

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA -ASCOFAME-

PRIMER SIMPOSIO DE MEDICINA FAMILIAR  
AUSPICIADO POR EL "CONSEJO DE EDUCACIONA MEDICA  
CONTINUA"

MARCO CONCEPTUAL DE LA MEDICINA FAMILIAR SU ENFOQUE EN EL  
PREGRADO, POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA

Presentado por:  
ABEL DUEÑAS PADRON  
Director Ejecutivo  
ASCOFAME

Bogotá, D.E., Abril 24 de 1981

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

PRIMER SIMPOSIO DE MEDICINA FAMILIAR

AUSPICIADO POR EL "CONSEJO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA"

MARCO CONCEPTUAL DE LA MEDICINA FAMILIAR SU ENFOQUE EN EL  
PREGRADO, POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA

Presentado por:

DR. ABEL DUEÑAS PADRON

Director Ejecutivo

" A S C O F A M E "

Bogotá, D.E. Abril 24 de 1981

MARCO CONCEPTUAL DE LA MEDICINA FAMILIAR SU ENFOQUE EN EL PREGRADO, POST-GRADO Y EDUCACION CONTINUA

C O N T E N I D O

1. PREMISAS
2. EL MARCO DE REFERENCIA DEL SECTOR SALUD PARA LA FORMACION DLE MEDICO EN COLOMBIA.
3. MARCO CONCEPTUAL DE LA MEDICINA FAMILIAR. PAPEL Y FUNCIONES DEL MEDICO DE FAMILIA (MEDICO GENERAL)
  - A. LOS PROBLEMAS PREVALENTES DE SALUD
  - B. UTILIZACION DE TECNICAS SENCILLAS Y APROPIADAS
  - C. ATENCION CONTINUA A LA FAMILIA Y A UNA POBLACION DETERMINADA
  - D. ATENCION AMBULATORIA PRIORITARIA ACCESIBLE Y DISPONIBLE
  - E. INVESTIGACION, REGISTROS Y OBSERVACION DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD. EDUCACION CONTINUA. DOCENCIA.
  - F. REFERENCIA DE PACIENTES. ETICA MEDICA
  - G. EL EQUIPO HUMANO DE SALUD
  - H. COSTOS DE LA MEDICINA FAMILIAR. ESTIMULOS
  - I. EL MEDIO DE FAMILIA, LA ATENCION PRIMARIA Y LOS OTROS DOS NIVELES, SECUNDARIO Y TERCARIO.
  - J. AMBITO DE LA MEDICINA FAMILIAR ( MEDICINA GENERAL) DE ACUERDO A LAS CARACTERISTICAS DE LA PROFESION MEDICA.
  - K. EVALUACION DEL MEDICO DE FAMILIA (MEDICO GENERAL)

C O N T E N I D O

4. SINTESIS CONCEPTUAL DEL MEDICO DE FAMILIA (MEDICO GENERAL)
5. LA FORMACION DEL MEDICO DE FAMILIA (MEDICO GENERAL)
  - A. COMPONENTES
  - B. ESTRATEGIAS
  - C. PRINCIPIOS
6. CONFUSION DE NOMENCLATURA. MEDICO DE FAMILIA, MEDICO DE ATENCION PRIMARIA, MEDICO GENERAL, MEDICO DE PRIMER CONTACTO.
7. LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD
8. PERSPECTIVAS DE LA MEDICINA FAMILIAR EN COLOMBIA
  - A. POLITICAS
  - B. ACADEMICAS
  - C. ADMINISTRATIVAS
  - D. COMUNITARIAS
  - E. LA PROFESION MEDICA
9. LA EDUCACION CONTINUA

%% % % % % %%%

## PRIMER SIMPOSIO DE MEDICINA FAMILIAR

AUSPICIADO POR EL "CONSEJO DE EDUCACION MEDICA CONTINUA"

### MARCO CONCEPTUAL DE LA MEDICINA FAMILIAR SU ENFOQUE EN EL PREGRADO, POSTGRADO Y EDUCACION CONTINUA

Por: DOCTOR ABEL DUEÑAS PADRON  
Director Ejecutivo - ASCOFAME

#### 1. PREMISAS

Nos corresponde en este importante evento hacer algunos planteamientos para contribuir a consolidar la plataforma de despegue y desarrollo de la práctica de la Medicina Familiar en Colombia.

Hablamos en nombre del subsistema de la Educación Médica que ha mantenido consigo, a manera de singular reto, la difícil tarea de formar en el presente, el recurso humano que ha de encarar en el futuro las necesidades y demandas de salud de la comunidad.

Este desafío en cierta forma profético de predecir el mañana para poder educar con acierto en el presente, afortunadamente ha entrado en una etapa de consolidación investigativa y científica en virtud del proceso de Integración Docente-Asistencial, que ha abierto paso a los sectores de Salud, Educación y Seguridad Social en Colombia, para trabajar juntos en la planificación, formación, utilización y evaluación del recurso humano.

A lo anterior se agrega, los esfuerzos ascendentes que han venido realizando el Ministerio de Salud, la Academia Nacional de Medicina y la Federación Médica Colombiana, para colocar nuestra medicina en el justo punto de su contexto académico, ético y social.

En medio de articulaciones felices como ésta, se encuentra siempre un hilo de oro que engarza la experiencia del pasado y el presente, y que ayuda a buscar el futuro. Es el caso del Doctor Juan Di Domé- nico, apóstol de la ciencia, quien desde Tribuna Medica se ha conver- tido en catalizador de los esfuerzos nacionales, para lograr solida- ridad en pro del avance de la educación médica y de la salud del pue- blo Colombiano.

