad y transparencia para el logro del mejor nivel de salud posible de la generación actual y las futuras

¹⁴ El **Plan Integral de Cuidado Primario** es un proceso estructurado para orientar la gestión integral del riesgo y la implementación de las rutas de atención integral con enfoque familiar y comunitario, con enfoque de curso de vida, en concertación con la población adscrita en el componente primario, articulando las prestaciones individuales, colectivas y poblacionales (PIC y POS) según situación socio sanitaria.

- Operar el proceso de adscripción poblacional realizado por la EPS en marco de la red, según la normatividad vigente.
- Organizar y gestionar el Talento Humano en Salud para garantizar la adscripción de familias a los equipos multidisciplinarios en salud
- Implementar y mantener la operación de la puerta de entrada para gestionar la implementación y seguimiento del plan de cuidado primario, ofertar los servicios individuales y colectivos, considerados en la misma, en un ámbito territorial definido
- Realizar la caracterización de la población y territorio a cargo, teniendo en cuenta el análisis de situación en salud y con conocimiento de sus potencialidades y preferencias en salud que defina la oferta de servicios a la demanda real y potencial de la población a atender, tomando en consideración la accesibilidad geográfica, cultural y económica y que permita disminuir las inequidades en salud garantizando el enfoque poblacional y diferencial.
- Identificar el riesgo de individuos, familias y comunidades así como las potencialidades para su desarrollo humano, como insumo para establecer el plan integral de cuidado primario.
- Ejecutar y seguir las acciones del plan integral de cuidado primario de su competencia.
- Implementar las rutas integrales de atención en salud y las Guías de Práctica Clínica establecidas por el Ministerio de Salud y Protección Social, ejecutar las acciones de su competencia y gestionar el cumplimiento de las acciones que correspondan a prestador complementario y a otros sectores.
- Gestionar el cumplimiento de acciones del plan integral de cuidado primario que competen al prestador complementario y demás sectores.
- Establecer mecanismos de trabajo transectorial para las acciones que los individuos, las familias y las comunidades requieren.
- Establecer, desarrollar y seguir estrategias que estimulen y favorezcan la participación comunitaria que lleven a intervenir en las decisiones de salud respondiendo a intereses colectivos para la gestión y dirección de sus procesos basadas en los principios constitucionales de solidaridad, equidad y universalidad en la búsqueda de bienestar humano y desarrollo social
- Cumplir los estándares y criterios de habilitación de prestadores primarios.

- Desarrollar las actividades relacionadas con la vigilancia epidemiológica, en el marco de sus competencias.
- Reportar la información en los instrumentos tecnológicos definidos para el seguimiento al plan de cuidado primario y la gestión integral del riesgo, diferenciando la situación de las personas, familias y comunidades

Por otro lado, se encuentran los **Prestadores complementarios (PC)** que realizarán actividades orientadas a la atención especializada de la enfermedad y deberán contar con los medios diagnósticos y terapéuticos de mayor complejidad para atender la enfermedad y sus complicaciones, mediante recursos humanos y tecnológicos pertinentes. Se trata de instituciones hospitalarias de mediana y alta complejidad

La Política Integral de Atención en Salud busca un alto nivel de resolutivez, integralidad y continuidad de los servicios primarios, así como de la coordinación con el componente complementario de las redes. En este contexto resulta imprescindible el rol del médico familiar, como eje para la consolidación e implementación de la Política.

ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA

La salud familiar y comunitaria (SFC) comprende un proceso transdisciplinario¹⁵ de gestión y prestación de servicios sociales y de salud que involucra no solo al médico especialista en medicina familiar, sino también a las otras profesiones, ocupaciones, agentes comunitarios y actores sociales que participan en el cuidado de la salud integrando acciones individuales, colectivas y poblacionales para aportar a la garantía del derecho a la salud de toda la población.

Los elementos fundamentales de este enfoque en la prestación de servicios de salud y en el desarrollo del Talento Humano en Salud (THS) para la solución integral de los problemas de salud encontrados en el Análisis de la Situación en Salud (ASIS) para Colombia se resumen en lo siguiente:

- Se centra en la comprensión de la situación socio-sanitaria de las personas, familias y comunidades, facilitando el reconocimiento y análisis de su situación como eje para la planeación y construcción de modelos territoriales y rutas específicas de atención, así como el ejercicio pleno del derecho a la salud.

¹⁵El proceso transdisciplinario se entiende en este documento como el ejercicio de construcción colectiva y creativa en el que participan diferentes disciplinas y corrientes de pensamiento y que optimizando los aportes disciplinares, trasciende sus límites, y genera nuevo conocimiento que enriquece a todos los participantes.

- Orienta la organización, formación y gestión de equipos multidisciplinares de salud en el nivel primario, así como la coordinación con el talento humano de los prestadores complementarios y de los servicios socio-sanitarios en el contexto de las redes integrales de servicios de salud
- Orienta el proceso de adscripción poblacional y territorial a los equipos multidisciplinares de salud de los prestadores primarios en armonía con el principio de libre elección. Los equipos de salud deberán responder por las funciones de puerta de entrada y con las acciones de salud en el nivel primario de acuerdo con los indicadores de proceso y resultados en salud.
- Tiene un énfasis en lo promocional y preventivo fortaleciendo las acciones de cuidado en los entornos familiares y comunitarios y articulando las acciones individuales con las intervenciones colectivas, poblacionales e intersectoriales.
- Es integral tanto en la comprensión de los fenómenos, como en las formas de afrontarlos, a partir del reconocimiento, mapeo y análisis de las relaciones familiares y comunitarias, y en los vínculos y tensiones la población con los servicios de salud y los territorios.
- Garantiza la gestión, continuidad y seguimiento a los procesos y rutas de atención desde los cuidados primarios, hasta las modalidades de atención especializada de los prestadores complementarios.
- Trabaja en red socio - sanitaria para lograr la complementariedad que requieren las necesidades explícitas e implícitas en salud, incluyendo la activación de los programas sociales complementarios para personas, familias y comunidades con necesidades de atención social enfocada.
- Mejora la resolutivez de los problemas de salud en el nivel primario si cuenta con la tecnología necesaria, los recursos, condiciones y atributos de una red integral de servicios en términos de oportunidad, cobertura, continuidad y adecuación socio cultural.
- Gestiona espacios para la participación social y la intersectorialidad.
- Partiendo de las acciones de promoción de la salud a nivel familiar y comunitario, lidera la implementación de rutas integrales con enfoque de curso de vida para los diferentes grupos de riesgos priorizados en el territorio.

El objetivo del enfoque de SFC es coordinar el proceso de cuidado primario de la salud, integrando las diferentes intervenciones a realizar con la población adscrita para resolver la mayor parte de los problemas de salud. Este enfoque mejora la capacidad resolutivez y la calidad de los servicios

primarios de salud y permite controlar la remisión a los servicios complementarios de alta complejidad garantizando la calidad y continuidad de la atención.

Adicionalmente, la población obtiene una mayor cercanía al equipo de salud, con una comprensión que incluye el análisis integral de las personas y los determinantes familiares, sociales y territoriales. La población y las familias adscritas a un equipo de salud mejoran su confianza en los servicios de salud a partir del reconocimiento de mejores resultados en salud, que incluyen no solo un alto nivel de resolutivez, sino también la gestión sectorial e intersectorial.

El impacto que genera el enfoque de SFC a nivel de THS incluye, entre otros, los siguientes elementos:

- Gestión de la formación y el desempeño del THS desde el enfoque de competencias.
- Transformación curricular en los programas de formación de pregrado y posgrado de las ciencias de la salud y afines para incorporar el enfoque de SFC y los pilares de la Política Integral de Atención en Salud
- Formación continua del talento humano, que le permita apropiarse e implementar la Política Integral de Atención en Salud.
- Organización de Equipos Multidisciplinarios de Salud en el nivel primario que garantizan la función de puerta de entrada e implementación del Plan Integral de Cuidado Primario con un número de familias adscritas determinado por las condiciones poblacionales y de la red integral de servicios de salud, manteniendo el principio de libre elección.
- Fortalecimiento de la capacidad resolutivez del Talento Humano en Salud (THS) en el nivel primario, con acceso directo a servicios de baja y mediana complejidad, y coordinación efectiva con el componente complementario de la red. Gestión y regulación para monitorear la idoneidad, disponibilidad y suficiencia del THS en los prestadores y redes integrales de servicios.
- Desarrollo del THS para las acciones de Gestión de Salud Pública, Gestión Integral del Riesgo y Promoción de la Salud.
- Mejoramiento de las competencias de gestión, educación, comunicación, investigación y trabajo en equipo en todas las profesiones y ocupaciones.

Como lo ha manifestado la Organización Mundial de la Salud (OMS) (WONCA, 2013), el Talento Humano que presta, gestiona y administra servicios, es un determinante de la situación de salud y,

para el contexto colombiano, el recurso más importantes para desarrollar el enfoque SMFC como herramienta de calidad y pertinencia del SGSSS

Dentro de la conformación de Equipos Multidisciplinarios en Salud con enfoque de SFC se reconoce el liderazgo y papel trascendente del médico especialista en medicina familiar y se resaltan sus competencias para aumentar la resolutiveidad de los servicios y aportar a la garantía de una atención integral, integrada, y transdisciplinar en contextos en lo que se considera a la persona, la familia y la comunidad

La Medicina Familiar, de acuerdo con la American Academy of Family Physicians, es una especialidad médica que proporciona cuidado y atención sanitaria continua e integral a las personas, familias y comunidades. Es una especialidad que integra aportes de las ciencias biológicas, clínicas y de comportamiento para orientar de manera continua el cuidado primario de una población específica. El ámbito de la medicina familiar abarca todas las edades, sexos, sistemas orgánicos, riesgos y eventos en salud para todos los momentos y entornos del curso de vida.

Como campo de acción a nivel social y en los servicios de salud tiene, entre otras, las siguientes características: i) Comprensión y abordaje integral y especializado de las personas, familias y comunidades con enfoque humanístico y de curso de vida ii) Compromiso con la calidad de vida de la población, destacando el enfoque diferencial a nivel poblacional y territorial iii) Humanización de los procesos de cuidado de la salud iv) Gestión y articulación de servicios personales, colectivos y poblacionales v) Participación en los equipos integrales y multidisciplinarios vi) Liderazgo en el diseño, implementación y seguimiento de los Planes Integrales de Cuidado Primario vi) Articulación y transformación de los procesos de formación básica y continua de los médicos generales y especialistas; todo esto en el marco de la comprensión e intervención sobre los procesos de determinación social, el enfoque de derechos y el desarrollo humano.

ANALISIS DE LA SITUACION EN SALUD

Como se ha venido planteando tanto los servicios en salud como la formación de THS deben responder a la realidad nacional y a las particularidades de cada territorio donde se desarrolla; es por eso que acá se presentan los datos más relevantes en cuanto a la situación en Salud para Colombia, lo que permite aclarar las más importantes situaciones a intervenir desde la organización de los servicios de salud y a fortalecer durante la formación; en esto se destaca la violencia y sus manifestaciones en salud, las enfermedades crónicas no transmisibles, mortalidad materno-perinatal, mortalidad en menores de 5 años y salud mental.

Al revisar el Análisis de la situación en salud de Colombia, con los datos disponibles del año 2013, se identifican las siguientes características demográficas y de situación de salud que plantean los retos

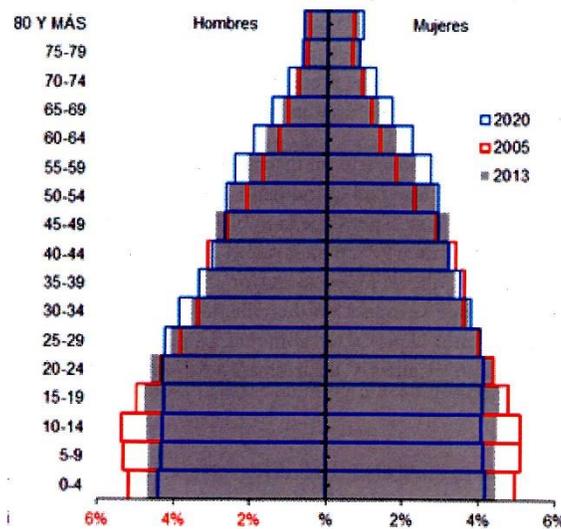
para el desarrollo del enfoque de salud familiar y comunitaria y el fortalecimiento del nivel primario de atención integral.

Estructura Poblacional

Colombia experimenta la segunda fase de transición demográfica con tasas de natalidad en descenso y tasas de mortalidad que se mantienen de moderadas a bajas. En consecuencia se presentan cambios en las estructuras poblacionales por edad evidenciándose una reducción en la proporción de la población infantil y un aumento en la población de personas mayores. Esta transición se acompaña de cambios en la pirámide poblacional y un aumento de las enfermedades crónicas no transmisibles, con los efectos de tener una población cada vez más anciana y un aumento de la esperanza de vida de 75,22 años en el quinquenio 2010-2015, siendo más alta para mujeres. (Departamento Administrativo Nacional de Estadística, 2011).

Para el año 2013 la población menor de 15 años correspondía al 27.36% de toda la población, un 3,65% menos que para el año 2005 y se proyecta que para 2020 descienda a 25,39%. Mientras tanto, la población mayor de 65 años representaba el 7,15% de toda la población mostrando un incremento del 0,90% con respecto al año 2005 y se proyecta que para 2020 la proporción continúe aumentando hasta un 8,50% (Departamento Administrativo Nacional de Estadística. DANE, 2011).

Figura 1
Pirámide Poblacional. Colombia, 2005 – 2013 – 2020



Fuente: Análisis de Situación de Salud. Colombia 2013. Ministerio de Salud y Protección Social Página: 51

En Colombia las tasas de fecundidad muestran una caída vertiginosa entre 1985 – 2010 y se proyecta que a 2010 sigan disminuyendo. De acuerdo con las estimaciones del DANE, la tasa global pasará de 3,34 a 2,35 hijos por mujer entre 1985 y 2015 y la tasa general de 112,60 a 71,5 nacimientos por cada 1000 mujeres entre 15 y 49 años.

Entre el año 2005 y 2011, las tasas específicas de fecundidad en adolescentes entre 10 y 14 años se han mantenido estables oscilando entre 2,9 y 3,2 nacidos vivos por cada 1000 mujeres mientras que en las mujeres entre 15 y 19 años las tasas de fecundidad han tendido levemente al descenso pasando de 75,6 a 70 nacimientos por cada 1000 mujeres en este grupo de edad entre los años en el mismo periodo de tiempo.

La situación poblacional, demográfica y de salud no puede entenderse sin contemplar la violencia y dentro de ésta el fenómeno del desplazamiento forzado, que según las estadísticas nacionales ha afectado una cifra aproximada de 4 millones de colombianos, es decir cerca al 10% de la población colombiana. El ser víctima de cualquier hecho violento determina condiciones que estructuran la situación de salud de quien lo padece y obliga a los sistemas de salud y a los profesionales a orientar los servicios de manera tal que se logre obtener el más alto bienestar bio – psico – social y espiritual tanto personal, como familiar y colectivo posible, dentro de una lógica de reconocimiento de derechos. Por grupos de edad, la mayor proporción de población desplazada corresponde edades tempranas, personas entre 5 y 29 años.

Mortalidad general por grandes causas

La primera causa de muerte en la población adulta (hombres y mujeres) en Colombia es la enfermedad cardiovascular, generando el 29,69% de las defunciones entre el 2005 y 2011, y dentro de estas, las enfermedades isquémicas del corazón ocasionan el 48,16% de las muertes, las cerebro vasculares el 24,07% y las hipertensivas el 9,97%.

Entre 2005 y 2011, las neoplasias, y las causas externas constituyeron la segunda y tercera causa de muerte de la población general aportando un 17,42% y un 17,33% respectivamente del total de la mortalidad del periodo respectivamente. En hombres, el tumor maligno del estómago representa la primera causa de muerte por neoplasias, el tumor maligno de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon ocupan la segunda y la tercera causa de muerte corresponde al tumor maligno de próstata.

En mujeres la primera causa de muerte por neoplasias corresponde a los tumores malignos de los órganos digestivos y del peritoneo, excepto estómago y colon. En segundo lugar se encuentran los tumores malignos de otras localizaciones y de las no especificadas y en tercer lugar el tumor maligno de la mama con tendencias constantes a través del tiempo.

Dentro de las causas externas las muertes violentas son la primera causa de mortalidad en hombres, con la siguiente distribución: homicidios produciendo el 53,43% de las muertes entre el 2005 a 2011, accidentes de transporte terrestre el 18,59%, y los suicidios en tercer lugar.

La mortalidad por enfermedades transmisibles ha seguido una tendencia al descenso a través del tiempo y las enfermedades respiratorias agudas constituyen 48,21% de la mortalidad entre los años 2005 y 2010, las muertes por el VIH (SIDA) ocasionaron el 17,79% de las defunciones.

Alrededor del 82% de las muertes en niños menores de cinco años ocurren durante el primer año de vida y se atribuyen a malformaciones congénitas, trastornos respiratorios y otras afecciones del periodo perinatal, infecciones respiratorias agudas y sepsis bacteriana.

En los niños de 1 a 4 años las tasas de mortalidad más altas se atribuyen a las causas externas cuya tendencia ha sido decreciente pasando de 19,01 en el año 2005 a 12,86 muertes por cada 100.000 en el año 2011. En la población menor de 5 años persiste la mortalidad, aunque en descenso, por enfermedad diarreica aguda e infección respiratoria alta. Sigue existiendo mortalidad por desnutrición donde el 80% de ésta se concentra en el 50% de la población con mayor porcentaje de personas en necesidades básicas insatisfechas. Persisten profundas desigualdades evitables e indeseables entre regiones, departamentos y municipios, evidenciando problemas de equidad en salud.

La mortalidad materna aunque ha descendido persiste en la población rural dispersa concentrándose en el 60% del 50% de esta población.

Las enfermedades ruinosas y catastróficas y los eventos de interés en salud pública directamente relacionados con el alto costo, como la enfermedad renal crónica en fase cinco con necesidad de terapia de sustitución o reemplazo renal, que se asocia a hipertensión arterial, a diabetes mellitus o a ambas y cuya prevalencia ha venido en aumento. Para el año 2012 el 18% de la población mayor afiliada al sistema de seguridad social en salud tenía hipertensión arterial y el 4.6% tenían diabetes mellitus.

El cáncer de cérvix, el cáncer de mama, el cáncer de estómago, el cáncer de colon y recto, el cáncer de próstata y la infección por VIH, continúan afectando a la población adulta siendo enfermedades prevenibles.

Otros problemas como el consumo de alcohol, de sustancias psicoactivas y de tabaco se presentan con mayor frecuencia en población adolescente siendo más frecuente en población escolarizada y significando un riesgo para el desarrollo de quien lo consume.

3. CONTENIDOS CURRICULARES

CURRÍCULO ÚNICO NACIONAL DE LA ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

El currículo único nacional (CU) es elemento indispensable para orientar los procesos de apertura y renovación de todos los programas de la especialización en medicina familiar en Colombia. Hace parte del Programa Nacional de Salud y Medicina Familiar y Comunitaria que está liderando el Ministerio de Salud y Protección Social y que se desarrolla como parte del Modelo Integral de Atención en Salud que hace parte de la Política Integral de Atención en Salud donde la que la salud familiar y comunitaria es uno de los cuatro pilares constitutivos.

El proceso de construcción y validación de este documento incluye el acuerdo que para los programas de la especialización en medicina familiar las orientaciones presentadas en este programa deben representar el 70% de cada programa; el 30% restante corresponderá al énfasis distintivo del programa que cada Institución de Educación Superior defina con criterios de pertinencia, calidad y donde se espera se refleje el enfoque poblacional y territorial del lugar de desarrollo del programa.

