

Medicina familiar: Conceptualización, experiencias y práctica pedagógica en formación comunitaria



Alba Nidia Triana-Ramírez
Ludy Alexandra Vargas-Torres
(Compiladoras)



**Medicina Familiar: Conceptualización,
experiencias y práctica pedagógica en
formación comunitaria**



Alba Nidia Triana-Ramírez
Ludy Alexandra Vargas- Torres
(Compiladoras)

Universidad Pedagógica y Tecnológica de
Colombia
2023



Medicina familiar: Conceptualización, experiencias y práctica pedagógica en formación comunitaria / Family medicine: Conceptualization, experiences and pedagogical practice in community training / Triana-Ramírez, Alba Nidia; Vargas-Torres, Ludy Alexandra (Compiladoras) Tunja: Editorial UPTC, 2023. 172 p.

ISBN (ePub) 978-958-660-760-5

Incluye referencias bibliográficas

1. Medicina Familiar. 2. Atención primaria en salud. 3. Rutas de atención integral. 4. Pedagogía social. 5. Visita domiciliaria. 6. Masculinidades.

(Dewey 610 / 21) (THEMA MBPC - Medicina general y de familia)



Uptc[®]
Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia



**Dirección de
Investigaciones**



Primera Edición, 2023

Versión digital

Medicina familiar: Conceptualización,
experiencias y práctica pedagógica en formación
comunitaria

Family medicine: Conceptualization, experiences
and pedagogical practice in community training

ISBN (ePub) 978-958-660-760-5

Colección Académica UPTC N.º 1

Proceso de arbitraje doble ciego

Recepción: octubre 2021

Aprobación: febrero de 2022

© Alba Nidia Triana-Ramírez, 2023

© Ludy Alexandra Vargas-Torres, 2023

© Claudia Tatiana Salamanca Velandia, 2023

© Catalina Ascanio Noreña, 2023

© Nora Badoui Rodríguez, 2023

© Francly Nelly Pérez Becerra, 2023

© Ximena Giraldo González, 2023

© Olga Lucía Peña Torres, 2023

© Universidad Pedagógica y Tecnológica de
Colombia, 2023

Editorial UPTC

Edificio Administrativo – Piso 4

La Colina, Bloque 7, Casa 5

Avenida Central del Norte 39-115, Tunja, Boyacá

comite.editorial@uptc.edu.co

www.uptc.edu.co

Rector, UPTC

Enrique Vera López

Comité Editorial

Dr. Carlos Mauricio Moreno Téllez

Dr. Jorge Andrés Sarmiento Rojas

Dra. Yolima Bolívar Suárez

Mg. Pilar Jovanna Holguín Tovar

Dra. Nelsy Rocío González Gutiérrez

Dra. Ruth Maribel Forero Castro

Dr. Óscar Pulido Cortés

Mg. Edgar Nelson López López

Editor en Jefe:

Ph. D. Witton Becerra Mayorga

Coordinadora Editorial:

Mg. Andrea María Numpaque Acosta

Subcomité Especializado de Evaluación de Obras

Facultad de Ciencias de la Salud

Ph. D. César Armando Rey Anacona

Ph. D. Fred Gustavo Manrique Abril

Ph. D. Giomar Maritza Herrera Amaya

Mgs. Lina Fernanda Sánchez Barrera

Ph. D. Bibiana Matilde Bernal Gómez

Corrección de Estilo

Sulay Marcela Labrador Palma

Diseño y diagramación:

Editorial JOTAMAR S.A.S.

Calle 57 No. 3 - 39.

Tunja - Boyacá - Colombia.



Libro financiado por la Vicerrectoría de Investigación y Extensión - Dirección de Investigaciones de la UPTC. Se permite la reproducción parcial o total, con la autorización expresa de los titulares del derecho de autor. Este libro es registrado en Depósito Legal, según lo establecido en la Ley 44 de 1993, el Decreto 460 de 16 de marzo de 1995, el Decreto 2150 de 1995 y el Decreto 358 de 2000.

Libro resultado de procesos académicos

Citar este libro / Cite this book

Triana-Ramírez, A. & Vargas-Torres, L. (Comps) (2023). *Medicina familiar: Conceptualización, experiencias y práctica pedagógica en formación comunitaria*. Editorial UPTC.

doi: <https://doi.org/10.19053/9789586607605>



Resumen

La Medicina Familiar es una especialidad médica que proporciona atención continua e integral al individuo, la familia y las comunidades, abarca todas las edades, géneros y problemas clínicos. Asimismo, toma como base para su ejercicio profesional la Atención Primaria en Salud (APS) e integra las ciencias biológicas, clínicas y el comportamiento, desde el modelo biopsicosocial, el enfoque de los determinantes sociales de la salud y los objetivos del desarrollo sostenibles. Este libro muestra algunas dinámicas conceptuales, basadas en experiencias y prácticas pedagógicas para la formación comunitaria del especialista en Medicina Familiar con el sentido de aportar fundamentos epistemológicos y metodológicos para el abordaje comunitario. A partir de escenarios en los territorios (urbanos y rurales), sociales e institucionales, se promueve en el componente formativo una atención integral individual, familiar y particularmente comunitaria y una prestación del servicio de salud humanizada.

Palabras clave: Medicina Familiar, Atención Primaria en Salud, Rutas de Atención Integral, Pedagogía social, individuo, familia, comunidad, determinantes sociales de la salud, visita domiciliaria, masculinidades.



Abstract

Family Medicine is a medical specialty that provides continuous and integral attention to the individual, the family and the communities, covers all ages, genders and clinical problems. Also, take Primary Health Care as a basis for their professional practice (APS) and integrates the biological, clinical and behavioral sciences, from the biopsychosocial model, the approach of social determinants health and sustainable development goals. This book shows some conceptual dynamics, based on experiences and pedagogical practices for the community formation of the specialist in Family Medicine with the aim of providing epistemological foundations and methodologies for the community approach. starting scenarios in the territories (urban and rural), social and institutional, promotes individual comprehensive care in the training component, family and particularly community and provision of the service of humanized health.

Keywords: Family Medicine, Primary Health Care, Routes Comprehensive Care, Social pedagogy, individual, family, community, social determinants of health, home visit, masculinities.



CONTENIDO

Introducción	8
1. Competencias del médico familiar para el abordaje comunitario <i>Claudia Tatiana Salamanca Velandia</i>	15
2. Medicina Familiar en pregrado de medicina: familia Pérez Rodríguez y recursos no sanitarios <i>Catalina Ascanio Noreña, Nora Badoui Rodríguez</i>	35
3. Intervenciones de salud mental: Ruta de promoción y mantenimiento de la salud de la vejez en Busbanzá <i>Francy Nelly Pérez Becerra</i>	60
4. Proyecto comunitario: Una experiencia pedagógica para la formación de médicos familiares <i>Alba Nidia Triana Ramírez, Ludy Alexandra Vargas Torres</i>	85
5. La visita domiciliaria: una técnica vital para la intervención del médico familiar <i>Ximena Giraldo González</i>	123
6. La masculinidad como determinante social en salud <i>Olga Lucia Peña Torres</i>	146

Figura 1

Taller de autodiagnóstico en salud en el municipio de Motavita



Nota. Equipo de residentes del proyecto comunitario del municipio de Motavita 2022, zona centro (Cuarta cohorte Especialización de Medicina Familiar)

Figura 2

Actividad para disminuir el estrés, docentes de básicas en el municipio de Motavita (Boyacá).



Nota. Equipo de residentes del proyecto comunitario del municipio de Motavita, abril de 2022



Introducción

*El conocimiento es una aventura
incierta que conlleva en sí misma y
permanentemente el riesgo de ilu-
sión y de error. (Morín)*

La atención primaria orientada a la comunidad (APOC) es un tema poco tratado en Colombia. En términos generales, la praxis se ha orientado a la Atención Primaria en Salud, pero el énfasis comunitario tiene muy poca relevancia en el campo de la medicina general y la medicina familiar. Es necesario reconocer que la APOC surgió en la década de “los años de 1940 como una extensión de la medicina familiar, gracias al trabajo de dos médicos de familia, S. L. Kark y E. Kark, en una zona rural de Sudáfrica. Los conceptos básicos y la metodología se desarrollaron gracias a la aplicación conjunta de la epidemiología y de las ciencias sociales y del comportamiento” (Gofin y Gofin, 2007, p. 178).

Desde la Declaración de Alma Ata en 1978, y posteriormente, con la adopción de la renovación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) en 2003, la Organización Mundial de la Salud (OMS) estableció los lineamientos teóricos y prácticos entre los cuales se reconoce: “la importancia del papel en la promoción de la equidad en salud y del desarrollo humano..., y se propone garantizar el primer contacto del usuario con el sistema, tomando a las familias y comunidades como base para la planificación y la acción” (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2007, p. iii). Aún en la actualidad, se expresan amplias dificultades en la comprensión del rol educativo, pedagógico y asistencial que, en el contexto de la medicina comunitaria, el médico general y familiar debe desarrollar como competencia profesional. Por esta razón, la APOC debe realizar avances significativos en la teoría y la práctica que le permitan fortalecer la perspectiva filosófica, epistemo-

lógica y metodológica, en función de una clara respuesta a los equipos de APS, salud familiar y comunitaria y particularmente respecto del rol médico familiar en estos procesos.

Hay que reconocer que en Colombia y América existe un variado número de experiencias en acciones sociales orientadas a la educación y el desarrollo comunitario, entre las que se destacan prácticas para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Sin embargo, es un hecho, que estas experiencias han permeado muy poco el ejercicio profesional de la medicina familiar, a pesar de que, para muchos países, el concepto de lo comunitario ha estado presente en el título académico del especialista: *Medicina Familiar y Comunitaria*.

De otro lado, la Especialización de Medicina Familiar, que, si bien no es reciente, el ascenso esperado es aún precario, si se le compara con el ritmo acelerado del desarrollo de otras especialidades médico quirúrgicas. A esto se suma la tendencia del enfoque bioclínico con sistemas de salud que privilegian la atención a la enfermedad y que ha caracterizado de manera hegemónica la formación del médico en la mayoría de los países del mundo.

En el contexto de la discusión para la formación de un médico general y familiar, que responda a las exigencias básicas en la prestación de los servicios de salud, desde el enfoque integral y que incluya al individuo, la familia y la comunidad, es función de las instituciones académicas armonizar e innovar los procesos pedagógicos de cara a la realidad de los determinantes sociales de la salud, las políticas públicas nacionales e internacionales y los objetivos del desarrollo sostenible, en función de la búsqueda hacia la equidad y el bienestar de las comunidades. En este sentido, la APS y la APOC, se constituyen en los marcos de referencia básicos para alcanzar las metas previstas desde el campo de la salud para el desarrollo humano.

La APOC es entendida como “la práctica integrada de la Atención Primaria en Salud, individual y familiar, con la salud pública cuando actúa localmente, dirigida a mejorar la salud de la comunidad como un todo... aporta una reorientación en la forma de prestar los servicios con base poblacional al dirigirlos a las principales necesidades de salud de

toda la población asignada o adscrita, con su participación progresiva y en coordinación con todos los servicios implicados en la salud o en sus determinantes” (De Peray y Montaner, 2016).

Es importante resaltar que la participación comunitaria es clave en el desarrollo de las acciones de las diferentes etapas del proceso. La base metodológica de la APOC se fundamenta en diversas experiencias obtenidas a través de las ciencias sociales y de la educación. Se relatan, entre otros procesos, definición y caracterización de la comunidad, identificación, análisis – priorización, planificación e implementación del plan de acción, seguimiento y evaluación.

El trabajo con familias y comunidades requiere de metodologías y pedagogías que contribuyan al establecimiento de abordajes pertinentes cuya base de la acción sea la educación. De manera reiterativa, se hace constar que, si bien la salud es el completo bienestar biopsicosocial, depende fundamentalmente de determinantes sociales y ambientales, es un hecho que existen condiciones de conciencia y autoconciencia que definen la vida y la cultura de las personas de manera particular. Es decir, que la concepción de cuidado y autocuidado de sí se constituye en una determinación ética y política de los individuos, las familias y las comunidades, lo que se encuentra ampliamente ligado a los procesos educativos y al ejercicio práctico de políticas públicas de largo alcance y proyección sociocultural.

El objetivo de este documento es comprender a través de la reflexión y la experiencia académica, la construcción conceptual y práctica de la acción social para la salud en perspectiva de la APS y de la APOC. La obra presenta una compilación de seis artículos que son el resultado de la producción de investigaciones de corte cualitativo (IAP) y documental; conduce a la reflexión y el análisis con aportes académicos del ámbito formativo en Medicina Familiar y Comunitaria. Resalta la importancia de formar en procesos conceptuales que se fundamentan en el enfoque biopsicosocial, los principios básicos y el rol del médico familiar; la importancia de formar desde el pregrado en el enfoque de la Medicina Familiar; la construcción e implementación de la Ruta Integral de Atención (RIA); de Promoción y Mantenimiento de la Salud

(PYMS); los determinantes sociales de la salud y la pedagogía social como estrategia para la educación en salud.

Claudia Tatiana Salamanca Velandia, elabora una propuesta reflexiva sobre “las competencias del médico familiar para el abordaje comunitario”, un aporte que se crea a partir del seminario formativo de proyecto comunitario y del análisis de revisión documental. En su documento, plantea la importancia de tener un concepto claro de comunidad, ya que esta es el “centro de intervención estratégico, objetivo fundamental del médico de familia bajo los principios de la Atención Primaria en Salud y la salud integral comunitaria”. Concluye que las competencias del médico familiar en comunidad están orientadas a la educación para promoción de la salud y la prevención de la enfermedad con participación de la familia y la comunidad, así como la investigación y proponer acciones concretas orientadas a la solución de necesidades en salud.

Catalina Ascanio Noreña y Nora Badoui Rodríguez reconocen que la práctica médica debe cuestionar las condiciones de vida de las personas, de manera que les permitan incidir en esta. Presentan un caso clínico como experiencia pedagógica, con el cual se busca identificar los problemas de salud y potencialidades de un grupo familiar y sus individuos, así como el proceso de intervención integral.

Francy Nelly Pérez Becerra pone a disposición las lecciones aprendidas en el marco de la sistematización del proyecto de acción social, que se desarrolló en la práctica extramural de último semestre académico de la especialización de Medicina Familiar en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC). El eje del proceso de sistematización parte de las intervenciones del componente de Salud Mental (SM) de la Ruta Integral de Atención (RIA) de Promoción y Mantenimiento de la Salud (PYMS) de la vejez en el municipio de Busbanzá (Boyacá).

Alba Nidia Triana Ramírez y Ludy Alexandra Vargas Torres plantean la Pedagogía Social como una herramienta para la educación orientada a la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la atención individual, familiar y comunitaria. A través de la reflexión reiteran que la formación de médicos familiares requiere de un componente pedagógico para el desarrollo de competencias básicas para la acción social de

la salud, desde el enfoque de la teoría de los sistemas. Una mirada que realizan desde la práctica de medicina familiar comunitaria en contexto.

Ximena Giraldo González presenta una reflexión y análisis sobre su experiencia y práctica pedagógica de la visita domiciliaria como técnica para la intervención y formación de médicos familiares. Una propuesta de gran ayuda para el especialista en Medicina Familiar, teniendo en cuenta que la visita domiciliaria ha perdido interés en los últimos tiempos en la práctica médica.

El trabajo de Olga Lucía Peña Torres presenta una reflexión que va más allá de la práctica comunitaria misma. A partir de marcos conceptuales y un estado del arte, trata la importancia que tiene *la masculinidad como determinante social de la salud: un abordaje desde la medicina familiar*. La residente pone a consideración la comprensión de la conducta humana históricamente construida y definida en imaginarios sociales sobre cuestiones de género, traducida actualmente como determinante social con implicaciones en la salud.

Con beneplácito, la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), a través de su Centro de Investigaciones y Extensión (CIES), Escuela de Posgrados y Especialización de Medicina Familiar, presenta su primer tomo de documentos que corresponde a un compilado de artículos producidos por residentes, docentes y egresados del programa, que son el resultado de productos obtenidos de la investigación y sistematización de la experiencia pedagógica y comunitaria, práctica académica y reflexión crítica. Esta obra revela el ejercicio teórico práctico que supera las estructuras de los modelos hegemónicos en la formación médica y recupera la interdisciplinariedad en la acción comunicativa y pedagógica hacia un encuentro y convergencia de saberes.