## 2. EL MARCO DE REFERENCIA DEL SECTOR SALUD PARA LA FORMACION DEL MEDICO EN COLOMBIA.

Con base en el principio, reconocido hoy universalmente de que la salud es un derecho humano , el Gobierno de Colombia definió la política de que los servicios de salud deben cubrir o proteger a toda la población del país, sin dejar marginado a ningún individuo o persona. Cuando hablamos del Gobierno de Colombia nos referimos con orgullo a un "continuum" que se ha sucedido a lo largo de varios años, con autoría de diferentes administraciones que vienen rigiendo el Estado.

Una política de tal magnitud no puede ser arrolladora ni de aplicación sorpresiva de un día para otro, porque los recursos de salud, ya sea en un país en desarrollo o aún desarrollado, siempre serán inferiores frente a las necesidades de la comunidad y aspiraciones de los gobernantes.

Para ir logrando la implementación de una política como la anotada y alcanzar de manera progresiva la meta de la cobertura total, hay que apelar a estrategias y a prioridades que hagan rendir al máximo los recursos disponibles.

El Gobierno de Colombia ha puesto en marcha dos grandes estrategias y una prioridad clave.

Las dos estrategias han sido: una Estructural, la creación del Sistema Nacional de Salud. Otra Operativa, el cuidado de la salud dispensado por medio de ese Sistema en tres niveles interrelacionados de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria, determinando con gran prioridad el desarrollo de la primera.

Como proceso de articulación se ha dado especial énfasis a la integración docente-asistencial, entre cuyos objetivos está la de contribuir a formar un Médico General/Familiar que sea capaz de asumir las responsabilidades que entramos a definir en este documento.

### 3. MARCO CONCEPTUAL DE LA MEDICINA FAMILIAR. PAPEL Y FUNCIONES DEL MEDICO DE FAMILIA (MEDIGO GENERAL).

#### LA GENESIS DEL CONCEPTO DE MEDICINA FAMILIAR

Con base en la política de salud del país y en las estrategias y prioridad anotadas que obviamente son consecuencia de un diagnóstico de la situación de salud y de sus determinantes, ASCOFAME ha venido planteando la formación de un Médico General que contribuya al mejoramiento de la salud de la familia Colombiana. En efecto, la acción sobre los determinantes que inciden en la salud, sólo será positiva si se sistematiza dentro del microproceso que se desarrolla en el ámbito de la familia donde los factores determinantes (biológicos, ambientales y de comportamiento) concentran su inter-relación multicausal. Es allí en el grupo o unidad familiar donde se puede hacer variar con anticipación el resultado de una posible situación indeseable del proceso de la salud, si se mantiene una observación y acción continua permanente y previsiva. Es lo que se ha denominado observación y acción sobre la dinámica de salud de la familia. De acuerdo con lo anterior, y sin desechar delineamientos internacionales que son comunes en el ámbito universal, pasemos a plantear los aspectos mas importantes del marco conceptual de la Medicina Familiar y del Médico General (M.G) como gestor de su práctica.

#### A. LOS PROBLEMAS PREVALENTES DE SALUD

##### A.1. Aspectos de Diagnóstico y Tratamiento Oportuno

Uno de los aspectos característicos de la Medicina Familiar, desde el punto de vista de su marco conceptual y operativo, es la responsabilidad que tiene de encarar los problemas de salud que prevalecen en una área y que en forma endémica y con diferentes grados de severidad, mantienen una cuota permanente y significativa de muertes en el grupo familiar y comunitario.

Los problemas que debe atender así el Médico de Familia (M.G.), sin diferencia de sexos ni de edades, comprende Enfermedades Menores, Enfermedades Agudas Mayores, Enfermedades Crónicas y Degenerativas, Factores Genéticos y problemas de herencia y situaciones específicas que no constituyen enfermedad como el parto normal, por ejemplo.

Dentro de este enfoque el Médico de Familia (M.G.) debe ser capaz de abordar hasta el 90% de la patología del área y comunidad bajo su cuidado para derivar el 10% al Especialista. Esta cifra no es mágica y puede variar de acuerdo con la responsabilidad y preparación que se considere debe darse al Médico de Familia (M.G.).

Los problemas leves son los que caen dentro de la delegación o responsabilidad de funciones del personal auxiliar. Y las molestias pasajeras de la vida diaria, deben ser atendidas por la familia, en virtud de la educación que el mismo médico y su equipo le dé.

#### A.2. Aspectos de Prevención

El Médico de Familia (M.G.) debe ser responsable de la conservación y mejoramiento de la salud de las personas y familias a su cargo.

De acuerdo con lo anterior, no puede permitir que en los individuos y familias bajo su ámbito existan enfermedades inmuno-prevenibles (no deben aparecer viruela, difteria, tosferina, tetanos, sarampión, poliomielitis). Para ello debe utilizar técnicas educativas que estimulen la responsabilidad y autosuficiencia de la familia en el propio cuidado de su salud como se expresa más concretamente en el literal A.3.

Pero la prevención no está focalizada solamente hacia las enfermedades inmuno-prevenibles sino también hacia las crónicas, accidentes, problemas emocionales y mentales.

La atención prenatal, post-natal, crecimiento y desarrollo del niño constituyen prioridad de la atención del Médico de Familia (M.G.) para fomento de la salud y prevención. Debe detectar a tiempo problemas potenciales de salud que se convertirían más tarde en demanda de atención curativa si no se descubren con anticipación.

En los aspectos de Prevención es donde juega un papel primordial el personal auxiliar, papel que debe ser estimulado por el médico.

