

Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia

Family physician's role in the new comprehensive model of health care in Colombia

Erwin Hernando Hernández-Rincón^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-7189-5863>

Yesi Catalina Muñoz-Abril¹ <https://orcid.org/0000-0003-0735-4752>

Lina Paola Avella-Pérez¹ <https://orcid.org/0000-0001-6919-4622>

¹Universidad de La Sabana. Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Familiar y Salud Pública. Chía, Colombia.

*Autor para la correspondencia. erwinhr@unisabana.edu.co

RESUMEN

Introducción: El nuevo modelo de atención integral de salud en Colombia surge en 2016 como alternativa para solucionar la crisis de salud; este favorece la estrategia de Atención Primaria en Salud, con enfoque familiar y comunitario, para garantizar la oportunidad, continuidad, accesibilidad, integralidad y calidad en la atención de los colombianos. Uno de los retos para avanzar en las acciones de Atención Primaria en Salud es formar profesionales con conocimientos y habilidades específicos para la implementación de la estrategia y con un enfoque integral. Por otro lado, la Medicina Familiar es una disciplina

que busca la atención integral de salud de la persona y su familia, de manera humanizada y continua; caracterizada por la integración de la promoción de la salud y prevención de riesgos y enfermedades, detección y tratamiento, con un enfoque sistémico, que orienta sus acciones al individuo, la familia y su comunidad, y en la cual la Atención Primaria en Salud es su terreno de actuación fundamental.

Objetivo: Reflexionar sobre la relevancia del médico familiar y comunitario, los elementos de la Atención Primaria en Salud y su relación en el marco del nuevo modelo de atención integral en salud en Colombia.

Métodos: Se realiza una revisión de distintas fuentes de información en revistas indexadas y documentos oficiales que permitieron responder al objetivo del documento.

Conclusiones: La especialidad de Medicina Familiar es la más competente para realizar las intervenciones médicas en el marco del nuevo modelo de atención integral de salud, buscando bienestar integral y evitando la fragmentación de la atención.

Palabras clave: Medicina familiar y comunitaria; médicos de familia; atención primaria de salud; atención integral de salud; Colombia.

ABSTRACT

Introduction: The new comprehensive health care model in Colombia emerged in 2016 as an alternative to solve the crisis in health care; it favors the Primary Health Care strategy, with family and community-based approach, in order to ensure the opportunity, continuity, accessibility, comprehensiveness and quality in the attention of Colombians. One of the challenges to advance in the actions of Primary Health Care is to train professionals with specific knowledge and skills for the implementation of the strategy and with a holistic approach. On the other hand, Family Medicine is a discipline that seeks the comprehensive health care of the person and the family, in a humanized and continuous way; it is characterized by the integration of health promotion and prevention of risks and diseases, detection, and treatment, with a systemic approach that focuses its actions to the individual, family and community, and in which the Primary Health Care is its essential field of action.

Objective: To reflect on the relevance of the family and community doctor, the elements of Primary Health Care and their relationship in the framework of the new comprehensive health care model in Colombia.

Methods: A review of different sources of information in indexed journals and official documents was carried out. Those allowed responding to the objective of the document.

Conclusions: The specialty of Family Medicine is the most competent to carry out medical interventions within the framework of the new comprehensive health care model, looking for integral well-being and avoiding the fragmentation of care.

Keywords: Family and Community Medicine; family physicians; primary health care; comprehensive health care; Colombia.