A nivel curricular, este acuerdo supone que todos los programas nuevos deberán acoger desde el inicio este currículo único y los programas ya existentes, para la obtención de la renovación del registro calificado, deberán presentar el plan de adecuación para acogerlo.

Inicialmente, un equipo de docentes de la Universidad del Valle realizó la sistematización del trabajo de diseño colectivo del currículo, proceso en el que participaron las seis Universidades que tienen programas activos de esta especialización y otras 11 Instituciones de Educación Superior (IES)¹⁶. Posteriormente se realizaron aportes y ajustes con un grupo editorial delegado por los representantes de los programas activos, funcionarios de la Dirección de Desarrollo de Talento Humano en Salud, consultores y expertos nacionales e internacionales¹⁷.

En esta construcción se han considerado los siguientes elementos:

- 1) Fundamentación teleológica: es decir, ¿qué tipo de médico familiar queremos formar, bajo que paradigma, basado en qué posición epistemológica?

El médico familiar se origina por dos realidades, por una parte el proceso de súper-especialización, la tendencia a la desaparición del generalismo, y la súper-tecnificación de la atención médica; y por

¹⁶ Los doctores Carlos Pineda y Liliana Arias, docentes y médicos familiares de la Universidad del Valle, lideraron el proceso inicial de sistematización y organización del currículo único.

¹⁷ En el grupo editorial participaron las doctoras Silvia Mora, Carmen Elisa Ruiz, Karen Muñoz, Catalina Ascanio y Liliana Arias, y los doctores Otto Hamann, Carlos Pineda, Mauricio Rodríguez, el experto mexicano Miguel Ángel Fernández.

otro lado, debido al abordaje desde la medicina de nuevos paradigmas de pensamiento y discurso, que incluyen la teoría general de sistemas, la cibernética, el pensamiento complejo y su concreción en el modelo biopsicosocial de Engel (Engel, 2012. Reprinted with permission. 1977 American Association for the Advancement of Science), el cual reconoce la complejidad de las necesidades, potencialidades y la situación de salud de la población. Desde esta concepción, la formación de médicos especialistas en medicina familiar requiere una reflexión crítica de los diferentes paradigmas de concepción del ser humano y del proceso educativo.

2) Evaluación del contexto que incluye:

- Análisis de Situación de Salud, incluyendo el perfil epidemiológico y demográfico a nivel nacional, regional y local
- Estudio de necesidades laborales del medio sobre el especialista en medicina familiar y análisis del mercado laboral: ¿Qué tipo de médico familiar requieren los empleadores en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud?
- Comparación y evaluación de los programas de medicina familiar en Colombia y en el mundo.
- Análisis prospectivo: mega tendencias sociales, económicas, políticas, culturales y ecológicas para el siglo XXI.
- Enfoque de curso de vida
- Prospectiva en la problemática de salud en Iberoamérica y el mundo.
- Tendencias en investigación para el siglo XXI
- Medicina del siglo XXI: la convergencia biotecnológica.
- Tendencias generales en educación y formación médica.
- Revisión documental de normas sobre formación del recurso humano en salud, educación superior, práctica médica y sistema de salud en Colombia.
- Evaluación de impacto del egresado dentro del sistema de salud, considerando las transformaciones que adoptan el enfoque de SFC.

3) Definición del perfil y competencias profesionales del especialista en medicina familiar que vamos a formar. El proceso metodológico para la definición del perfil profesional fue el siguiente:

- Análisis de las definiciones teleológicas y del contexto.
- Formulación del mapa de competencias, incorporando elementos de los diferentes programas ya existentes, así como las recomendaciones de los docentes, estudiantes y egresados y el análisis de la demanda laboral para responder a los requerimientos de un nuevo modelo de cuidado de la salud basado en APS y trabajo en equipos multidisciplinarios.

- Análisis de las competencias académicas que se han formulado previamente en los programas de formación existentes en el país. Estas competencias se analizaron como parte de los insumos para definir el perfil y competencias profesionales de acuerdo a los desarrollos disciplinares, transdisciplinarios y al entorno laboral que necesita el país y el Sistema General de Seguridad Social en Salud.

En relación a las competencias profesionales se partió de la idea que expresan los conocimientos, habilidades y destrezas, aptitudes y actitudes para la actuación o el desempeño idóneo en escenarios reales de salud. Las competencias describen la capacidad del profesional de realizar determinadas acciones o conjuntos de actividades; son medibles y evaluables y expresan la forma en que se puede establecer si lo que el profesional realizó es lo requerido en una determinada situación.

Las competencias se deben expresar mediante verbos de acción en infinitivo, el objeto sobre el cual recae la acción y la condición o modo de actuación.

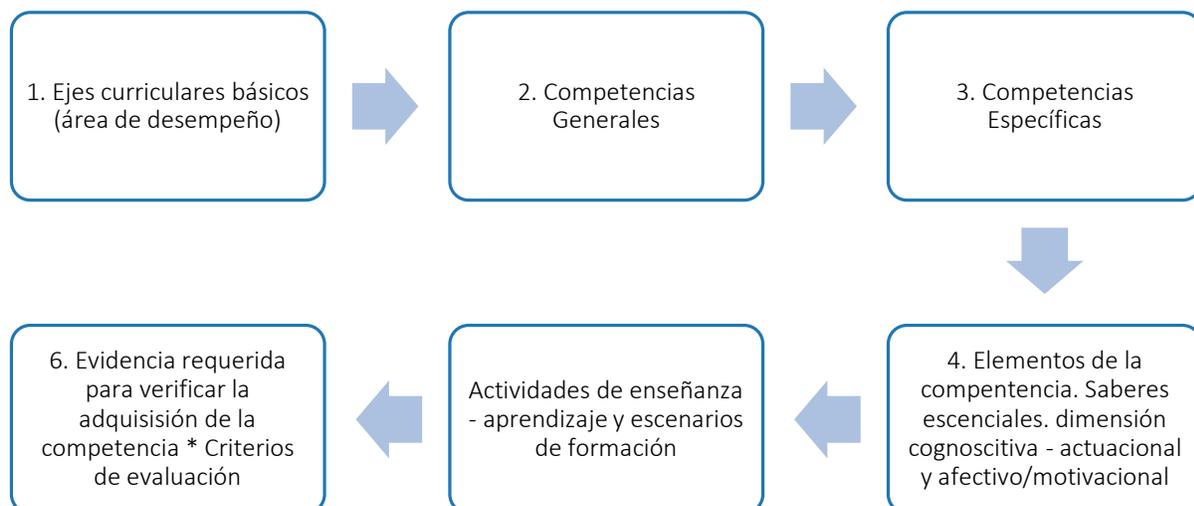
Para efectos de este proceso, las competencias profesionales, se categorizan en dos grandes grupos:

- **Competencias generales:** Se refieren a procesos generales que dan cuenta de una capacidad fundamental del médico familiar.
- **Competencias específicas:** Corresponden a las actuaciones propias de cada profesión. Definen lo que un profesional debe ser capaz de hacer. Desde esa perspectiva, describen la capacidad para obtener resultados en un desempeño eficiente y con calidad. Expresan la capacidad y actuación de un dominio profesional en el desempeño de unos roles determinados en un contexto de salud.

Respecto a la elaboración del mapa de competencias en el Currículo Único se consideraron los siguientes aspectos:

1. Identificación de las áreas de desempeño y las actividades generales y específicas que demanda el contexto profesional con sus respectivos criterios de excelencia.
2. Reconocimiento de las actividades concretas que se deben realizar durante su actividad, en el marco de cada eje curricular y acorde con la experiencia profesional, el análisis del mercado laboral y de las realidades y tendencias de la práctica de la profesión.
3. Redacción de las actividades como una acción - comportamiento observable y demostrable.

Figura 2
Secuencia en la construcción del mapa competencias



*Se recomienda la realización de una rúbrica de evaluación donde se describan los aspectos concretos que se deben evaluar en cada dimensión del saber, su ponderación y los criterios para considerarlo un desempeño deficiente, aceptable o excelente.

Fuente: Elaboración propia

Para la elaboración del micro currículum, se debe aclarar el detalle de los contenidos, las estrategias didácticas, la secuenciación, los recursos pedagógicos, físicos y humanos, evaluación y ponderación, es un proceso particular de cada IES; se propone la siguiente organización:

a. Componentes clínicos

I. Por fase del curso de vida y problemática:

- Niño
- Adolescente
- Adulto
- Mujer gestante/salud sexual y reproductiva
- Adulto mayor

II. Tipo de prestador

- Prestador primario
- Prestador complementario

III. Tipo de entorno en que se realiza la atención

- Hogar – Domiciliario
- Educativo
- Comunitario
- Laboral
- Institucional
- Asistencial ambulatorio
- Intrahospitalario

IV. Nivel de intervención

- Promoción de la salud
- Prevención primaria
- Prevención secundaria (tamización)
- Prevención terciaria (tratamiento oportuno y rehabilitación)
- Prevención cuaternaria
- Tratamiento

b. Componentes psicosociales

c. Componentes administrativos

d. Componentes epidemiológicos

e. Componentes investigativos (gestión del conocimiento y metodología de la investigación)

f. Componentes pedagógicos

g. Componentes de integración y articulación

h. Aclaración de las diferencias en la dedicación en tiempos y créditos académicos para cada una de las modalidades (convencional, modificada o formación en servicio)

PERFIL DEL MEDICO FAMILIAR

El especialista en medicina familiar es un especialista clínico que lidera el cuidado primario de la salud desde el enfoque holístico y eco-sistémico de los determinantes sociales de la salud, centrado en la comprensión de las relaciones entre las personas (como seres biopsicosociales), las familias y sus comunidades, comprende la salud y la enfermedad como parte del proceso vital humano y actúa por ciclo vital con enfoque de curso de vida; todo esto para contribuir a la reducción de inequidades en salud.

El especialista en medicina familiar gestiona la longitudinalidad de la atención integral desde el primer contacto de la población con los servicios de salud. Combina herramientas de las ciencias de la salud y las ciencias sociales para cuidar de manera integral y continua a las personas, sus familias y

sus comunidades, aplicando los principios de humanismo, profesionalismo, juicio crítico y toma de decisiones informadas.

ATRIBUTOS DEL MEDICO FAMILIAR¹⁸:

- Es un prestador de servicios especializados en Medicina Familiar, que brinda cuidado y atención personalizada, humana, integral y proyectada hacia el contexto familiar y social, desde el mantenimiento de la salud y la gestión integral del riesgo individual, familiar y comunitario, con un alto nivel de resolutivez de los problemas de salud prevalentes, con integralidad, continuidad, trabajo en equipo, coordinación y racionalidad de los recursos, en el marco del aseguramiento de la calidad
- Construye y expresa una profunda comprensión humana de las personas¹⁹, en el marco de las relaciones con la familia y la comunidad. A través de una sólida, humana y cálida relación médico – paciente, altamente efectiva, consolida la base terapéutica para promover la humanización en el sistema de salud y en las alianzas intersectoriales.
- Es líder e integrante de los equipos de salud, favoreciendo el trabajo colaborativo con otras disciplinas y especialidades, y, a través del fortalecimiento de las relaciones y las competencias, incluye la gestión para el desarrollo de acciones educativas con todo el equipo.
- Tiene la capacidad para decidir, de acuerdo al contexto socio sanitario y normativo, y, aplicando el principio de autodeterminación hasta donde llega su ámbito de acción, para garantizar el derecho a la salud de la población, la integralidad y continuidad de la atención.
- Es educador y comunicador, con competencias para gestionar, comunicar y ejecutar acciones con diferentes grupos sociales, incorporando el enfoque intercultural, la promoción del auto cuidado y el autoconocimiento.
- Es líder en la aplicación y aprovechamiento de las modalidades y herramientas de salud electrónica, como salud móvil, telesalud, interoperabilidad y portabilidad de datos clínicos, para el beneficio de las personas a las que cuida, su familia y sus comunidades.
- Lidera la coordinación, integración y articulación sectorial e intersectorial para promover la salud individual y comunitaria, e incorpora los cambios que se requieran considerando el principio de costo efectividad y costo beneficio.

¹⁸ Los atributos se entienden en este documento como cualidades, características, rasgos y valores

¹⁹ Fundación Universitaria Juan N Corpas. Propuesta Curricular de Medicina Familiar. Agosto de 2013.

- Promueve cambios positivos en la vida de las personas, familias y comunidades a través de la gestión de recursos.
- Es investigador e innovador a nivel clínico y social con manejo de técnicas cuantitativas y cualitativas, incorporando elementos de las ciencias sociales que le permiten desarrollar un pensamiento holístico y crítico²⁰, y liderar la generación de conocimiento pertinente y significativo para la población y los servicios de salud.

COMPETENCIAS Y CONTENIDOS GENERALES DE LAS ACTIVIDADES

Para orientar la construcción colectiva, este diseño curricular retomó la propuesta del Modelo del hexágono curricular de Zubiría (De Zubiría-Samper, 1997)

Figura 3
Modelo de hexágono curricular



Fuente: Los modelos pedagógicos (De Zubiría-Samper, 1997)

En este modelo se incluyen estas preguntas orientadoras:

- ¿Para qué enseñamos? Se relaciona con el sentido y la finalidad de la educación, es decir el componente teleológico. (PROPÓSITOS)
- ¿Qué enseñar? Selección, carácter y jerarquía de los temas. (CONTENIDOS)
- ¿Cuándo enseñar? Estructura y secuenciación de los contenidos. (SECUENCIACIÓN)
- ¿Cómo enseñar? El problema metodológico, vinculado con la relación y papel del maestro, el alumno, y el saber (MÉTODO)

²⁰ Fundación Universitaria de Ciencias de la Salud (FUCS). Facultad de Medicina. Programa de especialización en Medicina Familiar. Bogotá D.C., Diciembre de 2012.

- ¿Con que enseñar? Carácter y finalidad de los medios, ayudas y recursos didácticos. (RECURSOS DIDÁCTICOS)
- ¿Cómo evaluar los logros? Responde por el cumplimiento parcial o total de los propósitos, el diagnóstico del proceso y las consecuencias que de ello se deriven. (EVALUACIÓN)

EJES CURRICULARES

Se presentan los ejes curriculares básicos definidos para la especialización, dentro de los cuales se incluyen transversalmente los componentes de comunicación, gestión del conocimiento, contexto, bioética y humanismo, que ordenan la construcción de este documento, y sus correspondientes competencias generales.

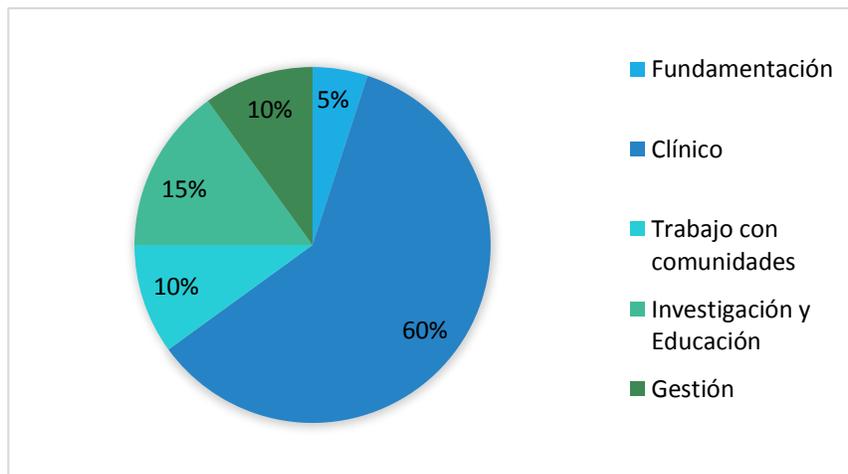
Tabla 2
Ejes curriculares básicos y competencias generales

EJES CURRICULARES BÁSICOS	COMPETENCIA GENERAL ²¹
FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR, EPISTEMOLOGÍA Y FILOSOFÍA DEL CONOCIMIENTO MÉDICO	Incorporar una visión humanista e integral de las personas, y una comprensión de las relaciones con las familias y comunidades, con apoyo de la teoría general de sistemas y el paradigma de la complejidad.
CLÍNICO (ATENCIÓN BIOPSICOSOCIAL-ESPIRITUAL)	Realizar la atención médica ambulatoria y brindar cuidado de las personas y familias de su población a cargo, aplicando los principios fundamentales de la práctica de la medicina familiar.
	Realizar atención médica integral en servicios de urgencias y hospitalización de distinta complejidad.
TRABAJO CON COMUNIDADES	Abordar integralmente la situación de salud de las comunidades en que realiza su atención.

²¹ Las competencias se deben expresar mediante verbos de acción en infinitivo, el objeto sobre el cual recae la acción, y la condición o modo de actuación

INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN	Construir y gestionar conocimientos para la comprensión del proceso vital humano, la solución de necesidades y problemas en salud de las personas, familias y comunidades, y el desarrollo del pensamiento científico y crítico en la Medicina Familiar.
	Mediar procesos educativos con las personas, familias y comunidades, y dinamizar la construcción de las competencias del equipo de salud a través de diferentes estrategias pedagógicas, con criterios de pertinencia social y cultural.
	Participar en procesos de Enseñanza – Aprendizaje incluyendo las tutorías, en ambientes de pregrado, posgrado y educación continuada, que redunden en el fortalecimiento institucional y la respuesta efectiva, oportuna, integral y humana a los problemas de salud de las personas, familias y comunidades.
GESTIÓN	Movilizar recursos familiares, comunitarios, sectoriales e intersectoriales que permiten dar respuesta a las necesidades en salud de los individuos, familias y comunidades.
	Coordinar y gerenciar proyectos u organizaciones que buscan el beneficio de la salud de las personas, familias y comunidades.

Figura 4
Participación porcentual de cada eje curricular



EJE: FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR, EPISTEMOLOGÍA Y FILOSOFÍA DEL CONOCIMIENTO MÉDICO

EJES CURRICULARES BÁSICOS	COMPETENCIA GENERAL ²²
FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR, EPISTEMOLOGÍA Y FILOSOFÍA DEL CONOCIMIENTO MÉDICO	Incorporar una visión humanista e integral de las personas, y una comprensión de las relaciones con las familias y comunidades, con apoyo de la teoría general de sistemas y el paradigma de la complejidad.

Considerando que los créditos totales del programa se estiman en un rango mínimo de 180 a 210 créditos, el total de créditos del componente fundamentos de medicina familiar, epistemología y filosofía del conocimiento médico debe representar entre el 5 y 10% del total de los créditos.

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CRITERIOS DE EVALUACIÓN
Incorporar una visión humanista e integral de las personas, y una comprensión de las	1. Entender, apropiar y aplicar en su práctica los principios de la Medicina Familiar en los procesos de salud con las personas, familias y comunidad	Evaluación oral y escrita de conocimientos
	2. Evaluar integralmente a las personas, familias y comunidades para fomentar el desarrollo de procesos de gestión integral del riesgo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad	Presentación de seminarios y revisiones de temas

²² Las competencias se deben expresar mediante verbos de acción en infinitivo, el objeto sobre el cual recae la acción, y la condición o modo de actuación

relaciones con las familias y comunidades, con apoyo de la teoría general de sistemas y el paradigma de la complejidad	3. Liderar la consolidación e implementación del plan de cuidado integral que requieren las personas, familias y comunidades a cargo, desarrollando una relación médico - paciente efectiva y duradera.	Revista del servicio, conferencias, mapas conceptuales. Supervisión docente por tutor asignado en escenarios de formación y práctica a nivel clínico y comunitarios
	4. Argumentar y aplicar en su práctica el soporte conceptual del modelo holístico, la teoría de sistemas y el paradigma de la complejidad.	