### A.3. Aspectos de Educación en Salud. Responsabilidad y Participación de la Comunidad,

El Médico de Familia (M.G.) debe enseñar a la comunidad a ser responsable de su propia salud y a aprender y practicar normas y reglas que le van a evitar enfermedades graves, que vienen repercutiendo no sólo sobre los aspectos económicos de la familia sino del Estado mismo. La gente por ejemplo, debe entender la magnitud autodestructiva de fumar, tomar licor crónicamente y en exceso, comer desafortadamente y sobrecargar su peso, exagerar las condiciones de stress, olvidar la obligación de hacer vacunar a sus hijos.

El Médico de Familia (M.G.) y su equipo debe capacitar además

la familia para que ella tenga autosuficiencia en la práctica de la parte más elemental del cuidado primario y se haga la atención a sí misma como ya lo expresamos anteriormente. De igual manera debe capacitar la comunidad para que ella sea capaz de intervenir en el diagnóstico de sus necesidades de salud, programación, ejecución y evaluación de las actividades y servicios.

A.4. Aspectos Sicológicos y Patología Social - Consejero de la Familia.

El Médico de Familia (M.G.) debe servir de apoyo, consejero y consultor del individuo y la familia. Debe tener un tercer oído que le permita escuchar problemas síquicos y sociales que el individuo y la familia no le cuenten de manera directa. Los problemas de alcoholismo, drogadicción, stress, depresiones, invalidez, vejez, pérdida de familiares y aspectos de patología social no compleja, son objeto de la atención del Médico de Familia (M.G.).

A.5. Aspectos Comunitarios - Programa Local de Salud y Responsabilidades Administrativas - Medio Ambiente - Trabajo Multisectorial.

El Médico de Familia (M.G.) no es responsable directo de la dotación de acueductos, alcantarillados, establecimientos de sana recreación, vivienda, pero sí de estimular y cooperar con su comunidad en la obtención de estos medios que contribuyen los unos a evitar las enfermedades y los otros a fomentar la salud.

El Médico de Familia (M.G.) debe ser capaz de hacer un estudio de los problemas de salud de la comunidad, analizar los determinantes de esos problemas y diseñar y ejecutar un

plan de salud local que debe saber administrar adecuadamente.

## B. UTILIZACION DE TECNICAS SENCILLAS Y APROPIADAS

La medicina en los últimos tiempos ha experimentado importantes y trascendentales avances pero el mismo tiempo ha venido divulgando un poder que en muchas ocasiones va más allá de sus verdaderas posibilidades; sus propias tecnologías sofisticadas y aparición constante de nuevos medicamentos y drogas que son difundidas por medios masivos de comunicación, han introducido factores graves de riesgo iatrogénico e inclusive sembrado pánico en el mundo de la genética, cuando se prescriben a mujeres embarazadas.

No se trata con este planteamiento de causar detrimento a la atención terciaria que es por supuesto importante y necesaria, sino sacar de la confusión a quienes piensan que las "técnicas sencillas" que debe utilizar el Médico de Familia (M.G.) son de naturaleza rudimentaria, intrascendente y sin base científica; nó, de lo que se trata es de usar y aplicar elementos, instrumentos y equipos que sean estrictamente indispensables y que no vayan más allá de determinada complejidad. El Médico de Familia (M.G.) en cuestión de medicamentos busca también la sencillez científica, de los genéricos por ejemplo, pero sin abstenerse de utilizar los que las condiciones del paciente exijan. Así mismo la promoción de técnicas autoctóneas encontradas a través de la investigación es responsabilidad del Médico de Familia (M.G.). De todas maneras existe en la Medicina Familiar el principio de que en muchas ocasiones la mejor droga y tratamiento quirúrgico es el que no se aplica.

C. ATENCION CONTINUA A LA FAMILIA Y A UNA POBLACION DETERMINADA.  
PUERTA DE ENTRADA O PRIMER CONTACTO.

La Medicina Familiar debe ser dispensada no en forma esporádica sino permanente a lo largo de varios años en el mismo grupo de individuos y familias de manera que permita el conocimiento, estudio y seguimiento de una comunidad determinada, enfocando la acción hacia la dinámica de salud de la familia. La población objetivo oscila así universalmente para un médico entre dos mil y cuatro mil personas agrupadas en familia pero naturalmente esta cifra varía de acuerdo con los países y recursos disponibles. En Colombia falta investigación sobre este aspecto pero como referencia vale la pena anotar que cuando se inició la parte operativa de la atención primaria se estableció una cifra hasta de seis mil por médico. El Médico de Familia (M.G.) constituye el primer contacto del individuo o de la familia para su atención.

D. ATENCION AMBULATORIA PRIORITARIA ACCESIBLE Y DISPONIBLE

La atención intrahospitalaria demanda costos que cada día se incrementan más y coloca al paciente en un medio que no es para él habitual. Por eso el Médico de Familia (M.G.) reserva la hospitalización para los casos que estrictamente lo demanden. La atención que da el Médico de Familia (M.G.) debe ser accesible y disponible las 24 horas del día por medio de comunicación directa, telefónica y facilitada cuando sea necesario por transporte. De allí que el Médico de Familia (M.G.) debe vivir en el epicentro geográfico donde debe dispensar la atención y no rehuir a ningún medio de comunicación, sino al contrario multiplicarlo.

E. INVESTIGACION, REGISTROS Y OBSERVACION DE LA HISTORIA NATURAL DE LA ENFERMEDAD - EDUCACION CONTINUA - DOCENCIA .

Clínica y epidemiológicamente el Médico de Familia (M.G.) debe lle-

var un buen registro de los casos individuales y de los problemas de salud de las familias de su área o bajo su responsabilidad. Los registros deben explorar de manera sintética los factores sociales, económicos, culturales que estén condicionando los problemas de salud, y no solamente la enfermedad como tal. Los registros y hojas, sin embargo, deben ser muy sencillas y fáciles de llenar.