Recibido: 24/06/2017

Aprobado: 09/04/2019

INTRODUCCIÓN

El modelo biopsicosocial es un enfoque de salud integral utilizado en la medicina familiar, surgió por primera vez en 1977 y considera que diversos factores influyen para la generación de la enfermedad. Se ha evidenciado que la intervención individual aislada sin tener en cuenta el contexto del modelo biopsicosocial, ofrece una apreciación equivocada de lo que está sucediendo. Por consiguiente, es importante hacer uso adecuado de los servicios de salud y los recursos según las necesidades de los individuos, familias y comunidades para garantizar una atención integral.^(1,2)

Después de la segunda guerra mundial, se inició una gran variedad y explosión de medios tecnológicos e informáticos, lo cual permitió impulsar paulatinamente las subespecialidades médicas.⁽³⁾ Esto generó que las especialidades fueran adquiriendo prestigio y más presencia, lo que permitió que los profesionales enfocaran sus habilidades técnicas por encima del cuidado personal hacia los pacientes y no se centraran en las personas.^(4,5,6) Este cambio de enfoque de atención centrada en las personas propició que la Medicina General perdiera su posicionamiento en la población y que la atención especializada contribuyera a la fragmentación en la atención, la despersonalización, la desintegración de asistencia médica, la deshumanización y el predominio de la atención en salud enfocada en la enfermedad.⁽¹⁾

Luego, en la década de los 40, los médicos generales manifestaron la necesidad de la creación de instituciones educativas con énfasis en el modelo de médico familiar, el cual había tenido grandes avances y distribución a nivel mundial, al igual que en Colombia, en donde desde la Ley 100 de 1993 se resaltaba la importancia de generar una masa crítica de especialistas en medicina familiar, debido a que se consideró a la familia como fundamento de la sociedad, por ser una especialidad que se estableció para atender necesidades sociales tanto de las comunidades como del estado.^(1,5,7)

Es por eso que la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria (MFyC) es una disciplina médica que integra la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, garantizando una medicina de primer contacto, integral, continua y personalizada, con un importante desarrollo basado en riesgos biopsicosociales, excelencia clínica y enfoque sistémico; consolidándose como la base de los sistemas de salud, en la cual se ha avanzado en superar la enfermedad y considerar la salud como un estado de bienestar.^(1,6,8,9)

Sin embargo, en MFyC hay estrategias de aplicabilidad para los servicios de salud, haciendo referencia a la Atención Primaria en Salud (APS), la cual es considerada como el punto esencial del sistema sanitario, demostrando mayor efectividad, equidad y costo-beneficio.^(6,10)

De ese modo, el objetivo de este artículo es reflexionar sobre la relevancia del médico familiar y comunitario, los elementos de la APS y su relación en el marco del nuevo modelo de atención integral en salud en Colombia.

MÉTODOS

Se realiza una búsqueda y revisión de distintas fuentes de información sobre el desarrollo de la medicina familiar y de la estrategia de atención primaria en Colombia y en la región de las Américas.

La búsqueda se basó en artículos de bases de datos electrónicas (ScienceDirect, PubMed y SciELO), así como en documentos oficiales y en la normativa en salud colombiana.

La información encontrada se organizó en la descripción de la estrategia de atención primaria, el papel de los equipos de atención primaria, el desarrollo de la medicina familiar en la región y la reflexión sobre el rol del médico familiar en el nuevo modelo de atención en salud integral en Colombia.

DESARROLLO

Atención Primaria en Salud (APS)

Desde su concepción en 1978, la APS se ha basado en la eficiencia de los recursos humanos en la salud y el mejoramiento en el acceso a los servicios de salud.⁽⁵⁾ La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce que uno de los retos clave para avanzar en la APS consiste en dotar a los sistemas de salud con recursos humanos suficientes y capacitados para así responder a las necesidades de sus poblaciones.^(9,11,12) Por lo anterior, la renovación de la APS exige avanzar en la transformación de la formación de profesionales de la salud, así como superar la concentración de los mismos en las grandes ciudades y hospitales; haciendo énfasis en por qué estos pueden brindar una atención integral, la cual no solo se limite a la curación de la enfermedad y remisión a especialidades sino a la atención desde la promoción y prevención.^(1,9,11,13)