Alba Nidia Triana Ramírez

Referencias

- Gofin, J. (1999). La orientación comunitaria de la atención primaria: un legado del Prof. S.L. Kark (1911-1998). *Revista Atención Primaria Vol. 23. Núm. 2., Páginas 57-105 (febrero 1999)*. <https://scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/177-185/>
- Gofin, J. y Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3)* <https://scielosp.org/pdf/rpsp/2007.v21n2-3/177-185/es>.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2007). La Renovación de la Atención Primaria en Salud. Documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa-unico-nacional-%20Especializacion-medicina-familiar.pdf>.
- Kark, S. L. (1981). *The practice of community-oriented primary health care*. Appleton-Century-Crofts.
- De Peray, J. L. y Montaner, I. (2016). Una mirada a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad. https://comunidad.semfyec.es/wp-content/uploads/Comunidad_-_Una-mirada-a-la-Atencion-Primaria-Orientada-a-la-Comunidad.pdf

Figura 3

Residentes de Medicina Familiar de la UPTC formando a docentes de básicas como formadores en Epigenética y Neurodesarrollo en el municipio de Motavita – Boyacá.



Nota. Equipo de residentes de proyecto comunitario del municipio de Motavita (Boyacá) mayo de 2021

Figura 4

Educación en salud ósea al personal asistencial de la Empresa Social del Estado del municipio de Motavita.



Nota. Equipo de residentes de proyecto comunitario del municipio de Motavita (Boyacá) mayo de 2022.



1. Competencias del médico familiar para el abordaje comunitario

Claudia Tatiana Salamanca Velandia¹

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-

¹ Médica, residente de la Especialización de Medicina Familiar, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. Correo electrónico: 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 multidisciplinares 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

- 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
- 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
- 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
- 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_antiores/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
- 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.medi-graphic.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.



2. Medicina familiar en pregrado de Medicina: familia Pérez Rodríguez y recursos no sanitarios

Catalina Ascanio Noreña², Nora Badoui Rodríguez³

Si bien, al especialista en Medicina Familiar se le ha reconocido un importante rol en el desarrollo e implementación de la Atención Primaria en Salud y en la atención primaria orientada a la comunidad, lo cierto es que este tipo de estrategias tienen sentido en tanto propician el encuentro y trabajo conjunto de diferentes profesiones, ocupaciones y especialidades de la salud, por lo cual la consideración sobre cómo desarrollar competencias para el abordaje familiar y comunitario debe ser llevada a todas las profesiones de la salud, incluyendo la medicina general y es justamente la formación en pregrado la que deja sentadas las bases para que los especialistas en medicina familiar, salud familiar u otros desarrollen con mayor profundidad el trabajo comunitario en salud.

Partiendo de ese postulado y de que el abordaje comunitario requiere de un anclaje en la atención individual, se presenta la siguiente experiencia de formación en un programa de pregrado en medicina. La experiencia se enmarca desde el punto de vista teórico en el modelo biopsicosocial, al considerar que este permite la articulación con la Atención Primaria en Salud y la atención primaria orientada a la comunidad; desde el punto de vista ontológico considera que el profesional en medicina debe reconocerse como parte de una red de cuidado y a la vez como ciudadano comprometido en la garantía del derecho a la salud; como referente pedagógico incorpora la enseñanza centrada en el estudiante.

- 2 Médica especialista en Medicina Familiar. Magíster en protección social. Especialista en pedagogía. Docente asistente Universidad Nacional de Colombia. Docente catedrática Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. cascanion@unal.edu.co, ORCID, <https://orcid.org/0000-0001-9365-8722>
- 3 Médica especialista en Medicina Familiar. Magíster en bioética. Docente auxiliar Universidad Nacional de Colombia. Docente Pontificia Universidad Javeriana. nbadoui@unal.edu.co nora.badoui@javeriana.edu.co, ORCID, <https://orcid.org/0000-0002-9066-0867>

Modelo biopsicosocial y enseñanza centrada en el estudiante

En 1977, el médico George Engel presentó el modelo biopsicosocial, el cual cuestionaba profundamente el raciocinio biomédico utilizado para el abordaje e intervención de las enfermedades. Según Engel, el modelo tradicional partía de la estricta división entre mente y cuerpo y se soportaba fundamentalmente en la biología molecular, comprendía la enfermedad solamente como una alteración anatómica y biológica estrictamente objetiva para la cual existían parámetros clasificatorios y protocolos de intervención. Para él esta visión era insuficiente, puesto que la enfermedad es un fenómeno complejo y para comprenderla, brindar cuidados y atención adecuada es perentorio considerar los aspectos de orden psicosocial que rodean a la persona enferma (Engel, 1977). Esto significa la incorporación de la dimensión subjetiva de la enfermedad y el sufrimiento (Epstein et al., 2004) y el conocimiento del contexto social en que las personas viven, trabajan y se recrean.

Engel sustentaba la importancia de la consideración de los aspectos psicosociales en los siguientes postulados:

- a. No siempre una alteración bioquímica produce molestias que sean reconocidas como enfermedad y algunas situaciones de orden psicosocial sí pueden llegar a serlo.
- b. Para poder establecer una relación entre los parámetros bioquímicos y clínicos se requiere de la comprensión de los aspectos contextuales del caso particular.
- c. La misma alteración biológica puede estar asociada a diferentes manifestaciones (signos y síntomas), lo que depende de las condiciones psicosociales de cada individuo.
- d. No siempre una vez restaurada la normalidad bioquímica o anatómica, las personas manifiestan sentirse sanas.
- e. En los resultados de cualquier intervención influyen aspectos relacionales entre médico y paciente.

La apuesta de Engel era llevar la comprensión de la enfermedad de un raciocinio reduccionista, analítico y especializado hacia uno que integrara tanto la dimensión subjetiva del malestar como la interacción con el contexto, en un ejercicio interdisciplinario y multisectorial (Epstein et al., 2004).

El modelo biopsicosocial explica la enfermedad desde la causalidad circular (Borrell-Carrió, 2002; Engel, 1977; Epstein et al., 2004); la enfermedad o enfermarse es un fenómeno con implicaciones y vivencias de orden biológico, psicológico y social, con una temporalidad diferente a la simple alteración biológica. Incluye la percepción del sufrimiento derivado del enfermarse, otorga poder al paciente dado que se plantea un plano de paridad en la toma de decisiones (Epstein et al., 2004) entre el profesional médico y el paciente (Borrell-Carrió, 2002; Epstein et al., 2004) y reconoce el rol de enfermo como determinante para buscar cuidado médico. Así mismo, el médico es consciente y cuidadoso en el uso de su poder (Borrell-Carrió et al., 2006).

Este enfoque requiere de la revaloración de la observación y las emociones en la relación asistencial (Tizón García, 2007) para que el lado subjetivo pueda ser explorado, analizado e intervenido. En este ejercicio se requiere muchas veces de la construcción de un “diagnóstico” por ejes (o multidimensional) que reconozca y otorgue lugar a cada uno de los aspectos o dimensiones que afectan la salud (Tizón García, 2007).

Poco a poco, estos cambios en la forma de comprender el proceso salud – enfermedad han producido transformaciones en la enseñanza médica, donde la disputa se encuentra entre el modelo flexneriano de educación médica: fragmentado en ciencias básicas y clínicas, concentrado en laboratorios y hospitales de alta complejidad, centrado en la memoria y en la autoridad del docente sobre el estudiante; y otros modelos educativos que permitan la comprensión e intervención psicosocial, que se forje la relación docente – estudiante y el aprendizaje significativo de manera horizontal.

Dichas transformaciones serían tanto en las habilidades o competencias a desarrollar como en el diseño y ejecución de la experiencia formativa. Borrell-Carrió et al. (2006) consideran que, para la aplica-

ción del modelo biopsicosocial, los profesionales en medicina deben desarrollar las siguientes habilidades:

- a. Habilidades clínicas con tono emocional adecuado. Para poder entrevistar y examinar en un marco de respeto.
- b. Capacidad para establecer relaciones de ayuda en tono de confianza, cordialidad y buen humor.
- c. Cultivo de la curiosidad empática, capacidad de esperar lo inesperado.
- d. Reconocimiento del sesgo propio y prejuicios derivados.
- e. Educación de emociones.
- f. Uso de la intuición formada. Capacidad de replantearse diagnósticos y tratamientos.
- g. Comunicación en lenguaje apropiado y asertivo para garantizar la comprensión y la toma de decisiones del paciente sobre su vida y salud.

La enseñanza debería incluir herramientas y elementos del pensamiento complejo, la causalidad circular (De Negri, 2017; Epstein et al., 2004), la teoría de sistemas (Engel, 1977); incluso se recomiendan procesos de autoconocimiento y manejo de emociones para poder construir relaciones terapéuticas saludables (Biderman et al., 2005).

Sobre el proceso de aprendizaje, las experiencias exitosas se fundamentan en una estructura curricular en espiral donde el estudiante sea expuesto varias veces al mismo fenómeno con progresividad en la profundidad y sofisticación, y en la que se logre la combinación entre escenarios clínicos de diferente complejidad, interacción con personas sanas y enfermas, familias y comunidades, y la práctica en escenarios comunitarios; con ello se pretende que los futuros médicos integren las acciones en salud promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación (Biderman et al., 2005; Tejo-Mejía et al., 2005), en las dimensiones individual, familiar y comunitaria (Bonal Pitz y Casado Vicente, 2004; Casado Vicente et al., 2012).

El propósito de una organización como esta es que cada nivel o ciclo de aprendizaje, integre los aprendizajes y dinámicas de la etapa previa y les agregue valor de forma progresiva (Casado V et al., 2002; Olivares O, 2017). Se espera que los estudiantes logren situar el conocimiento científico – técnico en el contexto particular de los pacientes mediante un análisis comprensivo del proceso salud – enfermedad, y que adicional a la perspectiva individual, desarrollen una de orden comunitario.

El docente tiene un rol como tutor – mentor, realiza su labor educadora mediante la supervisión y retroalimentación constante para la promoción de la autodirección del aprendizaje y el trabajo colaborativo (Sánchez Angarita, 2017). La pregunta que ronda el proceso enseñanza aprendizaje es ¿quién es el paciente? y ¿cómo se le puede ayudar?

Responsabilidades ciudadanas

La educación superior tiene además de unos fines utilitaristas (generar un ingreso), el deber de asegurar el desarrollo de las capacidades cognitivas, afectivas e intersubjetivas que le permitan al egresado progresar hacia la capacidad de creación social y cultural, así como la de participar en la vida política y desarrollar relaciones interpersonales gratificantes en un entorno de intimidad y esparcimiento (Allen, 2016; Meza, 2013).

Bajo esta mirada se comprende la educación como una herramienta que permite la igualdad y protección de la dignidad humana al preparar al estudiante para participar de todo aquello que constituye la vida: en el trabajo, en la vida política, en la sociedad, en las relaciones interpersonales (Meza, 2013; Nussbaum, 2001, 2010). Por otra parte, tiene que ser el tipo de ciudadano capaz de participar en los debates que involucren la vida y sus diferencias, en cualquiera de los roles que tiene en el mundo social, con capacidad de entender la diversidad de sus congéneres, la complejidad de los problemas y la necesidad de respuestas multiculturales y multidisciplinarias (Nussbaum, 2001).

El personal sanitario está en la obligación moral de preservar el bienestar emocional y físico de sus pacientes. Esto implica un conocimiento técnico científico que permita aliviar un síntoma, pero adicionalmente,

profesionales que se pregunten el porqué de las condiciones de salud de los pacientes y cómo resolverlas, intentando dar respuestas y soluciones de raíz; la búsqueda por el bienestar del paciente y su comunidad debe primar sobre los intereses de terceros, incluso cuando esto implique la confrontación con el modelo económico, político o judicial.

A su vez, el compromiso con el paciente es público en tanto que recuperar su salud impacta en su entorno y porque el paciente pertenece a un todo a manera de sistema interdependiente (May, 1992). Esto, por supuesto, no depende únicamente del servicio de salud, que en realidad no corresponde más que a una ínfima parte de lo que podría afectar la salud del paciente (Hexom, 2004; Mejía, 2013); es su entorno cultural, social, etc., el que mayor impacto tiene en determinar su bienestar, y si es deber del médico mantener la salud, ¿cómo puede desligarse de aquellas decisiones que influyan en dicho entorno?

Los modelos actuales de salud tienen en cuenta los determinantes sociales y los indicadores de desarrollo, incluyendo desigualdad e inequidad, como factor fundamental en los desenlaces en salud y aunque estos conceptos se han integrado a la formación, las ciencias sociales y humanas aparecen en segundo plano en la mayoría de los currículos de medicina. La educación médica debe por tanto incluir la discusión sobre los derechos, la injusticia social, la inequidad, la distribución y uso de los recursos, y las obligaciones de los individuos, comunidades y gobiernos (Couceiro y Muñoz, 2007), la formación debe permitir entablar diálogos con todos los sujetos de la sociedad en el contexto de los valores democráticos, teniendo siempre como objetivo principal respetar los derechos humanos y fomentar relaciones participativas que respeten la justicia social y maximicen la autonomía y los resultados en salud del paciente; la atención en salud tiene como obligación el empoderamiento de individuos, familias, y sus comunidades (Couceiro y Muñoz, 2007; Organización Mundial de la Salud, 2008).

Para Erik Krakauer (1992), el juramento de los médicos de ayudar a los enfermos y prevenir la injusticia hace que sea imposible desligar la medicina de la actividad política. Nos recuerda que la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial afirma que el médico debe preservar la salud de las naciones teniendo como primera considera-

ción la salud de su paciente y esto para el autor, hace evidente cómo se entrecruzan responsabilidades médicas y políticas. Nos recuerda además que históricamente ha habido una fuerte relación entre Estado y medicina, en ocasiones de forma dramática y criminal y que, teniendo en cuenta los avances tecnológicos y las implicaciones en salud de la globalización y los modelos económicos, los debates de protección a la sociedad no cesarán, debates de los cuales los médicos deben participar activamente para favorecer el bien de los individuos.

La Asociación Médica Americana (AMA) en la Declaración de Responsabilidades Profesionales, numerales 7 y 8, hace énfasis en las tareas del médico en cuanto a educar a la comunidad y los actores políticos y propender por cambios económicos, sociales, educacionales y políticos que mejoren la condición de los individuos (American Medical Association, 2001).

En 2010, el Consenso Global sobre la Responsabilidad Social en las facultades de medicina acordó los objetivos para orientar la responsabilidad social de la educación médica (Boelen y Woollard, 2011). Se propone que las facultades de medicina deben:

- “Dar respuesta a las necesidades de salud actuales y futuras y a las demandas de la sociedad
- Reorientar sus prioridades educativas, las de su investigación y de los servicios que provee a dichas necesidades
- Reforzar su gobernanza, así como su alianza con otros agentes sociales interesados
- Utilizar la evaluación y la acreditación basada en su desempeño y en los resultados obtenidos”

Esto supone la capacidad de ser flexibles y de ajustar periódicamente currículos de forma tal que puedan tener certeza de que están formando profesionales con las habilidades para dar respuesta a las necesidades locales (Alfonso Roca y García Barbero, 2021). Finalmente, esta responsabilidad deriva de la exigencia de la sociedad a las universidades en la promoción del bien público (Cruess y Cruess, 2004; Cruess y Cruess, 2008).

La medicina familiar como posibilidad

La crisis de los sistemas de salud, con baja capacidad resolutive y dificultades en la distribución de los recursos, obliga a considerar la necesidad de tener médicos con capacidad de participación, decisión y propugnación de las reformas necesarias para mejorar el bienestar de las naciones en términos sociales, económicos, políticos y educativos. Trasladado al contacto con pacientes y comunidades, implica un compromiso con la alfabetización sanitaria, el empoderamiento y la mejora de la participación comunitaria, todos estos elementos vitales para la organización de sistemas de salud mediante un modelo de Atención Primaria en Salud (APS), modelo que el Ministerio de Salud colombiano promueve desde su última reforma.

En Colombia, la Ley 1438 de 2011 establece la Atención Primaria en Salud como la estrategia que permite al sistema brindar una atención sanitaria integral e integrada; que incluye la prestación de servicios en todas las fases del proceso salud enfermedad (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación), con estrategias de participación comunitaria y acción inter y transectorial. Este tipo de atención tiene en el centro al paciente, su familia y su comunidad; debe ajustarse al contexto histórico, político, económico y socio-cultural, y tiene como actor fundamental para la operatividad de los equipos de salud al médico familiar.

La medicina familiar es una especialidad clínica fundamental en los sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud por su comprensión de la salud y la enfermedad como un proceso interdependiente del contexto, impactado por los determinantes sociales de la salud en los que se encuentra inmerso el individuo, e integra en su abordaje a las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento.

Ian McWhinney, considerado el padre de la especialidad, postuló nueve principios del ejercicio de la medicina familiar entre los que destacamos (Freeman, 2016);

1. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad. Esto implica preguntarse por las condiciones de

vida de las personas, cómo inciden en el proceso salud enfermedad y cuál es el origen de estas condiciones de vida. En este ejercicio se identifican aquellas situaciones que generan bienestar y promueven la salud, así como aquellas que son deletéreas. Como consecuencia de su análisis y por su compromiso con la mantención de la salud, quien es médico familiar debe indagar cómo lograr el mejor estado de salud de sus pacientes, lo cual pasa por cuestionarse cómo incidir en las condiciones de vida.

2. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
3. La salud es un estado de bienestar multidimensional y las personas se mantienen saludables o enferman, de acuerdo con el entorno en que viven (crecen, estudian, trabajan, se recrean, etc.). En esta lógica, crear salud no depende únicamente del sistema de salud, por el contrario, la asistencia sanitaria es apenas una parte de aquellos recursos que pueden fomentar o comprometer el bienestar; otros recursos son: la educación, la recreación, los espacios físicos, las conexiones sociales, los recursos espirituales, etc. Es así que, desde la medicina familiar, se comprende la asistencia sanitaria como uno de los múltiples actores y recursos que deben trabajar de manera articulada e integrada para asegurar la salud.
4. El médico de familia concede importancia a los aspectos subjetivos de la enfermedad. La salud no se comprende como la ausencia de alteraciones bioquímicas objetivas, sino como un estado de bienestar y funcionalidad que el paciente define de acuerdo con las expectativas que se plantea y en el cual los sentimientos y autopercepciones son centrales.
5. El médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria.

La educación para la salud es una herramienta que le confiere a individuos familias y comunidades capacidades para comprender la salud y la enfermedad, tomar decisiones orientadas para

proteger la salud y reconocer la exigibilidad del derecho a la salud. Resulta ser uno de los elementos fundamentales del proceso de empoderamiento de pacientes y comunidades.

La inclusión de la medicina familiar en pregrado responde a la necesidad del país y del sistema de salud de tener un personal sanitario con capacidad para hacer un abordaje integral y contextualizado de pacientes, familias y comunidades. La medicina familiar le otorga al estudiante las capacidades de abordar la salud a partir del modelo biopsicosocial y de reconocer la necesidad de su participación activa en la modificación de las condiciones de vida que inciden negativamente en la salud. Reconoce además que su ejercicio profesional no se limita al espacio de la institución clínica y que debe aproximarse a los espacios cotidianos en los que discurre la vida.

Metodología

Medicina familiar es una asignatura teórica de dos créditos académicos, de carácter optativo, que los estudiantes de medicina pueden cursar después de sexto semestre y que se ofrece desde el año 2011; el currículo de la carrera no tiene otro momento para conocer el carácter práctico de la medicina familiar ni profundizar su estudio teórico. Debido al carácter práctico de la medicina, los espacios formativos teóricos son un enorme reto en la formación de sus profesionales, situación que ha provocado múltiples modificaciones y ajustes de la asignatura, pero que han llevado a que hoy se cuente con una propuesta innovadora en la que, a pesar de continuar desarrollándose en las aulas de clase, se propicia un trabajo práctico familiar y comunitario, para lo cual se usan algunos postulados de la enseñanza centrada en el estudiante y el aprendizaje basado en problemas para el diseño de la estrategia de enseñanza aprendizaje.

El punto de partida consistió en la identificación del posible alcance de una asignatura de estas características y de su aporte a la formación de médicos; el proceso necesariamente llevó a la depuración de contenidos y a la conclusión de tener que situarlos en un contexto lo más cercano posible a la realidad del estudiante como sujeto en formación

y del médico como profesional. Desde esa perspectiva, se optó por la metodología de caso clínico familiar como eje central, a partir del cual se abordan los contenidos teóricos, la aplicación del conocimiento y la evaluación.

El caso de la familia Pérez Rodríguez se le presenta a los estudiantes como la situación clínica en la que deben construir el plan de cuidado integral familiar e individual, incluyendo las actividades intersectoriales o de “prescripción social” como lo nombra Bonal Ruiz (2019). El caso les es suministrado en formato texto, en varias entregas a lo largo del semestre y se encuentra escrito de manera tal que el estudiante se sienta protagonista de la historia, por ejemplo:

Usted es asignado como médico de cabecera de la familia Pérez Rodríguez. La auxiliar de salud pública que hace parte de su equipo multidisciplinario en salud concertó la visita domiciliaria inicial para la semana siguiente.

Como estaba previsto, usted realiza la primera visita con el objetivo de hacer el acercamiento inicial y reconocimiento de la familia. La visita es recibida por Sonia, la madre; la información es la siguiente (...)

Como puede observarse, en el caso no solo se tocan asuntos estrictamente clínicos, sino que también se procura plantear situaciones relacionadas con la organización del sistema de salud, que les permita a los futuros médicos posicionarse dentro de su rol (ver subrayado en el texto). En la medida en que avanza la asignatura el estudiante conoce la situación particular de los integrantes de la familia, descubre sus necesidades en salud y propone el plan de cuidado correspondiente.

Con esta estrategia se logra hacer un recorrido teórico por las generalidades del modelo biopsicosocial y la medicina familiar, se continua con el abordaje a la familia y luego por cada uno de los momentos del curso de vida (infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez).

Cada estudiante debe conformar con sus compañeros de clase un equipo en salud y con ese grupo construir a lo largo del periodo académico el plan de cuidado integral que se construye en 5 pasos:

Primer momento: Abordaje familiar. El caso de la familia es entregado al grupo de estudiantes quienes deben aplicar las herramientas del trabajo con familias; ubicar geográficamente a la familia, esto consiste en escoger un barrio en la ciudad donde viven y del lugar escogido hacer una cartografía social. Deben entregar un informe con la aplicación de las herramientas y la identificación de activos y recursos en salud con los que podría contar la familia.

Segundo momento: Cuidado integral de niños y niñas. Se les hace entrega de la consulta médica no programada de la menor de la familia, quien consulta por un accidente casero que sucede en el contexto de limitaciones para el cuidado. Los estudiantes deben proponer una intervención para la menor y su familia que incluya lo detectado en el momento anterior, además deben hacer una búsqueda de las ofertas educativas y de cuidado públicas para los menores en el barrio donde se encuentra ubicada la familia.

Tercer momento: Abordaje integral de la salud de los adolescentes. Los estudiantes reciben el informe de la visita de la adolescente del grupo familiar que tiene problemas con su madre por cambios en su proyecto de vida y se encuentra en medio de una relación amorosa abusiva con su pareja. Estos deben proponer una intervención específica para una de las problemáticas de la adolescente y realizar una grabación en la que ejemplifican la entrevista a la adolescente, visitar la Casa de la Juventud de la localidad donde se encuentra la familia e identificar cuáles servicios podrían ser de utilidad para este caso.

Cuarto momento: Mantenimiento de la salud de los adultos maduros. Los estudiantes reciben la transcripción de la valoración médica de la madre de la familia; deben entregar propuesta de actividades de promoción y mantenimiento para ese momento del curso vital, hacer una visita a la oferta de servicios del Sistema Distrital de Cuidado e identificar qué servicios podrían ser pertinentes en este caso.

Quinto momento: Mantenimiento de la salud de los ancianos. Los estudiantes deben realizar la valoración geriátrica integral de la anciana y hacer una indagación sobre oferta y costo para el cuidado del adulto mayor en el barrio o localidad correspondiente.

Cada entregable tiene retroalimentación y la última sesión del curso consiste en la mirada retrospectiva de lo trabajado a lo largo del semestre y la comparación de las propuestas entre grupos y localidades, lo que permite identificar diferencias poblacionales y de oferta de servicios de salud y cuidado por localidades en la ciudad de Bogotá, lo que finalmente lleva a una reflexión sobre las inequidades en salud.

En la tabla 1 se puede observar la secuencialidad de los contenidos y la integralidad entre el contenido temático, el momento del caso clínico y la estrategia evaluativa.

Tabla 1

Estructura general de la estrategia de enseñanza - evaluación

UNIDAD	TEMÁTICA	CASO	ENTREGABLE
Conceptos básicos	Modelo biopsicosocial Medicina familiar Cuidado centrado en el paciente		
La familia	Generalidades de la familia Herramientas para el trabajo en salud con familias	Visita domiciliaria a la Familia Pérez Rodríguez	Aplicación de herramientas Análisis de la salud familiar Cartografía social del barrio donde vive la familia Pérez Rodríguez
Niñez	Salud de los niños y niñas Ruta integral de promoción y mantenimiento tramo niñez Maltrato	Visita médica de hija de 4 años	Plan de cuidado integral para menor Oferta educativa y de cuidado pública para menores
Adolescencia - Juventud	Salud de los adolescentes Violencias basadas en género Proyecto de vida	Visita médica de hija adolescente de 16 años	Plan de cuidado primario para adolescente Oferta de servicios sociales para jóvenes y adolescentes Visita a la Casa de la Juventud de la Localidad

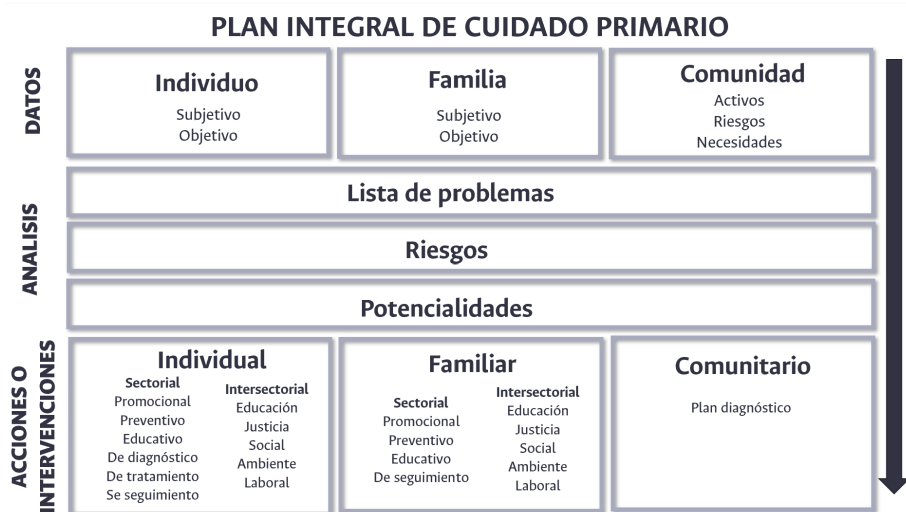
Adulthood madura	Salud de los adultos Detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles Tareas de cuidado	Visita médica de adulta	Actividades de mantenimiento de la salud para adultos Oferta del Sistema Distrital de Cuidado
Vejez	Salud integral de los adultos mayores Envejecimiento saludable	Visita de anciana	Valoración geriátrica integral Oferta pública y privada para el cuidado del adulto mayor
Cierre	Puesta en común de las diferentes propuestas de plan de cuidado integral		

En esta asignatura se recoge la definición del Plan Integral de Cuidado Primario propuesta por el Ministerio de Salud y Protección como:

Una herramienta operativa y sistemática que le permite al Equipo Multidisciplinario en Salud identificar, planear, implementar, monitorear y evaluar las acciones más prioritarias en salud a nivel personal, familiar y comunitario, durante los diferentes momentos del curso de vida y entorno. (Resolución 521, 2020)

Con base en esta definición se ha considerado que el plan se encuentra constituido por tres secciones; una primera que recoge la información subjetiva y objetiva del individuo, la familia y la comunidad; la siguiente, basada en la anterior, recoge la lista de problemas, los riesgos y potencialidades individuales familiares y comunitarias; la última consiste en las actividades e intervenciones necesarias a nivel individual, familiar y comunitario; sectorial e intersectorial que se requieren para el cuidado de la salud. El esquema de Plan Integral de Cuidado Primario puede verse en la figura 12.

Figura 12
Plan Integral de Cuidado Primario



Resultados

Con este enfoque de la asignatura se ha logrado que los estudiantes comprendan el cuidado de la salud como un ejercicio complejo, multidisciplinario y que trasciende el ámbito clínico.

Los informes entregados por los estudiantes permiten reconocer que el estudiante adquiere la capacidad de identificar problemas de salud, que rebasan el motivo de consulta e identifican la complejidad del proceso salud enfermedad.

En el caso de la menor que consulta por una quemadura en la mano reconocen otros problemas desencadenantes de la situación que de no atenderse tendrán efecto deletéreo en diversas dimensiones de la salud.

Ausencia de cuidador (cuida al hermano) y la calidad del mismo (Amalia).

Mala higiene bucal (caries, no supervisión de aseo, no odontología ¿desconocimiento de la información o negligencia?).

No escolarización

Encontramos además que el estudiante identifica el bienestar social como estrategia fundamental del proceso terapéutico, reconoce las situaciones de vida que pueden poner en riesgo la salud y adquiere aptitudes para proponer intervenciones multidimensionales que ponen en práctica la prescripción social en tanto reconoce la red de actores comunitarios que intervienen en el cuidado de la salud.

En el caso de la adolescente que consulta por acné, pero en quien se ha puesto en evidencia la pérdida del proyecto de vida y la exposición a múltiples riesgos:

(Tras la visita a la Casa de Juventud) Una de las integrantes del proyecto económico comentó que este espacio brinda un incentivo económico por 6 meses, que integra el servicio social para la seguridad económica de la juventud, busca la participación activa de la juventud en los talleres de prevención primaria ofertados dentro de la institución, además de pertenecer a actividades de servicio social dentro de la localidad y a programas académicos técnicos, tecnológicos o distritales que fomenten el interés y acceso a la educación superior como “reto a la U”. Este último podría ser un programa de especial interés para Sandra, debido a que puede guiarla a retomar y reorientar su proyecto de vida, lo que genera una conciencia mucho más inmediata con respecto a la vida laboral y el acceso a educación superior.

En el caso de la menor que cursa con una quemadura reconocen que los riesgos de la salud están asociados a la falta de escolarización y la ausencia de un cuidador idóneo, así como la importancia de contar con espacios adecuados para la recreación, por lo que proponen

Para mejorar la salud se debe impactar en las desigualdades y en el caso de Piedad, para un desarrollo infantil temprano, debe acceder a la educación, estimulación, entre otras cosas. Lo anterior puede garantizarse en el barrio (...) el cual cuenta con más de 10 instituciones educativas junto con 8 parques en buen estado (...)

Es de notar que el estudiante no se limita a la prescripción social de la oferta formal, sino que de manera autónoma y proactiva reconoce alternativas orientadas a garantizar bienestar social:

En la localidad (...) no hay una casa de la Juventud (...) Sin embargo, logramos identificar que existen varias entidades y programas que pueden ayudar a jóvenes como Sandra.

Aunque no se encuentran dentro del barrio de Sonia, estas huertas comunitarias están ubicadas en los barrios aledaños (...) y pueden representar una solución frente al problema del acceso a alimentos saludables como las frutas y las verduras.

La sesión de ciclo vital del adulto maduro y labores de cuidado, les permite identificar que estas tareas deben distribuirse de manera equitativa entre hombres y mujeres y que se debe contar con apoyo institucional gubernamental:

En la localidad existen varios servicios y espacios que pueden aminorar la carga de cuidado de Sonia. Teniendo en cuenta que está a cargo de un adulto mayor y de dos infantes, se proponen las siguientes alternativas a la manzana de cuidado que incluso promueven el rol de Alberto como cuidador.

Adicionalmente, el ejercicio práctico de prescripción social obliga a los estudiantes a navegar la oferta institucional, formal e informal y reconocer no solo los servicios disponibles, sino las barreras con las que en ocasiones pacientes y familias se pueden enfrentar. Para los estudiantes, estas dificultades suscitaron la reflexión acerca del reto al que se pueden enfrentar aquellos pacientes que requieran del servicio y las acciones encaminadas a exigir el derecho a la salud.

Algunas de las actividades que solicita no son de fácil acceso, no se encuentran los datos, tal vez sería mejor que diera una guía más profunda en aspectos tales como pir (sic) ejemplo donde encontrar y cómo comunicarse una caza (sic) de la juventud o una manzana verde.”

Como grupo realizamos la visita a la casa de la juventud de la localidad de (...), sin embargo, los administradores no se presentaron y no hubo forma de contactarlos.

La única representante de la Manzana de Cuidado de (...) demoró tres días en contestarnos los mensajes que le enviamos al WhatsApp y el día de la visita no se encontraba en el recinto, aunque fuimos durante su horario laboral. No fue sino hasta que le dijimos a los trabajadores del CDC que teníamos la intención de quejarnos en la Secretaría de la Mujer que (...) decidió contestarnos vía WhatsApp.

Quisimos mencionar lo ocurrido pues se nos hace ineficiente la atención brindada a la comunidad y esto puede sucederle a cualquier mujer interesada en los servicios ofrecidos.

Por otra parte, la institución universitaria aplica a los estudiantes una encuesta anónima con fines de mejoramiento docente, los resultados son publicados una vez se ha llevado a cabo el cierre de calificaciones. Esta encuesta tiene por propósito identificar la percepción del estudiante frente a la asignatura.

Acerca del aprendizaje, más del 90 % de los estudiantes consideran que se “les propició que encontrarán conexiones de los temas tratados con otros contextos o con otros contenidos de sus planes de estudio” y se “promovió en ellos la argumentación o la reflexión crítica”, lo cual sugiere que el paso por la asignatura les permite integrar y contextualizar el conocimiento y cuestionar las situaciones de salud.