Estos registros constituirán elementos valiosos de información en donde el Médico de Familia (M.G.) encontrará un importante material para adelantar investigaciones epidemiológicas que le permitirán conocer la historia natural de las enfermedades en su población y orientar convenientemente las técnicas y prácticas de la prevención, investigaciones operativas para evaluar la prestación del servicio e investigación clínica en el paciente.

El Médico de Familia (M.G.) requiere con énfasis de la educación continua para manejar con actualidad los problemas prevalentes de salud y hacer frente a la nueva patología que se vaya presentando.

Así mismo debe realizar labores de enseñanza-aprendizaje para capacitar a los estudiantes de medicina y del área de ciencias de la salud en el contexto de la atención primaria.

#### F. REFERENCIA DE PACIENTES - ETICA MEDICA

El Médico de Familia (M.G.) debe ser consciente de su capacidad, conocimientos, destrezas y habilidades, para procurar ser autosuficiente ante el individuo o paciente, la familia y la comunidad; pero al mismo tiempo debe ser igualmente consciente de sus limitaciones y transferir el paciente al Especialista cuando la naturaleza, características del problema, su magnitud y gravedad así lo exijan. Sin embargo, el Médico de Familia (M.G.) es un coordina-

dor de la atención y el Especialista a quien se transfiere el paciente un receptor para tratar un problema episódico (salvo en casos crónicos o de seguimiento); por tanto la ética exige a su vez al Especialista retornar el paciente a su médico de origen. Vistas así las cosas, las reglas de juego fortalecerán tanto al Médico de Familia (M.G.) como al Especialista; el primero, al circunscribirse a la atención médica general no se recargará con el estudio de casos que le exigirán tiempo y conocimientos adicionales y profundos, que al no saber aplicarlos, podrán poner en peligro la vida del paciente; el segundo, el Especialista, al cumplir sólo las responsabilidades inherentes a su especialidad y retornar el paciente al Médico de Familia (M.G.), no gastará tiempo en aspectos generales de la medicina que ya no maneja eficaz y eficientemente, y que si resolviera dedicarle atención, iría en detrimento del tiempo que debe consagrar a su especialidad.

#### G. EL EQUIPO HUMANO DE SALUD.

La Medicina Familiar tiene un contenido y proyección de tal envergadura, que exige para su cumplimiento de un equipo de salud a cuya cabeza debe estar el Médico de Familia (M.G.) con actitudes y capacidad de líder.

Los componentes del equipo varían de acuerdo con los recursos existentes y disponibles y también con las alternativas de progreso que brinda el tiempo.

#### H. COSTOS DE LA MEDICINA FAMILIAR - ESTIMULOS

Concebida como se ha descrito la Medicina Familiar sus costos deben ser racionales, y dentro de esta racionalidad menores que los de otro tipo de atención médica. Pero si se desea que ella y el Médico de Familia (M.G.) tomen una posición clave, debe tenerse en cuenta que requiere elementos, equipos -no sofisticados pero sí apropiados- suficientes y disponibles. El Médico de Familia (M.G.)

en la atención primaria del servicio público debe gozar de buena remuneración, facilidades de vivienda, transporte y educación para sus hijos. Si se trata de identificar a la atención primaria con una prestación de servicios sumidos en la pobreza sin los elementos básicos y exclusivamente con Promotoras y Auxiliares, este esquema no sería el apropiado para Colombia. Así lo entiende el Ministerio de Salud cuyo empeño es manifiesto en pro de la atención primaria.

#### I. EL MEDIO DE FAMILIA, LA ATENCION PRIMARIA Y LOS OTROS DOS NIVELES, SECUNDARIO Y TERCARIO.

El subsistema de la Educación Médica no puede concebir un modelo de atención primaria autónomo, independiente de los otros dos de atención Secundaria y Terciaria, ni que puedan desguarnecerse o debilitarse los dos últimos en beneficio absoluto del primero.

Tiene que existir lógica interrelación, interacción, una doble vía de ida y regreso con mecanismos de referencia, Educación Continua y Asesoría. En muchas ocasiones un nivel de atención primaria es débil por reflujo de malas condiciones en los niveles secundario y terciario correspondientes.

Mucha observación y evaluación tendremos que realizar en la marcha en Colombia para establecer el equilibrio entre los niveles y no dejar que la ley del péndulo llegue a extremos destructivos.

El avance de la ciencia es necesario, la investigación debe operar racionalmente, los Especialistas en las diferentes ramas de la Medicina son indispensables en número adecuado y el Médico de Familia (M.G.) debe entrar a coordinar con el máximo rendimiento en cantidad y calidad pero con sencillez científica la atención primaria y a ocupar posiciones de interrelación en la secundaria y terciaria.

J. AMBITO DE LA MEDICINA FAMILIAR (MEDICINA GENERAL) DE ACUERDO CON LAS CARACTERISTICAS DE LA PROFESION MEDICA, PROYECCION SISTEMICA, SANITARIA, SEGUROS SOCIALES, EJERCICIO LIBERAL O PRIVADO, SEGUROS SOCIALES VOLUNTARIOS.

La Medicina Familiar (M.G.) tiene cabida fundamental dentro de la estructura y funcionamiento de los sistemas o servicios de salud, en donde debe impulsar la política de salud y gestar cambios positivos. Igualmente él tiene un enorme campo de acción en la seguridad social como ya viene aconteciendo de manera ágil en el Instituto de los Seguros Sociales, donde la Medicina Familiar se abre paso con firmeza.