Competencias específicas

Competencia Específica # 1	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Entender, apropiar y aplicar en su práctica los principios de la Medicina Familiar en los procesos de salud con las personas, familias y comunidad	Reconoce y apropia los conocimientos de los orígenes de Medicina Familiar, elementos históricos, principios e instrumentos de valoración para reconocer situaciones individuales y colectivas relacionadas con la salud y la gestión integral del riesgo de las personas, familias y comunidades, teniendo en cuenta el contexto social y cultural.	<p>Aplica los principios de Medicina Familiar en la consulta integral de las personas sanas y enfermas, en cualquier etapa de la vida, utilizando los conocimientos del proceso salud-enfermedad en la atención de las personas, familias y comunidad.</p> <p>Elabora la historia de salud orientada por problemas utilizando el raciocinio clínico con un enfoque biopsicosociocultural</p>	Aplica los principios éticos que rigen la atención en salud a las personas, familias y comunidades

Competencia Específica # 2	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Evaluar integralmente a las personas, familias y comunidades para fomentar el desarrollo de procesos de gestión integral del riesgo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad</p>	<p>Conoce los instrumentos de Medicina Familiar para el enfoque de abordaje integral y preventivo de las personas, familias y comunidades asignadas.</p> <p>Conoce las actualizaciones de la medicina, la salud basada en la evidencia y la normatividad vigente en Colombia relacionada con la gestión integral del riesgo, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad</p>	<p>Aplica e interpreta los instrumentos de Medicina Familiar para el enfoque integral y preventivo de la persona, las familias y comunidades asignadas.</p> <p>Lidera y participa en los procesos de gestión integral del riesgo de las personas, familias y comunidades, de acuerdo a las etapas del curso de vida y los grupos de riesgo, en el marco de la comprensión integral del curso de vida.</p> <p>Articula las acciones promocionales y preventivas a nivel individual y colectivo para contribuir a la gestión integral del riesgo de las personas, familias y comunidades.</p>	<p>Demuestra interés genuino en la atención integral de la persona, respeto, confidencialidad y responsabilidad en la en la gestión integral del riesgo de las personas, familias y comunidades.</p>

Competencia Específica# 3	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Liderar la consolidación e implementación del plan de cuidado integral que requieren las personas, familias y comunidades a cargo, desarrollando una relación médico - paciente efectiva y duradera.	Conoce las técnicas para una comunicación efectiva con las personas, familias y comunidades, y con los actores del sistema de salud.	<p>Desarrolla comunicación efectiva con los individuos, las familias, la comunidades y el sistema de salud.</p> <p>Aplica las técnicas para la realización de entrevistas a personas de las etapas del curso de vida, para lograr una relación médico - paciente asertiva y efectiva.</p> <p>Aplica técnicas de la consejería familiar para aportar al cuidado integral de la salud de las personas, familias y comunidades.</p>	<p>Demuestra respeto, apoyo y compromiso en el trabajo en equipo.</p> <p>Expresa respeto, confidencialidad y responsabilidad en la atención integral de las personas, familias y comunidades.</p>

Competencia Específica # 4	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Argumentar y aplicar en su práctica el soporte conceptual del modelo holístico, la teoría de	Comprende el enfoque sistémico y su aplicación en el cuidado integral	Incorpora en su práctica la cultura, el contexto, la diversidad de sistemas familiares y la interacción clínica.	Orienta y participa activamente en actividades de fortalecimiento y

<p>sistemas y el paradigma de la complejidad</p>	<p>de las personas, familias y comunidades</p> <p>Entiende la articulación entre las acciones individuales y colectivas que requiere la gestión integral del riesgo.</p> <p>Conoce las bases conceptuales del enfoque de curso de vida, ciclo vital individual y familiar</p> <p>Reconoce la importancia del enfoque diferencial para diseñar respuestas a diferentes poblaciones y territorios.</p> <p>Incluye el reconocimiento del contexto cultural rural y urbano de las diferentes regiones del país, la etnicidad, el género, la discapacidad, entre otras condiciones de vida y ocupación.</p>	<p>Participa en actividades clínicas y sociales que permitan la comprensión de los cambios del curso de vida y su relación con el comportamiento del riesgo y el proceso salud - enfermedad.</p> <p>Realiza valoración y modificación del riesgo individual y familiar, con acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad</p> <p>Maneja y aplica las técnicas de consejería individual y familiar para con enfoque de curso de vida y las crisis normativas y no normativas.</p> <p>Selecciona, moviliza y coordina los recursos que atañen al proceso de atención en salud individual y colectiva.</p>	<p>transformación positiva de la cultura del proceso salud - enfermedad, respetando la diversidad, la autonomía de las personas y colectivos, y el contexto social y familiar de las personas y comunidades.</p>
--	--	---	--

EJE: CLÍNICO (ATENCIÓN BIOPSIOSOCIAL-ESPIRITUAL)

EJE	COMPETENCIAS GENERALES
CLÍNICO (ATENCIÓN BIOPSIOSOCIAL-ESPIRITUAL)	A. Realizar la atención médica ambulatoria y brindar cuidado a las personas y familias de su población a cargo bajo los principios fundamentales de la práctica de la medicina familiar.
	B. Realizar atención médica integral en servicios de urgencias y hospitalización de distinta complejidad.

El total de créditos del componente clínico (atención holística) debe representar entre el 60 a 70% del total de los créditos.

Competencia General A

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
	1. Empezar acciones para promocionar la salud y prevenir la enfermedad con el fin de conservar la salud de la población y hacer un uso más eficiente de los recursos, acorde con la mejor evidencia científica disponible y de manera segura para las personas, familias y comunidades.	Evaluación oral y escrita Presentación de seminarios Revisiones de temas Revista del servicio o supervisión de pacientes

<p>Realizar la atención médica ambulatoria y brindar cuidado de las personas y familias de su población a cargo bajo los principios fundamentales de la práctica de la medicina familiar.</p>	<p>2. Realizar el acto médico considerando los elementos comunicativos que generan la empatía y confianza necesaria en la relación médico-paciente, la obtención e intercambio de la información biológica, psicosocial y espiritual con las personas, familias y comunidades de forma completa y coherente. Promover la intervención del contexto y de los determinantes sociales de la salud, desde el enfoque sistémico, a través de la interacción efectiva con personas, familias, comunidades y otros actores del sector y la sociedad.</p>	<p>Toma acertada de decisiones con los pacientes Generación de mapas conceptuales Planeación y desarrollo de actividades educativas grupales Desempeño con lista de chequeo en ejercicios con pacientes simulados Supervisión docente por tutor asignado en centro de práctica escenarios de práctica clínico - comunitarios.</p>
	<p>3. Solicitar e interpretar ayudas diagnósticas en su población a cargo con criterios de calidad, pertinencia y costo-efectividad, con el fin de contribuir a la garantía del derecho a la salud.</p>	<p>Seguimiento a indicadores y metas de actividades promocionales, preventivas y de gestión integral del riesgo en la población asignada.</p>
	<p>4. Liderar el proceso de atención y gestión integral de las patologías prevalentes en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en todas las etapas del curso de vida con criterios de integralidad, ética, calidad, pertinencia epidemiológica, costo-efectividad y con enfoque centrado en la persona, logrando un nivel de resolutivez entre el 80 y el 90%.</p>	<p>Encuestas de satisfacción de los pacientes Actualización de los registros médicos, legibles y acorde con las condiciones del estado del arte en lo relacionado con su racionalidad científica, de forma tal que sean útiles a las personas a su cargo, sus familias y los demás miembros del equipo de salud.</p>
	<p>5. Realizar monitoreo integral y seguimiento epidemiológico a la situación de salud las personas y familias a cargo, estableciendo y/o reportando indicadores de calidad de la atención con énfasis en el mantenimiento de la salud.</p>	<p>Elaboración de documentos, informes y textos en forma clara, concisa y con lenguaje pertinente</p>
	<p>6. Identificar y realizar un abordaje inicial de las problemáticas psicosociales de la población asignada a su cargo, utilizando los instrumentos de medicina familiar y herramientas psicoterapéuticas básicas.</p>	<p>Auditoría de gestión de calidad</p>

	7. Realizar un abordaje integral de la sexualidad humana en todas las etapas del curso de vida, promocionando la salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos en sus diferentes dimensiones, promoviendo la autonomía, identificando y manejando los problemas más frecuentes en la salud sexual	Indicadores de gestión de riesgo: Uso de guías y protocolos, farmacovigilancia, tecno vigilancia, uso racional de medicamentos, consentimiento informado. Evaluación de instrumentos de seguimiento y de planes de intervención según estos resultados
	8. Brindar atención a las personas con enfermedades terminales y crónicas, su familia y cuidadores, participando de los equipos de cuidados paliativos, grupos psicoeducativos y equipos multidisciplinarios.	

Competencias específicas

Competencia Específica # 1	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Emprender acciones para promocionar la salud y prevenir la enfermedad con el fin de conservar la salud de la población y hacer un uso más eficiente de los recursos, acorde con la mejor evidencia científica disponible y de manera segura para las personas, familias y comunidades.</p>	<p>Conoce y aplica los siguientes conceptos:</p> <p>Atención Primaria en Salud (APS); salud familiar y comunitaria; promoción de la salud; determinantes sociales y derecho a la salud; participación social; gestión integral del riesgo; enfoque diferencial; prevención de la enfermedad, tamizaje o cribado; significancia estadística; significancia social; criterios para</p>	<p>Obtiene y utiliza información relevante con buen nivel de evidencia sobre actividades de gestión integral del riesgo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p> <p>Diligencia la historia clínica orientada por problemas.</p> <p>Realiza actividades de tamizaje.</p>	<p>Expresa respeto por la autonomía de sus pacientes</p> <p>Demuestra interés por el bienestar, necesidades y propuestas de las personas, familias y comunidades.</p> <p>Responde a las necesidades de las personas asignadas a su cuidado, más allá de sus propios intereses.</p>

	<p>formular preguntas PICO; criterios de clasificación del nivel de evidencia y fuerza de recomendación para actividades promocionales, preventivas y de atención integral.</p> <p>Conoce las bases de datos y organizaciones más útiles para buscar información científica sobre estrategias promocionales, preventivas y de atención integral.</p> <p>Conoce y utiliza en su práctica el Análisis de Situación de Salud (ASIS), y el perfil epidemiológico a nivel nacional y de las regiones y entidades territoriales donde se desempeña.</p> <p>Reconoce los principales riesgos en salud en todas las etapas del curso de vida.</p> <p>Conoce y se actualiza sobre la normatividad que regula las actividades de promoción de la</p>	<p>Fomenta hábitos saludables y la modificación de aquellos aspectos generadores de riesgo contemplando las características socioculturales de la población.</p> <p>Realiza acciones anticipatorias integrales de prevención de la enfermedad y gestión integral del riesgo.</p> <p>Aplica el modelo sistémico para liderar el cuidado primario de la salud de las personas, familias y comunidades.</p> <p>Aplica técnicas de consejería individual y familiar.</p> <p>Utiliza diferentes modalidades de comunicación para asegurar un adecuado intercambio de ideas y construcción de acuerdos.</p> <p>Organiza y ejecuta actividades de educación grupal.</p>	<p>Reconoce los límites de sus actuaciones personales y profesionales.</p> <p>Respeta creencias y prácticas religiosas, culturales, sexuales y sociales de las personas.</p>
--	--	--	--

	<p>salud y la prevención de la enfermedad.</p> <p>Conoce las principales actitudes y motivaciones en las conductas humanas, así como estrategias claves para generar cambios comportamentales</p> <p>(Modelo transaccional de Proshaska, entrevista motivacional, 5 A's).</p> <p>Conoce estrategias de educación grupal participativas; Principios de bioética (Beneficencia y autonomía)</p>	<p>Articula las acciones promocionales y preventivas individuales y colectivas.</p> <p>Aplica los principios éticos, técnicos y legales vigentes, a lo largo de todo el proceso de comunicación.</p> <p>Lidera la implementación de elementos comunicacionales que generan empatía y confianza.</p> <p>Aplica iniciativa y liderazgo en la planeación y ejecución de procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p>	
--	---	---	--

Competencia Específica # 2	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Realizar el acto médico considerando los elementos comunicativos que generan la empatía y confianza necesaria en la	Conoce las diferentes modalidades de comunicación que generen empatía y confianza.	Realiza el acto médico de forma respetuosa y estableciendo empatía y confianza con sus pacientes y familiares.	Expresa respeto por la autonomía de las personas, familias y comunidades.

<p>relación médico-paciente, la obtención e intercambio de la información biológica, psicosocial y espiritual con las personas, familias y comunidades de forma completa y coherente</p> <p>Promover la intervención del contexto y de los determinantes sociales desde el enfoque sistémico, a través de la interacción efectiva con personas, familias, comunidades y otros actores del sector y la sociedad</p>	<p>Reconoce los principios y estrategias de la atención centrada en la persona y la entrevista clínica la relación médico-paciente.</p> <p>Conoce la historia clínica integral de Medicina Familiar Orientada por problemas.</p>	<p>Realiza las maniobras del examen físico pertinentes de forma adecuada.</p> <p>Utiliza diferentes modalidades de comunicación para asegurar un adecuado intercambio de ideas con los demás y construcción de acuerdos.</p> <p>Diligencia la historia clínica orientada por problemas de manera completa, plantea problemas biopsicosociales y planes integrales de atención.</p> <p>Aplica diferentes técnicas de entrevista clínica.</p> <p>Utiliza correctamente el idioma.</p> <p>Entrega e intercambia información pertinente con las personas, familias y comunidades, incorporando</p>	<p>Demuestra interés por el bienestar, necesidades y propuestas de la persona, su familia y comunidad.</p> <p>Establece relaciones interpersonales, que permiten un intercambio eficaz de la información para la cooperación y toma de decisiones libres e informadas de las personas, familias e integrantes de los equipos de salud.</p> <p>Identifica los desafíos éticos en la relación médico paciente.</p>
--	--	--	--

		<p>criterios técnicos y habilidades sociales.</p> <p>Elabora documentos, informes y textos en forma clara, concisa y con lenguaje pertinente.</p> <p>Implementa acciones para la humanización de los servicios y los procesos de atención, incorporando el enfoque intercultural, psicosocial y de género.</p>
--	--	--

Competencia Específica # 3	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Solicitar e interpretar ayudas diagnósticas en la población a cargo con criterios de calidad, pertinencia y costo-efectividad, con el fin de contribuir a la garantía del derecho a la salud.	<p>Conoce y aplica los siguientes conceptos:</p> <p>Proceso de pensamiento clínico (método inductivo, deductivo, abductivo)</p> <p>Proceso pre-analítico, analítico y post-analítico, valores de normalidad, causas de alteración de los principales ayudas</p>	<p>Realiza un proceso diagnóstico adecuado.</p> <p>Selecciona las ayudas diagnósticas con criterio de costo-efectividad necesarios en el proceso diagnóstico</p> <p>Interpreta adecuadamente los resultados de los para clínicos.</p>	<p>Ejerce con ética y responsabilidad la autonomía profesional</p> <p>Demuestra interés e iniciativa para la coordinación del trabajo en equipo, incorporando la autocrítica permanente</p>

	<p>diagnósticas de laboratorio, imagenología y especiales para el estudio de las principales patologías en los niveles de baja y mediana complejidad.</p> <p>Conceptos estadísticos de validez y costo-efectividad</p>		
--	--	--	--

Competencia Específica # 4	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Liderar el proceso de atención y gestión integral de las patologías prevalentes en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, en todas las etapas del curso de vida con criterios de integralidad, ética, calidad, pertinencia epidemiológica, costo-efectividad y con enfoque centrado en la persona, logrando un nivel de resolutivez entre el 80 y el 90%.</p>	<p>Maneja con propiedad los conceptos de las ciencias básicas biomédicas sobre la estructura y función normal y patológica del ser humano, desde una perspectiva sistémica.</p> <p>Conoce las características epidemiológicas, clínicas, para - clínicas, diagnósticas y terapéuticas de las patologías prevalentes en el nivel primario en todas las etapas del curso de vida.</p>	<p>Toma decisiones terapéuticas pertinentes, coherentes y seguras, acordes con cada enfermedad y el contexto particular de cada paciente, en conjunto con la persona y su familia</p> <p>Implementa estrategias de seguimiento que mejoran la adherencia de las personas a las recomendaciones médicas.</p> <p>Obtiene información relevante con buen nivel de evidencia sobre las</p>	<p>Promueve el ejercicio de autonomía de las personas, familias y comunidades.</p> <p>Manifiesta interés por el bienestar de la persona.</p> <p>Responde a las necesidades de las personas asignadas a su cuidado, más allá de sus propios intereses.</p> <p>Expresa disciplina académica, capacidad de</p>

	<p>Conoce y aplica las guías de Práctica Clínica, de Atención Integral y los protocolos de manejo integrales de las enfermedades prevalentes</p> <p>Conoce los conceptos y estrategias de la gestión de garantía de la calidad en la práctica ambulatoria; criterios de significancia estadística y social; criterios de clasificación del nivel de evidencia y fuerza de recomendación; bases de datos y organizaciones más útiles para buscar información médico-científica.</p> <p>Conoce y aplica los siguientes conceptos:</p> <p>Actitudes y motivaciones en las conductas humanas.</p> <p>Estrategias para generar adherencia al tratamiento y realizar un enfoque centrado en la persona.</p>	<p>patologías más frecuentes y la aplica en el abordaje integral de sus pacientes.</p> <p>Realiza un manejo integral de los de pacientes con enfermedades crónicas no transmisibles.</p> <p>Lidera el proceso de cuidado integral de la población asignada desde el primer contacto.</p> <p>Aplica los conceptos de garantía de la calidad en su práctica.</p> <p>Elabora documentos, informes y textos en forma clara, concisa y con lenguaje pertinente.</p> <p>Trabaja en equipo con otras profesiones, ocupaciones y agentes comunitarios de la salud necesarios para el bienestar de las personas a cargo.</p> <p>Utiliza diferentes modalidades de comunicación.</p>	<p>autocuidado, autocrítica y autoevaluación.</p> <p>Demuestra compasión y capacidad de contención emocional</p> <p>Toma decisiones con criterios de oportunidad, calidad, equilibrio y pertinencia</p> <p>Reconoce los límites de sus actuaciones personales y profesionales.</p> <p>Mantiene espíritu de colaboración y caridad humana frente a los personas, sus familias y lidera la aplicación de este criterio en los equipos de trabajo.</p>
--	---	--	---

	<p>Elementos comunicacionales que generan empatía y confianza.</p> <p>Conceptos sobre la interacción individuo-familia-enfermedad</p>	<p>Mantiene los registros médicos actualizados, legibles y acorde con las condiciones del estado del arte.</p> <p>Acompaña a las personas y familias según sus necesidades en el proceso de utilización y comprensión de los servicios de salud, dentro de un marco de respeto y dialogo intercultural.</p>	
--	---	---	--

Competencia Específica # 5	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Realizar monitoreo integral y seguimiento epidemiológico a la situación de salud las personas y familias a cargo, estableciendo y/o reportando indicadores de calidad de la atención con énfasis en el mantenimiento de la salud.</p>	<p>Conoce los siguientes conceptos:</p> <p>Indicadores básicos de salud y tipos de indicadores.</p> <p>Estrategias preventivas basadas en la evidencia por etapas del ciclo vital.</p> <p>Instrumentos de seguimiento individual, familiar y comunitario;</p>	<p>Aplica instrumentos de seguimiento individual, familiar y comunitario con énfasis en gestión integral del riesgo, promoción de la salud y prevención de la enfermedad.</p> <p>Toma decisiones de intervención basadas en los indicadores de la población a cargo</p> <p>Entrega de manera técnica y adecuada a las personas, familias y</p>	<p>Expresa en sus actuaciones la disciplina académica y capacidad de organización de procesos.</p> <p>Responde a las necesidades de las personas colocadas a su cuidado, más allá de sus propios intereses.</p>

	Herramientas de Excel y otros paquetes estadísticos	comunidades, la información pertinente para el buen desarrollo de su práctica.
--	---	--