La forma de establecer la atención humana y de realmente la salud de un individuo en su contexto, así como de su familia, más allá de solo su patología le permite a uno crecer en la forma en que la puede llegar a ejercer la medicina (sic)”

Presenta no solo otro aspecto teórico de la medicina familiar, sino también humanístico e integral con el ser humano.

La interseccionalidad para abordar los temas, el ampliar los enfoques de cada revisión a muchos aspectos que a veces por

enfocarnos solo en la “salud” como algo meramente biológico olvidamos (sic)

La asignatura tiene la capacidad de impactar en el quehacer del estudiante como se reconoce en el ítem que cuestiona si “considera que transformó su forma de pensar, sentir o actuar”. La gran mayoría de los estudiantes responden de manera afirmativa:

Verdaderamente siento que esta materia cambió mi forma de ver la medicina y enfocar los pacientes (...) Comprendo que queda mucho por aprender, pero lo más importante es que esta materia me terminó por despertar el amor a una medicina completa, con un impacto mucho más grande que lo plenamente biológico.

La mayoría de estudiantes (más del 90 %) “considera que se promovió en ellos la adquisición de herramientas para el aprendizaje autónomo”. Teniendo en cuenta los contenidos de la asignatura, este ítem sugiere que el estudiante adquiere el interés de indagar por tópicos relacionados con la salud ajenos a lo estrictamente clínico.

Por último, respecto a las estrategias de evaluación, más del 90 % considera que “(se) fue justo e imparcial con ellos durante las actividades académicas” lo cual indica que las actividades empleadas miden adecuadamente los resultados de aprendizaje que se han planteado, la capacidad que han adquirido los estudiantes frente al tópico de estudio, son transparentes y brindan retroalimentación efectiva: “la retroalimentación de nuestros trabajos es excelente”.

Conclusiones

La formación en pregrado en medicina familiar provee herramientas para que futuros médicos lleven a cabo abordajes integrales y propongan intervenciones multidisciplinarias e intersectoriales encaminadas a asegurar el cuidado de la salud.

La asignatura promueve la reflexión crítica frente a la salud y las causas de su afectación y motiva al estudiante a adquirir un rol activo en la atención de pacientes y familias.

Es necesario que los estudiantes cursen asignaturas que les enseñen sobre aspectos no clínicos para así adquirir habilidades que les permitan brindar cuidado integral.

Estas enseñanzas deben acompañarse de un ejercicio que permita al estudiante poner en práctica lo aprendido. Ante las limitaciones de una asignatura teórica, el caso clínico contextualizado se asemeja a la realidad del estudiante, le provee de un ejercicio práctico, y le permite visualizarse como profesional de salud y como paciente que busca un servicio.

Referencias

- Alfonso Roca, M. T. y García Barbero, M. (2021). La responsabilidad social de las facultades de Medicina. Una exigencia inaplazable para adaptarse a las necesidades de la población. *Educación Médica*, 22(2), 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.10.003>
- Allen, D. (2016). *Education and Equality*. (1st ed.). The University of Chicago Press.
- American Medical Association [AMA]. (2001). Declaration of Professional Responsibility. <https://www.cms.org/uploads/Declaration-of-Professional-Responsibility.pdf>
- Biderman, A., Yeheskel, A. y Herman, J. (2005). The biopsychosocial model - Have we made any progress since 1977? *Families, Systems and Health*, 23(4), 379–386. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1091-7527.23.4.379>
- Boelen, C. y Woollard, R. (2011). Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. *Educación Médica*, 14(1), 7-14. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132011000100004

- Bonal Pitz, P. y Casado Vicente, V. (2004). La medicina de familia como disciplina académica y la atención primaria como entorno de aprendizaje. *Atención Primaria*, 34(8), 433–436. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-medicina-familia-como-disciplina-13068221>
- Bonal Ruiz, R. Prescripción social, una dimensión de la promoción de salud en la medicina general integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [online], 35(2) e252. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252019000200016
- Borrell-Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175–179. https://www.altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L. y Epstein, R. M. (2006). El modelo biopsicosocial 25 años después: principios, prácticas e investigación científica. In *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 7(2), 67–75. <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/103>
- Casado Vicente, V., Bonal P, P. y Fernández A, C. (2002). La medicina de familia y comunitaria: una asignatura de la Universidad española. *MEDIFAM*, 12(2), 111–121. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000200004
- Casado Vicente, V., Bonal Pitz, P., Cucalón Arenal, J. M., Serrano Ferrández, E. y Suárez González, F. (2012). La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26 (supl.1), 69–75. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.07.018
- Couceiro, A. y Muñoz, M. (2007). La enseñanza de bioética en medicina: Una propuesta de desarrollo curricular. *Revista de Educación Ciencias de la Salud*, 4(2), 92–99. <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol422007/esq42.pdf>

- Cruess, S. R. y Cruess, R. L. (2004). Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. *Virtual Mentor*, 6(4), 185–188. DOI: 10.1001/virtualmentor.2004.6.4.msoc1-0404.
- Cruess, S. R. y Cruess, R. L. (2008). Expectations and Obligations: Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 579–598. DOI: 10.1353/pbm.0.0045
- De Negri, A. (2017). Debate sobre educación médica: ¿cuál médico para cuál sistema de salud en Colombia? Conferencia - Doctorado Interfacultades en Salud Pública - Universidad Nacional de Colombia.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129–136. DOI: 10.1126/science.847460
- Epstein, R., Borrell-Carrio, F. y Suchman, A. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Freeman, T. R. (2016). *McWhinney's Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press.
- Hexom, B. (2004). Beyond Medical School: The Frontier of Medical Activism. *Virtual Mentor*, 6(1), 41-43. DOI: 10.1001/virtualmentor.2004.6.1.msoc2-0401
- Krakauer, E. (1992). On Medicine and Politics. *The Yale journal of biology and medicine*, 65, 243–249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1285451/>
- May, W. F. (1992). The beleaguered rulers: the public obligation of the professional. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2(1), 25–41. DOI: 10.1353/ken.0.0018

- Ministerio de salud y protección social. (28 de marzo de 2020). Resolución 521 de 2020. Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-521-de-2020.pdf>
- Mejía, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1), S28–S36. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.13423>
- Meza, M. (2013). ¿Qué significa educación democrática? *Derecho y Humanidades*, 21, 71–84. <https://derechoyhumanidades.uchile.cl/index.php/RDH/article/view/34907>
- Nussbaum, M. C. (2001). *El cultivo de la humanidad: Una defensa clásica de la reforma de la educación liberal*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Nussbaum, M. C. (2010). *Sin fines de lucro: Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Katz Editores.
- Olivares, S. (2017). Fundamentos del aprendizaje centrado en el paciente. En Olivares, S. y Valdez, J. *Aprendizaje Centrado en el Paciente. Cuatro perspectivas para un abordaje integral* (pp. 2–37). Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

- Sánchez Angarita, J. (2017). *Aprendizaje basado en problemas en la formación de los estudiantes de postgrado en obstetricia y ginecología*. Universidad Pedagógica Nacional. <http://hdl.handle.net/20.500.12209/9299>.
- Tejo-Mejía, J., Estrada-Salgado, D., Peña-Balderas, J., Garnica-García, J., Ángeles-Cruz, R., Díaz-Reyes, J., Salinas-Velasco, R. y Luis-Hernández, R. (2005). Desafíos en la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado: el caso de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 109–116. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf053g.pdf>
- Tizón García, J. L. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: Epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención Primaria*, 39(2), 93–97. DOI: 10.1157/13098677

Figura 13

Adulta mayor en situación de soledad en el municipio de Busbanzá - Boyacá



Nota. Fotografía de Francy Nelly Pérez, archivo personal, Busbanzá (Boyacá), 2020

Figura 14

Residente de Medicina Familiar en visita domiciliaria a adulto mayor



Nota. Fotografía de Olga Lucía Peña Torres, archivo personal, municipio de Motavita (Boyacá), 2022



3. Implementación Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud de la Vejez (Municipio de Busbanzá - Boyacá)

Francy Nelly Pérez Becerra⁴

Este documento presenta la sistematización de la experiencia del proyecto de acción social, que se desarrolló en la práctica extramural de último semestre académico de la especialización de Medicina Familiar en la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC), cuyo propósito académico es la formación de los médicos familiares con enfoque holístico e integral, orientados desde los principios de la medicina familiar y la Atención Primaria en Salud (APS), con competencias para gestionar la implementación de políticas públicas de salud (UPTC, 2015; MinSalud, 2016).

El escenario del proyecto de intervención se designó a partir del marco del convenio docencia servicio Hospital Regional de Sogamoso (HRS) y la UPTC, siendo el municipio de Busbanzá, con su Unidad Básica de Atención (UBA), la cual forma parte de la red de prestadores de salud en cabeza del HRS. Busbanzá, Boyacá, conocido como el municipio más pequeño de Colombia, ubicado en la provincia del Tundama, a 25 km² de Sogamoso, con una población total de 1.288 habitantes (proyección DANE 2005), distribuida en área urbana el 39,9 % y en área rural el 60,6 % (HRS y UBA Busbanzá, 2019).

4 Médica, Mag., en Salud Pública, Especialista en Pedagogía, Especialista en Medicina Familiar, docente de Medicina de la UPTC. Grupo de Atención Primaria de Salud. ORCID <https://orcid.org/0000-0001-6080-4658>

La propuesta se enmarcó desde la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), el Modelo de Acción Integral Territorial (MAITE), y las Rutas de Atención Integral en Salud (RIAS) (Resolución 3202 de 2016), las cuales pretenden regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud para las personas, familias y comunidades por parte de los diferentes integrantes del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) y demás entidades que tengan a su cargo acciones en salud a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de la enfermedad (MinSalud, 2016).

Desde esta perspectiva, se plantea avanzar en la implementación de la Ruta de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIA PYMS) (Resolución 3280 de 2018) para el curso de vida de la vejez, considerada una población importante para el municipio, la cual requiere un abordaje integral con enfoque biopsicosocial, familiar y comunitario; y en ese sentido, mostrar el proceso de avance institucional y territorial en la adaptación o ajuste de las intervenciones del componente de salud mental propuestas por la RIA PYMS vejez (Minsalud, 2018).

La sistematización de esta experiencia pretende la reconstrucción reflexiva y crítica del proceso vivido en el desarrollo de las acciones planeadas en el proyecto de intervención, desde el enfoque de Oscar Jara (2000), quien la define como la interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, logran una comprensión más profunda de las experiencias vividas, con el fin de mejorar nuestra propia práctica. Esta tiene como objetivo “sistematizar las acciones propuestas por las intervenciones en Salud Mental en la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud en la Vejez con la población adulta mayor de Busbanzá”.

El artículo está dividido en cinco capítulos: metodología, contextualización de los actores (territorio, equipo de salud, instituciones, adultos mayores y médico familiar), el eje de sistematización: acciones y participación de actores, conclusiones y agradecimientos.

Metodología

La estrategia metodológica se enmarcó en la guía respectiva propuesta por Triana (2020) para la sistematización de experiencias, la cual comenzó con la primera recuperación de la experiencia, a partir de la contextualización institucional, local y nacional; para luego retomar las actividades propuestas en el plan de acción del proyecto de intervención, registrar el proceso, la descripción de los datos más sobresalientes que dieron idea global de la práctica.

El ordenamiento y análisis de la información se realizó a través de matrices de organización y relación institucional con la experiencia, matriz organizada de actividades, notas y diarios de campo, la definición del objeto de sistematización y un diagrama de construcción de los ejes correspondientes.

El objeto de sistematización correspondió a las intervenciones realizadas del componente de Salud Mental de la Ruta Integral de Promoción y Mantenimiento de la Salud (RIA PYMS) de la vejez con la población adulta mayor de Busbanzá. Los ejes de análisis y reflexión correspondieron a las acciones y la participación de los actores y responde a los interrogantes que surgieron en el proceso:

¿Cómo fue el desarrollo de las acciones para la implementación de las intervenciones del componente de salud mental de la RIA PYMS de la vejez con la población adulta mayor de Busbanzá?

¿Cómo fue la participación de los diferentes actores en el desarrollo de las acciones para la implementación de las intervenciones del componente de Salud Mental de RIA PYMS de la vejez con la población adulta mayor de Busbanzá?

Contextualización de actores

Se trata de las personas, organizaciones o instituciones, que tuvieron una participación directa o indirecta en las decisiones y en la ejecución del proyecto, contribuyeron con su apoyo y aportes al desarrollo de las acciones.

Equipo de salud UBA Busbanzá: Este equipo se constituyó en la puerta de entrada al municipio, fuente primaria de información, y lo más valioso, el aporte desde su experiencia y conocimiento real de la población, para el desarrollo del proyecto de intervención, para el acercamiento inicial, como para garantizar la continuidad de dichos proyectos en el tiempo.

Programa Centro Vida: Una estrategia de protección y atención integral a los adultos mayores con gran relevancia en Busbanzá, en la medida en que se establece en el único espacio de encuentro comunitario, de actividad física, de diversión y red de apoyo para la mayoría de adultos. Para el proyecto garantizó el desarrollo de las actividades de manera participativa y de esta manera permitió su ajuste a las necesidades de los adultos mayores.

Adultos mayores de 60 años de Busbanzá: Los adultos mayores fueron los actores principales, 90 adultos, 59 mujeres y 31 hombres, todos ellos de origen campesino, la mayoría aún habita en el área rural con historia de reproducción de la pobreza, trabajos forzados, inequidades de género, machismo y conflictos familiares; y con situaciones actuales de soledad no deseada, ahora agravada por la pandemia del COVID-19, por la labialización de lazos sociales y pobres de redes de apoyo familiar, social y comunitaria.

Comisaria de Familia: Dentro de sus competencias están la protección integral de los adultos mayores como grupo vulnerable, y para el caso de Busbanzá, se configuró en un actor clave en la articulación intersectorial y el logro del apoyo con las valoraciones de psicología a los adultos mayores que resultaron con riesgo psicosocial, problemas o trastorno de salud mental.

Hospital Regional de Sogamoso: Institución de segundo nivel de atención, cabeza de la red de prestadores de servicios de salud de la provincia Sugamuxi, la cual tiene a su cargo la Unidad Básica de Atención (UBA) de Busbanzá. Sus directivas manifestaron interés por el mejoramiento de la salud de la población adulta mayor del municipio, la cual estuvo representada por el coordinador de docencia-servicio, quien brindó el apoyo, abrió las puertas a la participación en diferentes escenarios y actividades del proyecto.

Médico familiar: el papel del médico familiar inició desde el mismo momento de la construcción de la propuesta para el proyecto, con la mirada totalizante de las necesidades de una población, a fin de integrar los conocimientos y competencias adquiridas a lo largo de la residencia. En este sentido, se logró materializar el papel en la implementación de políticas, programas o en este caso las intervenciones de Salud mental de la RIAS de PYMS de la vejez, la atención integral desde el primer contacto de la población con los servicios de salud y liderar el cuidado primario de la salud desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud, centrado en la comprensión de las relaciones entre las personas, las familias y sus comunidades para contribuir a la reducción de inequidades en salud (MinSalud, 2014; UPTC, 2015).

Eje de Sistematización

Es el tema que orienta el desarrollo del proceso de sistematización y lo enfoca hacia los factores que interesa destacar, para este caso, el eje son las acciones y la participación de los actores para la implementación de las intervenciones de salud mental de la RIA PYMS de la vejez con la población adulta mayor de Busbanzá, que se desarrollan a continuación:

Acciones y participación de actores para detección temprana del riesgo psicosocial

Para desarrollar las intervenciones en salud mental propuestas por la RIA de PYMS de la vejez, primero se realizó el acercamiento a la población de adultos mayores, que comenzó con la búsqueda activa en

las fuentes secundarias oficiales como el ASIS municipal, el sistema de información de atenciones ROCKY y las base de datos SIBACOM PLUS y SISBEN municipal; también en fuentes primarias locales, como el Programa Centro Vida⁵ y el Plan de Intervenciones Colectivas (PIC), las cuales permitieron corroborar los datos demográficos de esta población, que eran inconsistentes. Tal como lo propone Mori (2008) en los pasos para el abordaje e intervención comunitaria, se debe partir del ejercicio de contextualizar una comunidad, en este caso los adultos mayores.