Para avanzar en esta renovación de la APS, se necesitan profesionales capacitados en conocimientos y habilidades muy específicos.^(8,12) Las competencias consideradas más idóneas para la APS son: Características específicas de la APS (enfoque integral, trabajo en equipo y coordinación entre niveles), competencias clínicas (trato al paciente, atención centrada en el individuo y la familia, atención preventiva, curativa, rehabilitadora y cuidados paliativos, seguimiento compartido, emergencias y atención domiciliaria), comunicación (entre profesionales de salud e individuos, comunidad y en resolución de conflictos), gestión del conocimiento (uso de sistemas de información, internet y evidencia), salud pública y promoción de la salud (conocimientos en epidemiología, enfermedades de vigilancia epidemiológica y hábitos y estilos de vida), gestión (funciones administrativas y gerenciales, negociación, calidad, planificación y evaluación y gestión clínica).^(5,8,11,14)

La APS sigue siendo el núcleo principal y la función central de los sistemas de salud, lo cual se sustenta en la evidencia de su impacto sobre la salud y desarrollo de la población, haciendo, además, aportes en el campo económico, social y político de una comunidad.^(1,5,15)

Hay muchas definiciones, sin embargo, desde 1978 se consideró que la APS es “la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y procesos tecnológicos prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, asistencia puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo

que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo, con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación”.^(3,16)

Ahora, con respecto a lo anterior, la APS no solo se refiere a prestar servicios de salud oportunos a una persona enferma, sino también realizar promoción de la salud y prevención de las enfermedades más prevalentes en una sociedad, hacer continuidad y seguimiento de los pacientes, por tanto la APS considera la salud como un derecho fundamental que necesita del aporte y apoyo de entidades gubernamentales y sociales con la finalidad de cumplir con los tres componentes más importantes de la APS; los cuales son valores, principios y elementos.^(3,17,18)

Por otra parte, se considera que la APS renovada, por persistencia de la inequidad social en algunos países, puede aportar al cumplimiento de los objetivos de desarrollo sustentable, teniendo presente que la APS se encarga de realinear las prioridades del sector de la salud, lo cual facilita abordar los determinantes sociales en salud de la salud definidos por la OMS.^(11,19) Es por esto que la Agenda de la Salud para las Américas 2008-2017 establece un compromiso con los países con el fin de establecer las necesidades de cada población, recuperando la universalidad, equidad, accesibilidad y participación social.^(3,17)

De ese modo, para que la APS sea un eje articulador del sistema, los profesionales de salud deben tener una sólida formación y así responder a las necesidades de la población.^(9,20)

Equipos de APS

Los equipos se consideran como la unidad básica de trabajo y es una forma particular de organización del trabajo no un tema de aprendizaje en un curso, por lo tanto, los equipos de APS requieren una preparación organizada y funcional constituida por todas las personas profesionales no sanitarias y sanitarias quienes deben cumplir con algunas condiciones como: ética, disciplina, calidad e integralidad, además de abordar los problemas según su área correspondiente dando respuestas integrales.^(5,18) Para trabajar en equipo se requiere que todos tengan un objetivo común con funciones diferentes, lo cual facilite el desarrollo dinámico y armónico de las tareas con un fin colectivo.^(21,22,23)

Por consiguiente, las características que reconocen el trabajo en equipo incluyen la interdependencia, autonomía relativa, interdisciplinariedad, flexibilidad, horizontalidad,

creatividad e interacción comunicativa, lo cual es importante ejercer en los sistemas de salud porque facilita la definición, desarrollo y evaluación de competencias en atención integral en salud. De tal manera la APS sigue siendo la mejor estrategia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que proporciona el mal alto nivel de salud al individuo.^(3,11,24)

Medicina Familiar: origen y relevancia en Latinoamérica

La especialidad de Medicina Familiar (MF) inició primero en los años sesenta en Norte América como consecuencia de la alta dependencia de uso de tecnologías, la despersonalización de la atención médica y el fraccionamiento del ser humano.⁽⁵⁾ Desde allí se ha venido extendiendo por los continentes. Los primeros programas de medicina familiar en América Latina se desarrollaron en México en los 70, desarrollando en esa misma década también servicios en Panamá y Bolivia.⁽²⁵⁾