Así mismo, en el ejercicio privado o liberal de la Profesión el Médico de Familia (M.G.) dentro del nuevo enfoque puede cumplir una tarea de vastas proyecciones, superior al del antiguo y tradicional Médico de Familia que era muy eficiente en tiempos pasados pero que ya hoy sería marginado por el ímpetu evolutivo del presente y de las más aún complicadas perspectivas del futuro.

En los Seguros Médicos Voluntarios también el Médico de Familia (M.G.) puede jugar un papel importante y precisamente en los actuales momentos dentro de la creativa tarea de la Federación Médica Colombiana, su Presidente el Doctor Camilo Casas, está trabajando en el diseño de un esquema de atención con la Medicina Familiar como epicentro, lo que constituiría una sana revolución en nuestro medio.

K. EVALUACION DEL MEDICO DE FAMILIA (MEDICO GENERAL)

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha diseñado un modelo de evaluación, ya conocido en el país, en el cual se contempla el estudio y análisis de la Demanda, Oferta, Proceso, Resultado e Impacto. Este modelo se está aplicando en Colombia desde

el año pasado y constituye el instrumento ideal para realizar la evaluación del Médico de Familia (M.G.) y de los impactos de la Medicina Familiar.

#### 4. SINTESIS CONCEPTUAL DEL MEDICO DE FAMILIA (MEDIGO GENERAL)

Esbozados los puntos anteriores podemos decir que ellos constituyen la síntesis y esencia de lo que debe ser el Médico de Familia (M.G.).

Integrando o juntando esos puntos como parámetros se llega a una definición que considera al Médico de Familia (M.G.) como "aquél que ofrece o dispensa una atención continua a individuos dentro del núcleo y dinámica de salud de la familia, sin diferencias de edad, sexo ni enfermedades, en una población determinada; con una característica de prioridad ambulatoria; integra factores físicos, psicológicos y sociales que permiten que se cumplan funciones de consejería y de fomento del estado de salud de la familia; constituye el primer contacto que refiere el paciente al Especialista cuando lo considere clínica y eticamente necesario; tiene liderazgo para recuperar ese paciente después de solucionado el problema de referencia; trabaja en equipo; internaliza la actitud de la actualización y auto-educación; aporta conocimientos y habilidades para la elaboración, ejecución y evaluación de un plan de salud local y para realizar aspectos básicos de docencia e investigación".

## 5. LA FORMACION DEL MEDICO DE FAMILIA (MEDICO GENERAL)

Llegamos a este punto crítico para preguntarnos:

Qué entrenamiento, por cuáles experiencias curriculares debe pasar el médico egresado para ser capaz de cumplir funciones tan trascendentales?

En Colombia desde el año de 1.978 en que se realizó el Foro sobre "El Médico General, una Respuesta al Futuro", planteamos una propuesta que hoy ASCOFAME, después de continuos estudios que aún prosiguen, lo ha condensado en un esquema que se está implementando ya en las Facultades de Medicina. Este esquema, como todo lo académico, está sometido a la crítica y nos gustaría conocer sus reacciones y sugerencias para aportarlas a la tarea de revisión curricular que se está realizando este año,

El esquema plantea la siguiente orientación:

### A. COMPONENTES

El currículo de pregrado de una Facultad de Medicina para la formación del Médico General-Familiar debe tener como fundamento esencial tres componentes, el Biológico, el Social y el Programático.

El componente Biológico exige una capacitación sólida en ciencias clínicas sobre todo en Medicina Interna, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Cirugía y Psiquiatría con la consiguiente integración de las Ciencias Básicas como veremos más adelante, para responder al reto de atender al médico al 90% de los problemas. Este componente aporta el conocimiento y manejo de las técnicas de prevención, curación y rehabilitación.

El componente Social (15%) del curriculum está dirigido a que el futuro profesional en su práctica aborde los aspectos psico-sociales, (conducta y comportamiento) y posea los instrumentos necesarios para efectuar un diagnóstico comunitario, en términos demográficos, condiciones de salud, necesidades y demandas de la comunidad.

El componente Programático o Administrativo (10%) se orienta a capacitar al médico en la función de efectuar un diagnóstico en términos de organización y recursos, a fin de que pueda elaborar, ejecutar y evaluar el respectivo plan de salud local teniendo en cuenta el esquema moderno de acción de los servicios sobre el cual ya hablamos.

Operativamente estos tres componentes son inseparables y se llevan a la práctica desde el primer semestre en cada facultad con una estrategia o metodología que da su característica a cada Escuela Médica. Los tres métodos, el Científico, el Epidemiológico y el Clínico se integran para dar consistencia al objetivo de que el futuro médico haga una "atención en salud" y no simplemente una atención médica fraccionada como en el esquema tradicional.

Además de los tres componentes básicos mencionados, el marco de referencia se complementa con dos aspectos adicionales que se involucran en el curriculum como común denominador: ellos son la metodología de la investigación y elementos pedagógicos-docentes que el profesional médico debe poseer para su desempeño profesional.

## B. ESTRATEGIAS

Como estrategias fundamentales del curriculum se han definido las siguientes:

- Integración Docente-Asistencial: concebida como la utilización

por parte del Sistema Educativo de toda la estructura y organización que le ofrece el Sistema Nacional de Salud, permitiendo a lo largo de la carrera la formación de un médico que en sus prácticas docentes y asistenciales haya recorrido los caminos de la atención primaria, de la atención secundaria y de la atención terciaria o de nivel de alta complejidad.