Competencia Específica # 6	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Identificar y realizar un abordaje inicial de las problemáticas psicosociales de la población asignada a su cargo, utilizando los instrumentos de medicina familiar y herramientas psicoterapéuticas básicas.	<p>Conoce los siguientes modelos, teorías, marcos de referencia y conceptos:</p> <p>Modelo biopsicosocial, holístico y ecológico de la salud.</p> <p>Teoría de sistemas y de la complejidad.</p> <p>Redes de apoyo social.</p> <p>Concepto de estrés, afrontamiento y adaptación</p> <p>Mecanismos de aprendizaje.</p> <p>Teorías psicológicas básicas.</p>	<p>Realiza atención médica centrada en la persona.</p> <p>Aplica estrategias comunicacionales y relacionales que le permiten obtener una información completa del contexto psicosocial, cultural y espiritual de la persona</p> <p>Aplica e interpreta la información de los instrumentos de caracterización psicosocial</p> <p>Realiza una entrevista motivacional y psicoterapia breve.</p> <p>Realiza un abordaje de intervención en crisis.</p>	<p>Expresa en todas sus actuaciones profesionales:</p> <p>Respeto por la autonomía de sus pacientes.</p> <p>Interés por el bienestar de la persona</p> <p>Respeto las creencias y prácticas religiosas, culturales y sociales de las personas.</p> <p>Disciplina académica</p> <p>Auto – observación</p>

	<p>Conceptos de las neurociencias sobre la estructura y función normal y patológica del sistema nervioso.</p> <p>Mecanismos de defensa.</p> <p>Teorías psicoanalíticas fundamentales.</p> <p>Bases de terapia cognitivo-conductual.</p> <p>Bases de terapia sistémica y familiar.</p> <p>Axiomas de la comunicación humana y sus implicaciones patológicas.</p> <p>Fundamentos de epistemología.</p> <p>Interacción individuo-familia-</p>	<p>Aplica principios básicos de terapia cognitivo-conductual que no impliquen cambios estructurales complejos de la conducta o la cognición</p> <p>Interconsulta de manera oportuna al paciente y/o familia a profesionales del área de intervención psicosocial.</p> <p>Moviliza recursos intersectoriales que le permitan construir una mejor solución a las necesidades en salud de las personas, familias y comunidades.</p> <p>Participa en grupos interdisciplinarios e intersectoriales, para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades.</p>	<p>Autocrítica</p> <p>Contención emocional</p> <p>Compasión</p> <p>Apertura intelectual</p> <p>Sensibilidad y humanismo</p>
--	--	--	---

Competencia Específica # 7	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Realizar un abordaje integral de la sexualidad humana en todas las etapas del curso de vida, promocionando la salud sexual y los derechos sexuales y reproductivos en sus diferentes dimensiones, promoviendo la autonomía, identificando y manejando los problemas más frecuentes en la salud sexual	<p>Conoce los siguientes conceptos:</p> <p>Concepto de la sexualidad como una dimensión humana, fuente de bienestar y salud, con diversas funciones, componentes y contextos.</p> <p>Procesos de toma de decisiones responsables, informadas y autónomas sobre el propio cuerpo, el respeto a la dignidad de todo ser humano, la valoración de la pluralidad de identidades y formas de vida y la vivencia y construcción de relaciones pacíficas, equitativas y democráticas.</p> <p>Enfoque autobiográfico centrado en la persona, en su historia, en sus experiencias, en su contexto y en el diálogo de saberes.</p> <p>Enfoque apreciativo: Acompañar a las personas para que afloren lo</p>	<p>Interactúa, comunica y establece vínculos desde los principios de la relación médico - paciente con las personas y sus familias.</p> <p>Identifica potencialidades y dificultades en el ejercicio de la sexualidad y los derechos sexuales y reproductivos.</p> <p>Incorpora la cultura, el contexto, los sistemas familiares y la interacción clínica en el abordaje de la sexualidad humana.</p> <p>Aplica técnicas de entrevista individual y familiar.</p> <p>Evalúa y caracteriza los problemas sexuales de las personas.</p> <p>Realiza el abordaje diagnóstico y terapéutico inicial de los principales</p>	<p>Expresa en todas sus actuaciones profesionales:</p> <p>Respeto por la autonomía de sus pacientes.</p> <p>Interés por el bienestar, necesidades y propuestas de la persona, su familia y comunidad.</p> <p>Respeto las creencias y prácticas religiosas, culturales, sexuales y sociales de las personas.</p> <p>Toma decisiones con criterios de oportunidad, calidad, equilibrio y pertinencia.</p> <p>Practica la autocrítica y la contención emocional.</p>

	<p>mejor que tienen y lo compartan con los demás.</p> <p>Marco de Derechos Humanos Sexuales y Reproductivos. Programas salud sexual y reproductiva vigentes en Colombia</p> <p>Enfoque de genero</p> <p>Conoce y entender las distintas fases de la respuesta sexual humana y que cambios se producen en el organismo para llevar a cabo cada una de estas. Conoce y reconoce las distintas situaciones y problemas en sexualidad humana.</p> <p>Conoce las distintas situaciones que afectan la calidad de la relación y disfunciones sexuales femeninas: Trastornos del deseo, excitación, meseta, orgasmo, trastornos dolorosos. Conoce las distintas situaciones que afectan la calidad de la relación</p>	<p>problemas sexuales en los pacientes a cargo.</p> <p>Realiza las interconsultas en forma pertinente y oportuna de los problemas sexuales en los pacientes a cargo que no puedan ser resueltos en su nivel de competencia.</p>	<p>Reconoce los límites de sus actuaciones personales y profesionales.</p>
--	--	---	--

	<p>y disfunciones sexuales masculinas: Trastornos del deseo, excitación, meseta, orgasmo, resolución, trastornos dolorosos.</p> <p>Entiende el concepto de heterosexualidad</p> <p>Entiende el concepto de homosexualidad</p> <p>Conoce los distintos trastornos de intersexo, identificarlos y derivarlos al especialista en sexología clínica tempranamente.</p> <p>Conoce el concepto de bisexualidad y los grados de la misma según la escala de Kinsey.</p> <p>Aprende las variantes sexológicas que podemos utilizar en un paciente con discapacidad, para el desarrollo integral de su sexualidad.</p>		
--	---	--	--

	<p>Conoce los efectos positivos y negativos de los medicamentos con respecto a la sexualidad.</p> <p>Sabe y reconoce los efectos de las enfermedades crónicas en sexualidad.</p>		
--	--	--	--

Competencia Específica # 8	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Brindar atención a las personas con enfermedades terminales y crónicas, su familia y cuidadores, participando de los equipos de cuidados paliativos, grupos psicoeducativos y equipos multidisciplinarios.</p>	<p>Conoce los siguientes conceptos:</p> <p>Conceptos básicos de Cuidado Paliativo</p> <p>Concepto de tanatología y duelo</p> <p>Concepto de eutanasia</p> <p>Aproximación antropológica y cultural de la muerte</p> <p>Principios éticos del dolor y del sufrimiento</p>	<p>Comunica a sus pacientes y familias diagnósticos de enfermedades terminales con criterios de humanismo, calidad y calidez.</p> <p>Realiza un abordaje integral de las personas con enfermedades terminales.</p> <p>Maneja las complicaciones más frecuentes en las personas con enfermedades terminales.</p>	<p>Expresa en su práctica profesional:</p> <p>Sensibilidad para entender al paciente como un ser humano integral en sus elementos bio-psico-socio-culturales y espirituales.</p> <p>Respeto por la autonomía de sus pacientes.</p> <p>Interés por el bienestar de la persona.</p>

	<p>Farmacocinética, farmacodinamia y usos terapéuticos de las diferentes opciones para manejo del dolor</p> <p>Manejo de los síntomas en el estado terminal y secundarios a los tratamientos en cuidados paliativos</p> <p>Manejo del delirium en cuidado paliativo</p> <p>Manejo de la familia y/o cuidador del paciente de cuidado paliativo</p>	<p>Maneja el dolor en pacientes con enfermedad terminal, cáncer y con patologías con dolor crónico severo.</p> <p>Incorpora la cultura, el contexto, los sistemas familiares y la interacción clínica en el abordaje de la enfermedad terminal y la muerte, como parte del proceso vital y el curso de vida.</p> <p>Aplica técnicas de entrevista individual y familiar.</p> <p>Participa en grupos interdisciplinarios e intersectoriales, para mejorar la calidad de vida de las personas con enfermedades terminales</p>	<p>Disciplina académica</p> <p>Auto observación</p> <p>Autocrítica</p> <p>Contención emocional</p> <p>Compasión</p> <p>Apertura intelectual</p> <p>Sensibilidad y humanismo</p>
--	--	---	---

Competencia General B

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
Realizar atención médica integral en servicios de urgencias y hospitalización de distinta complejidad.	1. Realizar el abordaje diagnóstico de los pacientes en servicios de urgencias y hospitalización de baja, y mediana considerando la información biológica, psicosocial y cultural del contexto de la persona, que sea necesaria y pertinente para garantizar la atención efectiva e integral de las patologías que afectan al paciente	Evaluación oral y escrita Presentación de seminarios Revisiones de temas Revista del servicio o supervisión de pacientes
	2. Solicitar e interpretar ayudas diagnósticas en los pacientes en servicios de urgencias y hospitalización de baja y mediana complejidad con criterios de calidad, pertinencia y costo-efectividad.	Toma acertada de decisiones con los pacientes Generación de mapas conceptuales Planeación y desarrollo de actividades educativas grupales
	3. Manejar las patologías prevalentes en servicios de urgencias y hospitalización de baja y mediana complejidad en todas las etapas del ciclo de vida individual, con enfoque de curso de vida y criterios de integralidad, ética, calidad, pertinencia epidemiológica y costo-efectividad.	Desempeño con lista de chequeo en ejercicios con pacientes simulados Supervisión docente por tutor asignado en centro de práctica escenarios de práctica clínico- comunitarios. Seguimiento a indicadores y metas de actividades promocionales, preventivas y de gestión integral del riesgo en la población asignada. Encuestas de satisfacción de los pacientes Actualización de los registros médicos, legibles y acorde con las condiciones del estado del arte en lo relacionado con su

		<p>racionalidad científica, de forma tal que sean útiles a las personas a su cargo, sus familias y los demás miembros del equipo de salud.</p> <p>Elaboración de documentos, informes y textos en forma clara, concisa y con lenguaje pertinente</p> <p>Auditoría de gestión de calidad</p> <p>Indicadores de gestión de riesgo: Uso de guías y protocolos, farmacovigilancia, tecnovigilancia, uso racional de medicamentos, consentimiento informado.</p> <p>Evaluación de instrumentos de seguimiento y de planes de intervención según estos resultados</p>
--	--	---

Competencias específicas

Competencia Específica # 1	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Realizar el abordaje diagnóstico de los pacientes en servicios de urgencias y hospitalización de baja, y mediana complejidad considerando la información	<p>Conoce los siguientes conceptos, modelos y marcos de referencia:</p> <p>Conceptos de las ciencias básicas, sociales y biomédicas, sobre la</p>	<p>Toma decisiones terapéuticas, pertinentes, coherentes y seguras.</p> <p>Realiza estrategias de seguimiento que mejoran la adherencia de la</p>	<p>Expresa en su práctica profesional:</p> <p>Respeto por la autonomía de sus pacientes.</p>

<p>biológica, psicosocial y cultural del contexto de la persona, que sea necesaria y pertinente para garantizar la atención efectiva e integral de las patologías que afectan al paciente.</p>	<p>estructura y funcionamiento de los sistemas del ser humano.</p> <p>Características epidemiológicas, clínicas, paraclínicas, diagnósticas, terapéuticas de las patologías prevalentes en servicios de urgencias y hospitalización.</p> <p>Criterio de significancia estadística.</p> <p>Criterios para formular preguntas PICO.</p> <p>Criterios de clasificación del nivel de evidencia y fuerza de recomendación.</p> <p>Conoce las bases de datos y organizaciones más útiles para buscar información médico-científica.</p> <p>Conoce las principales estrategias para realizar un enfoque centrado en la persona y elementos</p>	<p>persona a las recomendaciones médicas.</p> <p>Obtiene información relevante con buen nivel de evidencia sobre las patologías más frecuentes en servicios de urgencias y hospitalización.</p> <p>Realiza abordajes y tratamientos bajo condiciones de estrés.</p> <p>Identifica y realiza un abordaje diagnóstico y terapéutico inicial de los pacientes con patologías más complejas, interconsultando oportunamente a los otros médicos especialistas.</p> <p>Trabaja en equipo con otros profesionales de la salud necesarios para el bienestar de sus pacientes.</p> <p>Aplica los conceptos de garantía de la calidad en la práctica hospitalaria y de urgencias.</p>	<p>Interés por el bienestar de la persona.</p> <p>Disciplina académica</p> <p>Auto observación</p> <p>Autocrítica</p> <p>Contención emocional</p> <p>Compasión</p>
--	---	--	--

	<p>comunicacionales que generan empatía y confianza.</p> <p>Concepto sobre la interacción individuo-familia-enfermedad.</p> <p>Manejo de la familia y/o cuidador del paciente de urgencias y hospitalizado</p> <p>Modelo de historia clínica completo.</p> <p>Fundamentos de la Medicina Basada en la Evidencia, Guías de Práctica Clínica, guías anticipatorias de salud, protocolos de manejo</p> <p>Funcionamiento de la tecnología diagnóstica y terapéutica, de reconocida utilidad según la evidencia científica.</p>	<p>Elabora documentos e informes en forma clara, concisa y con lenguaje pertinente.</p> <p>Utiliza diferentes modalidades de comunicación para asegurar un adecuado intercambio de ideas con los demás.</p> <p>Mantiene los registros médicos actualizados y legibles.</p> <p>Acompaña a las personas y familias según sus necesidades en el proceso de utilización y comprensión de los servicios de salud, dentro de un marco de respeto y dialogo intercultural.</p> <p>Realiza atención médica integral y continua con alta capacidad resolutive, en mediante la hospitalización.</p> <p>Participa en el manejo integral de los pacientes quirúrgicos de acuerdo con los alcances y competencias del</p>
--	---	--

	<p>equipo de trabajo, la disponibilidad de talento humano y la situación de salud de la población, incluyendo especialidades médicas, profesiones y ocupaciones.</p> <p>Implementa acciones diferenciales de cuidado de la salud en personas discapacitadas, con el fin de aportar a la garantía de sus derechos y favorecer su inclusión y participación social.</p> <p>Realiza una historia clínica completa, pertinente y centrada en los problemas de consulta de la persona.</p> <p>Realiza las maniobras del examen físico pertinentes de forma adecuada.</p>	
--	---	--

Competencia Específica # 2	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Solicitar e interpretar ayudas diagnósticas en pacientes de urgencias y hospitalización de baja y mediana complejidad con criterios de calidad, pertinencia y costo-efectividad.	<p>Maneja los siguientes conceptos, marcos de referencia y procesos:</p> <p>Proceso de pensamiento clínico (método inductivo, deductivo, abductivo)</p> <p>Proceso pre-analítico, analítico y post-analítico, valores de normalidad, causas de alteración de las principales ayudas diagnósticas de laboratorio, imagenología y especiales para el estudio de las principales patologías de los servicios de urgencia y hospitalización en los niveles de baja y mediana complejidad.</p> <p>Conceptos estadísticos de validez y costo-efectividad.</p>	<p>Realiza procesos diagnósticos con pertinencia, calidad y oportunidad.</p> <p>Selecciona las ayudas diagnósticas con criterio de costo-efectividad.</p> <p>Interpreta adecuadamente los resultados de las ayudas diagnósticas.</p>	<p>Expresa en su práctica profesional el respeto por la autonomía de sus pacientes.</p> <p>Manifiesta interés por el bienestar de la personas, familias y comunidades</p> <p>Demuestra su calidad y disciplina académica</p>

	Guías integrales de práctica clínica de enfermedades prevalentes de acuerdo al nivel de complejidad	
--	---	--

Competencia Específica # 3	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Manejar las patologías prevalentes en servicios de urgencias y hospitalización de baja, y alta complejidad en todas las etapas del ciclo de vida individual con enfoque de curso de vida y criterios de integralidad, ética, calidad, pertinencia epidemiológica y costo-efectividad.</p>	<p>Conoce los siguientes conceptos, modelos y marcos de referencia:</p> <p>Conceptos de las ciencias básicas, sociales y biomédicas, sobre la estructura y funcionamiento de los sistemas del ser humano.</p> <p>Características epidemiológicas, clínicas paraclínicas, diagnósticas, terapéuticas de las patologías prevalentes en servicios de urgencias y hospitalización.</p> <p>Fundamentos de la Medicina Basada en la Evidencia, Guías de Práctica Clínica, guías anticipatorias de salud, protocolos de manejo.</p>	<p>Toma decisiones terapéuticas pertinentes, coherentes y seguras, acordes con los mecanismos concretos de enfermedad y con el contexto particular de cada paciente.</p> <p>Realiza estrategias de seguimiento que mejoran la adherencia de la persona a las recomendaciones.</p> <p>Obtiene información relevante con buen nivel de evidencia sobre las patologías más frecuentes en servicios de urgencias y hospitalización.</p> <p>Realiza una historia clínica completa pertinente y centrada en los problemas de consulta de la persona.</p>	<p>Expresa en su práctica profesional:</p> <p>Respeto por la autonomía de sus pacientes.</p> <p>Interés por el bienestar de la persona.</p> <p>Disciplina académica Auto observación Autocrítica Contención emocional Compasión</p>

	<p>Funcionamiento de la tecnología diagnóstica y terapéutica, de reconocida utilidad según la evidencia científica</p> <p>Criterio de significancia estadística. Criterios para formular preguntas PICO.</p> <p>Criterios de clasificación del nivel de evidencia y fuerza de recomendación.</p> <p>Conoce las bases de datos y organizaciones más útiles para buscar información médico-científica</p> <p>Conoce las principales estrategias para realizar un enfoque centrado en la persona</p> <p>Conoce elementos comunicacionales que generan empatía y confianza</p> <p>Concepto sobre la interacción individuo-familia-enfermedad</p> <p>Manejo de la familia y/o cuidador</p>	<p>Realiza las maniobras del examen físico pertinentes de forma adecuada.</p> <p>Realiza abordajes y tratamientos bajo condiciones de estrés,</p> <p>Identifica y realiza un abordaje diagnóstico y terapéutico inicial de los pacientes con patologías más complejas, realizando interconsultas oportunamente a los otros médicos especialistas.</p> <p>Trabaja en equipo con otros profesionales de la salud necesarios para el bienestar de sus pacientes.</p> <p>Aplica los conceptos de garantía de la calidad en la práctica hospitalaria y de urgencias.</p> <p>Elabora documentos e informes en forma clara, concisa y con lenguaje pertinente.</p> <p>Utiliza diferentes modalidades de comunicación para asegurar un</p>
--	---	--

<p>del paciente de urgencias y hospitalizado</p>	<p>adecuado intercambio de ideas con los demás y procesos de construcción de acuerdos.</p> <p>Mantiene los registros médicos actualizados y legibles.</p> <p>Acompaña a las personas y familias según sus necesidades en el proceso de utilización y comprensión de los servicios de salud, dentro de un marco de respeto y dialogo intercultural.</p> <p>Realiza atención médica integral y continua con alta capacidad resolutive en servicios de hospitalización.</p> <p>Participa en el manejo integral de los pacientes quirúrgicos de acuerdo con los alcances y competencias del equipo de trabajo, la disponibilidad de talento humano y la situación de salud de la población, incluyendo</p>
--	--

		<p>especialidades médicas, profesiones y ocupaciones.</p> <p>Implementa acciones diferenciales de cuidado de la salud en personas discapacitadas, con el fin de aportar a la garantía de sus derechos y favorecer su inclusión y participación social.</p>	
--	--	--	--

EJE: TRABAJO CON COMUNIDADES

EJES CURRICULARES BÁSICOS	COMPETENCIA GENERAL²³
TRABAJO CON COMUNIDADES	Abordar la situación de salud de la comunidad en que realiza su atención.