Posteriormente, se desarrollaron actividades orientadas al reconocimiento de los adultos, mediante procesos de comunicación intersubjetiva como la conversación informal, lo cual permitió ganar la confianza necesaria para adentrarse en el proceso de ejecución del proyecto. Así, se lograron captar 160 adultos, mayores de 60 años, 96 mujeres y 64 hombres, todos de origen campesino, en su mayoría habitantes del área rural. Es importante resaltar que algunos adultos han tenido que desplazarse hacia la cabecera municipal por su misma condición de vejez, enfermedad o discapacidad, circunstancia que no les permite continuar en las labores del campo. Vivir en el área rural se les convirtió en una barrera para acceder a los alimentos, a los servicios de salud y bienes de primera necesidad. Según sus propios relatos, algunos adultos del municipio provienen de una historia de reproducción de la pobreza, trabajos forzados, inequidades de género, machismo y conflictos familiares. Estas situaciones problema son consecuencia de un círculo vicioso ocasionado por la falta de oportunidades de estudio y acceso a empleos que les permitieran mejorar su calidad de vida. En definitiva, una diversidad de aspectos agravantes se observa en la edad avanzada por el efecto acumulativo de estas inequidades en salud a lo largo de la vida (OMS, 2015).

5 Centro Vida es un programa nacional de protección al adulto mayor, que busca brindar una atención integral orientada a garantizar la satisfacción de sus necesidades de alimentación, salud, interacción social, deporte, cultura, recreación y actividades productivas, como mínimo; en el marco del cumplimiento de la Ley 1276 de 2009 (Congreso de la República, 2009)

Tamizaje y detección de la población con riesgo psicosocial

Una vez establecida la población de adultos mayores de 60 años, y siguiendo los pasos que propone Mori (2008) para el abordaje e intervención comunitaria con la recolección de la información acerca de las necesidades y problemas de la comunidad, de acuerdo con la RIA PYMS de la Resolución 3280 de 2018 (MinSalud, 2018), las intervenciones correspondientes a la etapa de la vejez buscan la identificación del riesgo psicosocial y la detección temprana de problemas o trastornos de salud mental con el fin de derivarlas para su manejo oportuno, como son: la valoración de la función mental, emocional, y social; los sucesos vitales; la dinámica familiar, el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.

Para esto, se seleccionaron los instrumentos de tamizaje mental y emocional adecuados para esta población, basados en la evidencia y recomendaciones de la RIA PYMS, como el Minimal Mental MMSE para detección temprana de deterioro cognitivo y demencia y la escala de depresión de Yesavage para la detección temprana de depresión, ya que estas enfermedades se constituyen en los trastornos más frecuentes en los adultos mayores (Minsalud, 2015).

Por un lado, los encuentros del Centro Vida en cada vereda, en el área urbana y algunos domicilios fueron los escenarios propicios para la aplicación de los instrumentos de recolección de la información, se constituyeron en el primer acercamiento a los adultos para preguntar y conversar sobre temas críticos como la función mental y emocional de ellos, con un lenguaje sencillo y una posición horizontal, “tanto, que muchas veces y a varios adultos toco hablarles al oído”, lo que favoreció su apertura inicial, romper el hielo, y comenzar una relación de confianza con ellos. Por otro lado, hubo que enfrentarse a las dificultades del proceso de aplicación de los instrumentos como el tiempo limitado para cada intervención, el difícil acceso geográfico, la frecuencia de las reuniones del programa (cada 15 días), barreras relacionadas con el nivel de escolaridad, la edad, y otras propias de cada adulto debido a sus comorbilidades y limitaciones físicas y sensoriales, sobre todo visuales y auditivas.

Al respecto de la caracterización sociodemográfica, se tamizaron 90 adultos mayores, en su mayoría fueron mujeres procedentes del área rural, con nivel de escolaridad de primero a cuarto año de primaria (figuras 15 y 16); hallazgos que también corroboraron el analfabetismo y la baja escolaridad en esta población (figura 17).

Figura 15

Adultos mayores de 60 años, tamizados por sexo – Caracterización sociodemográfica

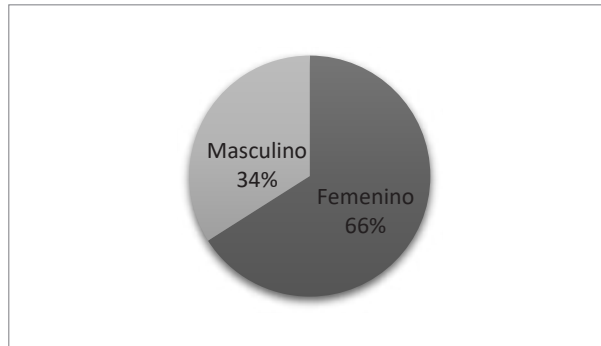
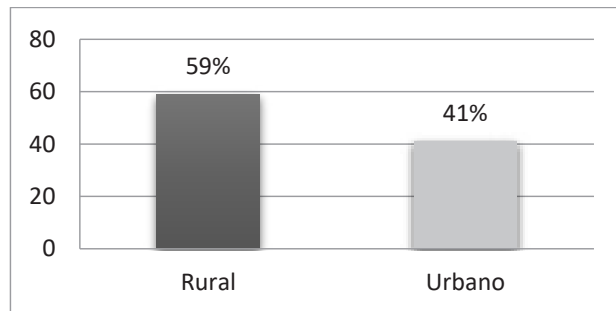


Figura 16

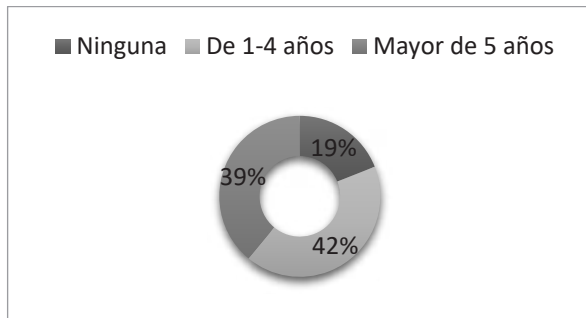
Adultos mayores de 60 años, tamizados por lugar de procedencia



Nota. Caracterización sociodemográfica.

Figura 17

Adultos mayores de 60 años tamizados por escolaridad – Caracterización sociodemográfica

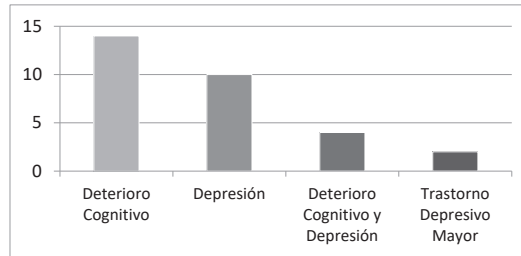


Estos resultados reflejan la baja escolaridad en los adultos mayores, cuestión que coincide con sus propios testimonios: *en esa época nuestros papás no pensaban en el estudio, nos ponían a trabajar, no nos ponían a estudiar, ponían solo a los hombres, porque sí había escuela en el pueblo*, los cuales muestran las raíces sobre las que se construye la familia boyacense en estas zonas dispersas, arraigadas en un patriarcado ancestral, con discriminaciones educativas sobre las niñas campesinas e inequidad de género, con la consecuente falta de oportunidades de empleo, como lo menciona otra adulta: *me tocó salir a Bogotá a buscar trabajo como empleada doméstica, era lo que uno podía hacer*.

Por otro lado, con los tamizajes se identificó riesgo psicosocial o riesgo para problemas o trastornos mentales en 30 adultos mayores, correspondientes al 33 % del total de adultos tamizados; 60 % mujeres y 40 % hombres con hallazgos de tamizaje positivo para deterioro cognitivo en 14 adultos; tamizaje positivo para depresión en 10 adultos, de los cuales 7 adultos para depresión leve y 3 para depresión establecida; asimismo, 4 adultos presentaron tanto deterioro cognitivo como depresión; y por último, se incluyen 2 adultos con diagnóstico ya establecido de trastorno depresivo mayor (figura 18)

Figura 18

Adultos mayores de 60 años con tamizajes positivos de Minimental y Yesavage



Los 30 adultos mayores con riesgo psicosocial o riesgo para problema o trastorno mental fueron canalizados en su totalidad a la atención médica integral de cuidado primario por parte del residente de Medicina Familiar, de acuerdo con la RIA PYMS, para en esta consulta poder completar las intervenciones correspondientes como la valoración de la dinámica familiar, los sucesos vitales, el contexto social y las redes de apoyo social y comunitario.

Atención integral de cuidado primario con enfoque familiar y comunitario

La atención integral significa abordar al adulto mayor desde un enfoque biopsicosocial, teniendo en cuenta que la vejez es un momento crítico del curso de la vida debido a los cambios biológicos, fisiológicos y psicológicos, que enfrenta el ser humano en su proceso natural de envejecimiento, además de las vicisitudes de carácter social y económico por las repercusiones de la finalización de la etapa productiva y el incremento creciente de enfermedades crónicas y discapacidad; lo que representa un desafío para los adultos y sus familias, para la sociedad, para el sistema de salud y de protección social, y para el médico familiar (D'hyver de las Deses et al., 2012).

Para esta atención integral de cuidado primario, se hicieron ajustes a la historia clínica de acuerdo con la RIA PYMS y la *Guía de acción mundial para la salud mental mh-GAP* en la Unidad Básica de Atención (UBA- ESE, municipio de Busbanzá) y se agregaron los esquemas de la

historia clínica integral de medicina familiar orientada por problemas y el enfoque multidimensional de la valoración geriátrica integral (VGI).

Entonces, comenzó la atención médica integral de cuidado primario a los 30 adultos mayores con riesgo psicosocial o riesgo para problema o trastorno mental en compañía de un familiar o cuidador; con el esquema adaptado de la VGI para la evaluación, diagnóstico y manejo de los problemas o trastornos, propuesto desde la geriatría, en la RIA PYMS y en las guías de práctica clínica (GPC) y rutas específicas. Los escenarios de consulta fueron un consultorio adaptado de la UBA o los hogares propios con visita domiciliaria. Esto lo definía la misma condición física o de morbilidad crónica limitante, las barreras de acceso a los servicios de salud (geográficas, falta de transporte o pobre red de apoyo).

Esta experiencia puso a prueba los conocimientos metodológicos para el abordaje familiar y comunitario, las competencias comunicativas y de educación para la salud, a partir de las recomendaciones de la RIA de PYMS, la Guía mh-GAP de salud mental en APS, las guías de práctica clínica (GPC) y las rutas específicas para demencia y depresión del Ministerio de Salud, puesto que en ninguno de estos documentos se encuentra la receta exacta para hacerlo, por lo tanto, se constituyó en una posibilidad de creación y dinámica propia del médico familiar en procesos de educación y promoción de la salud, prevención y atención de la enfermedad de los adultos mayores en la familia y la comunidad, y a la vez cumplir con las recomendaciones basadas en la evidencia y la realidad social, que favorecieron la comunicación asertiva y adecuada en la relación médico-adulto en ámbitos diferentes al consultorio.

Sabiendo que una de las grandes dificultades en la consulta de medicina es el corto tiempo utilizado para la atención y asistencia del paciente y que la consulta por medicina familiar tiene como objetivo ser integral y resolutive, fue posible tomar la decisión de aprovechar la oportunidad para realizar una atención verdaderamente integral, con un abordaje sin el control que imponen las reglas del sistema de salud —centrado en la cantidad de consultas para mantener el equilibrio financiero de las empresas de salud—, sino un abordaje centrado en las personas y una atención de calidad y calidez.

Es decir, que se logró brindar el tiempo que los adultos necesitaron en su consulta de acuerdo con sus condiciones particulares y contextos reales en el marco de una relación asistencial horizontal, que se construyó desde el primer momento, con la participación activa de los adultos en la toma de decisiones compartidas, y a pesar de las adversidades como la soledad o abandono presentes en la mayoría de estos adultos, ellos ganarán autonomía en el cuidado de su salud (Borrell y Boch, 2014).

Valoraciones de la RIA de PYMS de la vejez en el componente de salud mental

Para dar cumplimiento a las valoraciones de la RIA PYMS de la vejez, que según la Resolución 3280 de 2018 (MinSalud, 2018), corresponden a la estructura y dinámica familiar, los sucesos vitales y su influencia en la salud; valoración del contexto social y las redes sociales y comunitarias; y la identificación de los recursos y actividades sociales previas del adulto y su familia; y a las recomendaciones de las guías de práctica clínica para adultos con deterioro cognitivo o depresión, se adoptó el enfoque de Valoración Geriátrica Integral (VGI); un enfoque que permitió también la identificación de algunos síndromes geriátricos como la fragilidad, riesgo de caídas, polifarmacia, dependencia, desnutrición, maltrato y abandono, y complicaciones propias de las enfermedades crónicas.

Para los adultos con deterioro cognitivo, se debía valorar la funcionalidad, iniciando por su capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), por medio de la escala o índice de Barthel, la cual permite determinar el grado de dependencia de una persona o la necesidad de ayuda para realizar diez acciones básicas diarias, desde comer, a asearse, ir al baño, moverse, vestirse, etc. Asimismo, la aplicación de la prueba de levantarse de la silla y andar (*up and go*) tres metros en el consultorio o casa y volver a sentarse, y según el tiempo que dure, se valorar la presencia de fragilidad o riesgo de caídas; finalmente, se valoraron limitaciones sensoriales y el uso de dispositivos de apoyo como bastón, muletas o caminador (Samper et al., 2012).

De otro lado, para complementar la valoración afectiva, en la atención se indagó por otros síntomas de estado de ánimo, ansiedad, trastornos del apetito o del sueño; se continuó con la valoración clínica de las comorbilidades, síndromes geriátricos (deterioro intelectual o cognitivo, incontinencias, iatrogenia o polifarmacia, inestabilidad y caídas, e inmovilidad) y el estado nutricional; de igual modo, la evaluación de la función social, que se articuló con la VGI y el enfoque familiar y comunitario (Samper et al., 2012).

Para la valoración social, se logró una conciliación con los instrumentos que utilizamos en medicina familiar y las escalas de valoración social que propone la VGI, con la aplicación del familiograma y el APGAR familiar para valorar la estructura, dinámica y las relaciones familiares; etapas del ciclo vital individual y familiar, los sucesos vitales y su influencia en la salud y la identificación de los recursos y actividades sociales previas del adulto y su familia, que se preguntaron directamente; y por último, la valoración del contexto social y las redes sociales y comunitarias con el ECOMAPA.

La aplicación de dichos instrumentos se realizó en la consulta de atención integral, en la interacción con los adultos que partió del saludo inicial y el contacto —teniendo en cuenta las precauciones y los elementos de protección del contagio del COVID-19—, de la relación asistencial construida a lo largo de la atención, requisitos de una buena entrevista según McDaniel et al. (2005), de la creación de un ambiente dialógico basado en el acercamiento al otro desde una actitud de escucha y una posición humana frente al otro, como la afirma Freire (1975), para trabajar el fortalecimiento de la autonomía de los adultos mayores. Se logró un mejor entendimiento del motivo de la atención, los resultados de los tamizajes y las valoraciones, y las intervenciones a seguir en un ambiente de empatía y confianza.

De esta manera, los adultos mayores se mostraron abiertos a la comprensión de sus situaciones, contextos y necesidades. Uno de los momentos más significativos en este proceso participativo fue la construcción del familiograma, pues algunos adultos se alegraron al recordar a su familia y a sus nietos, y otros se tornaron tristes, melancólicos por-

que los familiares están lejos y no se han podido ver o porque algunos hijos se fueron y nunca supieron nada de ellos.

La puesta en común de situaciones personales se traduce en experiencias conmovedoras que suscitan catarsis en los pacientes, pero, sobre todo, dan sentido a una práctica médica humanista y solidaria. Estos comportamientos y emociones determinan las condiciones de la salud mental en que se encuentran los adultos mayores en esta y muchas otras regiones del departamento. Se pusieron en evidencia experiencias de vida, significativas y conmovedoras como la de un adulto con diagnóstico de cáncer que empezó a llorar al nombrar a una de las hijas y comentó: *doctora, es que de solo pensar que me voy a morir y voy a dejar a mi hija sola, me da mucha tristeza*. O el llanto de tres adultos hombres, que, en diferentes momentos, ponen en común la situación de un duelo tardío por la pérdida de las esposas, que aún extrañaban, y a pesar de que los hijos estaban pendientes, se sentían solos. El suceso vital de una señora con tamizaje de depresión causada por la reciente separación de su esposo y encontrarse viviendo sola, hizo que entrara en llanto y se abriera emocionalmente para contar lo acontecido con su pareja.

De igual modo, el Ecomapa es una sencilla herramienta que facilita al médico familiar y al equipo de salud reconocer la presencia o ausencia de recursos o redes externas de apoyo social del entorno familiar. Esta herramienta facilitó comprender las relaciones existentes de los adultos mayores en dichas redes de apoyo. En este sentido, se pudo establecer que algunos adultos no querían saber nada de los vecinos por problemas de linderos o con los ancestros, otros recordaron con melancolía el trabajo que tuvieron que dejar por su condición actual de enfermedad o limitación funcional, como mencionó un adulto: *ya a estas horas de la vida no me dan trabajo en ninguna parte, doctora, me toca con los del subsidio del adulto mayor y a veces mis hijos me mandan mercadito cuando me falta*, o una adulta con tristeza y llanto refirió que aunque estaba acompañada por su pareja se sentía sola: *se va todo el día para el campo y cuando llega no me dirige la palabra, solo llega a comer, que todo esté listo y la comida en la mesa*.

