



# 1. Competencias del médico familiar para el abordaje comunitario

*Claudia Tatiana Salamanca Velandia<sup>1</sup>*

El presente documento tendrá por objetivo comprender la importancia del desarrollo de competencias para el abordaje comunitario por parte del médico de familia como principal efector de la atención primaria para la salud comunitaria. En este se exponen conceptos propios y de análisis de los aprendizajes obtenidos en la cátedra de proyecto comunitario para la formación del especialista en Medicina Familiar de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC).

La misión del programa de Especialización en Medicina Familiar de la UPTC es “la formación de médicos especialistas holísticos, teniendo como eje transversal la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), que lideren procesos de cuidado y desarrollo humano, y particularmente gestionen e investiguen la solución a las necesidades y los determinantes de salud de la familia y la comunidad, bajo el componente biopsicosocial-ambiental, el enfoque epistemológico de sistemas y el pensamiento complejo” (UPTC, 2020, p. 3). Consecuentemente, se puede afirmar que la comunidad es objeto de estudio e intervención del médico de familia, por lo tanto, se hace esencial dentro de su proceso formativo la comprensión de la realidad social, económica, política y cultural de la comunidad para un adecuado ejercicio de su profesión.

El concepto de comunidad ha estado desligado del territorio, un aspecto que ha sido entendido comúnmente en el ámbito de la academia. Sin embargo, su aplicación adquiere connotaciones distintas dependen-

---

<sup>1</sup> Médica, residente de la Especialización de Medicina Familiar, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Correo electrónico: [claudia.salamanca@uptc.edu.co](mailto:claudia.salamanca@uptc.edu.co). ORCID, <https://orcid.org/0000-0001-6702-2448>

do del espacio geográfico y los contextos económico, social, cultural, político y en cierta medida ideológico, condiciones que se deben tener en cuenta a la hora de realizar algún tipo de acción social (Padilla-Llano, 2019, p. 3). Es en este punto, donde surge la necesidad de involucrar profesionales de la salud con competencias y estrategias pertinentes de abordaje a la comunidad que le faciliten el conocimiento de la realidad y le permitan hacer frente a las problemáticas de salud, tanto individuales como colectivas. En este sentido, el perfil más completo que se encuentra para cumplir con estos roles en la perspectiva de la salud es el del médico de familia, ya que es quien “atiende a cada individuo en el contexto de la familia y a cada familia en el contexto de la comunidad” (Gallo et al., 1999, p. 2), sin discriminar por categorías sociales que pudiesen comprometer el principio de igualdad.

El sistema de salud colombiano, fundamentado en la Ley Estatutaria 1751 de 2015, en la cual se reconoce la salud como un derecho fundamental de los colombianos y bajo la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) adoptada mediante Resolución 429 de 2016, le apuesta a la estrategia de APS con enfoque familiar y comunitario para el logro de la integralidad en la atención y el bienestar de la población, la cual plantea la medicina familiar como la especialidad médica que más principios comparte con la APS, entre estos: accesibilidad, primer contacto, atención integral, continuidad, orientación familiar y comunitaria, coordinación, promoción y prevención, y atención apropiada; resaltando la pertinencia de mejorar los procesos de educación en medicina familiar y comunitaria (Hernández-Rincón et al., 2019, p. 7). En esta misma línea, se establecen las rutas integrales de atención en salud en las que se definen una serie de intervenciones individuales, colectivas, poblacionales y de gestión, requeridas para la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, atención y rehabilitación, acciones que en gran medida deben ser implementadas por el médico especialista en Medicina Familiar al ser puerta de entrada al sistema de salud (MinSalud, 2018, p. 2). Para el 2019, se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITÉ), en el cual se promueven los principios de la APS, el enfoque en salud familiar y comunitaria y por lo tanto el rol del médico de familia como eje fundamental dentro del sistema de salud (MinSalud, 2019, p. 3).

El documento se refiere, en primer lugar, al concepto de comunidad y en razón a esto se plantean cinco competencias que todo médico familiar debe desarrollar para el trabajo comunitario: educar para la salud, promover la participación comunitaria, investigar y coordinar acciones en salud, liderar equipos multidisciplinarios y gestionar adecuadamente los recursos.