El total de créditos del componente comunitario debe representar entre el 10% del total de los créditos

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
Abordar la situación de salud de la comunidad en que realiza su atención.	1. Desarrollar procesos de análisis de situación de salud (ASIS) en las comunidades a cargo desde un enfoque epidemiológico, holístico y de determinantes sociales del proceso salud-enfermedad	Evaluación de conocimientos oral y escrito Seminarios, revisiones de temas, revista del servicio conferencias mapas conceptuales Supervisión docente por tutor asignado en escenario de formación y práctica
	2. Facilitar procesos de participación comunitaria.	
	3. Intervenir el contexto y los determinantes sociales desde el enfoque sistémico e intersectorial, con el fin de mejorar la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades	
	4. Utilizar las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC'S) para la movilización comunitaria y el acceso y empoderamiento de las comunidades.	

²³ Las competencias se deben expresar mediante verbos de acción en infinitivo, el objeto sobre el cual recae la acción, , y la condición o modo de actuación

Competencias específicas

Competencia Específica # 1	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Desarrollar procesos de análisis de situación de salud (ASIS) en sus comunidades a cargo desde un enfoque epidemiológico, holístico y de determinantes sociales del proceso salud-enfermedad</p>	<p>Conoce los siguientes documentos, conceptos, modelos, herramientas y marcos de referencia:</p> <p>Guía conceptual y metodológica para la construcción del ASIS en las entidades territoriales e IPS</p> <p>Estadística descriptiva y elaboración de indicadores</p> <p>Fundamentos de salud pública y epidemiología</p> <p>Técnicas cuantitativas y cualitativas para el análisis, la gestión del conocimiento y la investigación social</p> <p>Modelo de determinantes sociales de la salud y determinación social</p>	<p>Identifica los determinantes sociales de la salud y aplica estos conocimientos para que las comunidades puedan empoderarse de las soluciones.</p> <p>Asume el liderazgo en la comunidad donde se encuentra y fomenta el trabajo en equipo para facilitar la interacción en la identificación y solución de problemas de salud de las personas y sus familias.</p> <p>Aplica estrategias y herramientas para la comprensión y el abordaje de problemas de la persona, la familia y la comunidad</p> <p>Lidera la construcción de planes de análisis de la situación de salud con la</p>	<p>Conoce y aplica los conocimientos éticos en el manejo de las comunidades a cargo.</p> <p>Respeto las creencias y prácticas religiosas, culturales y sociales de las comunidades</p>

	<p>Herramientas de análisis social, familiar y comportamental</p> <p>Análisis de desigualdades en salud</p> <p>Habilidades para la detección de problemas psicosociales</p> <p>Situación de salud nacional y regional</p>	<p>participación de las personas, familias y comunidades.</p> <p>Determina y prioriza las diferentes causas y dimensiones de los problemas y necesidades de salud, con la participación activa de las personas, familias y comunidades</p> <p>Aborda el contexto desde el enfoque sistémico, de curso de vida familiar y determinantes sociales.</p> <p>Realiza diagnósticos de la situación de salud de la persona, la familia y la comunidad utilizando las tecnologías apropiadas</p> <p>Retroalimenta el diagnóstico y análisis de situación de salud con las personas, familias y comunidades</p>	
--	---	--	--

Competencia Específica # 2	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Facilitar procesos de participación comunitaria.	<p>Conoce los siguientes documentos, conceptos, modelos, herramientas y marcos de referencia:</p> <p>Estrategias de participación y movilización social</p> <p>Técnicas cuantitativas y cualitativas de investigación y análisis</p> <p>Manejo de grupos focales interprofesionales y ciudadanos,</p> <p>Análisis crítico de información obtenida para delimitar acciones de salud</p>	<p>Realiza con metodología participativa y cualitativa proyectos de investigación sobre aspectos relacionados con la salud de la comunidad con la evaluación de los servicios de salud desde la perspectiva de la población.</p> <p>Coordina grupos focales interprofesionales y ciudadanos, analizando la información obtenida para delimitar acciones de salud mediante programas e investigación cualitativa.</p> <p>Lidera el desarrollo de proyectos de acción participativa sobre aspectos críticos de la situación de salud de las comunidades, fomentando la participación de las instituciones de salud y la población en la evaluación de los procesos</p>	<p>Aplica los conocimientos éticos de la investigación preservando la confidencialidad</p> <p>Promueve el empoderamiento y la toma de decisiones libres e informadas por parte de las personas, familias y comunidades.</p> <p>Respeto las creencias y prácticas religiosas, culturales y sociales de las comunidades</p>

Competencia Específica # 3	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Intervenir el contexto y los determinantes sociales desde el enfoque sistémico e intersectorial, con el fin de mejorar la salud y el bienestar de las personas, familias y comunidades	<p>Conoce los siguientes documentos, conceptos, modelos, herramientas y marcos de referencia:</p> <p>Técnicas de comunicación efectiva y asertiva</p> <p>Herramientas tecnológicas en Atención Primaria en Salud para el abordaje y gestión integral de la situación de salud de las personas, familias y comunidades</p> <p>Teoría de redes comunitarias de apoyo social</p>	<p>Estimula el empoderamiento de la comunidad y la participación en soluciones concertadas</p> <p>Realiza planes para el inicio y desarrollo de procesos de coordinación intersectorial para la promoción de la salud en las comunidades.</p> <p>Moviliza recursos intersectoriales y redes de apoyo que le permitan construir una mejor solución a las necesidades en salud de las comunidades</p> <p>Participa en grupos interdisciplinarios e intersectoriales, para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de las comunidades</p>	<p>Demuestra la dedicación y apoyo en el manejo de la comunicación asertiva con la comunidad</p>

Competencia Específica # 4	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Utilizar las TIC para la movilización comunitaria y el acceso y empoderamiento de las comunidades.	Apropia y difunde conocimientos en las TIC para enriquecer la participación comunitaria	Diseña y coordina intervenciones grupales de educación para la salud con metodologías capacitadores y participativas utilizando las TIC	Demuestra dedicación y apoyo así como los principios éticos del manejo de las TIC

EJE: INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN

EJES CURRICULARES BÁSICOS	COMPETENCIA GENERAL ²⁴
INVESTIGACIÓN Y EDUCACIÓN	A. Construir y gestionar conocimientos para la comprensión del proceso vital humano, la solución de necesidades y problemas en salud de las personas, familias y comunidades, y el desarrollo del pensamiento científico y crítico en la Medicina Familiar.
	B. Mediar procesos educativos con las personas, familias y comunidades, y dinamizar la construcción de las competencias del equipo de salud a través de diferentes estrategias pedagógicas, con criterios de pertinencia social y cultural.

²⁴ Las competencias se deben expresar mediante verbos de acción en infinitivo, el objeto sobre el cual recae la acción, y la condición o modo de actuación

	<p>C. Participar en procesos de Enseñanza – Aprendizaje incluyendo las tutorías, en ambientes de pregrado, posgrado y educación continuada, que redunden en el fortalecimiento institucional y la respuesta efectiva, oportuna, integral y humana a los problemas de salud de las personas, familias y comunidades.</p>
--	---

El total de créditos del componente Investigación y Educación debe representar entre el 10 al 20% del total de los créditos.

Competencia General A

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
<p>Construir y gestionar conocimientos para la comprensión de la situación de salud, la solución de necesidades y problemas en salud de las personas, familias y comunidades y el desarrollo del pensamiento científico y crítico en la Medicina Familiar</p>	<p>1. Reconocer fortalezas y debilidades en su propio conocimiento y experticia, para definir nuevos objetivos de aprendizaje que le permitan iniciar procesos de auto aprendizaje y dar respuesta a los problemas de salud de las personas, familias y comunidades.</p>	<p>Manejo de bases de datos (número de bases, nombres, contenidos), Utilización adecuada de términos para búsqueda (MeSH)</p>
	<p>2. Identificar problemas y necesidades de investigación y construcción de nuevo conocimiento para responder a problemas de salud de las personas, familias y comunidades, y potencializar el pensamiento crítico y reflexivo en su práctica</p>	<p>Bitácora diaria con formulación de dudas y preguntas clínicas Exámenes escritos u orales sobre conceptos básicos</p>
	<p>3. Participar y desarrollar procesos de investigación cuantitativa y cualitativa para aportar al mejoramiento de la salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades</p>	<p>Informe de búsqueda de pregunta clínica Informe de lectura crítica de un artículo médico-científico Evalúa la pertinencia de la evidencia científica en las bases de datos disponibles,</p>

		<p>para tomar decisiones sobre la situación de salud de las personas, familias y comunidades</p> <p>Presenta un informe de lectura de un artículo médico-científico de manera crítica y valorando la calidad y pertinencia del mismo</p> <p>Uso de herramientas y metodología para lecturas y análisis crítico</p> <p>Análisis de lecturas con valoración de principios éticos, de los resultados y su validación</p> <p>Evaluación del proyecto de investigación</p> <p>Interpretación adecuada de resultados</p> <p>Presentación ordenada y adecuada del trabajo de investigación</p>
--	--	---

Competencias Específicas

Competencia Específica # 1	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Reconocer fortalezas y debilidades en su propio conocimiento y experticia, para definir nuevos objetivos de aprendizaje que le permitan iniciar procesos de auto aprendizaje y dar respuesta a los problemas de salud de las personas, familias y comunidades	<p>Conoce las siguientes herramientas, conceptos, modelos y marcos de referencia:</p> <p>Criterios para formular preguntas PICO</p> <p>Bases de datos y organizaciones más útiles para buscar información médico-científica</p> <p>Elementos básicos y herramientas para la construcción y exploración de bases de datos multidimensionales.</p> <p>Registros de datos de salud (por ejemplo RIPS, Estadísticas vitales, SIVIGILA, etc.)</p> <p>Acceso a estudios poblacionales de salud (por ejemplo ENS, ENDS, ENSIN, etc.)</p>	<p>Utiliza estrategias, herramientas y metodología de búsqueda en principales bases de datos y bibliográficas</p> <p>Realiza una bitácora o diario de dudas de su ejercicio profesional</p> <p>Fórmula preguntas clínicas relevantes y adecuadas para buscar en las bases de datos.</p> <p>Obtiene información relevante con buen nivel de evidencia sobre preguntas preventivas, clínicas o psicosociales</p> <p>Presenta un informe de lectura de un artículo médico-científico de manera crítica y valorando la calidad y pertinencia del mismo</p>	<p>Es coherente con los principios éticos de la investigación clínica y biomédica</p> <p>Demuestra disciplina académica y compromiso.</p>

	<p>Medicina Basada en la Evidencia. Métodos de búsqueda organizada y sistemática para la obtención y selección de información y de literatura científica. Guías de Práctica Clínica</p> <p>Innovación y desarrollo tecnológico</p> <p>Conoce los tipos de estudios epidemiológicos</p> <p>Criterio de significancia estadística</p> <p>Criterios de clasificación del nivel de evidencia y fuerza de recomendación</p>		
--	--	--	--

Competencia Específica # 2	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Identificar problemas y necesidades de investigación y construcción de nuevo conocimiento para responder a problemas de salud de las personas, familias y comunidades, y potencializar el	Conoce las siguientes herramientas, y conceptos: Principios básicos de diseño de proyectos de investigación cuantitativa y cualitativa (pregunta de investigación, objetivos, marco	Identifica las necesidades de mayor información y formula adecuadamente las preguntas de la investigación a desarrollar Elabora un protocolo de investigación acorde a la pregunta de	Demuestra curiosidad, actitud crítica, observación, compromiso, disciplina académica, constancia, tolerancia a la frustración, trabajo en equipo

<p>pensamiento crítico y reflexivo en su práctica</p>	<p>teórico, metodología, definición de variables de estudio, cálculo de tamaño de muestra, criterios éticos, paquetes estadísticos, herramientas estadísticas de análisis uni y multivariado, cronograma, presupuesto)</p> <p>Tipos de estudios epidemiológicos</p> <p>Investigación social, investigación acción participación (IAP), investigación de servicios y sistemas de salud e investigación clínica aplicada para aportar el mejoramiento de la salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades</p> <p>Sistemas de información y TIC's Criterios para elaborar solicitudes de apoyo a las entidades financiadoras Conoce normas generales para publicación de documentos resultantes de la actividad de revisión y/o investigación.</p>	<p>investigación que cumpla con las condiciones de calidad del mismo</p> <p>Desarrolla un proyecto de investigación y presenta el informe acorde a los criterios del tipo de investigación realizada</p> <p>Elabora un artículo para publicación</p>	
---	---	--	--

Competencia Específica # 3	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Participar y desarrolla procesos de investigación cuantitativa y cualitativa para aportar al mejoramiento de la salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades	Conoce herramientas e instrumentos para análisis de datos obtenidos	Aplica herramientas e instrumentos para análisis de datos obtenidos	Demuestra curiosidad, actitud crítica, observación, compromiso, disciplina académica, constancia, tolerancia a la frustración, trabajo en equipo

Competencia general B

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
Mediar procesos educativos con las personas, familias y comunidades, y dinamizar la construcción de las competencias del equipo de salud a través de diferentes	1. Participar en la educación permanente de las personas, familias y comunidades puestas a su cuidado, mediando en los procesos de aprendizaje, participación y empoderamiento	Aplicación de metodología en presentaciones (hipótesis, objetivo, desarrollo, conclusiones, recomendaciones, etc.) Evaluaciones por parte de pacientes, familias y comunidades sobre los procesos educativos
	2. Promover el aprendizaje permanente en los integrantes de los equipos de salud, a través de proyectos formativos basados en la solución de los problemas derivados de su práctica.	Uso adecuado de material bibliográfico. Uso adecuado de recursos audiovisuales Elaboración de módulos académicos presenciales y virtuales

<p>estrategias pedagógicas, con criterios de pertinencia social y cultural.</p>	
---	--

Competencias específicas

Competencia Específica # 1	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Participar en la educación permanente de las personas, familias y comunidades puestas a su cuidado, mediando en los procesos de aprendizaje, participación y empoderamiento</p>	<p>Conoce los siguientes conceptos y herramientas:</p> <p>Criterio de significancia estadística</p> <p>Criterios para formular preguntas PICO</p> <p>Criterios de clasificación del nivel de evidencia y fuerza de recomendación</p> <p>Conoce cuales son las bases de datos y organizaciones más útiles</p>	<p>Planifica y presenta sesiones con revisión de casuística clínica y material bibliográfico pertinente y actualizado</p> <p>Aplica las estrategias pedagógicas acordes con el contexto social y cultural</p> <p>Realiza análisis de la calidad e idoneidad de los procesos de educación</p> <p>Participa en la educación permanente de las personas, familias</p>	<p>Promueve el empoderamiento y la toma de decisiones libres e informadas por parte de las personas, familias y comunidades</p> <p>Respeto las creencias y prácticas religiosas, culturales y sociales de las comunidades</p>

	<p>para buscar información científica sobre estrategias preventivas</p> <p>Conoce estrategias pedagógicas para educar personas, familias y comunidades con pertinencia social y cultural</p>	<p>y comunidades colocadas a su cuidado, mediando en los procesos de aprendizaje, participación y empoderamiento</p>	
--	--	--	--

Competencia Específica # 2	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Promover el aprendizaje permanente en los integrantes de los equipos de salud, a través de proyectos formativos basados en la solución de los problemas derivados de su práctica</p>	<p>Conoce las técnicas y recursos para desarrollar actividades en formación presencial y virtual, búsqueda de información y capacitación</p>	<p>Implementa actividades y metodologías de capacitación en forma presencial y virtual a diferentes equipos de salud, Presenta actividades, resultados y análisis en diferentes escenarios</p>	<p>Promueve el empoderamiento y la toma de decisiones por parte del equipo de salud</p> <p>Mantiene espíritu de colaboración y caridad humana frente a los personas del equipo de salud</p>

Competencia General C

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	
<p>Participar en procesos de Enseñanza – Aprendizaje incluyendo las tutorías, en ambientes de pre y posgrado que redunden en el fortalecimiento institucional y la respuesta efectiva, oportuna, integral y humana a los problemas de salud de las personas, familias y comunidades</p>	<p>1. Estudiar y diseñar procesos curriculares formales de formación médica y de medicina familiar</p> <p>2. Diseñar y ejecutar procesos formales y no formales de enseñanza-aprendizaje (syllabus, guías de clase, material didáctico, actividad de aula o práctica) en educación médica pre y postgraduada y educación continuada</p>	<p>Uso de escritura de ensayos, presentaciones orales, proyectos (diseños curriculares)</p> <p>Claridad en la presentación y comunicación</p> <p>Promueve el aprendizaje permanente en los integrantes de los equipos de salud, a través de proyectos formativos basados en la solución de los problemas derivados de su práctica</p> <p>Evaluación de proyectos: guías de clase, syllabus</p> <p>Evaluación de desempeño en rol docente en pregrado (incluyendo evaluación por parte de los estudiantes)</p>

Competencias específicas

Competencia Específica # 1	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Estudiar y diseñar procesos curriculares formales de formación médica y de medicina familiar	<p>Conoce los conceptos de: Educación, pedagogía, modelos pedagógicos, didáctica y currículo</p> <p>Evolución histórica de universidad y los paradigmas médicos</p> <p>Factores que intervienen en el proceso enseñanza-aprendizaje, triangulo pedagógico-didáctico, tipos de aprendizaje.</p> <p>Fundamentos de la educación por competencias, sistemas de créditos académicos</p>	<p>Argumenta las implicaciones de los conceptos de educación, pedagogía, didáctica y currículo.</p> <p>Realiza planeación curricular en pregrado médico y postgrado de medicina familiar y salud familiar</p>	<p>Expresa las características de un sujeto crítico, pensante, ético, reflexivo.</p> <p>Manifiesta interés por conocer las principales ideas que determinan el hombre y el mundo de hoy.</p> <p>Demuestra preocupación por el aprendizaje efectivo de sus estudiantes</p>

Competencia Específica # 2	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Diseñar y ejecutar procesos formales y no formales de enseñanza-aprendizaje (syllabus, guías de clase, material didáctico, actividad de aula o práctica) en	<p>Conoce las siguientes estrategias, herramientas y conceptos:</p> <p>Estrategias didácticas: Clase magistral, taller, seminario, unidades virtuales de aprendizaje,</p>	<p>Programa, desarrolla y evalúa actividades de enseñanza-aprendizaje presenciales y virtuales</p>	<p>Expresa las características de un sujeto crítico, pensante, ético, reflexivo.</p>

<p>educación médica pre y postgraduada y educación continuada</p>	<p>Aprendizaje basado en problemas, práctica con pacientes, mapas conceptuales, mentefactos, aprendizaje colaborativo, dilemas éticos, mapas mentales, cuadros sinópticos, esquemas descriptivo, funcional, llave y árbol, portafolios, grupos pedagógicos, Seminario Alemán. Simulación clínica, TIC's Estrategias evaluativas: cuantitativas (de selección única o múltiple, preguntas abiertas, de completar, de relación, etc.), por competencias, pruebas clínicas objetivas, bitácora, evaluación de 360°, etc.</p>	<p>Multiplica con más y mejores elementos los principios de la medicina familiar.</p>	<p>Manifiesta interés por conocer las principales ideas que determinan el hombre y el mundo de hoy. Demuestra preocupación por el aprendizaje efectivo de sus estudiantes</p>
---	---	---	--

EJE: GESTIÓN

EJES CURRICULARES BÁSICOS	COMPETENCIA GENERAL ²⁵
GESTIÓN	A. Movilizar recursos familiares, comunitarios, sectoriales e intersectoriales que permiten dar respuesta a las necesidades en salud de los individuos, familias y comunidades
	B. Coordinar y gerenciar proyectos y organizaciones que buscan el beneficio de la salud de las personas, familias y comunidades