Con la mayoría de los adultos se desencadenaron espacios de apertura emocional debido a su situación de soledad o pobre red de apoyo familiar y comunitario, coyuntura que se ve agravada por la situación de aislamiento en razón a la pandemia del COVID-19. Normalmente, ellos esperan recibir medicamentos, pero el hecho de escucharlos, de mostrar interés por sus situaciones y necesidades resultó ser terapéutico, como lo afirman de la Revilla Ahumada y de los Ríos Álvarez (2014): “los problemas clínicos que se presentan en el ejercicio de la medicina familiar son muy diferentes de los que se observan en otras especialidades” (p. 66); muchas personas asisten a su médico familiar por problemas que tienen origen en situaciones vitales que les causan no solo malestar físico, sino psicológico y emocional; esta es la razón de ser del enfoque psicosocial.

A partir de las valoraciones de la RIA de PYMS a los 30 adultos con riesgo psicosocial, se encontraron hallazgos de dependencia moderada en 10 adultos, limitación visual en 18 adultos, limitación auditiva en 9 adultos, fragilidad y riesgo de caída en 12 adultos, pobre red de apoyo en 12 adultos, situación de soledad en 10 adultos y disfunción familiar leve en 15 adultos; además, al preguntar por sucesos vitales se estableció la presencia de enfermedad en 13 adultos, la muerte de una persona significativa en 6 adultos y la separación en 3 adultos.

Las indicaciones y recomendaciones se entregaron de acuerdo con las guías y rutas específicas, valoración por psicología o psiquiatría, según el caso, y la entrega del plan de cuidado individual y familiar; de igual modo, se logró la articulación intersectorial con la comisaria de familia del municipio para las valoraciones de los 30 adultos con riesgo psicosocial, por psicología. El plan de intervenciones colectivas (del equipo PIC) asumió el compromiso de hacer seguimiento a los adultos identificados con riesgo psicosocial, problema o trastorno mental, en el cual se incluye una visita domiciliaria al año y seguimiento telefónico.

En este mismo proceso de abordaje al adulto mayor, se logró la participación en el Consejo de Política Social y el Comité de Vigilancia Epidemiológica (COVE) municipal, con el fin de socializar los alcances del proyecto de intervención y entregar la información sobre la situa-

ción de salud mental de los adultos mayores. Al comité se convocaron todos los actores municipales, el equipo Centro Vida, la coordinación de las UBA del HRS y el equipo de salud de la UBA del municipio de Busbanzá; un proceso necesario de articulación del sector salud con la intersectorialidad y la participación comunitaria, liderado por el ente territorial (MinSalud, 2016).

Acciones en promoción y educación en salud mental

La promoción de la salud mental abarca una diversidad de estrategias, todas dirigidas a un impacto positivo en la salud mental; implica acciones que crean condiciones de vida y ambientes que apoyan la salud mental y permiten a la persona adoptar y mantener un estilo de vida sano (WFMH, 2009); y por su parte la educación en salud mental corresponde al proceso de acompañamiento hacia el mejoramiento de competencias para el desempeño social óptimo, desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y relacionales para afrontar los conflictos propios de la vida diaria, para su desarrollo individual y aportar al bien común (MinSalud, 2018).

De esta manera, se desarrollaron acciones de educación en salud mental como la psicoeducación a los adultos y sus familias. La psicoeducación es una herramienta que busca que pacientes y familias conozcan la naturaleza de la enfermedad, a fin de promover la autonomía, el empoderamiento y la reintegración social. La metodología utilizada consistió en la explicación de la situación del adulto con un problema o trastorno depresivo, posteriormente, se le motiva para que continúe con las actividades y pasatiempos que solía hacer, mantenga el ciclo regular e higiene del sueño; realice actividad física, participe en actividades sociales, reconozca pensamientos negativos de autoagresión y busque ayuda.

Además, se efectuó un taller práctico de entrenamiento cognitivo, específicamente de memoria y atención, para todos los adultos mayores dentro del programa Centro Vida en las veredas y en el centro, con el que se pretendió dar respuesta a los resultados del tamizaje cognitivo, que mostró que el área más afectada fue la memoria y la atención, por lo que se desarrolló el tema de la “memoria” con una explicación sen-

cilla de su concepto, los tipos de memoria, cómo funciona, los fallos de memoria y atención. Se les presentaron algunas recomendaciones y ejercicios diarios para hacer en la casa, como organizar rutinas en el día, juegos de mesa como rompecabezas; sopa de letras, crucigramas, aprenderse canciones, oraciones, poemas o coplas; realizar actividades manuales como pintura, dibujo, hilar o tejer; mirar los álbumes de fotos de la familia y recordar momentos; aprender y practicar nuevas recetas; además se les ofreció la explicación teórica, recomendaciones y ejercicios prácticos de estimulación para realizar en la casa.

Así mismo, se desarrollaron acciones de promoción y prevención de la salud mental con toda la población adulta en articulación con el equipo PIC del municipio de Busbanzá: actividades físicas, recreativas y los ejercicios de agudeza mental. Todas estas actividades fueron programadas en los encuentros de los adultos del programa Centro Vida en las veredas de Cusagota, Quebradas, Tonemi y en el centro. Además, se hizo entrega de información sobre salud mental a toda la población mediante perifoneo y audios y se elaboraron dos audios para entregar en la UBA con información de promoción de la salud mental.

Bajo esta perspectiva, el médico familiar desde sus competencias como educador en salud y con un abordaje integral en salud mental puede aportar en los procesos de desarrollo de autonomía y capacidades de las personas, en el desarrollo de estrategias de información y comunicación en salud mental y, por otro lado, trabajar de forma articulada con los actores sociales y gubernamentales hacia la gestión de entornos protectores de la salud mental.

Acciones de rehabilitación basada en la comunidad

RBC componente social

La RBC es una estrategia multisectorial para enfrentar las necesidades de las personas que presentan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo, y que al interactuar con el entorno encuentran diversas barreras, que impiden su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones; para este caso los

adultos mayores con riesgo psicosocial con dependencia, limitación visual, limitación auditiva, fragilidad y riesgo de caída, aseguran su participación efectiva y su inclusión social (ONU, 2006; MinSalud, 2014).

En su componente social, la RBC busca facilitar el acceso de las personas con discapacidad a la oferta estatal de programas y servicios o a beneficios sociales específicos y promover el acceso a las medidas de protección social (MinSalud, 2014). En este sentido, en articulación intersectorial, se logró la inclusión de los adultos mayores en los programas sociales del municipio; así mismo, se reiteró la importancia de la participación activa en la acción social del programa Centro Vida, con especial atención a tres adultos mayores vulnerables por su carga de enfermedad, discapacidad, carencia de red de apoyo y situación de pobreza, a quienes se les activaron redes de apoyo y especial atención por la comisaria de familia.

Se desarrolló una actividad para los adultos mayores con riesgo psicosocial y para las personas con discapacidad y sus familias o cuidadores, en articulación con los residentes de Medicina Familiar, el equipo de rehabilitación del HRS, residentes de Medicina Deportiva de la UNIBOYACÁ y la comisaria de familia del municipio. Se brindaron talleres prácticos de cuidados y terapia ocupacional en el hogar, rutina de ejercicios físicos sencillos para la casa y un taller de manejo de emociones y actividades sencillas que podrían hacer en su tiempo libre.

Asimismo, de forma transversal a todas las actividades, se realizó el proceso de sensibilización social a todas las personas, familias, comunidad y demás sectores del municipio de Busbanzá, acerca de la importancia de la promoción y el cuidado de la salud mental, la conformación de redes sociales, grupos de apoyo y autoayuda; teniendo como escenarios las diferentes reuniones en la UBA con el equipo de salud y con todos los sectores en el comité de política social.

Red de apoyo social y comunitario para el cuidado de la salud mental

Con el objetivo de potenciar redes de apoyo social y comunitario y promover el cuidado de la salud mental de los adultos mayores en el marco de la estrategia de Promoción de la Salud Mental Comunitaria, se creó el espacio de encuentro “Tejiendo lazos de compañía para los adultos mayores”, con el fin de implementar acciones de cuidado de la salud mental, apoyo emocional y fortalecimiento de las capacidades creativas colectivas.

La acción social desarrollada dio respuesta, por un lado, a la fragmentación de las relaciones sociales, la soledad no deseada y agravada por la pandemia del COVID-19 como los manifestaron los adultos en las diferentes actividades; y por otro lado, a la carencia de redes de apoyo comunitarias como hallazgo de los tamizajes y la atención integral, que evidencian una de las problemáticas colectivas, la labilización de lazos sociales y fragilización de redes de contención comunitaria, lo que denomina Galende (como se citó en Bang, 2014) la soledad relacional.

Un espacio que promueve la participación comunitaria, liderado por las instituciones y trabajadores de la salud, se constituye en una pedagogía social apropiada, orientada a lograr que comunidades con tejido social débil puedan trascender, se empoderen autónomamente y se apropien de la solución de sus problemas. De esta forma, los procesos participativos se constituyen en la herramienta de autoreconocimiento, autogestión y autoestima, como lo plantea Max-Neef et al. (1986, p. 53), potenciar el uso de los recursos no convencionales implica también potenciar la participación comunitaria de la sociedad civil frente al Estado.

La creación de un espacio de encuentro comunitario —elegido por los mismos adultos mayores— fue relevante y se logró con la participación de algunas líderes no formales de la comunidad, quienes manifestaron su interés en apoyar el proceso. En este, pudieron conversar sobre temas significativos, se sintieron vivos e importantes para los demás, aprendieron de los otros y lograron trabajar de forma cooperativa, tejieron identidades, lazos de colaboración mutua y de apoyo emocional

para la construcción conjunta de condiciones favorables para su salud mental y la constitución de comunidad. Por ejemplo, una señora comentó ... *uno se siente arrinconado, la misma familia lo va aislando a uno, uno siente que como que lo van ignorando a uno*; también mencionaron que casi todos extrañaban los ejercicios y en la casa no los pudieron hacer de la misma manera, por lo que manifestaron alegría en frases como: ... *un rato de esparcimiento, de compartir, que caray, aunque sea alguito*; recordaron experiencias bonitas que habían tenido en algún momento gracias a un determinado alcalde, *añoro mucho los ejercicios, las manualidades, la risa, charlar, bailar, compartir un alguito o hacer una caminata, cuando nos reuníamos en el CIC (Centro Integración Comunitaria) o el salón de la cultura, y esto lo hacíamos como dos veces a la semana y luego cada 8 días, por eso ojalá que sea mínimo cada 8 días*. Es preciso que los adultos mayores cuenten con una red de apoyo que trascienda los períodos políticos y que permanezca como espacio de ayuda mutua y participación comunitaria, ámbito que favorece el desarrollo de intervenciones más efectivas y adecuadas.

Conclusiones

Las intervenciones del componente de salud mental de la RIA de PYMS de la vejez requieren ser ajustadas a la realidad de la población adulta mayor, conocer los datos reales de la población total; luego un acercamiento a la población para conocer su contexto real, sus necesidades y condiciones de vida y salud, lo que implica un acercamiento a los entornos donde transitan en su vida cotidiana. Asimismo, dichas intervenciones deben ser implementadas a partir de acciones articuladas con los programas dirigidos a los adultos y el PIC municipal, desarrolladas por un equipo de salud con las competencias requeridas para la atención integral en salud mental y de la mano con las GPC del Ministerio de Salud, la Guía mhGAP y rutas específicas.

Bajo esta perspectiva, se logró el acercamiento a la población total de 160 adultos mayores para caracterizar y aplicar tamizajes a 90 adultos mayores, en su mayoría mujeres procedentes del área rural, con baja escolaridad y vulnerabilidad, por la suma de inequidades en salud,

de género, ruralidad y pobreza. De los 90 adultos, se identificó riesgo psicosocial en 30 adultos mayores, con tamizaje positivo para algún grado de deterioro cognitivo o depresión; a quienes se les realizó consulta de atención integral de cuidado primario de medicina familiar con hallazgos en la mayoría de adultos de dependencia moderada, limitación visual y auditiva, fragilidad, riesgo de caída, pobre red de apoyo, situación de soledad y disfunción familiar leve. Una mirada profunda de la realidad de los adultos mayores de Busbanzá, que pretende aportar al análisis de la situación de salud ASIS de la población del municipio, hacia abordajes y acciones más efectivas por parte del equipo de salud, de los otros sectores y actores sociales y de la comunidad en general; desde enfoques de equidad y de curso de vida, hacia resultados e impactos en salud con la transformación de los determinantes sociales de la salud y la calidad de vida.

En este sentido, la atención primaria de la salud mental requiere procesos de articulación del sector salud con otros sectores y con participación comunitaria, liderados por el ente territorial y la dirección local de Salud Pública, que se materialicen en acciones e intervenciones conjuntas tanto de la entidades como la comisaria de familia, la personería, las secretarías municipales, la policía, los equipos PIC municipal y PIC departamental, las EAPB, los programas específicos como el Centro Vida y las mesas técnicas, los cuales se pueden convocar en los comités de política social para socializar y analizar de forma conjunta y desde las distintas miradas las problemáticas en salud, y para este caso, la salud mental y la consolidación de las redes sociales institucionales para las poblaciones más vulnerables como los adultos mayores.

En consonancia, el papel del médico familiar en el ajuste de las intervenciones de las RIAS de PYMS de la vejez es relevante y necesario en la medida en que cumple con las competencias para gestionar el proceso de atención integral en todos los momentos y entornos del curso de vida, desde el primer contacto de la población con los servicios de salud, momento en el que lidera el cuidado primario de la salud desde el enfoque biopsicosocial centrado en las personas, las familias y sus comunidades sin perder de vista la afectación de los determinantes sociales de la salud y la reducción de inequidades.

Agradecimientos

A las directivas del Hospital HRS, al coordinador de docencia - servicio por la oportunidad de la práctica y el apoyo para el desarrollo de los proyectos; al equipo de salud de la UBA por abrir las puertas, brindar la información, apoyo y colaboración; a las autoridades y sectores municipales (alcaldía, comisaria de familia, gestora social) por permitir la entrada al municipio y su población y por el apoyo recibido; igualmente, al equipo del programa Centro Vida por permitir la entrada a sus actividades, compartir su espacio y su población; y a todos y cada uno de los adultos mayores del municipio de Busbanzá, por abrir su corazón, por permitir la entrada a sus hogares y a sus vidas y por la oportunidad de aprender de ellos.

Referencias

- Bang C. (2014). Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Psicoperspectivas, individuo y sociedad*, 3(2) 109-120. <https://www.psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/viewFile/399/340>
- Borrell, F. y Boch, J. M. (2014). Entrevista clínica y relación asistencial, la atención centrada en la persona. En Martín Zurro, A., Cano Pérez J. F. y Gené Badia, J. (Eds.), *Atención Primaria, principios, organización y métodos en Medicina de Familia* (pp. 48-62). Elsevier.
- De la Revilla Ahumada, L. y de los Ríos Álvarez, A. M. (2014). La dimensión familiar en Atención Primaria. En Martín Zurro, A., Cano Pérez J. F. y Gené Badia, J. (Eds.), *Atención Primaria, principios, organización y métodos en Medicina de Familia* (pp. 63-77). Elsevier.
- D'hyver de las Deses, C., Espinel, M. C., García, M. C., Gutiérrez, L., Manuel Lee, G. R. y Pichardo, A. (2012). Políticas de atención a la salud para adultos mayores. En Gutiérrez, L., García, M.,

- Arango, V. y Pérez, M., *Geriatría para el médico familiar* (pp. 425-433). Manual Moderno. <https://docplayer.es/90902343-Geriatría-para-el-medico-familiar.html>
- Federación Mundial para la Salud Mental [WFMH]. (2009). Salud Mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. <https://www.paho.org/costa-rica/dmdocuments/Salud.Mental.en.Atencion.Primaria.pdf>
- Freire, P. (1975). *Pedagogía del oprimido*. México: Siglo XXI, p. 31-129.
- Max-Neef, M., Elizalde, A. y Hopenhayn, M. (1986). Desarrollo a Escala Humana. Una opción para el futuro. *Development Dialogue*, número especial. CEPAUR, Fundación Dag Hammarskjöld. <http://habitat.aq.upm.es/deh/>
- McDaniel, S., Campbell, T., Hepworth, J. y Lorenz, A. (2005). *Family-Oriented Primary Care (Second Edition)*. Springer. <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/155/Contents%20and%20Front%20Matter.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2014). Lineamientos nacionales de rehabilitación basada en comunidad – RBC. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/lineamientos-nacionales-rbc.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social - Colciencias. (2015). SABE Colombia. Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento.
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2016). Política de Atención Integral en Salud PAIS. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2018). Política Nacional de Salud Mental.
- Resolución 4886 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2018). Resolución 3280 de 2018. Por medio de la cual se adoptan los lineamientos técnicos y operativos para la promoción y mantenimiento de la salud y la Ruta Integral de Atención de Promoción y Mantenimiento de la Salud y Materno Perinatal. 2 de agosto de 2018. https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%20No.%203280%20de%2020183280.pdf
- Mori Sánchez, M. D., (2008). Una propuesta metodológica para la intervención comunitaria. *Liberabit*. Revista Peruana de Psicología, 14, 81-90. <https://www.redalyc.org/pdf/686/68601409.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas [ONU]. (2006). Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. <https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Biblioteca de la OMS. www.who.int
- Samper, R., Runzer, F. y Camacho, M. E. (2012). Valoración Geriátrica Integral. En Gutiérrez, L., García, M., Arango, V. y Pérez, M., *Geriatria para el médico familiar* (pp. 20-24). Manual Moderno. <https://docplayer.es/90902343-Geriatria-para-el-medico-familiar.html>
- Triana, A.N. (2020). Documento Guía metodológica de la sistematización de experiencias. UPTC.
- Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia [UPTC]. (2015). Documento maestro Registro calificado. Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela de Posgrados.