Ya en 1990 se contabilizaban 18 países con programas de formación en medicina familiar, entre ellos Colombia. Se puede atribuir ese incremento a varios factores: al impulso de la OMS y la OPS, la sensibilidad de algunos gobiernos para mejorar sus sistemas de salud con servicios de salud dirigidos a sus poblaciones, y el papel que juega la medicina familiar en el avance de la estrategia de APS.⁽²⁵⁾ En Colombia, la especialidad en medicina familiar inicia en enero de 1984 como un programa educativo universitario de especialidad médica, con duración de 3 años, dedicación exclusiva y a tiempo completo, especialidad reconocida por el Ministerio de Salud y el Ministerio de Educación con el título “Especialista en Medicina Familiar”. Algunos programas convalidan el internado rotatorio en medicina familiar como parte del primer año de residencia. Contabilizando 6 programas de especialización a 2005. Pero a pesar de que en Colombia empezó en el año 1984, en la Universidad del Valle en Cali, no se alcanza aún el número de ideal de médicos especializado en esta área.^(26,27,28) Esta es una especialidad clínica que se preocupa por la salud total del individuo y la familia, ofreciendo un cuidado integral, humanizado y continuo sin importar la edad, el sexo, el órgano afectado ni la enfermedad.^(5,7)

Asimismo, la medicina familiar ha sido una especialidad con importante desarrollo, consolidándose como la base de los sistemas de salud.^(29,30) En muchos países como Cuba, Canadá e Inglaterra han avanzado en superar la ausencia de la enfermedad y considerar la salud como un componente de bienestar. Sin embargo, en Colombia existen dificultades

para definir el rol y la ocupación del médico familiar, debido a que desde el nivel político no se reconoce como una inversión que puede mejorar la capacidad resolutive, principalmente en las actividades médicas en el primer y segundo nivel de atención. Por consiguiente, en Colombia, la medicina familiar tiene un significado diferente al que tiene en Europa o Canadá, tampoco tiene gran acogida el médico familiar como parte del Sistema de Salud Colombiano ni reconocen su importancia.⁽³¹⁾

Por lo anterior, y dado el perfil epidemiológico de América Latina, caracterizado por el predominio de enfermedades crónicas y degenerativas acompañadas de enfermedades infecciosas y problemas de equidad,^(32,33) la familia en medicina se ha considerado como área de importante investigación e intervención,⁽³⁴⁾ porque es el soporte vital del individuo y ha sufrido varias transformaciones en su estructura y dinámica.⁽³⁵⁾ Por consiguiente, se destaca la relevancia de la especialidad de medicina familiar porque considera la familia desde su concepción y como parte fundamental en el abordaje integral y cuidado primario de los usuarios, donde el uso de los recursos del entorno familiar y social es esencial para el control de las enfermedades.^(34,36)

Es por eso que la Medicina Familiar tiene un amplio conocimiento en su área profesional, sin embargo, es complicado por la gran diversidad de eventos y situaciones que se presentan durante su práctica, porque su atención no solo está enfocada en diagnosticar y tratar, sino además debe intervenir en el ambiente familiar y comunitario.⁽⁴⁾ Lo anterior hace referencia a que el médico familiar se enfoca en tres partes durante la evaluación de una persona: ambiente en que se desarrolla y crece un individuo y cuidado de la salud, haciendo énfasis en la enfermedad, diferente al enfoque de las demás especialidades.^(4,5) Por consiguiente, el médico familiar es un médico versátil que puede atender integralmente a las patologías de alto costo, apoyar la prestación de servicios de salud y mejorar la capacidad resolutive de un sistema de salud.⁽³¹⁾

También se destaca que la APS y la Medicina Familiar son ámbitos estrechamente relacionados, mientras que la APS es el terreno de actuación fundamental del Médico Familiar, la Medicina Familiar es la herramienta clave para el desarrollo de la APS.⁽¹⁸⁾ Sin embargo, tienen varios elementos en común (Tomado y adaptado):^{5,35}