El total de créditos del componente gestión debe representar entre el 10% del total de los créditos

Competencia general A

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
Movilizar recursos familiares, comunitarios, sectoriales e intersectoriales que permiten dar respuesta a las necesidades en salud de los individuos, familias y comunidades	1. Aplicar instrumentos que permiten conocer los recursos con que cuentan las familias y comunidades para la atención de sus problemas de salud y búsqueda del bienestar	Exámen escrito Elaboración, socialización, implementación y evaluación de proyectos sociales para el cuidado primario de la salud de su población asignada
	2. Realizar un mapa e inventario de las organizaciones formales y no formales, gubernamentales, comunitarias y privadas que pueden intervenir en la búsqueda de soluciones en salud	
	3. Reclutar recursos intersectoriales que le permitan construir una mejor solución a las necesidades en salud de las personas, familias y comunidades	

²⁵ Las competencias se deben expresar mediante verbos de acción en infinitivo, el objeto sobre el cual recae la acción, y la condición o modo de actuación

	4. Participar en grupos interdisciplinarios e intersectoriales, para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades	
--	---	--

Competencias específicas

Competencia Específica # 1	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Aplicar instrumentos que permiten conocer los recursos con que cuentan las familias y comunidades para la atención de sus problemas de salud y búsqueda del bienestar.</p>	<p>Conoce las siguientes estrategias, herramientas y conceptos:</p> <p>Gestión pública, procesos administrativos y sistema de salud, el Modelo de Atención Primaria de Salud (APS) y el Sistema General de Seguridad Social colombiano y herramientas propias de la medicina familiar</p> <p>Formulación, implementación y seguimiento de proyectos</p>	<p>Incorpora acciones y recursos intersectoriales en los planes de cuidado primario de su población asignada</p> <p>Gestiona la solución de problemas y la intervención sobre los determinantes sociales estructurales e intermedios relacionados con desigualdades en salud evitables, convocando la acción institucional, familiar y comunitaria</p>	<p>Muestra capacidad de organización, disciplina académica, honestidad, búsqueda del bien común</p>

Competencia Específica # 2	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Realizar un mapa de inventario de las organizaciones formales y no formales, gubernamentales, comunitarias y privadas que pueden intervenir en la búsqueda de soluciones en salud.	<p>Conoce las siguientes estrategias, herramientas y conceptos:</p> <p>Responsabilidades y alcances de las instituciones y los programas sociales de apoyo a la salud de las personas, familias y comunidades</p> <p>Mecanismos de acceso a planes, programas y proyectos intersectoriales</p>	<p>Realiza un inventario de los recursos y mapa de actores de las comunidades.</p> <p>Estimula, participa y colabora con procesos intersectoriales.</p> <p>Gestiona la articulación de redes de apoyo social</p>	

Competencia Específica # 3	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Reclutar recursos intersectoriales que le permitan construir una mejor solución a las necesidades en salud de las personas, familias y comunidades.	<p>Conoce las siguientes estrategias, herramientas y conceptos:</p> <p>Mecanismos de acceso a planes, programas y proyectos intersectoriales</p>	<p>Promueve la integración de las redes sociales en la comunidad, como factor comunitario de apoyo a la gestión de la salud colectiva.</p> <p>Evalúa los resultados de las acciones emprendidas sobre la salud colectiva</p>	

	<p>Fundamentos de administración y economía de la salud</p> <p>Gestión de la calidad</p> <p>Sistemas de información y TIC.</p>	y sus implicaciones para la comunidad.	
--	--	--	--

Competencia Específica # 4	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Participar en grupos interdisciplinarios e intersectoriales, para mejorar las condiciones de salud y calidad de vida de las personas, familias y comunidades.</p>	<p>Conoce las siguientes estrategias, herramientas y conceptos:</p> <p>Formulación, implementación y seguimiento de proyectos</p> <p>Fundamentos de administración y economía de la salud</p> <p>Gestión de la calidad</p> <p>Sistemas de información y TIC.</p>	<p>Estimula, participa y colabora con procesos intersectoriales.</p> <p>Gestiona la articulación de redes de apoyo social</p> <p>Formula y ejecuta planes, programas y proyectos de salud, aplicando metodologías activas y participativas con la comunidad.</p>	<p>Muestra capacidad de organización, disciplina académica, honestidad, búsqueda del bien común</p>

Competencia general B

COMPETENCIA GENERAL	COMPETENCIAS ESPECÍFICAS	CRITERIOS DE DESEMPEÑO
Coordinar y gerenciar proyectos y organizaciones que buscan el beneficio de la salud de las personas, familias y comunidades.	1. Administrar y gerenciar instituciones y programas en beneficio de la salud de las personas, familias y comunidades, desde los elementos conceptuales y normativos en la gestión en las organizaciones de servicios, dentro del marco del Sistema de Salud Colombiano y bajo principios de integralidad, calidad y ética en la gestión de las instituciones	Exámenes escritos Elaboración, socialización, implementación y evaluación de proyectos de gestión, coordinación, liderazgo y/o administración para aportar a la gestión integral del riesgo y el cuidado primario de la salud de su población asignada
	2. Liderar equipos interdisciplinarios en favor del desarrollo personal y profesional del equipo de salud.	
	3. Formular y ejecutar planes, programas y proyectos de salud, aplicando metodologías activas y participativas.	Articula sus conocimientos y habilidades con las de otros profesionales que tienen competencias en la gestión de datos, información y conocimiento, para aprovechar estos en el mejoramiento de la atención que brinda a las personas, familias y sus comunidades
	4. Realizar procesos de auditoría y garantía de la calidad de la atención en salud de las personas, familias y comunidades	
	5. Elaborar protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia de forma participativa y aplicables en el contexto particular	
	6. Realizar procesos de auditoría y garantía de la calidad de la atención en salud de las personas, familias y comunidades	Elaboración, socialización y evaluación de un proyecto
	7. Elaborar guías clínicas basadas en la evidencia de forma participativa y aplicables en el contexto particular	Elaboración de proyecto de garantía de la calidad Elaboración de protocolo y/o guía clínica

Competencias específicas

Competencia Específica # 1	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
<p>Administrar y gerenciar instituciones y programas en beneficio de la salud de las personas, familias y comunidades, desde los elementos conceptuales y normativos en la gestión en las organizaciones de servicios, dentro del marco del Sistema de Salud Colombiano y bajo principios de integralidad, calidad y ética en la gestión de las instituciones</p>	<p>Conoce las siguientes estrategias, herramientas y conceptos:</p> <p>Fundamentos de la gestión clínica general y centrada en la persona.</p> <p>Criterios de aplicación en los diferentes escenarios y niveles de atención</p> <p>Criterios de evaluación de la gestión clínica de acuerdo al contexto (escenarios y niveles de atención)</p> <p>Firmas y herramientas de evaluación de resultados de la gestión clínica</p> <p>Principios de la medicina basada en la evidencia</p>	<p>Aplica los fundamentos de la gestión clínica en las diferentes variables y escenarios de la atención</p> <p>Realiza medición de los criterios de la gestión clínica definidos para el contexto.</p> <p>Interpreta y analiza resultados de la gestión clínica e implementar y/o apoyar mejoras de acuerdo a los mismos</p> <p>Utiliza los principios de la medicina basada en la evidencia en la toma de decisiones y en la evaluación de la atención en salud</p> <p>Elabora Proyectos de salud dirigidos a las personas, familias y comunidades</p>	<p>Demuestra capacidad de organización, disciplina académica, honestidad, búsqueda del bien común</p>

Herramientas para evaluación de costo-beneficio en atención en salud	Facilita el acceso al sistema de salud de las personas, familias y comunidades
Evaluación de fármaco-economía.	Promueve la consolidación y optimización de las redes integradas de prestación de servicios, y los sistemas de referencia y contra-referencia
Fundamentos de los principales Sistemas de Salud en el mundo	
Marco normativo, la estructura, actores, funciones del sistema de salud colombiano	Administra y gerencia instituciones y programas en beneficio de la salud de las personas, familias y comunidades
Principios de la economía	
Conceptos básicos de microeconomía y macroeconomía	Gestiona las diferentes herramientas informáticas y de comunicación para el beneficio de las personas y sus familias
Mercadeo de los servicios de salud	
Análisis de tecnologías en salud.	

Competencia Específica # 2	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Liderar equipos interdisciplinarios en favor del desarrollo personal y profesional del equipo de salud.	<p>Conoce los principios, retos y estrategias de trabajo en equipo y de procesos de liderazgo</p> <p>Articula sus conocimientos y habilidades con las de otros profesionales que tienen competencias en la gestión de datos, información y conocimiento, para aprovechar estos en el mejoramiento de la atención que brinda a las personas, familias y sus comunidades</p>	Realiza trabajo en equipos multidisciplinarios e intersectoriales	Demuestra capacidad de organización, disciplina académica, honestidad, búsqueda del bien común

Competencia Específica # 3	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Formular y ejecutar planes, programas y proyectos de salud, aplicando metodologías activas y participativas.	Conoce principios y metodología para la elaboración y gestión de proyectos	Elabora proyectos que generen impacto en la salud de personas, familias y comunidades.	Demuestra capacidad de organización, disciplina académica, honestidad, búsqueda del bien común

Competencia Específica # 4	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Realizar procesos de auditoría y garantía de la calidad de la atención en salud de las personas, familias y comunidades	Conoce los principios y estrategias de la gestión por procesos en la prestación de servicios de salud y los estándares de garantía de la calidad para IPS de baja y mediana complejidad	Aplica el ciclo PHVA (Planear - Hacer - Verificar - Actuar) en el sistema de garantía de la calidad.	Demuestra capacidad de organización, disciplina académica, honestidad, búsqueda del bien común

Competencia Específica # 5	SABERES ESENCIALES		
	Dimensión Cognoscitiva (Saber)	Dimensión Aptitudinal (Saber hacer)	Dimensión Actitudinal (Saber Ser)
Elaborar protocolos y guías clínicas basadas en la evidencia de forma participativa y aplicables en el contexto particular	<p>Conoce los siguientes conceptos, principios y herramientas:</p> <p>Medicina basada en la evidencia</p> <p>Herramientas para evaluación de costo-beneficio en atención en salud</p> <p>Análisis de beneficios y resultados de los principales estudios de apoyo diagnóstico y terapéutico</p>	<p>Obtiene y aplica información clínica relevante con buen nivel de evidencia</p> <p>Utiliza los fundamentos de la medicina basada en la evidencia para la realización de protocolos y guías de práctica clínica</p>	Demuestra capacidad de organización, disciplina académica, honestidad, búsqueda del bien común

Diferentes posibilidades de tratamiento farmacológico, no farmacológico y no tradicionales alternativos.

Elementos de evaluación de fármaco-economía.

CRÉDITOS EDUCATIVOS

Se propone calcular los créditos de acuerdo a la Resolución 008 de 31 de enero de 2013 de la Universidad del Valle: “Por medio de la cual se establece el cálculo de créditos para los programas Clínicos de la Facultad de Salud”.

ARTÍCULO 3°. Acorde con el Decreto 2376 del 2010 del Ministerio de Protección Social, el número de horas presenciales totales no debe superar las 66 horas semanales y esto incluye horas teóricas, de práctica dirigida y de práctica supervisada.

Parágrafo 1°. El horario de actividades presenciales (teóricas y prácticas) no debe superar las 12 horas continuas.

Parágrafo 2°. Teniendo en cuenta que la programación de turnos (actividades nocturnas y de fin de semana) es variable y no todas las semanas se programan el mismo número de turnos; se calculará un promedio semanal, acorde al número de horas al mes que el estudiante realice turnos.

Parágrafo 3°. Dado que el estudiante que realiza un turno nocturno tiene derecho a un compensatorio inmediatamente finaliza el mismo, que garantice su descanso y recuperación física y mental, este tiempo se debe restar del total semanal de horas presenciales.

ARTÍCULO 4°. El número de horas de estudio independiente sobre actividades teóricas es de 2 horas por cada hora presencial.

ARTÍCULO 5°. El número de horas de estudio independiente de actividades prácticas se calcula dividiendo el número de horas presenciales sobre cuatro.

ARTÍCULO 6°. El número de créditos totales se calcula multiplicando el número total de horas a la semana (presenciales teóricas, práctica supervisada, práctica dirigida, estudio independiente) por el número de semanas de la rotación, posteriormente dividiendo el número total de horas del periodo académico por 48.

Horas semanales totales = # horas actividades teóricas + # horas práctica supervisada (diurna y nocturna) + # horas práctica dirigida (diurna y nocturna) + # horas de estudio independiente (de actividades teóricas y prácticas) - # horas de compensatorio

Horas totales por periodo académico = # horas semanales totales x # semanas de duración de la rotación

Créditos = # Horas totales por periodo académico / 48

De esta manera se establece que el rango de créditos del programa de especialidad en Medicina Familiar para Colombia estará en un rango mínimo entre 180 y 210, que se lograrán durante un periodo mínimo de tres años en cualquiera de las tres modalidades del programa.

LINEAMIENTOS DIDACTICOS Y PEDAGÓGICOS

La formación por competencias implica un entramado de experiencias de aprendizaje que vive el alumnado, dentro y fuera del ámbito educativo, bajo la orientación o motivación del personal docente, con el propósito de alcanzar los fines y objetivos de la educación. En lo posible deben ser programadas, aunque en ocasiones el proceso se nutre de experiencias cotidianas del proceso educativo, debido a la constante interrelación institución educativa – comunidad (Santivañez Limas, 2013).

En este sentido se realiza como modelo educativo para la medicina familiar el Aprendizaje Basado en Problemas (ABP). En esencia, el ABP consiste en facilitar al estudiante el aprendizaje de los contenidos y la adquisición de las competencias enfrentándolo a situaciones reales con incidencia en la salud, a partir de las cuales debe realizar un análisis de la situación y diseñar posibles soluciones a los problemas planteados, seleccionando el material educativo a su alcance. En este modelo, el rol del profesor consiste en diseñar las situaciones, supervisar el proceso, aportar los materiales de aprendizaje, realizar la evaluación, fomentar el razonamiento del estudiante mediante técnicas de gestión del trabajo en grupos, tutorías, simulaciones, etc., pero en ningún caso se convierte en el tradicional proveedor sistemático y dogmático de información (Joan Prat-Corominas, 2011).

Dentro de este modelo educativo tienen cabida diferentes estrategias didácticas, como lo son:

- a. Estrategias de enseñanza:
 - Práctica formativa en salud: definida en el Artículo 2 del Decreto 2376 de 2010. Las cuales se desarrollan en diferentes entornos: Hogar – Domiciliario (incluye lugares de larga estancia), Educativo, Comunitario, Laboral, Institucional, Asistencial ambulatorio, Intrahospitalario (servicios de urgencias, hospitalización y/o unidades de cuidados especiales)
 - Simulación de pacientes: laboratorios de simulación para realización de procedimientos (aplicación de catéteres, lectura de electro diagnósticos, reanimación cardio-cerebro-pulmonar, fondo de ojo, colocación de implantes subdérmicos, etc.) y para adquisición de destrezas comunicativas (comunicación asistencial, cómo dar malas noticias, etc.)
 - Sesiones de dialogo y trabajo intersectorial: participación en Consejos Locales de Salud, en elaboración de planes de salud territorial.

- Trabajo en equipo multidisciplinario en salud: escucha activa y participativa en los procesos propios de los equipos multidisciplinarios en salud como la formulación y seguimiento de planes de cuidado.
- Telesalud - Telemedicina: aplicación de las tecnologías de comunicación para la provisión de servicios de asistencia sanitaria (diagnóstico, tratamiento, prevención de enfermedades y lesiones) a través de grandes distancias y en situaciones en las que el alejamiento o la disponibilidad de profesionales con experiencia supone un factor crítico.
- Casos clínicos: sesiones de discusión clínica en torno a un caso particular. Se espera que la discusión se haga desde la transdisciplinariedad.
- Seminarios: encuentros académicos en donde tanto el estudiantado como el profesorado ha realizado una previa lectura a profundidad y se discuten los diferentes puntos de vista, intentando establecer consenso o definir las perspectivas de desarrollo e investigación en el área.

b. Actividades de aprendizaje

- Rúbricas
- Mapas conceptuales
- Plataforma virtual
- Elaboración de artículos, capítulos de libros
- Elaboración de fichas bibliográficas
- Uso y elaboración de material audiovisual
- Entrevistas clínicas, familiares y comunitarias
- Realización de encuentros educativos con individuos, familias o comunidades.

Es necesario que se garantice la semejanza pedagógica y didáctica en todas las modalidades del programa y que se favorezcan los espacios de intercambio de experiencias y conocimiento entre las diferentes profesiones de la salud.

Las metodologías y procesos de evaluación deberán ser consecuentes con el diseño curricular por competencias, el modelo pedagógico de ABP y las estrategias didácticas utilizadas. En la sección de competencias se plantean las estrategias de evaluación para cada competencia

4. ORGANIZACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ACADÉMICAS

En la enseñanza, aprendizaje y ejercicio de la medicina familiar debe primar el compromiso con la salud, participación y empoderamiento de las personas, familias y comunidades, el fomento por la gestión participativa del conocimiento, la inter²⁶ y transdisciplinariedad²⁷, la innovación, la autonomía y la flexibilidad.

El escenario principal de aprendizaje de medicina familiar serán las redes integrales de servicios socio sanitarios, tanto en los prestadores primarios como los complementarios (ver página 27, 28 y 29 de este documento), definidos dentro del Modelo Integral de Atención en Salud; en estos se incluyen escenarios comunitarios (laborales, educativos, institucionales), domiciliarios (visitas domiciliarias, hogares geriátricos, cárceles, y demás lugares de larga estancia) y asistenciales, en todos los niveles de complejidad, tanto ambulatorios como intrahospitalarios. En estos escenarios se realizarán las prácticas clínicas bajo el acompañamiento y tutoría de los docentes médicos de diferentes especialidades y en algunos casos profesionales de otras áreas.

También se requieren escenarios no asistenciales como laboratorios, bibliotecas, salones, talleres, uso del aula virtual, seminarios; donde se desarrollan competencias complementarias a las clínicas y en la que también participan profesionales especialistas médicos y de otras áreas.

Además de las actividades académicas ya mencionadas se sugiere la disposición de espacios para el trabajo y el aprendizaje en equipo como la discusión de casos clínicos con participación de varias disciplinas, la intervención en las jornadas de planeación de trabajo de los equipos multidisciplinarios en salud y la participación en encuentros intersectoriales.

En general se busca que la formación de los especialistas en medicina familiar sea cercana a lo que será el desempeño profesional de estos especialistas, sin olvidar que los residentes se encuentran aún en proceso de formación.

En el marco del Modelo Integral de Atención en Salud los prestadores primarios serán el principal escenario de desempeño profesional de los médicos familiares, en donde las acciones específicas del médico familiar incluyen la coordinación y ejecución del proceso de cuidado primario de la salud de las personas, familias y comunidades en el marco del trabajo del equipo de salud y gestión para

²⁶La Interdisciplinariedad se refiere a la habilidad para combinar varias disciplinas, es decir para interconectarlas y ampliar de este modo las ventajas que cada una ofrece. Se refiere no sólo a la aplicación de la teoría en la práctica, sino también a la integración de varios campos en un mismo trabajo.