Figura 19

Residentes de Medicina Familiar de la UPTC en actividad con cuidadores y población discapacitada




Nota. Fotografía de Francy Nelly Pérez Becerra, archivo personal. Casa comunal del barrio Los Patriotas de la ciudad de Tunja, 2019.

Figura 20

Autodiagnóstico comunitario de salud



Nota. Fotografía grupo de residentes de cuarta cohorte de la especialización de Medicina Familiar- UPTC, en trabajo de autodiagnóstico comunitario en salud del sector de Sotepanelas - IE - del municipio de Motavita (Boyacá), 2022.



4. Proyecto comunitario: Una experiencia pedagógica para la formación de médicos familiares

*Alba Nidia Triana Ramírez*⁶ y *Ludy Alexandra Vargas Torres*⁷

El proyecto comunitario se constituye en una herramienta de construcción del componente teórico y práctico para el abordaje de procesos pedagógicos en la formación del médico familiar en comunidad. Las ciencias sociales y de la educación hacen un importante aporte teórico, epistemológico y metodológico en el campo de la comprensión de la relación que existe entre los fenómenos sociales, económicos, pedagógicos, culturales y ambientales con la salud y la enfermedad.

Desde la primera década del siglo XIX, se evidenció que las enfermedades estaban asociadas con las inadecuadas condiciones económicas, ambientales y de alimentación de la población, conocimiento que ha sido reconocido hasta la actualidad. El avance de la tecnología y el enfoque de la atención médica, situado solo en la enfermedad y en su proceso biológico, llevaron a la aparición de las ultra-especialidades médico/quirúrgicas, al desarrollo de las tecnologías de punta en la biomedicina y a la mercantilización de la salud y la enfermedad. Esta práctica condujo al establecimiento de un modelo de formación médica centrado exclusivamente en el ámbito biomédico, se conformaron pro-

6 Trabajadora Social, Mag., en Desarrollo Social y Educativo, Esp. Pedagogía de los Derechos Humanos, Doctor en Ciencias de la Educación, Docente Asociada de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPTC, ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1699-8592>

7 Médico, Mag., En Ciencias de la Educación, Doctor en Ciencias de la Salud, director de la Escuela de Posgrados de la Facultad de Ciencias de la Salud de la UPTC, ORCID <https://orcid.org/0000-0002-0794-4093>

cesos que menoscabaron el papel que juegan las ciencias sociales y de la educación en la formación de talento humano en salud y ocasionaron la exclusión de saberes sobre criterios culturales, bioéticos y humanistas en la medicina y otras ramas de la salud.

No obstante, frente a las crisis sistemáticas que padecen muchos sistemas de salud para responder a las necesidades de la población, al acceso a los servicios de salud con calidad y la escasa participación social para el reconocimiento de los derechos de salud, se promueve la estrategia de la atención primaria como una alternativa para posibilitar salud para todos. En este sentido, la medicina familiar se define como uno de los enfoques para impulsar la estrategia, por lo que implica un contenido básico de formación integral desde una perspectiva sistémica. Los marcos referenciales obtenidos desde las ciencias básicas y clínicas, del comportamiento y sociales, le permiten al profesional de salud desempeñar roles integrales en la atención en salud en los ámbitos individual, familiar y colectivo/comunitario y poblacional.

El objetivo de este artículo es interpretar desde la pedagogía social y la atención primaria orientada a la comunidad (APOC), los procesos para el abordaje comunitario y familiar y de la educación y la promoción de salud, a partir de la experiencia del proyecto comunitario desarrollado por los residentes de Medicina Familiar en el territorio.

El fundamento metodológico fue la investigación acción participativa (IAP) y el análisis reflexivo con enfoque de la hermenéutica crítica. Se sustentó en procesos pedagógicos para el trabajo colectivo desde el marco de la experiencia del proyecto comunitario: *Promoción y mantenimiento de la salud individuo, familia y comunidad del barrio Los Patriotas del municipio de Tunja: 2019 – 2020*. La técnica de recolección de información fue la observación participante a través de los registros de campo. Es así como se obtuvieron ciento tres (103) registros de la observación y trabajo realizado en la práctica académica durante cuatro semestres lectivos (2019 – 2020). Estos se sistematizaron y organizaron en Excel para obtener entre otras categorías las siguientes: abordaje y educación comunitaria y abordaje y educación familiar. Es importante tener en cuenta que el plan de estudios del programa de especialización

de Medicina Familiar de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia contempla el proyecto comunitario como un área transversal en la formación de los especialistas.

El presente documento está compuesto de tres partes: una primera, hace referencia al marco teórico y trata de pedagogía social comunitaria: perspectiva del rol educador del médico familiar en comunidad, en cuyo texto se plantea una concepción de la medicina familiar en función de los problemas de la salud que aquejan a las comunidades, así como un marco de referencia sobre la pedagogía social y pedagogía social comunitaria, promoción de la salud y atención primaria orientada a la comunidad (APOC). La segunda parte trata sobre el proyecto comunitario, experiencia de residentes de Medicina Familiar en el barrio Los Patriotas de la ciudad de Tunja. En este contenido se interpretan las dos categorías planteadas: abordaje y educación comunitaria y abordaje y educación familiar, temas que, a partir de la experiencia sobre la comunidad, permiten una reflexión crítica sobre el papel de la pedagogía y los procesos de abordaje en el rol del médico familiar en dichos escenarios; finalmente, se complementa con las conclusiones.

Por último, es preciso expresar nuestro agradecimiento y reconocimiento a los residentes de la primera cohorte (2018-2020) de la Especialización de Medicina Familiar de la UPTC, quienes, con su compromiso, criterio ético y práctico, lograron poner en consideración una información recabada con esfuerzo y dedicación a través de su experiencia académica del proyecto comunitario.

Pedagogía social comunitaria: Perspectiva del rol educador del médico familiar en comunidad

... En el siglo XIX y a principios del siglo XX, la gran mayoría de la profesión médica eran médicos generales, los que practicaban medicina, cirugía y obstetricia. Cada familia tenía su médico, generalmente para todos los miembros de la familia, lo que permitía continuidad y abordajes familiares. Este médico general era un personaje importante para las familias y las comuni-

dades. Era un líder comunitario, un consejero, un epidemiólogo, promovía cambios sociales e incluso económicos, era un estudioso continuo y, además, un investigador. (Casado, 2018)

La formación médica tradicional, fundada en el modelo hegemónico biomédico, desconoce la función de la acción social como estrategia transversal en los procesos y dinámicas que definen los conceptos salud y enfermedad desde una perspectiva humanista, pues enfoca su saber hacia el análisis instrumental de la enfermedad y su función asistencial. Es decir que, hasta cierto punto, desarticula al individuo de sus prácticas y relaciones en la vida cotidiana y cultural en general, y desvirtúa la comprensión de la historia natural de la enfermedad porque no tiene en cuenta los determinantes sociales de la salud. Los sujetos son instrumentos del mercado y se han convertido en clientes del sistema de salud; tanto la salud como la enfermedad pasan a ser productos rentables. Por lo tanto, la tecnificación y el desarrollo científico de la medicina es una herramienta vital en el proceso de curación del paciente.

No obstante, la efectividad en la atención en salud, que para el sistema basado en el modelo económico es la panacea, no se encuentra al alcance de todos, principalmente de la población pobre y vulnerable y de otros sectores, situación presente en numerosas sociedades del planeta y para el caso particular, en la colombiana también.

A pesar del desarrollo científico y tecnológico concurrente en las ciencias médicas en los últimos treinta años, los países en vía de desarrollo e incluso los desarrollados han atravesado una de las crisis más contundentes del sistema de salud. Esta situación tiene su origen en diferentes fuentes: mercantilización de la salud, enfoque asistencial concentrado en tercer y cuarto nivel de atención, ausencia de políticas públicas orientadas a poner en marcha la estrategia de APS; a lo que se suma, el descalabro financiero ligado a la corrupción y las ineficientes políticas administrativas con ausencia de gobernabilidad y, por último, la pandemia del SARS-Cov-2 que dan por sentada una pérdida de legitimidad y confianza en las instituciones. Este aspecto ha provocado una continua incapacidad resolutive de las necesidades y los problemas de salud, sociales, económicos y políticos de las comunidades.

Es un hecho que existe una asociación entre la salud y la pobreza, expresada en una relación causal, en la que la pobreza acarrea mala salud y esta última permite que la pobreza se haga cada vez más estructural y extensiva en el tiempo. Basta con visitar familias en sectores marginales y rurales, en diferentes escenarios y territorios, para evidenciar una histórica deficiencia en las condiciones de la vivienda, hacinamiento, falta de higiene, relaciones violentas, desnutrición, consumo frecuente de alcohol o drogodependencia, en cuya base se encuentran bajos niveles de escolaridad y precario poder adquisitivo que no permite la satisfacción de las necesidades básicas.

La Organización Mundial de la Salud, a través de la conferencia de Alma Ata en 1978, propone la Estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) como política pública orientada a equilibrar los procesos de promoción de la salud y las intervenciones curativas de la enfermedad, como mecanismo para dar respuestas equitativas en la atención de las necesidades de salud de las poblaciones. Sin embargo, la lucha hacia la implementación de un sistema de salud basado en la estrategia de APS ha tenido desde los Estados múltiples inconvenientes de tipo político, económico, cultural y normativo, circunstancias que la invisibilizan en detrimento del desarrollo de una cultura global de la promoción y la prevención, el cuidado y el autocuidado de la salud.

En este sentido, es tarea del médico familiar romper con el paradigma asistencialista, es decir, hospital centrista, pero sin desconocer la finalidad del conocimiento clínico, como tal. Es decir, todo el saber biomédico debe estar orientado no solo a tratar la enfermedad, sino a comprender el proceso de salud enfermedad desde los contextos de la historia natural de la enfermedad y su relación con los determinantes sociales y ambientales que la ocasionan. En esta perspectiva, el médico familiar se convierte en promotor de la APS e integrador del abordaje biopsicosocial.

Para comprender la importancia de la medicina familiar y la atención primaria como estrategias o enfoques para la atención integral de salud en el sistema de salud, es necesario recordar que desde sus orígenes están ligadas particularmente a garantizar el acceso universal a

una atención pertinente y de calidad, con equidad y justicia social en el ámbito de la medicina general y de las especialidades médicas. De esta manera, la medicina familiar se consolida como una disciplina académica y especialidad médica para actuar en el campo de la atención primaria de salud desde una visión holística y desde la declaración de la Atención Primaria en Salud, que se extendió en la década de 1970 a diferentes países.

Los primeros intentos de organización de los médicos generales para prestigiar su práctica surgieron en Estados Unidos en la década de 1940. En 1946, se organizó la sección de General Practice de la American Medical Association (AMA), que supuso la primera organización profesional de médicos generales con alcance nacional. Enfatizaron la necesidad de destacar el acercamiento holístico a la persona y su familia. En 1947, se fundó la American Academy of General Practice, primera sociedad científica de médicos de familia. (Casado, 2018, p. 80)

En conclusión, se puede afirmar que la Medicina Familiar es una profesión que integra la condición biológica con la condición social y humana de los sujetos y colectivos sociales. Es por ello, que se constituye en la base y fundamento de la atención primaria de la salud, ya que cumple roles asistenciales y educativos en la atención a la familia y la comunidad, como también asume roles relacionados con la gestión y la investigación. Debe haber pertinencia en las acciones, propuestas en el marco político integral del sistema, con el fin de reconocer y abogar por la salud como un derecho fundamental.

Pedagogía social (PS)

Referirse a la pedagogía social implica abordar una compleja red conceptual de otros referentes teóricos de disciplinas afines. Por un lado, es pertinente comprender qué se entiende por pedagogía social (PS) para avanzar a una concepción de lo que podría denominarse pedagogía social comunitaria.

En este orden de ideas, la PS manifiesta el devenir de una acción social a favor de un sujeto/objeto concebido en todas aquellas características que definen la comunidad. Conduce a una apropiación teórica y práctica hacia otros conceptos afines como organización y desarrollo comunitario, fundamentos que permiten adentrarse en la acción comunitaria o acción social, base de los procesos de cambio y transformación sociocultural. Este entramado conceptual inter y multidisciplinario, entrelazado epistemológica, teórica y metodológicamente, permite aproximar estrategias prácticas para el abordaje del médico familiar a su rol profesional en la salud comunitaria.

La pedagogía social es definida por algunos autores como una ciencia; su origen se encuentra anclado en la filosofía alemana. Fue concebida por Natorp⁸, por lo que se le considera el padre de esta disciplina, y tiene sus soportes filosóficos y epistemológicos en la teoría pedagógica de Kant. Se resalta como importante, el hecho de que Natorp establece que la comunidad es el punto clave de la educación: “la educación es una dimensión esencial para el desarrollo de la comunidad” (Pérez, 2002).

Aunque se puede afirmar que toda pedagogía es social por naturaleza propia, cuando se habla de pedagogía social, se construye en un marco de referencia en el que se define la acción social. Es decir, acciones educativas orientadas a la transformación y el cambio mediante la comprensión de necesidades básicas del ser humano. Por tal razón, este enfoque pedagógico tiene como fundamento los procesos de socialización a grupos sociales fuera de los ámbitos institucionales educativos, pero dentro de instituciones de resocialización y otros espacios como el comunitario, que orientan la resolución de conflictos y problemas sociales con la incorporación del individuo, la familia y los colectivos en sus propios contextos. Se establece un triángulo indisoluble entre individuo, familia y comunidad con la educación para el desarrollo de la conciencia hacia la búsqueda de la equidad, la justicia social, la democracia y la ciudadanía.

8 Natorp, Paul. Nació el 24 de enero de 1854 en Dusseldorf y murió el 17 de agosto de 1924 en Marburgo. Filósofo y pedagogo alemán.

Caride (1997) manifiesta que “la interacción cultura-sociedad es lo que constituye para Natorp el objeto de la pedagogía social: las condiciones sociales de la cultura y las condiciones culturales de la vida social” (p. 238). Es así como, el concepto de pedagogía social va construyendo su propio *corpus* epistemológico, en tanto que define su objeto de intervención.

En los últimos tiempos han surgido dinámicas y tensiones históricas y epistemológicas entre diversas corrientes pedagógicas en función de la educación comunitaria. Se destacan entre otras la educación popular, la pedagogía crítica, la pedagogía social o los enfoques socioeducativos. Estas emergencias se fundamentan en marcos y corrientes filosóficas y teóricas que devienen del pensamiento europeo y latinoamericano. Sin duda, el sentido de las tensiones comparte en su conjunto los sentimientos de transformación y cambio sociocultural y abarcan la cuestión socio-histórica y política inherente a la crítica de las estructuras y relaciones de poder injustas e inequitativas de la sociedad moderna.

No es tarea de este marco referencial establecer los axiomas del debate sobre las diversas corrientes pedagógicas que de una u otra forma han aportado a la construcción de una dinámica educativa para el trabajo comunitario o establecer su relación epistemológica y filosófica con la práctica comunitaria del médico familiar, sino abordar una aproximación conceptual o hilo conductor para percibir la concepción de la pedagogía social comunitaria como herramienta, si bien, epistemológica, también metodológica en el quehacer en educación comunitaria del profesional de la Medicina.