Esta reflexión surge de un proceso de análisis crítico que se desarrolla en el marco de la formación como especialistas de la tercera cohorte de Medicina Familiar de la UPTC, específicamente en la asignatura de proyecto comunitario a cargo de la docente Alba Nidia Triana, a quien expreso mi admiración y agradecimiento por su ardua labor en la construcción de un programa de Medicina Familiar, así como en la formación integral de especialistas con capacidad crítica y constructiva que respondan a las demandas del momento.

### **¿Qué es la comunidad para el médico de familia?**

El concepto de comunidad resulta dinámico, aunque algunos investigadores lo limitan a un grupo de personas que vive en determinada área geográfica, este ha evolucionado y define a una población que más allá de su asentamiento comparten ciertas características en común, disponen de recursos similares y tienen necesidades específicas, aun estando a distancias considerables. Causse (2009, p.18) afirma que dentro de la comunidad se presentan múltiples interacciones, independientes e influyentes que, en el marco y construcción de una cultura común, le generan al individuo el sentimiento de aceptación, protección, apoyo y pertenencia.

El anterior concepto incluye los tres elementos que caracterizan la definición de comunidad según Krause: “pertenencia, entendida desde la subjetividad como sentirse parte de, e identificado con; interrelación, es decir, comunicación, interdependencia mutua de sus miembros; y cultura común, vale decir, la existencia de significados compartidos” (2001, p. 49). Siendo este, un referente teórico de gran importancia para el ejercicio médico, por lo cual, es necesario que el médico familiar haya apropiado la concepción en función de sus técnicas y procesos de

abordaje comunitarios a la hora de iniciar una acción social en salud comunitaria.

La comunidad es un centro de intervención estratégico donde el médico de familia al participar o liderar acciones colectivas organizadas y coordinadas, haciendo uso de los recursos disponibles en la comunidad y en el territorio, lograría impactar en necesidades específicas, más allá del sector salud, sirviendo de puente entre individuo, comunidad, sistema de salud y gestionando en los ámbitos gubernamental y no gubernamental. No obstante, al reconocer que el logro de estos objetivos depende del conocimiento acerca de la comunidad, es necesario considerar que parte de la formación del especialista en Medicina Familiar se realice en el ámbito comunitario, que incluye la ruralidad, contribuyendo en la distribución equitativa del talento humano en salud (Targa et al., 2021, p.60).

## **Competencias del médico familiar en comunidad**

El concepto de medicina familiar se ha extendido hacia el desarrollo de competencias orientadas a la comunidad, con el propósito de establecer funciones desde la atención primaria y la atención primaria orientada a la comunidad. Es así, como dentro de los nueve principios de la medicina familiar planteados en 1981 por Ian McWhinney, se establece que el médico de familia tiene la capacidad de comprender el contexto de la enfermedad teniendo en cuenta los factores que determinan el estado de salud de individuos o poblaciones (Lovo, 2021, p. 103).

A su vez, Martín Zurro (2011, p. 9) hace referencia a la atención familiar y comunitaria como aquella que, desde una situación de proximidad a la población, enfoca sus actuaciones bajo la triple perspectiva: personal, familiar y colectiva, con una orientación estratégica hacia la mejora de la salud, concluyendo que la atención familiar y comunitaria se desarrolla esencialmente en el marco de la APS y constituye su elemento nuclear de intervención.

En este sentido, es pertinente que el médico familiar desarrolle competencias en los ámbitos de la educación, promoción de la salud y pre-

vención de la enfermedad, como promotor para la participación comunitaria, como investigador social para la acción desde un componente científico y como coordinador de equipos interdisciplinarios. Roles que deben estar integrados en la actualidad al sistema de salud colombiano y al Modelo de Acción Integral Territorial (MAITÉ).

## **El médico familiar como educador en salud para la promoción y la prevención**

La intervención del especialista en Medicina Familiar dentro de una comunidad empieza con un adecuado proceso de educación en salud, más allá de la información que pueda transmitir, se hace necesaria la construcción conjunta de saberes, como base estructural para el empoderamiento individual y colectivo, que a su vez es el fundamento del autocuidado y cuidado mutuo, uno de los pilares en la implementación de la Atención Primaria en Salud.