- Integración Básico-Clínica: Se supone que en la formación del médico, las ciencias básicas deben tener un alto contenido al comienzo de los ciclos académicos y que en la medida en que el tiempo avance este componente vaya disminuyendo a expensas de un incremento paulatino del componente clínico. En este aspecto la aproximación de los docentes clínicos debería ser bastante prematura ojalá iniciándose el mencionado contacto con los estudiantes a partir del segundo ciclo académico.
- Integración de la Morfología-Fisiología y Terapéutica: En este aspecto en nuestro país y posiblemente en América Latina y del Caribe se pueden distinguir tres grandes tendencias:
  1. Aquellas Escuelas denominadas clásicas que en forma de compartimentos introducen estas cuatro áreas del saber de manera progresiva a lo largo de los ciclos académicos, iniciándose con la enseñanza de la Morfología, seguida de la Fisiología, luego de la Patología y finalmente de la terapéutica.
  2. En el otro extremo las denominadas Escuelas Dinámicas con modelos similares a los experimentados en Brasilia, mediante los cuales se estudia cada aparato o sistema integralmente desde los aspectos de Morfo-fisiopatología y Terapéutica.

3. El tercer enfoque o enfoque conciliador que como la ESCUELA MILITAR DE MEDICINA ha compatibilizado estos dos extremos del péndulo, conformando un Curriculum intermedio en que a través de enlaces primero de la Morfofisiología, luego de la Fisiopatología y Semiología y posteriormente de la Patología y Terapéutica, logra imprimir en el estudiante este tipo de integración.

- Integración por Sistemas o Aparatos: Este tipo de integración se ha recomendado y todas las Escuelas lo siguen, suministrando a la formación médica elementos de coordinación entre los diferentes aparatos o sistemas que integran el ser humano desde el punto de vista Biosico-lógico.
  
- Integración Temática: Se refiere a que el médico debe cumplir dos funciones fundamentales en su práctica profesional: el diagnóstico clínico y la formulación terapéutica. En este aspecto inicia su formación precisando los síntomas y signos de su paciente seguidos de la práctica de exámenes de laboratorio y para-clínicos que le permitirán identificar síndromes dentro de las áreas de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-Obstetricia, Psiquiatría, para finalmente establecer diagnósticos diferenciales de las entidades nosológicas logrando en última instancia la integración por temas o patologías específicas con una visión integral en cuatro aspectos: avances clínicos, avances de laboratorio, farmacológicos y epidemiológicos; de esta manera se supone que el médico deberá al final integrar estos aspectos que le facilitarán el buen desempeño de su práctica profesional.

### C. PRINCIPIOS

Los principios básicos que deben orientar el Currículo son los siguientes:

- Políticas de Salud como directriz
- Mayor participación del estudiante en su formación

- Utilización de los diferentes niveles de atención médica que brinda el Sistema Nacional de Salud.
- Contacto precóz del estudiante con la realidad nacional.
- Fortalecimiento permanente y sistemático de la práctica del autoaprendizaje.
- Utilización de la tecnología educativa moderna.
- Orientación metodológica multicausal.
- Trabajo en equipo multidisciplinario.
- Predominio de la práctica extrahospitalaria.

6. CONFUSION DE NOMENCLATURA, MEDICO DE FAMILIA, MEDICO DE ATENCION PRIMARIA, MEDICO GENERAL, MEDICO DE PRIMER CONTACTO.

Existe actualmente en el mundo una especie de anarquía ante diferentes denominaciones que se trata de dar al Médico, tales como las que figuran en este título, En realidad no sólo se trata de simples aspectos semánticos sino también en algunos casos conceptuales.

Ya expresamos, por ejemplo, que el Médico de Medicina Familiar en Estados Unidos y Canadá es un Especialista (Family Physician) lo mismo que el que lleva el título de Médico General en Gran Bretaña (General Practitioner).

Hasta ahora en Colombia el "Médico General" es un egresado del Pregrado que se desea que cumpla en la práctica, mediante una formación adecuada, las funciones que se han descrito en este documento. Por ello le dimos equivalencia allí al nombre de "Médico de Familia" con la denominación tradicional nuestra de "Médico General". Muchos piensan que la denominación de "Médico de Familia" está más acorde con el perfil, filosofía y desempeño profesional que se está abriendo paso. De todas maneras el Estado Colombiano otorga como título básico el de "Médico Cirujano" e internacionalmente para referencia académica y funcional hemos llegado a la transacción y transición de utilizar la denominación de "Médico General/Familiar".

## 7. LA MEDICINA FAMILIAR COMO ESPECIALIDAD

En los actuales momentos la mayoría de los Educadores Médicos y el nivel directivo del Sistema Nacional de Salud se inclinan en el sentido de que se siga manteniendo la formación del Médico General-Familiar dentro del Pregrado, pero dándole profundidad al currículo en las 4 especialidades clínicas básicas y en los aspectos sico-sociales tal como ya se expresó.

Pero también algunos destacados educadores médicos son partidarios de la formalización de la Medicina Familiar como Especialidad.

Las razones que exponen los unos y los otros son varias pero las más relevantes son las siguientes:

Argumentos de los partidarios de la Medicina Familiar en el sólo Pregrado	Argumentos de los partidarios de la Medicina Familiar en el Pre y Post-grado
- La nueva orientación de la educación médica con los tres componentes anotados: Biológico-Social-Programático, integrados en un currículo con nuevas estrategias, con metodologías y principios que fortalezcan el conocimiento y destrezas en las cuatro especialidades básicas clínicas y en Psiquiatría, serán suficientes para formar un Médico General-Familiar en el solo Pregrado.	- Un currículo de Pregrado, por muy sólido y bien estructurado que sea, no es suficiente para formar un Médico General-Familiar con las características definidas en este documento. - Se requiere de un estudio, análisis y seguimiento de un número de familias para adquirir un pleno conocimiento de la dinámica de salud de la familia, experiencia que es imposible obtener dentro del ámbito limitado del Pregrado.