²⁷ La Transdisciplinariedad se refiere al conjunto de prácticas de tipo holísticas que trascienden las normales etiquetas del saber, sin por ello ignorarlas. Se trata de comprender la naturaleza pluralista de las cosas y encarar los conocimientos sin pensar en diferentes disciplinas, sino enfocándose en el objeto de estudio

garantizar la continuidad con el componente complementario de la red, así como acciones específicas para la gestión integral de los riesgos de su población adscrita como parte de un ejercicio clínico especializado el cual realizan actividades orientadas a la promoción de la salud, gestión del riesgo, prevención y cuidado básico de la salud, protección específica y detección temprana, búsqueda activa y atención inicial de personas con enfermedades prevalentes y gestión clínica,

Los prestadores complementarios constituyen también un escenario para la enseñanza – aprendizaje de la medicina familiar; en ellos el residente realizará rotaciones clínicas donde aprenderá el uso de la alta tecnología en salud, mejorará la destreza clínica y desarrollará destrezas para el diálogo y trabajo con subespecialidades médico quirúrgicas. Es en menor medida un escenario de desempeño profesional de los médicos familiares, en cuyo caso la principal labor es coordinar el cuidado de los pacientes y ser el garante de la continuidad, con calidad y pertinencia, de los cuidados requeridos por los pacientes una vez superado en evento agudo y de regreso al domicilio y al prestador primario.

Los escenarios de formación y práctica deben garantizar todas las condiciones del proceso de enseñanza – aprendizaje, incluyendo la capacidad docente, infraestructura física y de medios educativos; además de contar con un número significativo de familias adscritas para que los especialistas en medicina familiar en formación puedan seguir integralmente durante su proceso de formación y demostrar resultados en salud durante y al final de su proceso formativo, cumpliendo con esta estrategia con la continuidad e integralidad propia de la medicina familiar y la atención primaria en salud.

Todos los acuerdos entre las IES y los escenarios de formación y práctica se consolidarán mediante Convenios Docencia – Servicio, (Decreto 2376 de 2010) y los Anexos Técnicos²⁸ que concretan los objetivos de la rotación, las competencias a desarrollar y las actividades realizadas por cada residente.

ORIENTACIONES PARA LOS ESCENARIOS DE FORMACIÓN Y PRÁCTICA

Los lugares de práctica serán concertados a través de convenios docencia – servicio, sin embargo más allá de una formalidad legal que permita la rotación de estudiantes en un sitio, este convenio deberá reflejar la alineación y articulación entre los servicios de salud prestados y la actividad docente y práctica que se lleva a cabo en estos mismos espacios.

De esta manera, el desarrollo de servicios deberá siempre considerar las necesidades de los usuarios y la comunidad y al mismo tiempo las necesidades de formación/entrenamiento de los residentes y

²⁸ Para consultar la normatividad vigente: <http://www.mineducacion.gov.co/sistemasdeinformacion/1735/article-316000.html>

en esto la contratación conjunta de médicos familiares entre el escenario de práctica y el programa de posgrado es fundamental.

Cada centro de práctica debe contar con una oficina de educación médica que supervise el correcto desarrollo de las actividades y el cumplimiento de las obligaciones tanto por el centro educativo como el centro asistencial. Un especialista en medicina familiar debe ejercer en las funciones de coordinador y articulador de las acciones conjuntas de servicio, docencia e investigación entre el escenario de práctica y el programa académico.

Además, el convenio debe permitir y demandar la participación conjunta en la formación del talento humano a los médicos familiares contratados directamente por el escenario de práctica como de los médicos familiares profesores del programa académico de posgrado. Esta participación debe involucrar tanto la prestación de servicios como las actividades académicas en el escenario de prácticas y en las IES, incluida la actividad de investigación.

Los médicos familiares y otros especialistas docentes del programa dentro del escenario de práctica deben tener una retribución económica y/o académica por parte de la IES para mantener y estimular su interés en la actividad docente.

Los residentes deben estar de base²⁹ en un prestador primario y con familias adscritas que puedan seguir durante el proceso de formación, y para las cuales realicen acciones individuales, familiares y colectivas en salud; articulados con la formulación, implementación y seguimiento de los planes integrales de cuidado de la salud a cargo de los equipos multidisciplinarios en salud y en cuya definición y seguimiento debe participar el residente.

La normatividad nacional vigente frente a los escenarios de práctica clínica se encuentra en los siguientes documentos:

- Ley 1438 del 2011.
- Decreto 2376 del 2010.
- Decreto 1295 del 2010.
- Resolución 2003 de 2014.
- Lineamientos para la implementación de la Política Integral de Atención en Salud – Ministerio de Salud y Protección Social.

En relación al contexto internacional de acuerdo a lo establecido por el estándar para formación de especialistas en Medicina Familiar de WONCA (The World Organization of Family Doctors) en el

²⁹ Centro de base: Centro docente asistencial de base es aquel dónde el residente realiza la mayoría de su formación.

documento “WONCA Standards for Postgraduate Family Medicine Education (WONCA, 2013), los escenarios de enseñanza – aprendizaje deben cumplir con las siguientes condiciones:

- Deben ser seleccionados y reconocidos por las autoridades competentes y poseer espacios y dotaciones suficientes para soportar el programa educativo de forma adecuada.
- Deben proveer un número suficiente de pacientes y una adecuada mezcla de casos, para cumplir con los objetivos educacionales, incluyendo los componentes ambulatorios, de internación, de cirugía, de consulta nocturna, promoción de la salud, prevención de la enfermedad
- Pueden proveer educación a distancia, on – line, o electrónica, de forma tal que sea un útil complemento a las experiencias clínicas de entrenamiento.
- Para el manejo de pacientes ambulatorios, debe incluir espacios donde los pacientes reciban atenciones de primer contacto; los escenarios de entrenamiento para pacientes de internación, deben incluir espacios de hospitalización para estancias breves y estancias prolongadas.
- Deben poseer espacios para el estudio, tanto teórico como práctico, así como acceso fácil a los recursos de información, biblioteca y espacios de simulación para entrenamiento en procedimientos y habilidades.
- Deben proveer acceso a herramientas de manejo de la información: historia clínica electrónica o equivalentes.
- Deben ser evaluados en sus componentes de estructura y dotación, de manera regular y continua para garantizar su adecuación y calidad para la docencia-servicio de educación
- Deben incluir salas de educación, salas para tutoría y equipos de informática suficientes, así como guías de práctica clínica
- Deben incluir la experiencia de trabajar en equipos de medicina familiar y en equipos multidisciplinarios de salud.
- Deben poseer una política de investigación, que permita gestionar el conocimiento de los resultados de la investigación en los servicios que presta. Los residentes deberían ser estimulados a participar en proyectos de investigación y de calidad en salud.

En el panorama actual de transformación del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) el principal reto para la consolidación de escenarios de formación y práctica en los cuales se puedan desarrollar las competencias definidas para los especialistas en medicina familiar, es la efectiva articulación de las prestaciones a nivel personal, familiar y comunitario, con la orientación de las rutas de atención integral, a nivel de prestadores primarios y complementarios. Este proceso requiere la articulación funcional y actualización de las acciones del Plan Obligatorio de Salud (POS) y el Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas (PIC) y la coordinación entre las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), las Entidades Promotoras de Salud (EPS), las Direcciones Territoriales de Salud, las Instituciones de Educación Superior (IES) y otras entidades relevantes.

Es así, como la selección de los escenarios de formación y práctica, y el desarrollo de la infraestructura y plan docente para la especialización en medicina familiar, se deben gestionar y acordar con los diferentes actores involucrados a nivel territorial para garantizar la integralidad de la atención y del proceso formativo. La gestión intersectorial facilitará la realización de los ajustes que se requieren para garantizar el proceso de enseñanza – aprendizaje con los especialistas en medicina familiar en formación y sus docentes, así como la implementación de planes integrales de cuidado primario de la salud para las familias que sean adscritas en el marco del proceso formativo.

Los escenarios donde se presten servicios de salud y a su vez sirvan para la formación especializada de medicina familiar deben disponer de las siguientes características, las cuales deberán ajustarse a los lineamientos que se definan para la habilitación y acreditación de Prestadores Primarios y redes integrales de servicios socio sanitarios, en el marco de la Política Integral de Atención en Salud:

- Asignación de área geográfica o territorios de influencia circundante al centro de atención, para que sea cercano a la población.
- Consolidación de equipos multidisciplinares de salud, conformados por los perfiles requeridos de acuerdo al análisis de situación de salud (ASIS), características territoriales y disponibilidad de Talento Humano en Salud, favoreciendo la continuidad y condiciones laborales dignas. Gradualmente los equipos deben incluir gestores y agentes comunitarios, técnicos en salud pública y/o enfermería, médico especialista en medicina familiar, o inicialmente médico general en formación para medicina familiar, médicos generales, enfermera profesional, pediatra, ginecólogo, odontólogo, trabajador social, fisioterapeutas, profesional en psicología, entre otros de acuerdo al ASIS.
- Extensión de la atención a los entornos domiciliarios y comunitarios de las personas y familias adscritas.
- Asignación de grupos familiares a equipos multidisciplinares garantizando la continuidad del proceso de cuidado primario en todos los entornos y momentos del curso de vida.
- Con orientación de las rutas de atención integral y de acuerdo al plan integral de cuidado primario, la indicación, prescripción y realización de procedimientos de apoyo diagnóstico y terapéutico que permita asegurar el 90% de la capacidad resolutoria.
- Actividades del plan integral de cuidado primario a nivel personal, familiar y comunitario, con acciones de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación de base familiar y comunitaria.
- Actividades de análisis, información y vigilancia de acuerdo al plan integral de cuidado primario.
- Implementación de la ruta de promoción de la salud y del componente primario de las rutas específicas de atención integral a los grupos poblacionales de riesgo (gestantes, primaria infancia, enfermedades crónicas, salud mental, salud oral, entre otros).
- Atención integral para el enfermo terminal, y su familia, incluyendo cuidados paliativos

- Dotación e insumos suficientes de acuerdo a los servicios que presta, y de acuerdo al marco normativo definido para los procesos de habilitación y acreditación

Los escenarios comunitarios donde se realicen actividades formativas para el desarrollo de la especialización en medicina familiar deben tener las siguientes características:

- Formar parte de los entornos familiares y comunitarios en los que vive, se recrea y/o labora la población adscrita al equipo de salud.
- Ser asequibles y cercanos al centro de práctica ambulatorio o al hospital local. En territorios rurales con población dispersa y en el marco de los modelos de salud con enfoque diferencial, los escenarios comunitarios pueden estar alejados geográficamente, aunque en conexión a través de las redes integrales de servicios socio sanitarios, tele-asistencia y componente extramural.
- Permitir la continuidad en el trabajo con grupos poblacionales específicos para realizar procesos de acuerdo a los diferentes momentos del curso de vida y rutas de atención integral, con enfoque diferencial, de género y etnia.
- Incluir redes de apoyo social para articular acciones con otros sectores en beneficio de las personas, familias y comunidades. Si no tienen redes consolidadas el proceso docente – asistencial puede apoyar el fortalecimiento de las mismas.
- Mecanismos que permitan establecer proyectos de intervención, académicos y de investigación a largo plazo. Si no tienen proyectos consolidados el proceso docente – asistencial puede apoyar el fortalecimiento de las mismas.
- Convenios de cooperación interinstitucional con la IES.
- Talento humano que realice la gestión comunitaria respectiva.

ORIENTACIONES PARA LA EVALUACIÓN DE LOS ESCENARIOS DE FORMACIÓN Y PRÁCTICA PARA EL PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR

De manera concertada entre las IES y los prestadores de servicios de salud de deben establecer:

- Un número específico de estudiantes en las prácticas formativas, así como procesos de acceso y permanencia, considerando: i) La complejidad deseada para la práctica formativa, ii) La capacidad instalada y el nivel de complejidad de habilitación de la IPS, iii) La dignidad de las personas, tanto pacientes, como personal de los equipos de salud, iv) El número de procedimientos requeridos para el desarrollo de la competencia.
- El número y la disponibilidad de supervisión por parte de los docentes y/o tutores en las prácticas formativas, determinado por: i) Los criterios de calidad de la formación de los

docentes y tutores, ii) La modalidad de contratación de los docentes y/o tutores, iii) La necesidad de supervisión por los docentes y/o tutores para los estudiantes, dependiendo de las competencias definidas.

- El plan de aprendizaje en las prácticas formativas determinado por: i) El modelo pedagógico, ii) El modelo de investigación, iii) La aplicación de rutas, guías y protocolos.

Los anexos técnicos para las diferentes prácticas deben ser construidos en conjunto entre las dos partes. Estos servirán de guía para el desarrollo de las actividades de enseñanza – aprendizaje (en el marco de la relación docencia – servicio) en procura tanto del cumplimiento de los objetivos de aprendizaje y el desarrollo de competencias por parte de los residentes, como del beneficio de los usuarios de los servicios a partir de la presencia de los residentes en el centro de prácticas.

De acuerdo al perfil y competencias que se pretende alcanzar para el especialista en medicina familiar es necesaria también la consideración de los siguientes aspectos:

- El sistema de Información dentro de la práctica formativa: i) Debe incluir un formato unificado de historia clínica con orientación familiar y comunitaria ii) Debe ser confiable y permitir que los diferentes profesionales del equipo de salud ingresen información sobre las acciones realizadas, ii) Debe permitir el seguimiento, priorización y monitoreo por parte del equipo de salud para verificar la transformación positiva del nivel de riesgo de las personas (estrategias de semaforización), iii) Debe permitir la conversión de los datos provenientes de las personas y familias atendidas, en información susceptible de ser analizada para apoyar la implementación de las rutas, el diseño y ajuste de programas de atención, proyectos de investigación y mejoras en el plan integral de cuidado primario
- La planta física requerida para el plan de práctica formativa, incluyendo áreas docentes, áreas administrativas, áreas de bienestar, áreas de desarrollo comunitario y en caso de usarse Tecnologías de la Información y la Comunicación de apoyo, áreas de asistencia y educación a distancia entre otras.
- Los requisitos de habilitación establecidos por la Resolución 2003 de mayo de 2014, que son de obligatorio cumplimiento, incluyendo las actualizaciones y las adecuaciones del sistema obligatorio de garantía de calidad y de habilitación que se definan en el marco del Modelo Integral de Atención en Salud para los prestadores primarios y redes integrales de servicios de salud.
- El tamaño de la planta física habilitada determinada por el número de estudiantes del programa, como se ha descrito en las características anteriores,

A mediano y largo plazo los escenarios de formación y práctica podrán formar parte del proceso de acreditación de un Hospital Universitario siguiendo un proceso de autoevaluación tal como lo

recomienda el Decreto 2376 de 2010 y como institución prestadora de servicios de salud de alta calidad otorgada por el ICONTEC, como mecanismo para asegurar la calidad asistencial y académica.

Los programas de medicina familiar, dentro de la estrategia de Atención Primaria en Salud que adopta la Ley 1438 de 2011, y en la búsqueda por desarrollar el Talento Humano en Salud necesario requieren desplegar, fortalecer e implementar escenarios formativos que estén plenamente articulados en las Redes Integrales de Servicios, en el marco del nuevo modelo de salud.

5. INVESTIGACIÓN

La investigación además de ser una tarea misional de la educación superior constituye una labor diaria del ejercicio de la medicina. En este sentido la especialización en medicina familiar no puede concebirse sin un suficiente desarrollo de la misma; por ello se plantea que el médico familiar debe desarrollar competencias investigativas en dos direcciones, la primera: la gestión del conocimiento en salud y medicina familiar y comunitaria; y la segunda: la generación de conocimiento apuntado a la mejora de la salud y calidad de vida de la población tanto en lo relacionado a modelos de prestación (integrando las rutas de atención integral del nuevo modelo, estrategias de promoción de salud, gestión integral del riesgo, prevención, tratamiento, diagnóstico, etc.), como en la intervención de los procesos de determinación social de la salud.

Se entiende Gestión del Conocimiento como la dirección planificada y continua de procesos y actividades en redes socio sanitarias para sistematizar y potenciar el conocimiento y la experiencia de las personas, familias, comunidades e integrantes del equipo; para favorecer el desarrollo social, mejorar las condiciones de vida, los resultados en salud e incrementar la competitividad a través del mejor uso y creación de recursos del conocimiento individual y colectivo (Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad).

Se pide que el especialista en medicina familiar colombiano sea un clínico con proyección familiar y enfoque crítico, que trabaje con base a preguntas generadas en su práctica diaria sobre la situación de su población adscrita y sepa buscar, cuestionar y aplicar la evidencia, experiencia social y conocimientos disponibles en pro del bienestar de su población a cargo. Se espera que sea ágil en la interpretación de la literatura científica, el uso de bases de datos, la sistematización y análisis de la información disponible en fuentes bibliográficas y en las propias personas, familias y comunidades, el seguimiento a pacientes, la evaluación de impacto, y que pueda diseñar programas de intervención bajo estándares bioéticos, de calidad y pertinencia que aporten a la implementación de los planes integrales de cuidado primario y a la salud y calidad de vida de la población. El desarrollo de las

habilidades en gestión del conocimiento se encuentra íntimamente relacionada con el modelo pedagógico utilizado.

Por otro lado, de la generación de conocimiento también resulta un aporte de inmenso valor que desde la medicina familiar se puede hacer al país tanto en lo relacionado con la prestación de servicios, como con el cuidado a personas sanas y enfermas. En este sentido se reconoce que tanto los enfoques cuantitativos como cualitativos aportan conocimiento valioso para la comprensión de la realidad social y para el desarrollo de acciones integrales y pertinentes en salud. Existe en el país una gran deuda en cuanto a la investigación clínica y social en atención primaria por parte de los médicos familiares.

La agenda para la investigación para medicina general, medicina familiar y atención primaria en Europa (2006) presenta un panorama general sobre el estado de la investigación en medicina familiar en el que se destaca (Comunitaria, 2011):

- La investigación actual relacionada con la salud, tiene un enfoque biomédico con frecuencia centrado en la enfermedad.
- Se ha prestado una atención insuficiente a la manera de incorporación de los nuevos tratamientos o tecnologías a la atención habitual de los pacientes (en especial en la atención primaria) y a evaluar si son efectivas y eficientes en el contexto cotidiano.
- El descuido de este campo es una premisa central para la investigación en medicina general o de familia y debe recibir más atención y financiación.
- Las futuras investigaciones no debieran centrarse en las enfermedades, sino que deberían integrar principios de medicina general o de familia como la atención centralizada en las personas o la equidad y focalizarse en atención primaria.
- La investigación debería reflejar que la salud es más que la ausencia de enfermedad y que debe evaluarse con el transcurso del tiempo.
- Una cuestión importante es el contexto de las complejas interacciones entre las personas y sus médicos de familia (y otros cuidadores), lo que posiblemente comprende múltiples problemas de salud en el mismo paciente.
- Entre los nuevos asuntos a abordar por la investigación en medicina general o de familia se incluyen también las implicaciones de una sociedad multicultural, la diversidad y las cuestiones de equidad, así como los avances tecnológicos y los conocimientos genómicos que se están alcanzando.

Por todo lo anterior, se concluye que la investigación en medicina familiar en Colombia debe centrarse en:

- El desarrollo de instrumentos para describir y medir los diferentes aspectos de la gestión en atención primaria.