En las últimas décadas, con el estudio y comprensión de los determinantes sociales de la salud, la estrategia de educación se dirigió a la búsqueda del mayor control posible por parte de las personas sobre los aspectos que condicionan su salud, empezando por la generación de responsabilidad sobre su estilo de vida, de esta manera, surge la educación para la salud, una estrategia que se centra en la promoción de determinados comportamientos y el desarrollo de habilidades en los individuos para gestionar su salud, naturalizando el querer ser saludable (Gutiérrez Triana, 2018, p. 8). Dicha estrategia le permite al sujeto reconocer a nivel individual la importancia en la toma de decisiones sobre su propia salud, así se adhiere de una manera más efectiva a las acciones de promoción, prevención, tratamiento o rehabilitación, que hayan acordado con su médico de familia, pero, además, el logro de lo individual impacta en lo colectivo, ya que provoca cambios en las condiciones sociales, económicas y ambientales de una comunidad.

**Figura 5**

*Educación en salud: Epigenética y Neurodesarrollo a funcionarios y personal de salud del municipio de Motavita*



*Nota. Equipo de residentes de Medicina Familiar de la UPTC en el proyecto comunitario del municipio de Motavita (Boyacá), 2022.*

Zemelman (2012), en su conferencia sobre historia y autonomía, menciona el papel del hombre en la construcción de su realidad, un proceso en el que, a partir del conocimiento consciente y sus comportamientos, surgen relaciones y se determina su papel dentro de la sociedad. Sin embargo, el rol no debe definir al sujeto, ya que es una imposición social, es el sujeto quien ha de tener la capacidad de reconocerse, determinar su función y construir su propia realidad. Lo anterior, se relaciona con el papel educativo del médico familiar en el sentido en que las recomendaciones de cambios en el modo de vida y los mismos tratamientos se convierten en imposiciones si el sujeto no es capaz de encontrar el significado de estas acciones y la repercusión para su salud, o si, por el contrario, solo se limita a aceptar y no construye ni aporta para el mejoramiento de sus condiciones de vida.

Los sujetos individuales, colectivos e institucionales son una construcción de experiencias, determinadas por su relación con los entornos y las condiciones sociales, culturales, políticas y económicas en las que se desarrollan. Es el sujeto un todo, que tiene unos conocimientos previos y en quien no solo encontramos enfermedades o factores de

riesgo, sino que también es esta una fuente de recursos para potenciar habilidades. Dicha aseveración surge al reconocer el enfoque basado en activos, el cual toma cada vez mayor importancia en la práctica médica individual y comunitaria, al centrarse en identificar lo que sí funciona y potenciarlo (Cabeza-Irigoyen et al., 2016, p. 7); un enfoque que articulado con la estrategia de educación para la salud permitiría el logro de mejores resultados para el bienestar colectivo.

En la formación del médico familiar es indispensable la adquisición de herramientas para la aplicación de la estrategia de educación para la salud, ya que, por su integralidad, el campo de acción del médico de familia es amplio y su papel dentro del sistema de salud se encuentra en todos los niveles de atención, con énfasis especial en niveles de baja complejidad conocidos anteriormente como primeros niveles, donde predominan y son esenciales las intervenciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con enfoque comunitario (Rodríguez, 2017, p. 830).

## **El médico familiar como promotor de la participación comunitaria para la salud colectiva**

La medicina familiar brinda una atención centrada en el individuo, puesto que valora de manera integral el contexto en que se desarrolla, es así como se constituye en uno de los medios de promoción para el mantenimiento de la salud de individuos y colectivos. Di-Leo (2009, p. 384) afirma que la promoción de la salud es una expresión democrática, donde cada sujeto se redefine y reflexiona acerca de los determinantes socioestructurales y la influencia de las prácticas individuales en sus condiciones de salud. De esta manera, comienza el desarrollo de acciones para la modificación de conductas, un proceso que se puede dar con acompañamiento y que a través de estrategias de información y educación contribuye en el reconocimiento y fortalecimiento de habilidades propias del individuo para el cuidado de sí mismo. Una consecuencia de un buen proceso educativo en salud es la participación comunitaria, donde el sujeto consciente de su realidad, pasa a la acción. Es así como para la transformación, se hace necesario el acompañamiento del mé-

dico familiar en los procesos de participación comunitaria y toma de conciencia para el cuidado y el autocuidado de la salud.