---

Argumentos de los partidarios de  
la Medicina Familiar en el solo  
Pregrado

---

- La responsabilidad fundamental de una Facultad de Medicina es formar Médicos Generales y preparar en segundo término un número racional de especialistas siempre y cuando que haya recursos disponibles para esto último. La Medicina Familiar en el Post-grado agregaría un Especialista más a la larga lista existente complicando la tendencia explosiva actual.

---

Argumentos de los partidarios de la  
Medicina Familiar en el Pre y Post-  
grado

---

- La atención primaria tal como se describió en esta presentación tiene que estudiar y analizar con eficacia y eficiencia problemas prevalentes de salud que requieren de un enfoque especial de mayor dedicación que la del Especialista en una de las disciplinas tradicionales. Este aspecto de extensión y calidad lleva a la formación del Especialista en Medicina Familiar.
- El Médico General por una u otra razón se ha deteriorado y para recuperarse requiere de un nuevo status político, social y económico, que contribuiría a dársele el rango de Especialista.
- La profundidad que se pretende dar en el Pregrado al estudiante en las cuatro grandes especialidades llevaría a la formación de un pequeño "especialoide" en cada una de esas áreas pero sin el contexto integracionista de un Médico Especialista en Medicina Familiar.

- 
- La formación de un Especialista en Medicina Familiar agregaría por lo menos dos años de estudios más, lo que implicaría mayores costos y más tardía productividad de un recurso médico en un país en desarrollo.

- 
- Para no aumentar años ni costos en la formación del Especialista de Medicina Familiar se podría en Colombia rediseñar el Curriculum tomando el año de Internado y el de Servicio Social obligatorio como partes integrantes del currículo de Post-grado.
-

Argumentos de los partidarios de la Medicina Familiar en el sólo Pregrado	Argumentos de los partidarios de la Medicina Familiar en el Pre y Post-grado
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Al constituirse la Medicina Familiar en Especialidad aumentaría el número de Médicos Generales re-presados y minimizados por la nueva especialidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para estimular la utilización del Médico Especialista en Medicina Familiar por parte del Sistema Nacional de Salud hay que mostrar las proyecciones de la atención primaria en los próximos 20 años y la productividad del Médico de Familia en ese futuro.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Sistema Nacional de Salud no ha definido la utilización del Médico Especialista en Medicina Familiar, y por tanto si ésta Especialidad llegare a crearse, sería formar un profesional potencialmente sin empleo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- El Instituto de los Seguros Sociales será un consumidor del Médico Especialista en Medicina Familiar y al mismo tiempo un proveedor de él a sus beneficiarios. El Médico Especialista en Medicina Familiar tendrá mercado seguro en el ejercicio privado.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- No existen Médicos de Familia Especialistas en el país que puedan asumir la responsabilidad de docencia en este campo ni infraestructura apropiada como la de los Departamentos de Medicina Familiar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Para iniciar programas de Post-grado en el país se podrían preparar previamente en programas cortos a docentes seleccionados de las Facultades de Medicina. Simultáneamente se obtendrían becas para cursos formales en el exterior.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- La Medicina Familiar como Especialidad podría ser considerada como trasplante de un modelo foráneo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- La comunidad ha sido inducida a lo largo de los años a utilizar el Especialista. Dándole entonces el título de Especialista al Médico General habría una motivación de la comunidad hacia él que le resolvería más problemas que cualquiera de los Especialistas de las disciplinas tradicionales.</li> </ul>

Todas estas inquietudes son las que estamos analizando con el Ministerio de Salud y los Seguros Sociales para tener un afianzamiento sobre las políticas de utilización del personal médico por parte del Estado Colombiano hacia el futuro.

## 8. PERSPECTIVAS DE LA MEDICINA FAMILIAR EN COLOMBIA

Mientras afortunadamente para la Educación Médica del país estos puntos polémicos surgen, lo halagador y cierto es que la Medicina Familiar como concepto y práctica se está abriendo paso aceleradamente en el país por las siguientes razones:

### A. POLITICAS

El Gobierno está interesado en fortalecerla en Pregrado para vigorizar su estrategia de aumentar la cobertura y proyectar hacia el futuro la atención primaria. El Parlamento Colombiano está acorde con esta orientación y está para aprobar un proyecto de Ley que fortalecerá la motivación hacia la Medicina Familiar.

### B. ACADEMICAS

Académicamente la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina con todas las Escuelas Médicas del país sin excepción desde hace varios años vienen planteando la importancia de la Medicina Familiar y ahora encuentran coincidencia de apoyo en la política del Gobierno. El deterioro del Médico General y la tendencia cada día mas ascendente hacia las Especialidades tradicionales, indica al subsistema de la Educación Médica que deben introducir cambios en la orientación curricular, tal como se está haciendo con seriedad.

### C. ADMINISTRATIVAS

Desde el punto de vista de planificación y administración, la estructura y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud y la prioridad de la Atención Primaria brindan una estructura adecuada para el desarrollo de la Medicina Familiar. Algunas Facultades comienzan a pensar en la posible creación de Departamentos de Medicina Familiar.

#### D. COMUNITARIAS

La Comunidad busca un nuevo tipo de Médico que con menores costos le ayude a resolver integralmente sus problemas. Apela con extrema frecuencia al Especialista tradicional porque no tiene otra salida ya que el mismo Médico General la refiere sistemáticamente hacia aquél. Existen grupos comunitarios de alta jerarquía orientadora como este del CEMC que preside el Doctor Di Doménico que realiza una tarea de información e inducción de notables proyecciones.