Elementos comunes entre la Medicina Familiar y la Atención Primaria en Salud

1. **Accesibilidad:** Para hacer APS es esencial que barreras geográficas, financieras y socioculturales no existan; otro punto clave es la disponibilidad del médico familiar, es decir, dentro de su horario establecido no negarse ante cualquier tipo de enfermedad.
2. **Primer Contacto:** El médico Familiar y la APS son dos elementos importantes para que el individuo inicie el contacto con el sistema de salud y más aún cuando aproximadamente el 80 % de los problemas son resueltos por médicos especializados en Medicina Familiar.
3. **Atención integral:** En Medicina Familiar se implementa la APS haciendo uso adecuado de los recursos disponibles, considerando al ser humano desde la perspectiva biológica, psicológica y social interrelacionando la promoción y prevención en salud.
4. **Continuidad:** En Medicina Familiar siempre se insiste a la persona continuar periódicamente controles después de haber tenido el primer contacto, debido a que permite intervenir progresivamente en todos sus aspectos.
5. **Orientación Familiar y Comunitaria:** Se considera al individuo y su familia como el núcleo y el recurso principal para planear las intervenciones correspondientes según las necesidades. De igual manera, la familia es la unidad social básica, por tal motivo es importante para entender al individuo desde su contexto y asimismo intervenir según el caso.
6. **Coordinación:** Para que la APS se aplique en el sistema de salud, es necesario la organización y direccionamiento. Medicina Familiar integra los recursos disponibles ofreciendo atención con calidad y eficacia.
7. **Promoción de la salud y Prevención de la enfermedad:** Corresponde a la Atención en salud interviniendo en el proceso de salud-enfermedad tempranamente, tanto en el individuo como en la familia y la comunidad. Medicina Familiar aplica estas estrategias basadas en evidencia.
8. **Atención apropiada:** El objetivo del sistema de salud basado en APS es aplicar diferentes medidas y recursos caracterizados por calidad suficiente para garantizar el servicio de salud.

Lo anterior resalta la pertinencia de mejorar los procesos de educación médica desde el pregrado de MFyC en los países de la región, con el fin de formar médicos integrales que se desenvuelvan tanto en centros de atención primaria como en hospitales de alto nivel, con pensamiento crítico, el manejo de la incertidumbre en la toma de decisiones, el

conocimiento global del enfermo, el abordaje integral (personal, familiar y comunitaria) y la integración entre la prevención, tratamiento, rehabilitación y paliación de las enfermedades.^(36,37) Por consiguiente, esto implica incluir los determinantes sociales en salud en los programas universitarios, lo cual facilita el acercamiento a la comunidad no solo desde la parte clínica sino social.⁽²⁰⁾

Modelo Integral de Atención en Salud (MIAS)

En Colombia, en 2016, surge el MIAS como la alternativa para la solución de los problemas en salud, y para ello retoman estrategias como la APS con enfoque familiar y comunitarios, el cuidado y la gestión integral del riesgo, con lo que se busca lograr la articulación y armonización del aseguramiento, la prestación de servicios de salud y el desarrollo de las políticas y programas de salud pública.⁽³⁸⁾ Este nuevo modelo busca obtener elementos que garanticen la oportunidad, continuidad, aceptabilidad, integralidad y calidad de la atención en salud siempre centrada en la persona. El propósito del MIAS es la integralidad en el cuidado de la salud y el bienestar de la población a través de la intervención sectorial e intersectorial.^(39,40)

Este nuevo modelo trasciende las dimensiones técnico-instrumentales del servicio de salud favoreciendo la “expansión de libertad” haciendo referencia a la concepción de la persona como “sujeto con capacidad de gestión de su propia vida”.⁽⁴¹⁾ Para el MIAS, su punto fundamental es que las intervenciones y decisiones tengan como centro la población junto a su desarrollo y bienestar; realizando actividades de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de patologías.^(39,41)