### Figura 6

*Diagnóstico participativo comunitario en salud en los municipios de Samacá y Motavita*



*Nota. Foto izquierda, equipo de residentes de Medicina Familiar de la UPTC en proyecto comunitario, vereda El Quite del Municipio de Samacá, 2022. Foto derecha, autodiagnóstico comunitario en salud, sector de Sotepanelas del municipio de Motavita, 2022 (estudiantes de internado rotatorio de APS de Medicina y cuarta cohorte de Medicina familiar – UPTC).*

En la conferencia de Alma Ata (1978, p. 3) se reconoce el derecho y deber del pueblo de participar individual y colectivamente tanto en la planificación como en la aplicación de su atención en salud, por lo cual se puede afirmar que la participación es base fundamental para el logro de la corresponsabilidad social, la cual permitiría alcanzar mayores niveles de satisfacción en los individuos y comunidades, mayor autodependencia e interdependencia, que a su vez llevan a un desarrollo humano sostenible.

El proceso empieza desde el consultorio, donde se anima al individuo en la toma de conciencia para que aporte y decida sobre su salud. Esto es posible a través de la construcción conjunta (médico-paciente) de los planes de cuidado y tratamiento. De igual manera, durante la atención familiar se han de fomentar acciones de participación, que contribuirán al reconocimiento de cada uno de los miembros de la familia para favorecer así el cuidado mutuo y fortalecer la cohesión familiar.

Fuera del consultorio, la función del médico como generador de participación se hace más compleja y necesaria, en tanto que se constituye en un profesional de gran importancia para el sistema de salud colombiano. En este sentido, debe partir del conocimiento de los determinantes sociales de la salud y las características propias de la comunidad para convertirse en un aliado en los procesos de transformación social y cultural de los colectivos y sectores poblacionales más vulnerables. No necesariamente es el médico familiar quien convoca a la comunidad en los procesos de intervención, gestión, educación y promoción, aunque en ocasiones lo hará, se hace referencia, más bien, al impacto que tiene su acompañamiento dentro de las organizaciones comunitarias, cuyo objetivo está orientado a fortalecer los procesos de educación y concientización para el cambio, mediante la cooperación y continuidad en la acción social. Se busca que la comunidad asuma la responsabilidad de velar por una salud colectiva y la disminución de las inequidades sociales y económicas, con el fin de alcanzar calidad de vida hacia sí misma y hacia la sociedad en general.

Restrepo y Vega (2009, p. 162) afirman que, si bien se reconocen los impactos de la participación en los resultados de salud, existen limitaciones para su desarrollo. A pesar de los esfuerzos de las organizaciones de salud y de las instituciones académicas, aún se evidencia incoherencia entre la teoría y la práctica; los recursos, espacios, mecanismos y herramientas para promover y desarrollar la participación comunitaria en ocasiones resultan limitados o rígidos, sin embargo, en Colombia, no se puede desconocer el gran avance que se ha tenido en este aspecto en los últimos años.

En este orden, Reiner et al. (2019, p. 230) exponen que algunas de las actividades que fortalecen la labor comunitaria son la identificación de los líderes y de las necesidades de aprendizaje, la elaboración del análisis integral de la situación de salud, el desarrollo de estrategias de comunicación social, la aplicación del método investigación-acción participativa para la solución de los problemas, la evaluación sistemática de las acciones propuestas y el impacto en los niveles de salud de la población. Esto es, en otras palabras, lograr que la participación comunitaria esté presente en todas las etapas de los procesos de acción

social, en el diagnóstico, diseño o planeación, aplicación o acción, y evaluación y seguimiento, pues de la continuidad del proceso participativo dependerá su éxito.