- Las percepciones, perspectivas y preferencias de la población, el médico, el equipo de salud y otros actores sobre problemas de gestión del plan integral de cuidado primario (como acceso libre, consultas telefónicas y telemedicina, continuidad, adecuación socio cultural, enfoque de género, entre otros).
- La comparación de diferentes modelos de prestación y evaluación de la efectividad de diferentes tecnologías, estrategias e intervenciones de gestión en atención primaria, no sólo en cuanto al nivel de satisfacción de la población y/o la aceptación del servicio sino también en cuanto al nivel de resultados sanitarios e impactos en los determinantes sociales.
- La validez y utilidad de la historia clínica electrónica, con enfoque familiar y comunitario, y otros aplicativos de información, monitoreo y seguimiento de la gestión en atención primaria.
- La recolección habitual y la viabilidad / validez de los datos de las historias clínicas electrónicas de los médicos familiares, generales y equipos de salud, su empleo para estudios de gestión integral del riesgo, atención y cuidado primario (incluidos los denominadores adecuados) y como un medio de recogida y gestión de datos en investigación.
- La efectividad de los métodos de formación interprofesional y de habilidades para la formación de los futuros médicos familiares, en el contexto del trabajo del equipo multidisciplinario de salud.
- Papel e impacto de la salud y la medicina familiar y comunitaria, en los modelos de salud para diferentes poblaciones y territorios (zonas rurales con población dispersas, grupos étnicos, áreas metropolitanas, población discapacitada, jóvenes, mujeres, adulto mayor, entre otros)

Y podría enmarcarse dentro de las siguientes líneas de investigación:

- Desarrollo de relaciones docencia- servicio para la implementación de prestadores primarios y redes integrales de servicios socio sanitarios
- Esquemas de evaluación para la salud y la medicina familiar y comunitaria, modelos de salud con enfoque de atención primaria
- Aplicativos de seguimiento, monitoreo y evaluación, y la historia clínica sistematizada con enfoque familiar y comunitario en el cuidado primario como elemento indispensable articulador para el establecimiento de un sistema de información.
- Equipos multidisciplinarios, con enfoque de salud y medicina familiar y comunitaria. Formas y esquemas de trabajo en equipo, e impacto para los procesos formativos y de prestación de servicios
- Articulación entre niveles y el rol del especialista en medicina familiar al interior de este modelo
- Aporte de la medicina familiar a los modelos en zonas rurales y con población diversa a nivel socio cultural
- Impacto de la medicina familiar en el diseño e implementación de políticas públicas a nivel nacional y territorial

- Transformación curriculares en la formación de pregrado y posgrado de ciencias de la salud
- Formación continua, certificación y recertificación

Es necesario anotar que la investigación en medicina familiar proporciona una base científica para la implementación de las rutas de atención integral y las de práctica clínica, que son herramientas importantes para orientar la aplicación de evidencias, experiencias y conocimientos socio sanitarios en la práctica del equipo de salud y del médico familiar. Las rutas de atención integral y las guías tienen la capacidad de reducir la variabilidad no deseada en la atención sanitaria, establecer objetivos de calidad y brindar apoyo a la formación de los médicos y al desarrollo profesional.

En este marco se hace importante que en los escenarios de formación y desempeño de medicina familiar se desarrollen líneas, proyectos, grupos y redes de investigación donde participen docentes, tutores, residentes, equipos de salud, personal socio sanitario, personas, familias y comunidades, puesto que esta estrategia asegurará la existencia de productos de investigación pertinentes y de calidad que redunden en la mejora de la salud y calidad de vida de la población; además de tener la posibilidad de ser espacios en los cuales converjan redes, organizaciones sociales y entidades nacionales (Colciencias, MSPS con el observatorio de THS, otras Universidades, actores del sistema de salud) u otras entidades internacionales o multilaterales interesadas en el desarrollo de la ciencia, la tecnología y la innovación del país, con base familiar y comunitaria.

El desarrollo de la investigación aquí planteada parte del pleno desarrollo del modelo pedagógico Aprendizaje Basado en Problemas, pasa por el espíritu investigativo de los docentes que favorecen procesos de investigación en el aula y el desarrollo de proyectos investigativos formativos ligados al desarrollo cotidiano de los procesos de aprendizaje. Continúa con el entrenamiento en metodología de la investigación de los residentes y en uso de bases de datos, la realización de seminarios de investigación y una investigación durante la residencia. Se sustenta en los tiempos protegidos para investigación de los residentes, en la infraestructura física y/o virtual: bibliotecas, bases de datos, laboratorios; y finalmente en el presupuesto destinado al apoyo de la investigación tanto para los docentes como para los estudiantes.

6. RELACION CON EL SECTOR EXTERNO

Tanto el ejercicio profesional de las ciencias de la salud incluida la medicina, en cualquiera de sus ramas, como su enseñanza no puede realizarse sin un contacto directo y permanente con la comunidad. Es a través de encuentros entre los profesionales, los equipos de salud y las familias y comunidades, en los diferentes entornos y momentos del curso de vida, que se aprende, se enseña y se ejerce la medicina y se moviliza la salud y la vida.

La medicina familiar tiene más claro y arraigado el contacto con la comunidad. Esta especialización además de desarrollarse a través del contacto permanente con personas y familias no puede entenderse sin una población adscrita y de la que el médico familiar, junto con todo el equipo multidisciplinario, sea el responsable de la salud de la misma en los diferentes entornos y momentos del curso de vida de manera continua, incluyendo el acompañamiento en los diversos tránsitos en el sistema de salud. Se requiere la construcción de vínculos de confianza entre el equipo de salud, el médico familiar y la población adscrita.

Los escenarios de formación en medicina familiar deben seguir este principio de contacto directo y constante con la comunidad. Además las IES responsables del proceso formativo deben interpretar esta interacción como una posibilidad privilegiada para desarrollar sus ejes misionales: Docencia – Investigación y Extensión.

La presencia de un programa de especialización en medicina familiar tiene que redundar en la mejora del nivel de salud y bienestar de la población en la cual se desarrolla. Este debe ser su principal compromiso social, y ojalá ésta relación se dé a través del diseño e implementación de programas y proyectos sociales en salud con participación comunitaria, convocando la acción intersectorial, y que apunten a transformación de los determinantes sociales de salud.

En este sentido se invita a las IES a participar activamente en la construcción y análisis de la situación en salud de la región en la cual van a realizar el programa de especialización, así como a ser parte activa en la formulación y seguimiento de planes de salud territoriales y planes de desarrollo. La responsabilidad social de las IES y sus programas de medicina familiar puede dirigirse a través de proyectos encaminados a la atención integral de víctimas del conflicto, con enfoque de derechos y bajo los lineamientos dispuestos para ello en el Modelo Integral de Atención en Salud.

De igual manera y en línea con el programa de fortalecimiento de salud familiar y comunitaria (necesario para la implementación de la Política de Atención Integral en Salud) las IES y sus programas de especialización en medicina familiar podrán ofrecer programas de educación continuada tanto

para líderes e integrantes de la comunidad, como para los otros profesionales y/o técnicos involucrados en la prestación del servicio en salud.

Al interior de los programas de especialización en medicina familiar puede favorecerse la creación de medios de difusión de información en salud: periódicos, revistas, portales web, emisoras radiales, etc., bien sea dirigidos para la comunidad general o para la comunidad médica o académica. Esto también constituye una forma de relación con el sector externo.

7. PERSONAL DOCENTE

Los programas de especialización en medicina familiar deberán depender de una unidad académica o departamento con autonomía administrativa; esto requiere que a la cabeza del programa deberá estar un profesor de tiempo completo que lidere el desarrollo de esta especialización con todos los proyectos de investigación y extensión derivados así como el fortalecimiento del área en el programa de pregrado de la correspondiente facultad.

En la formación de estos especialistas participan los médicos familiares y también, otros profesionales de la salud tanto médicos como no médicos. Se requiere de las otras especialidades básicas de la medicina (medicina interna, ginecología y obstetricia, pediatría, y cirugía general) y también de otras profesiones de la salud y afines como: enfermería, trabajo social, psicología, derecho, economía, administración.

Esta interacción garantiza la integralidad bio psico social espiritual y la destreza para el trabajo inter y transdisciplinar, intersectorial y la abogacía, entre otras características estructurales del médico familiar.

Es por eso que durante la formación de especialistas en medicina familiar se deben garantizar los espacios de encuentro e intercambio con estas profesiones, bien sea que el residente se integre a las actividades de estos profesionales (práctica supervisada), o se desarrollen seminarios, o encuentros de discusión clínica inter y trans disciplinar.

La estructura docente deberá involucrar las categorías de tiempo completo para aquellos docentes encargados del desarrollo y aprendizaje de las principales áreas de conocimiento; y tiempo parcial para los docentes que realizan actividades de apoyo. De la misma manera es necesario establecer un sistema de profesores tutores quienes serán los encargados de liderar el proceso de acompañamiento integral, pertinente y personalizado a los residentes; los tutores podrán tener vinculación de tiempo completo o parcial.

Se plantea que los residentes de último año quienes hayan tenido un desempeño sobresaliente durante su formación y manifiesten el deseo de permanecer vinculados a la docencia universitaria podrán optar por un cargo de tutor, con el debido reconocimiento académico y económico que esto implica.

Los requisitos para ingresar a carrera docente en las IES deber ser consecuentes con el desarrollo de esta profesión en el país, sobre todo en lo relacionado a los requisitos de experiencia clínica, producción científica y académica y competencia en segundo idioma.

Este hace necesario que exista un sólido programa de desarrollo profesoral en el que se le brinde a los docentes la posibilidad de entrenamiento en destrezas pedagógicas y didácticas, asesoría y acompañamiento en el desarrollo de investigaciones y publicaciones y competencia en segunda lengua. A la vez, el programa debe consolidar e implementar un plan de formación permanente y actualización a sus docentes con participación de diferentes expertos de ciencias sociales y de la salud, de diferentes especialidades, de acuerdo a la situación socio sanitaria, entidades territoriales, actores del sistema, aplicativos

En el diseño de perfiles docentes se debe considerar la necesidad de múltiples disciplinas así como el gusto y experiencia en realizar actividades comunitarias y promocionales de la salud. Los tiempos de dedicación docente para las actividades de docencia, investigación y extensión deben corresponder a lo planteado en las competencias y en el diseño de cada micro currículo.

Deberán existir mecanismos de verificación de cumplimiento de actividades docente-asistentes, así como mecanismos efectivos de evaluación docente por parte de los residentes, y de auto evaluación de los docentes y tutores, cuyos resultados se puedan retroalimentar de manera efectiva y harán parte de los procesos de mejoramiento continuo.

8. MEDIOS EDUCATIVOS

Se debe acreditar la disposición adecuada de todos los medios educativos necesarios para el correcto desarrollo del programa de especialización en medicina familiar para cada una de las modalidades por las que la Institución de Educación Superior opte desarrollar el programa, no debe olvidarse que independiente del esquema utilizado debe garantizarse la calidad del programa y del egresado.

Los medios educativos incluyen:

- Salas de informática
- Posibilidad de conectividad remota
- Acceso a bases de datos actualizadas en ciencias sociales y salud, aplicativos de salud
- Acceso a programas estadísticos
- Aulas virtuales
- Convenios inter institucionales a nivel internacional, nacional y local: incluye convenios con centros de práctica, con otras IES, con bibliotecas, con otras instituciones nacionales o internacionales, con organizaciones sociales.

9. INFRAESTRUCTURA FISICA

Los programas de medicina familiar deben garantizar la disposición correcta y suficiente de infraestructura física para el desarrollo de la especialización en cualquiera de las tres modalidades. Estos espacios deberán permitir el adecuado aprendizaje y el bienestar de quienes en ellos están.

La infraestructura física incluye:

- Salones de clase con ayudas educativas correspondientes
- Auditorios
- Salones de discusión
- Salones de descanso, bienestar y recreación, disposición de casilleros en los lugares de práctica
- Conectividad remota
- Laboratorios
- Salas de simulación para actividades de cuidado primario

CONDICIONES DE CALIDAD DE CARÁCTER INSTITUCIONAL

Los mecanismos de selección y evaluación, la estructura académica y administrativa, la autoevaluación, el programa de egresados y bienestar universitario en general obedecen a las políticas institucionales, sin embargo se hacen anotaciones fundamentales para el desarrollo de la especialización a algunos aspectos.

En relación a los mecanismos de selección para ingreso al programa, se le solicita a las IES tener en cuenta el rendimiento del candidato en la prueba Saber Pro, como una manera de reconocer el buen rendimiento previo de los candidatos. También es necesario anotar que este programa de especialización constituye un criterio de prioridad para la asignación de Beca – Crédito por parte del Instituto Colombiano de Crédito Educativo y Estudios en el Exterior – ICETEX.

El programa de seguimiento a egresados deberá estar articulado al Registro de Talento Humano en Salud ReTHUS, puesto que esta información permite establecer las necesidades de THS en el país, así como hacer el seguimiento de desempeño y desarrollo profesional.

Por último, el bienestar universitario debe entenderse como la necesidad que tenemos todos los seres humanos, y en especial aquellos que realizan labores relacionadas con atención y trato al público, de tener momentos y espacios para desarrollar otros talentos y capacidades de orden artístico o social, que en últimas podrían convertirse en otra herramienta terapéutica. La organización de las actividades académicas debe permitir a los y las residentes de medicina familiar atender a cabalidad sus responsabilidades académicas pero también las de tipo personal, familiar y social.

GLOSARIO DE TÉRMINOS

- **Ejes curriculares básicos:** Son grandes áreas de desempeño del médico familiar, claramente diferenciadas. No definen desempeños específicos, sino que los incluyen. Aunque en la práctica real, el médico familiar puede realizar actividades relacionadas con varios ejes simultáneamente, estos son descritos de manera específica en el currículo.
- **Competencias genéricas:** se refieren a procesos más generales que dan cuenta de una capacidad fundamental del médico familiar, como por ejemplo su capacidad de realizar un proceso diagnóstico en un servicio de urgencias o de realizar un proceso de diagnóstico comunitario o de coordinar un programa de atención de enfermedades crónicas.
- **Competencias específicas:** Corresponden a las actuaciones propias de cada profesión, definen lo que un profesional debe ser capaz de hacer. Desde esa perspectiva, describen la capacidad para obtener resultados en un desempeño eficiente y con calidad. Expresan la capacidad y actuación de un dominio profesional, en el desempeño de unos roles determinados en un contexto de salud. Son capacidades más específicas, que se reflejan en una acción o desempeño puntual del médico familiar, enmarcada dentro de una competencia general, y que incluyen la aplicación e interpretación de instrumentos de medicina familiar.
- **Dimensión cognoscitiva (saber):** Se relaciona con aspectos cognitivos. Son saberes que el estudiante debe ser capaz de utilizar en sus procesos mentales, relacionados con el manejo y dominio de conceptos. En este caso encontramos por ejemplo el saber de conceptos de estadística para leer críticamente los artículos científicos, o conocer la anatomía del abdomen para realizar una paracentesis, o las etapas del ciclo vital individual y las crisis de Erickson para intervenir sus pacientes, y relacionar estos hechos desde la gestión del riesgo, entendiendo que los eventos positivos o negativos para la salud se acumulan y tendrán sus consecuentes desenlaces más adelante durante el curso de vida.
- **Dimensión aptitudinal (saber hacer):** Se relaciona con aspectos procedimentales. Son habilidades que el estudiante demuestra con comportamientos concretos y medibles. Se trata en nuestro caso de habilidades como: establecer una adecuada relación médico-paciente, realizar una toracentesis, organizar una charla comunitaria, gestionar el riesgo en salud.
- **Dimensión actitudinal (saber ser):** Esta dimensión describe aspectos relacionados con actitudes, con aspectos emocionales o con valores. Entre ellas se encuentra la motivación, el

respeto, la compasión. Se trata de características complejas de medir, pero que se demuestran en los comportamientos asumidos. El respeto implica llegar a tiempo, la forma de tratar a los pacientes y compañeros. El compromiso se puede medir en conductas como buscar ayuda para un paciente de forma personal movilizandore redes de apoyo, organizar actividades de beneficio para sus pacientes o para la residencia en tiempo libre, entre otros.

- **Dominio:** Se refiere a lo misional de la acción profesional y es la consecuencia o efecto de la acción de un grupo de profesionales comprometido con la prestación de servicios de salud a la población. Es la unidad mayor de la cual se desprenden las competencias hasta identificar lo que una persona realiza; es decir, hasta llegar a los desempeños.
- **Criterios de desempeño:** Representan la concreción particular del ejercicio profesional en relación con lo alcanzado como resultado de las competencias que pueden ser verificables y medibles.
- **Conocimientos:** Conjunto de saberes que requiere el médico familiar para el desarrollo de la competencia.
- **Currículo** (*Curriculum*) Plan educativo que describe los objetivos a alcanzar, las materias a aprender y los métodos utilizados para el aprendizaje, la enseñanza y la evaluación. También puede definirse como el plan para una utilización racional de los recursos educativos y del tiempo de aprendizaje
- **Didáctica:** Rama de la pedagogía que se encarga de buscar métodos y técnicas para mejorar la enseñanza, definiendo las pautas para conseguir que los conocimientos lleguen de una forma más eficaz a los educados.
- **Modelo Pedagógico:** Conjunto de atributos que caracterizan el proceso de la educación y formación, tienen su fundamento en los modelos psicológicos del aprendizaje y en los modelos sociológicos, comunicativos, ecológicos o gnoseológicos.

BIBLIOGRAFIA

- Comunitaria, S. E. (2011). *Agenda de Investigación para Medicina General/Medicina de Familia y Atención Primaria en Europa*. Barcelona: semfyc.
- De Zubiría-Samper, J. (1997). Los modelos pedagógicos. En D. Z. Julián, *Tratado de pedagogía conceptual*. Bogotá: Fundación Alberto Merani.
- Engel, G. L. (2012. Reprinted with permission. 1977 American Association for the Advancement of Science). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Psychodynamic Psychiatry*, 377–396.
- Fundación Iberoamericana para la Gestión de la Calidad. (s.f.). *FUNDIBEQ*. Obtenido de http://www.fundibeq.org/opencms/export/sites/default/PWF/downloads/gallery/methodology/tools/gestion_del_conocimiento.pdf
- Joan Prat-Corominas, A. O.-B. (2011). Proceso de Bolonia (IV): currículo o plan de estudios. *Educación Médica*, 141-149.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Documento Currículo Básico Medicina Familiar*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Documento perfil del médico familiar*. . Bogotá.
- Ministerio de Educación Nacional. (2010). *Decreto 1295 por el cual se reglamenta el registro calificado de que trata la ley 1188 de 2008 y la oferta y desarrollo de programas académicos de educación superior*. Bogotá.
- Ministerio de Salud . (1997). *Consulta de Expertos Nacionales para el Diseño de Currículo de Postgrado en Medicina Familiar*. Santafé de Bogotá, D.C.
- Ministerio de Salud. (2011). *Ley por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Ley N° 1438*. Bogota.
- Ministerio de Salud. (s.f.). *Dirección General de Promoción y Prevención. Fundamentos y Principios de Medicina Familiar*. Bogotá.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2010). *Decreto 2376. Por medio del cual se regula la relación docencia - servicio para los programas de formación de talento humano del área de la salud*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2011). *Ley por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones, Ley N° 1438*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2013). *Análisis de la Situación de Salud (ASIS)*. Bogotá.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). *Lineamientos generales para el desarrollo del modelo integral en atención salud para el Sistema General de Seguridad Social en Salud - SGSS*. Bogotá.

Ministerio de salud y protección social. (2014). *Resolución número 00002003, por la cual se definen los procedimientos y condiciones de inscripción de los prestadores de servicios de salud y de habilitación de servicios de salud*. Bogotá.

Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción y Prevención. Ministerio de Salud. (s.f.). *Fundamentos y Principios de Medicina Familiar*. Bogotá.

Ministerio de Salud. (2013). *Análisis de la Situación de Salud (ASIS)*. Bogotá.

OMS y organización internacional de médicos familiares (WONCA). (Junio de 2013). *The contribution of Family Medicine to Improving Health Systems*.

Rubinstein, A. y. (2007). *Medicina Familiar y Práctica Ambulatoria*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.

Santivañez Limas, V. (2013). *Diseño curricular a partir de competencias*. Bogotá: Ediciones de la U.

The Panamerican Health Organization. (1976). *DECLARACION DE ALMA-ATA. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata*.

WHO. (2012). *Global Health Observatory*. Geneva: WHO.

WONCA. (2013). *Standards for Postgraduate Family Medicine education*.

WONCA, W. &. (2013). *The contribution of Family Medicine to improving Health Systems*. WHO.