Por lo anterior, el MIAS se define como “un conjunto de herramientas técnicas que facilitan la reestructuración institucional de las intervenciones en salud colectiva, incrementa la capacidad resolutoria de los servicios y permite el flujo de información, usuarios y servicios de una manera efectiva, acorde con las funciones y competencias de las diferentes entidades”.^(39,40)

Para cumplir con el objetivo comprendido por el MIAS, este cuenta con diez componentes para su desarrollo:

1. Caracterización de la población con el propósito de conocer y priorizar las necesidades poblacionales.

2. Regulación de redes integrales de atención en salud como instrumento básico para la atención de prioridades en salud buscando ganancias en salud y reducción en la enfermedad. Estas redes se enfocan en tres tipos: atención para la promoción y mantenimiento de la salud, atención para grupos de riesgo y atención específica.⁽³⁹⁾
3. Implementación de la gestión integral del riesgo de salud, lo que se refiere a que las intervenciones deben ser dirigidas a anticiparse a los eventos de interés para salud pública, controlar los riesgos para prevenir la enfermedad en el individuo y así mismo sus consecuencias como discapacidades.
4. Delimitación territorial comprendiendo desde lo urbano, el área rural y la población dispersa, lo cual se logra inicialmente haciendo lineamientos y funciones claras entre el municipio y departamento.
5. Redes integradas de prestadores de servicios de salud con componente primario y complementario, quienes deben cumplir con los criterios de contigüidad y complementariedad.^(38,39)
6. Redefinir el rol de asegurador, para este cumplimiento los gobiernos nacionales en conjunto con las condiciones financieras ya establecidas deben instaurar los mínimos requisitos que deben garantizar los aseguradores para contribuir a la obtención de resultados en salud.
7. Redefinición del esquema de incentivos, para esto el prestador, asegurador y los proveedores deben trabajar hacia los resultados que el regulador determine, lo anterior con el fin de potenciar el desarrollo profesional y personal del recurso humano en salud para favorecer la integralidad en la atención y los resultados en salud.^(39,40)
8. Requerimientos y procesos del sistema de salud, haciendo énfasis en un sistema de información centrado en el ciudadano, familia y comunidad, con la intención de recolectar la información desde el individuo para así integrar los requerimientos de los diferentes agentes involucrados en la APS, lo cual permite el seguimiento de los riesgos individuales como colectivos con bases en los determinantes de la salud.⁽³⁸⁾
9. Fortalecimiento del recurso humano en salud, que propone la formación y coordinación para el desarrollo del modelo y mejoramiento de las condiciones laborales.^(38,39) Para este componente se proponen tres fases correspondientes a resultados: a corto plazo, enfocados en la formación continua del talento humano en salud; a mediano plazo, haciendo énfasis en la implementación de la especialización

de MFyC, esperando incrementar el número de médicos familiares en forma significativa en todas las áreas del país y a largo plazo, haciendo hincapié en que el sector educativo ayudara a hacer los lineamientos en competencias para la formación en talento humano tanto en pregrado como posgrados de acuerdo a las necesidades de la población.^(39,40)

10. Potenciar la investigación, apropiación e innovación del conocimiento, específicamente en sostenibilidad financiera, gestión de recursos, vigilancia del sistema, políticas públicas y acceso con calidad en el servicio.^(39,40)

De ese modo, el nuevo modelo busca incorporar e integrar conceptos y estrategias de efectividad e innovación en salud, para lo cual el Ministerio debe garantizar que los objetivos planteados por el MIAS se cumplan y articulen con los agentes del sistema supervisados de forma eficaz. Para la implementación del MIAS y el enfoque de APS se requiere del desarrollo gradual de los instrumentos previamente mencionados, como también del seguimiento y acompañamiento continuo para implementar el modelo y la estrategia de APS.^(38,39,41)

CONCLUSIONES

Es importante aplicar la estrategia de APS como eje básico y fundamental para el desarrollo de este nuevo modelo de salud y generar un impacto positivo en el funcionamiento de los sistemas sanitarios y la integración de la prestación de los servicios de salud, como se ha evidenciado en otros países.