## **El médico familiar como investigador y coordinador de acciones en salud**

Lo que se conoce y aplica hoy en día en la medicina es el resultado de procesos rigurosos de investigación científica, sin embargo, gran parte de experiencias, información y resultados pasan desapercibidos, pues no siempre se reconoce que muchas de las acciones de la cotidianidad corresponden a acciones investigativas. El médico de familia al desempeñarse en diferentes entornos, intra y extramurales, tiene la posibilidad de desarrollar investigación tanto cuantitativa como cualitativa, convirtiéndose en un sujeto activo no solo en el área asistencial sino también en la académica y científica.

### **Figura 7**

*Diagnóstico participativo comunitario en salud con líderes de la vereda el Quite del municipio de Samacá y zona centro del municipio de Motavita (Boyacá)*



*Nota. Foto izquierda, autodiagnóstico comunitario en salud con la comunidad de la zona centro del municipio de Motavita, 2022 (Estudiantes de internado rotatorio de APS de Medicina y residentes de Medicina Familiar). Foto derecha, equipo de residentes de Medicina Familiar de la UPTC de proyecto comunitario, Vereda el Quite del Municipio de Samacá, 2021.*

La comunidad no es solo un objeto de estudio, sino que pasa a ser sujeto cuando se permite y promueve su participación, para este propósito, el médico familiar cuenta con diferentes habilidades sociales y una base epistemológica profunda, como criterio riguroso en la construcción y ejecución de proyectos de investigación médica, epidemiológica y social, que servirán de soporte en la validación e implementación de acciones colectivas o individuales desde la Atención Primaria en Salud.

La investigación mejora la práctica del médico de familia, incrementa la calidad asistencial, estudia y revela situaciones complejas, permite conocer las realidades individuales y sociales, pero, sobre todo, permite involucrar a la comunidad para el diagnóstico y solución de diferentes problemáticas de salud en el ámbito familiar y social (Saura, 2008, p. 125).

Por otra parte, entendiendo la salud como un completo estado de bienestar físico, mental y social, esta se convierte en la condición principal para que las personas puedan desarrollar una vida con dignidad, que es finalmente el objetivo principal del desarrollo humano. Sin embargo, la salud depende tanto del individuo como de la comunidad, las instituciones y el Estado, por lo cual, el rol del médico familiar como coordinador no se limita a un centro de salud, sino que se dispersa hacia la comunidad, otros sectores y entidades gubernamentales, ya que logra establecer relaciones horizontales para articulación y ejecución de acciones en salud.

Vale la pena resaltar que el papel como investigador va de la mano con el de coordinador, puesto que toda estrategia, programa, política o acción en salud debe tener un fundamento científico válido para poderse aplicar (Segura-Fragoso, 2014, p. 87), y el conocimiento generado durante cada fase de un proceso de investigación representa experiencia, que a la hora de coordinar acciones en salud determinará su éxito o fracaso.

## **El médico familiar como líder de equipos multidisciplinarios**

Los procesos comunitarios en salud exigen la disponibilidad y el compromiso de un equipo multidisciplinario que trabaje de manera coordinada y continua por, para y con la comunidad. Todo equipo debe tener un líder y los equipos de salud no son la excepción, de esto depende que las iniciativas crezcan y contribuyan al logro del desarrollo, sin embargo, no todos los sujetos asumen el rol de líder, además, el éxito del mismo va a depender en parte de la capacidad y motivación de los integrantes del equipo, siendo necesario que quien dirige, reconozca y se adapte ante las diferentes situaciones, ante las características y capacidades de los miembros de su equipo y ante el momento en el que ejerce su función (Menárguez y Saturno, 1998, p. 639).

El profesional médico ha sido considerado líder por naturaleza, pero en realidad, no es poco común observar deficiencias en la formación para la gestión y liderazgo en los programas de pregrado en Medicina, puesto que muchas veces la educación se centra en la atención específica de enfermedades y se olvida que del otro lado hay un ser humano, una familia y una comunidad con capacidad crítica.

Un médico familiar líder es aquel que cuenta con la capacidad de proponer, guiar, y organizar a un grupo de individuos para el trabajo por un objetivo común; es una persona apasionada por la salud comunitaria que logra inspirar y motivar a su equipo para favorecer la participación activa de cada sujeto, pero, que además tiene una visión clara de futuro y comprende las implicaciones de sus decisiones para la salud de un colectivo (Molina-Rodríguez, 2007, p. 45).