#### E. LA PROFESION MEDICA

La Federación Médica Colombiana ha planteado como una de sus políticas la de impulsar la Medicina Familiar y está buscando la manera de crear la Asociación correspondiente. En igual tono se mantiene la ilustre Academia Nacional de Medicina.

## 9. LA EDUCACION CONTINUA

No queremos finalizar, sino dejar claramente expresa la responsabilidad más importante que lleva consigo el Médico General/Familiar de proseguir el aprendizaje, que nunca puede terminar para él, a lo largo de toda su práctica profesional.

La información que los futuros médicos utilizarán en su vida profesional será fundamentalmente aquella que adquieran con posterioridad a su salida de la Facultad de Medicina; las condiciones de nuestro actual medio social y científico van sufriendo cambios profundos en períodos cíclicos rápidos y si el Médico no prosigue auto-educándose estará sumamente atrasado en dos años y en cinco no podrá entender ya ni siquiera lo que lea en una Revista Científica.

La conclusión es que la responsabilidad de la Educación Continua corresponde al propio médico y por consiguiente es una actitud que ha de forjar e internalizar para siempre en el Pregrado. La mejor educación continua, en efecto, es la que asegura el mismo médico cuando experimenta fruición en la lectura diaria, en la inquietud por nutrirse día a día siquiera en una revista seleccionada, en intercambiar ideas periódicamente con sus colegas, en explorar con sentido investigativo a diario y analizar con su equipo la información de sus propios pacientes o comunidad, en agilizar su pensamiento escuchando en una pequeña grabadora la voz de quienes revisan científicamente el presente y el porvenir, en mantener viva su mente de estudiante a través de las técnicas modernas de la autoinstrucción e instrucción programada; en aprovechar todo el arsenal hoy en abundancia de la educación a distancia; en llegar a los grandes centros como es el caso de hoy, dispuestos a aportar su experiencia, que es la mejor retro-alimentación para el desarrollo educativo científico.

Por todo ello, la Educación Continua forma parte del presupuesto de tiempo y actividades diarias del Médico General/Familiar tal como se puso de presente dentro del esquema de sus funciones y responsabilidades.

La Educación Continua es tan indispensable que los Gobiernos están buscando los medios para formalizarla y hacerla obligatoria porque un Médico certificado o graduado hoy, si no continúa educándose se convierte mas que un promotor de salud en una fuente de peligros. De allí que el Parlamento establece en el Proyecto de Ley de que les hablamos anteriormente, como obligatoria la Educación Continua, le crea incentivos y la convierte en un instrumento de recertificación del Médico para el futuro.

En Colombia en estos momentos existe un movimiento nacional que está dando una fuerza e interés inusitado a la Educación Continua hasta el punto que ASCOFAME ha considerado su responsabilidad prioritaria coordinar los esfuerzos del país para evitar duplicaciones y asegurar la calidad de los programas. La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha comenzado a inventariar estos programas anualmente para darle un puntaje de créditos a cada médico con el fin de que le sirva para los aspectos de promoción en concursos, ascensos y recertificación. El C.E.M.C. y TRIBUNA MEDICA comienzan a dar puntaje a la Educación Continua por medio de su programa, hecho que abre históricamente un proceso de gran trascendencia en el país. El Ministerio de Salud, el ICFES, la Federación Médica Colombiana, las Sociedades o Asociaciones Científicas, las Fundaciones como OFA, la Academia de Medicina, las Escuelas Médicas, los Servicios Seccionales de Salud, ASCOFAME e Instituciones similares, están en pié en calidad de líderes de un movimiento que nos coloca como ejemplo entre los países en desarrollo y aún en el ámbito universal.

SEÑORES: Tal vez se aspiraba a que nosotros hubieramos hecho una presentación con el sabor agradable de lo breve, de corte político con remembranza de aquél Médico Familiar del pasado que tanto se añora hoy; desafortunadamente, por un lado es frecuente en nosotros utilizar argumentos que resultan extensos en aras de tratar de conciliar lo técnico con lo político; por otra parte, consideramos que sería un error aferrarnos sentimentalmente al pasado del mundo bucólico y tranquilo donde tenía su

responsabilidad el Médico Familiar de antaño, dentro de una comunidad sin demandas perentorias, para transferirlo a este mundo sofocante, exitante y angustiado de hoy, porque ello sería comparable al imposible Agustiniiano de verter con una pequeña cuchara el mar en un dedal. Miremos entonces con aprecio el pasado pero retomemos de él sólo lo que nos sirva para impulsar el presente y diseñar el futuro aceptable.

Antes de oír los comentarios de Uds., deseamos expresar que jamás como hoy los maestros del campo de la Educación Médica y Salud merecen tanto nuestro respeto y gratitud; porque no se les puede calificar de transportadores de modelos foráneos, como ha sido el tradicional tratamiento de injusticia con que se se les ha recompensado, sino que hay que darles ahora el título de constructores de una patria nueva que han venido estructurando con esfuerzos crecientes que parten desde cuando la atención primaria comenzó a nacer en la década del 50, mucho antes de que los Chinos, los Norte Americanos, los Rusos y la C.M.S. tratarán de implantarla.

Reconocimiento especial a Tribuna Medica y al CEMC por este agradable espectáculo de remozamiento científico y confraternidad intelectual que están brindado al país.

Y gratitud a Uds. que están forjando a Colombia en una nueva etapa de desafío social que enorgullece a todos.

\* \* \* \* \*

Bogotá, D.E., Abril 23 de 1981

ADP/1cdeE.

614.9  
D852

AUTOR Abel Dueñas Padron

614.9 Marco Conceptual de la Medi-  
D852 cina Familiar su enfoque en el  
Pregrado, Postgrado y Educación  
Continua.

Abel Dueñas Padrón.