Sin embargo, para una adecuada implementación, resulta relevante la adquisición de competencias en APS por parte de los profesionales de la salud que favorezcan el enfoque familiar y comunitario en el proceso de atención en salud, siendo importante incluirlo en los programas de formación universitaria en salud.

Por último, se considera que la especialidad de MFyC es idónea para realizar las intervenciones médicas necesarias en el contexto de la APS, debido a que esta especialidad se encarga del cuidado de la salud del individuo, su familia y su comunidad. Además, permite una medicina de primer contacto, integral, continua y personalizada, como lo busca el nuevo modelo de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Hernández E, Pimentel J, Orozco D, Carratalá C. Inclusion of the equity focus and social determinants of health in health care education programs in Colombia: a qualitative approach. *Family Practice*. 2016;33(3):268-73.
2. Zurro M, Jodar G. Atención familiar y salud comunitaria: conceptos y materiales para docentes y estudiantes. 2da ed. Madrid: Elsevier; 2018.
3. Bolduc N, Grand'Maison P. Towards unity for health: lessons for health development in Canada. *Educ Health (Abingdon)*. 2007;7;20(1):1-12
4. Atención primaria en salud: un camino hacia la equidad. *Salud capital*. 2012 [acceso: 10/11/2018]. Disponible en: http://www.saludcapital.gov.co/Documentos%20Equidad%20en%20Salud/Atenci%C3%B3n%20primaria%20en%20salud_un%20camino%20hacia%20la%20equidad.pdf
5. Padilla E, Suárez L, Troya E, Martínez J. La evaluación médica en la atención primaria de salud. *Rev Médica Electrón*. 2014;36(2):230-7
6. Mora S, Beltrán D. ¿Es el médico familiar el especialista con mejor perfil para la Atención Primaria en Salud y el más idóneo para liderar sus equipos de atención? *Medicina Ac*. 2012;34(2):162-6.
7. Ross C. Integral Healthcare: The Benefits and Challenges of Integrating Complementary and Alternative Medicine with a Conventional Healthcare Practice. *Integr Med Insights*. 2009;4:13-20.
8. Múnera F, Salamanca D, Mora S. Reflexiones sobre el rol de la medicina familiar y la atención primaria de salud. *Atención Fam*. 2013;20(1):28-30.
9. Adell CN, Echevarría CR, Bentz MB. Desarrollo de competencias en atención primaria de salud. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(2):176-83.
10. Pedrosian E. La salud como comunicación: medicina familiar y comunitaria. *Revista de Comunicación y Salud*. 2013;3(2):21-31.
11. Schlitz MM. The integral model: answering the call for whole systems health care. *Perm J*. 2008;12(2):61-8.
12. Organización Panamericana de la Salud (OPS). La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. Documento de Posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). 2007 [acceso: 15/04/2016]. Disponible en:

http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf.