### Figura 8

*Residentes de Medicina Familiar de la UPTC y funcionarios de Comisaria de Familia del municipio de Motavita: informe sobre seguimiento a familias priorizadas*



*Nota. Fotografía equipo de residentes de Medicina Familiar de la UPTC en proyecto comunitario municipio de Motavita (Boyacá), 2022*

El trabajo en comunidad exige la capacidad de liderazgo del médico familiar, quien debe poner en práctica sus habilidades políticas, empáticas y comunicativas, tener capacidad de escucha, ser flexible para adaptarse a los cambios, ser ejemplo de trabajo en equipo, ejercer su autoridad sin marcar jerarquías de poder absoluto, ganar la confianza de los demás a través de su compromiso, colaboración, toma de buenas decisiones y disciplina, no solo dentro del equipo multidisciplinario, sino dentro de la comunidad u organización social. Todas estas características aportan en la construcción de relaciones interpersonales positivas, además de producir satisfacción en el líder y en cada uno de los miembros del equipo.

### **El médico familiar como gestor de recursos**

Este es un aspecto fundamental incluido dentro de la cuádruple meta en salud: satisfacción del usuario, mejora en la salud de la población, mejora en la vida laboral de los proveedores de atención médica y uso adecuado de recursos (Bodenheimer y Sinsky, 2014, p. 573). Al ser la medicina familiar la puerta de entrada al sistema de salud, se les con-

fiere una gran responsabilidad a estos especialistas en el manejo de recursos, debido a que abordan al individuo en todas las etapas del ciclo vital sin distinción por tipos de patología, se espera que sean resolutivos en un 80 % a 90 % y que además hagan uso correcto de los recursos diagnósticos y terapéuticos disponibles.

### Figura 9

*Planeando una línea sobre alimentación como categoría de promoción de la salud comunitaria (huertas)*



*Nota. Fotografía equipo de residentes de Medicina Familiar de la UPTC en proyecto comunitario en el barrio Los Patriotas de la ciudad de Tunja, 2022.*

Los gastos excesivos e innecesarios de recursos son parte del día a día en el ejercicio médico, sin embargo, muchos de estos resultan dañinos para el paciente, además de afectar la estabilidad económica del sistema de salud. Esta situación se puede atribuir a creencias y miedos del paciente, al considerar que servicios más especializados o técnicos le solucionarán mejor sus problemas de salud; pero también, puede existir temor por parte del médico a errar en sus diagnósticos o manejos, a ser demandado o a no satisfacer las solicitudes del usuario.

Según Gérvas et al. (2020, p. 1238) “Saber no hacer es ciencia y arte que se enseña poco y se practica menos”, esto hace referencia a

la importancia que tiene para el médico forjar la habilidad del saber decidir cuándo no intervenir o cuándo esperar. Con respecto a dicho enunciado, el médico de familia tiene una ventaja grande, como es, la longitudinalidad y continuidad en la atención propias de su especialidad, aspecto que le permite tener un mejor conocimiento respecto a los antecedentes y determinantes específicos de cada paciente, además de darle la oportunidad de esperar en ocasiones la evolución de los síntomas para decidir acerca de la necesidad de pruebas o tratamientos, pues el paciente continuó en contacto con su médico.

De igual manera, la implementación de la estrategia de Atención Primaria en Salud demanda de trabajo a nivel comunitario en el contexto de la vida real y no en un consultorio, donde con seguridad se pueden lograr la mayoría de cambios para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, cuestión que impacta en el gasto de recursos en salud y en la calidad de vida de las personas, función que corresponde en gran medida al médico familiar, quien es la figura del sistema que en el futuro estará inmersa en la comunidad gestionando este tipo de transformaciones.

## **Conclusiones**

El médico de familia atiende a individuos, familias y comunidades, partiendo del análisis de las relaciones que se dan entre estos, propone estrategias de cambio, no se centra en la enfermedad, sino que considera al sujeto como un todo, que requiere más que la atención en un consultorio para lograr su desarrollo dentro de una sociedad.

El concepto de comunidad es clave dentro de la formación del médico familiar, es necesario desligarla de un área geográfica determinada y considerar que hace referencia a un grupo de personas que comparten características, recursos y necesidades específicas, para de esta manera enfocar los estudios y acciones en salud dentro de la misma.

Así mismo, se deben comprender las competencias del médico familiar para el abordaje comunitario, siendo algunas de estas: educar en salud para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, pro-

mover la participación comunitaria individual y colectiva, investigar y proponer acciones en salud, liderar equipos multidisciplinarios y ser gestor de recursos. No obstante, estas no son las únicas competencias del médico de familia, como se ha mencionado, su campo de acción es amplio y dinámico, en gran parte determinado por su posición dentro del sistema de salud, la región donde se encuentre y las demandas específicas de cada comunidad.

## Referencias

- Bodenheimer, T. y Sinsky, C. (2014). From Triple to Quadruple Aim: Care of the Patient Requires Care of the Provider. *The Annals of Family Medicine*, 12 (6), 573-576. <https://doi.org/10.1370/afm.1713>
- Cabeza-Irigoyen, E., Artigues-Vives, G., Riera-Martorell, C., Gómez-Alonso, M., García-Salom, E., Vidal-Thomàs, C., Coll-Pons, M., García-Pineda, A., Janer-Llobera, J. M., March-Llull, S., Mascaró-García, A., Moncada-Ocanto, E. E., Riera-Sampol, A. y Salas-Valero, A. (2016, 11 de febrero). Guía para la elaboración del mapa de activos en salud en las Islas Baleares. Govern de Illes Balears. <https://saludcomunitaria.wordpress.com/2016/02/11/guia-para-la-elaboracion-del-mapa-de-activos-en-salud-en-las-islas-baleares/>
- Cause Cathcart, M. (2009). El concepto de comunidad desde el punto de vista socio-histórico-cultural y lingüístico. *Ciencia en su PC*, 3, 12-21. <https://www.redalyc.org/pdf/1813/181321553002.pdf>
- Di-Leo, P. F. (2009). La promoción de la salud como política de subjetividad: constitución, límites y potencialidades de su institucionalización en las escuelas. *Salud Colectiva*, 5(3), 377-389. <https://www.scielosp.org/article/scol/2009.v5n3/377-389/>
- Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia [UPTC]. Especialización en Medicina Familiar. (2020). [http://www.uptc.edu.co/facultades/f\\_salud/posgrado/medi\\_familiar/inf\\_general/index.html](http://www.uptc.edu.co/facultades/f_salud/posgrado/medi_familiar/inf_general/index.html)

- Gallo Vallejo, F. J., Altisent Trota, R., Díez Espino, J., Fernández Sánchez, C., Foz i Gil, G., Granados Menéndez, M. I. y Lago Deibe, F. (1999). Perfil profesional del médico de familia. *Revista Atención Primaria*, 26(4), 236-245. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-perfil-profesional-del-medico-familia-14766>
- Gérvas, J., Luzón Oliver, L. y Pérez Fernández, M. (2020). Medicina de Familia y Comunidad y su papel en evitar los excesos sanitarios (preventivos, diagnósticos, terapéuticos y rehabilitadores). *Ciência & Saúde Coletiva*, 25(4), 1233-1240. [https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232020000401233](https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232020000401233)
- Gutiérrez Triana, D. V. (2018). *Marco conceptual y metodológico para el desarrollo de la educación para la salud de las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS) - Orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas* – [PDF]. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/directrices-educacion-pp.pdf>
- Hernández-Rincón, E. H., Muñoz-Abril, Y. C., Avella-Pérez, L. P. (2019). Rol del médico familiar en el nuevo modelo integral de atención en salud en Colombia. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 35(3), 1-16. <http://www.revmgj.sld.cu/index.php/mgi/article/view/466/270>
- Krause Jacob, M. (2001). Hacia una redefinición del concepto de comunidad -cuatro ejes para un análisis crítico y una propuesta. *Revista de Psicología*, 10(2), 49-60. <https://www.redalyc.org/pdf/264/26410205.pdf>
- Lovo, J. (2021). Ian McWhinney: los nueve principios de la medicina familiar. *Archivos en Medicina Familiar*, 23(2), 101-108. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=95967>