13. Somocurcio J. La atención primaria de la salud. *Rev Perú med exp salud pública*. 2013;30(2):171-2.
14. Macinko J, Jimenez G, Cruz-Peñate M. Primary care performance in Dominica. *Rev Panam Salud Publica*. 2015;37(2):104-12.
15. Suárez C, Godue C, García J, Magaña L, Rabionet S, Concha J, et al. Competencias esenciales en salud pública: un marco regional para las Américas. *Rev Panam Salud Publica*. 2013;34(1):47-53.
16. Casado V, Bonal P, Fernández C. La medicina de familia y comunitaria: una asignatura de la Universidad española. *Medifam*. 2002;12(2):111-21.
17. Declaration of Alma-Ata International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September 1978. World Health Organization. 1978 [acceso: 10/11/2018]. Disponible en: http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf
18. OPS. Ministros de Salud de las Américas. Agenda de Salud para las Américas 2008-2017. Ciudad de Panamá: Organización Panamericana de la Salud (OPS); 2007.
19. Guzmán M, Parra J. Lineamientos de la medicina familiar y comunitaria en Boyacá. *Rev salud hist sanid*. 2014;9(1):84-118.
20. Hernández I, Santaolaya M, Campos P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(Suppl 1):6-13.
21. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Redes Integradas de Servicios de Salud Basadas en la Atención Primaria de Salud. Report No.: CD49/16 (Esp.). Washington: OPS; 2009.
22. Ferrari L, Carvalho I, Falleiros D. The community health agent (acs) and the community: perceptions regarding the acs work. *Cien. cuid. Saude*. 2010;9(2):228-37.
23. Namie K, Martins S. Cooperative interventions and the interaction of Community Health Agents within the Family Health team. *Rev esc enferm USP*. 2012;26(3):662-9.
24. Julio V, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*. 2011;XXXIII(1):11-4.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Programa Nacional de Salud: Medicina Familiar y Comunitaria. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social, Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud: Grupo de Formación; 2015.

26. Arias L. Medicina familiar en Colombia. *Aten Primaria*. 2007;39(4):207-8.
27. Hernández E, Parra L, Correal C. Necesidades de formación para el desarrollo integral de la primera infancia: perspectiva desde un estudio regional. *Salud Uninorte*. 2015;31(2):284-94.
28. Ceitlin J. La medicina familiar en América Latina. Presentación. *Aten Primaria*. 2006;38(9):511-4.
29. Rubinstein A. Investigación en la práctica de la medicina familiar: ¿una causa perdida o un desafío pendiente? *Colomb Med*. 2012;43(1):103-7.
30. Arias L. La medicina familiar y los retos del siglo XXI. *Colombia Medica*. 2006;37(Supp 1):1-5.
31. Rodríguez M, Bonivento V, Villadiego, M. Una visión general sobre la formación de especialistas de medicina familiar en Colombia. *Atem Fam*. 2011;8(2):29-30.
32. Ramos E. Transición Epidemiológica en Colombia: De las Enfermedades Infecciosas a las no Trasmisibles. *Rev cienc biomed*. 2012;3(2):282-90.
33. Fernández M, Arias L, Brandt C, Irigoyen A, Roo J. Hacia el fortalecimiento de la Medicina Familiar y la Atención Primaria en los sistemas de salud: IV Cumbre Iberoamericana de Medicina Familiar. Asunción, Paraguay 2011. *Arch en Med Fam*. 2012;14(4):93-112.
34. Alba L. Familia y práctica médica. *Univ Med*. 2012;53(2):166-85.
35. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME). *Fundamentos en Salud Familiar*. Primera ed. Bogotá: Ricmel Impresiones; 2008.
36. Casado V, Bonal P, Cucalón JSE, Suárez F. La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. *Gac Sanit*. 2012;26(Suppl 1):69-75.
37. Casado V. La Medicina Familiar y Comunitaria va a la Universidad. *Aten Primaria*. 2015;47(7):393-5.
38. Moreno G. El nuevo modelo de Atención Integral en Salud -MIAS- para Colombia. ¿La solución a los problemas del sistema? *Rev médica Risaralda*. 2016;22(2):73-4.
39. Ministerio de Salud y Protección Social. Política de Atención Integral en Salud: "Un sistema de salud al servicio de la gente". 2016 [acceso: 20/02/2016]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>.

40. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Bogotá; 2016 [acceso: 15/04/2016]. Disponible en: https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%3bn%200429%20de%202016.pdf
41. Castillo L. Medicina Familiar, un camino hacia la integración de los servicios de salud. Salud Uninorte. 2017;33(1):v-viii.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Contribución de los autores

Todos los autores contribuyeron en la redacción y aprobación final del artículo. Adicionalmente, la idea principal y estructura del artículo concernió al autor corresponsal.