- Martín Zurro, A. y Jodar Solá, G. (2011). Atención primaria de salud y atención familiar y comunitaria, atención familiar y salud comunitaria (pp. 3-16). Elsevier. [https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1\\_0.pdf](https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2018-02/1_0.pdf)
- Menárguez, J. F., Saturno, P. J. (1998). Características del liderazgo de los coordinadores de centros de salud en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Atención Primaria*, 22(10), 636-641. <https://www.elsevier.es/en-revista-atencion-primaria-27-articulo-caracteristicas-del-liderazgo-los-coordinadores-14988>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2018). Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos de la Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la Salud y la Ruta Integral de Atención en Salud para la Población Materno Perinatal y se establecen las directrices para su operación. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-3280-de-2018.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2019). Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud – PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial [MAITE]. [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%202626%20de%202019.pdf)
- Molina-Rodríguez, J. F. (2007). *Liderazgo en servicios para una mejor salud* [ponencia]. Centro de Investigación en Sistemas de Salud (CISS), México. [http://tie.inspvirtual.mx/recursos/ciclo\\_videoconferencias/vci\\_anteriores/10/03-Dr-Molina.pdf](http://tie.inspvirtual.mx/recursos/ciclo_videoconferencias/vci_anteriores/10/03-Dr-Molina.pdf)
- Organización Mundial de la Salud. (1978, 6-12 de septiembre). Atención Primaria en Salud, Alma Ata. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39244/9243541358.pdf;jsessionid=E868D-D2B980B87961D1992FE533545A5?sequence=1>

- Padilla-Llano, S. E. (2019). Ensayo sobre el concepto de comunidad. *Redicuc*, 1-5. <https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/2502>
- Reiner Hernández, L., Cruz Caballero, B. A. y Orozco Muñoz, C. (2019). La participación comunitaria como eje de la atención primaria de la salud. *EDUMECENTRO*, 11(1), 2018-233. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2077-28742019000100218](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-28742019000100218)
- Restrepo Vélez, O. y Vega Romero R. (2009). Participación social y comunitaria en Atención Primaria en Salud - APS. Bogotá: para la muestra un botón. *Revista de Gerencia Política en Salud*, 8(16), 153-164. <http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v8n16/v8n16a09.pdf>
- Rodríguez Vargas, L. E. (2017). Atención preventiva y promoción de la salud por médicos del posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria en el primer nivel de atención en Chimborazo. *Medisur*, 15(6), 826-832. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180054696011>
- Saura Llamas, J. (2008). El médico de familia como investigador. *Archivos en Medicina Familiar*, 10(4), 125-126. <https://www.mediagraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf084a.pdf>
- Segura-Fragoso, A. (2014). Investigación en Atención Primaria. *Revista Clínica de Medicina Familiar* 7(2), 86-88. <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v7n2/editorial.pdf>
- Targa, L., Santos, N., Schwalm, F., Barros, E., La Porta, V., Toscani, G., Falavigna, A. y Camargo, T. (2021). Rural medical internship in Serra Gaúcha: the experience of the Universidade de Caxias do Sul. *Semina ciencias biológicas e da Saude*, 42(1), 59-70. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/es/biblio-1247929>
- Zemelman, H. (17 de mayo de 2012). *Historia y autonomía en el sujeto* [Video]. Canal OtroMundoSiEsPosible. Youtube. <https://www.youtube.com/watch?v=tIrKmPZC5j4>

**Figura 10**

*Visita domiciliaria, seguimiento a paciente de familia priorizada: residentes de Medicina Familiar de la UPTC*



*Nota. Fotografía del grupo de residentes del proyecto comunitario en el municipio de Motavita (Boyacá), 2021.*

**Figura 11**

*Visita domiciliaria a familiar priorizada en Motavita (Boyacá)*



*Nota. Fotografía del grupo de residentes del proyecto comunitario del municipio de Motavita (Boyacá), 2021.*