Pedagogía social comunitaria (PSC)

La pedagogía social comunitaria presupone acciones socioeducativas para la familia y las comunidades. Es una herramienta epistemológica y metodológica para el abordaje de la educación en salud comunitaria. Desde el ámbito epistemológico, permite la comprensión de las necesidades y problemas sociales o, en general, lo que para la atención primaria y la medicina familiar son los determinantes sociales de la salud. Coloca al profesional de la medicina en posición de investiga-

dor/educador a partir de dinámicas participativas como fundamento del desarrollo del pensamiento emancipatorio para el autocuidado. Es decir, que la pedagogía social comunitaria tiene una visión esencialmente pragmática, cuya praxis se orienta al mejoramiento de la calidad de vida y el bienestar subjetivo de las personas. “La corresponsabilidad en todo el proceso educativo resulta clave para posibilitar mayores cuotas de reinserción social, desarrollando acciones de sensibilización y prevención en la comunidad” (Morata, 2014, p. 15).

En este mismo sentido, es necesario plantearse por qué hablar de pedagogía social en la acción comunitaria y qué de lo pedagógico social debe incluir al médico familiar. En los procesos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el tema educativo se constituye en la principal herramienta para la toma de conciencia individual y social. Esta concepción que data del siglo XVIII, en la que la medicina ubica al hombre dentro de un contexto social y define la responsabilidad que le compete al Estado en el cuidado de la salud de la población, hizo que la mirada de la medicina no se centrara exclusivamente en el individuo, sino en un entorno ambiental y social, lo que implicó un salto cualitativo. Este proceso de la cuestión social de la medicina atraviesa diversos escenarios de fortalecimiento, que le dan sentido e importancia a la salud familiar y comunitaria.

Hablar de pedagogía social para la acción comunitaria implica definir la pedagogía como ciencia y herramienta para la educación. Esto quiere decir orientar, conducir y corregir a través de la educación situaciones problema que impiden el desarrollo humano y social. Petrus (1997) afirma que “la educación social se interpreta como la acción educativa cuyo objetivo es el aprendizaje de las virtudes o capacidades sociales que un grupo o sociedad considera correctas y necesarias para alcanzar su integración” (p. 22).

A partir del siglo XX, en el campo de la medicina, la educación en salud no había sido considerada como un aspecto importante, pues el sujeto es relegado en su condición social, sobreponiendo la enfermedad como eje esencial de la atención médica. Sin embargo, los nuevos enfoques conceptuales sobre salud, desde la perspectiva biopsicosocial, han dado un viraje al paradigma biomédico y con ello se ha reconstituido

la práctica médica hacia una concepción más holística. Un aspecto que hace posible la comprensión desde la historia natural de la salud y enfermedad a partir de lo que la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) denominaron atención primaria y determinantes sociales de la salud.

Hoy en día, con los desafíos que trae la implementación de las líneas en los modelos de atención integral en los territorios y la política de participación social en salud de algunos países de América Latina, se hace necesario que la práctica del profesional de la salud y de otros sectores dé respuesta a la atención centrada en las personas, las familias y las comunidades con acciones en sus diferentes entornos y con trabajo interdisciplinar e intersectorial en los equipos de salud. Bajo esta perspectiva, la pedagogía social es indispensable para dar forma y expresión a la acción e intervención comunitaria.

Se pueden establecer tres elementos en esta praxis: en primer lugar, el uso de metodologías y herramientas que desde las ciencias sociales se han acogido para la atención primaria orientada a la comunidad (APOC): autodiagnóstico comunitario, investigación etnográfica, investigación acción e investigación participativa o en general la investigación acción participativa, encaminadas para la comprensión y análisis crítico de los determinantes sociales de la salud en el territorio y para establecer evidencia de la caracterización social y ambiental de los entornos de la vida cotidiana y procesos de intervenciones colectivas.

El segundo aspecto hace referencia a la episteme o fundamento de la realidad en su acontecer histórico. Este proceso percibe las dinámicas culturales, sociales y políticas que inciden en las condiciones de vida, salud y enfermedad de las poblaciones. Busca establecer una concepción crítica de los acontecimientos o hechos que son aparentes en las complejas prácticas de la vida cotidiana de los sujetos, pero que en realidad son el resultado del funcionamiento de las relaciones del poder y de los sistemas imperantes.

En este orden de ideas, la investigación cualitativa, que se fundamenta en la participación social, es emancipadora, porque tiene como deber despertar las conciencias a partir de la comprensión/interpreta-

ción de discursos naturalizados históricamente y proyectarlos a favor de la autodeterminación de los sujetos y sus colectivos sociales. En últimas, lo que se pretende es la comprensión de los determinantes sociales y la relación que existe entre las desigualdades socioeconómicas y el proceso salud-enfermedad, lo mismo que las causas y los causantes que conducen a estas inequidades.

La educación y pedagogía social escudriñan y comprenden al sujeto o los individuos que están ligados a la red de poder del sistema biopolítico o las estructuras dinámicas e invisibles de las relaciones establecidas en la sociedad de mercado dentro de un modelo capitalista. Sin duda, los métodos cualitativos de la investigación son operaciones interpretativas, que como lo define Foucault (1991), buscan “descifrar en el texto la transcripción de algo que oculta y que se manifiesta a la vez” (p. 37).

En tercer lugar, la praxis de la educación social en salud es una estrategia fundamental que lleva a la práctica acciones concretas de socialización para el reconocimiento de la salud y la participación social como derechos fundamentales, la construcción conjunta de la solución a las necesidades y problemas enfocados en los determinantes sociales y la transformación positiva de los diferentes entornos. Esto es posible mediante el proceso de diálogo de saberes para la construcción de conocimiento y aprendizaje que permita el desarrollo y fortalecimiento de las capacidades de los actores sociales.

Al respecto, Caride (1997) plantea la importancia de establecer metodologías activas en las que las dinámicas comunitarias sean concebidas como un proceso de transformaciones estructurales, de las que participan y se responsabilizan todos los miembros de la comunidad, con finalidades autoconstructivas que sintonizan con la aspiración a un desarrollo endógeno y sustentable cuyo último objetivo es mejorar la calidad de vida. Así mismo, lo define Freire (1990), como una educación para la transformación social, en el sentido de que la educación debe incluir una pedagogía en acciones políticas para el cambio.

En coherencia con el concepto emitido por la OMS (1948) sobre salud, “como el estado de completo bienestar físico, mental y social, y

no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”, la educación se constituye en herramienta vital para alcanzar conciencia social de impacto en los procesos de atención, promoción y prevención. Por lo tanto, los recursos humanos y técnicos educativos deben tener un carácter interdisciplinar y multidisciplinar, ya que se requieren procesos integrados de conocimiento. Esto con el propósito de dar sentido a la praxis de la acción social en los procesos de atención primaria orientada a la comunidad (APOC).

Al respecto se pueden indicar los elementos y componentes que justifican la interdisciplinariedad y multidisciplinariedad de la APS - APOC como lo afirma la OPS/OMS (2007):

... un sistema de salud basado en la APS fortalece la atención primaria en su papel de atención de primer nivel, pero tiene a su vez elementos estructurales y funcionales adicionales que trascienden de forma significativa el primer nivel de atención de salud, énfasis en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, acciones intersectoriales para impactar los determinantes en salud, cultura del autocuidado, orientación individual, familiar y comunitaria. Atención integral, integrada y continua e interculturalidad, que incluye entre otros los elementos de prácticas tradicionales, alternativas y complementarias para la atención en salud, talento humano organizado en equipos multidisciplinarios, motivado, suficiente y cualificado; fortalecimiento de la baja complejidad para mejorar la resolutivez; participación activa de la comunidad y enfoque territorial. (p. 12)

Es importante preguntarse por los sujetos/objetos de la praxis de la pedagogía social. Esta se ocupa de los sujetos en situaciones problema con quienes se busca confrontar y transformar su realidad, pero son también sujetos activos y dinámicos que se constituyen en recursos internos y externos a los contextos problemáticos para su solución. Es así como se encuentra un amplio espectro de investigaciones e intervenciones socioeducativas con grupos poblaciones en situación problemática como: drogodependencia, género, adulto mayor, población vulnerable,

población con enfermedades crónicas y, en términos generales, procesos orientados a la educación en salud.

En resumen, se puede afirmar que la pedagogía social comunitaria es una propuesta que aporta elementos esenciales para el autoconocimiento y autocomprensión de las necesidades básicas que se desprenden de los determinantes de la salud, producidos por las inequidades e injusticias sociales y sus relaciones con el mundo de la vida o la cultura, el reconocimiento de derechos y la participación social.

La ausencia de educación versus la inconciencia de los sujetos y colectivos sociales asegura la naturalización de la pobreza. La educación deviene conciencia social y reivindica la autodeterminación, lo que, en el campo de la salud, y visto desde la concepción de Foucault, se establece como el principio básico para la construcción de una bioética a partir del cuidado de sí⁹ y de los otros¹⁰. En este aspecto se centraría la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

En este mismo orden de ideas, se constata que el médico familiar debe ser un intelectual de la salud, por lo tanto, no le es suficiente comprender desde la perspectiva biológica y clínica la enfermedad como tal, sino que es necesario que asuma un papel integral en la compleja resoluntividad de los problemas que la desencadenan, en función de la filosofía ya propuesta desde la OMS, con relación al concepto integral que sobre salud se plantea: completo bienestar biopsicosocial. Sin duda, se puede afirmar que la medicina familiar se constituye en la más integral y holística de las ramas de las especialidades médico-quirúrgicas.

9 Tal como lo establece Foucault, hacer cuidado de sí y de los otros se encuentra estrechamente ligado a la ética del cuidado. “El cuidado de sí conlleva un conocimiento de sí. Es la inevitable relación que se establece entre una práctica y un saber o entre el sujeto y la verdad...” (Robbins, p. 10). Es en este contexto que la educación y la promoción de la salud juegan un papel esencial en los procesos de cambio social.

10 Garcés y Giraldo (2013) afirman: “la bioética es la ética del cuidado de la vida y el cuidar de sí y de los otros, es importante y relevante que cuidemos de la vida humana y la de otros seres vivos; esto significa que la bioética está presente en el cuidado de sí y de los otros. Cuidar de los otros supone el reconocimiento del otro como alguien que existe y que tiene valor” (p. 197).

Promoción de la salud

El concepto de promoción de la salud ha sido expuesto en diferentes contextos internacionales como un lineamiento fundamental en la Atención Primaria en Salud desde la Declaración de Alma Ata: Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud en 1978. Sin embargo, es la Carta de Ottawa de 1986 en la que se define con cierta claridad el tema de la promoción de la salud cuando afirma:

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe, no como un objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana [...]

En este orden de ideas, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia (2016), expresa:

La promoción de la salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. (p. 13)

Las conferencias mundiales sobre promoción de la salud lideradas por la OMS, han permitido renovar los conceptos de salud y de promoción de la salud con sus prioridades. Es así como, en la declaración de Yakarta en 1997, se define la salud como un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo humano y económico, por lo tanto, la población debe estar en el centro de la actividad de promoción de la salud y los procesos de adopción de decisiones. El acceso a la educación y la información es esencial para lograr una participación efectiva y movilización de las gentes y las comunidades.

Adicionalmente, se posiciona a la promoción de la salud en las agendas de políticas públicas y de desarrollo de los países, inicialmente como en la declaración de Bangkok (2005), cuyo propósito expresa: “Las políticas y alianzas destinadas a empoderar a las comunidades y mejorar la salud y la igualdad en materia de salud deben ocupar un lugar central en el desarrollo mundial y nacional”. También se confirma este posicionamiento en las declaraciones de Nairobi en el 2009 y de Helsinki 2013.

En los últimos años, la promoción de la salud se ha posicionado en la agenda para reducir las inequidades sanitarias y la actuación de los determinantes sociales de la salud. La declaración de Río (2011) plantea: “La equidad sanitaria es una responsabilidad compartida que exige que todos los sectores gubernamentales, todos los segmentos de la sociedad y todos los miembros de la comunidad internacional se comprometan con un principio a escala mundial: «todos por la equidad» y «salud para todos» y en la última conferencia mundial de la Promoción de la Salud en Shanghai en 2016, se establecieron compromisos en pro de la salud y el bienestar y los objetivos del desarrollo sostenible.

Atención primaria orientada a la comunidad (APOC)

De Peray y Montaner (2016) afirman que: “APOC significa que el equipo de atención primaria (EAP) asume la responsabilidad de la mejora de la salud de todas las personas y familias de la comunidad para la que trabaja y no solo de la atención de los pacientes que demandan asistencia. (p. 2)”

Se trata de un proceso continuo en el cual se integran la atención primaria con acciones de salud pública. Estos autores también plantean que los fundamentos de la APOC son: atención primaria, epidemiología a nivel local: la salud y sus determinantes, salud comunitaria (salud pública a nivel local), promoción de la salud y de la participación comunitaria. Desde la medicina familiar y comunitaria, es importante tener en cuenta que la APOC está dirigida a promover la salud e incrementar la calidad de vida y el bienestar social, potenciando la capacidad de las personas y grupos para el abordaje de sus propios problemas, demandas o necesidades.

Es así como frente a esta referencia, Gofin y Gofin (2007) plantean que:

La APOC está basada en la medicina comunitaria cuyos principales elementos son la evaluación activa y detallada de las necesidades de salud de la comunidad y la respuesta a esas necesidades, considerando la comunidad en su conjunto”. Y en ese orden de ideas, la medicina comunitaria debe responder a cinco preguntas cardinales que la identifican como cuál es el estado de salud de la comunidad y los factores responsables; acciones realizadas por parte de la comunidad y los servicios de salud; las proyecciones e impacto esperado de estas acciones; las medidas de monitoreo de la vigilancia sanitaria de la comunidad y la evaluación de cambios en el estado de salud. (p. 177)

En resumen, se puede concretar que la APOC requiere de pedagogía social comunitaria que la aproxime a los procesos de abordaje comunitario en perspectiva educativa y de promoción del desarrollo. Si bien la participación comunitaria es un principio fundamental en los procesos de cambio social, es necesario reconocer que deben existir políticas públicas sobre las cuales se fundamente la presencia de agentes externos que motiven y estimulen estas dinámicas para la acción social y la solución a las necesidades y problemas en los ámbitos comunitarios locales y regionales de los diferentes territorios. Es en esta perspectiva que se plantea el proyecto comunitario, como asignatura para la formación de médicos familiares de la UPTC.

Proyecto comunitario: Experiencia de residentes de Medicina Familiar en el barrio Los Patriotas de la ciudad de Tunja

En el 2018, se inició la primera cohorte de la Especialización de Medicina Familiar de la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia con dieciocho (18) residentes. Este proceso se constituyó en la primera experiencia para un abordaje práctico de medicina familiar en comunidad. Se seleccionó el barrio Los Patriotas de la ciudad de Tunja con el propósito de mantener un escenario para el desarrollo pedagógi-

co del proyecto comunitario. Cabe aclarar que el proyecto comunitario es una asignatura transversal de formación en salud comunitaria de la especialización.

El barrio Los Patriotas se localiza sobre el costado sur oriental de la ciudad de Tunja, entre la avenida Oriental y la Carrera 1 Este, se encuentra clasificado como sector mixto debido a la influencia que tienen el centro histórico y el antiguo terminal de transportes (Caro et al., 2014). Según Peñuela y Córdoba (2020), en este barrio se evidencia una vulnerabilidad media-alta e incluso en algunos sectores hay entre el 40.1 % y el 80 % de pobreza multidimensional.

Con el propósito de darle sentido al proceso de trabajo comunitario, se utilizaron algunas estrategias pedagógicas en función de la formación integral del médico familiar desde la perspectiva comunitaria. En primer lugar, el residente recibió formación teórica en temas como comunidad, métodos y técnicas para el abordaje comunitario, diseño, ejecución y evaluación de proyectos comunitarios en salud, fundamentados en la atención primaria, atención primaria orientada a la comunidad (APOC) y determinantes sociales de la salud; pedagogías para el trabajo comunitario y dinámicas para el trabajo con grupos entre otros temas de interés académico y formativo, a la vez que se realizó una pasantía internacional. Este aspecto permitió crear una visión amplia sobre el ejercicio académico y la práctica profesional del especialista de la medicina familiar en comunidad en algunos países de América Latina y España.

En segundo lugar, se hizo un acercamiento a las instituciones y redes de apoyo, instancias que permitieron configurar acciones coherentes con las políticas públicas a través de la Secretaría de Protección Social del municipio de Tunja y la Secretaría de Salud del departamento de Boyacá. Mediante esta estrategia se puso en conocimiento de los funcionarios encargados de estas entidades, el proyecto comunitario a desarrollar en el barrio elegido y se buscó el apoyo institucional. Para este caso se contó con el proyecto titulado: *Promoción y mantenimiento de la salud individuo, familia y comunidad del barrio Patriotas del municipio de Tunja: 2019 – 2020.*

En tercer lugar, se tomaron como referentes la pedagogía social comunitaria y la atención primaria orientada a la comunidad, se inició un proceso de abordaje comunitario mediante el reconocimiento geográfico del sector, información a las familias, la comunidad y sus líderes, acerca de la presencia de residentes de Medicina Familiar de la UPTC en la comunidad. Una vez se realizaron los primeros acercamientos a la comunidad y con la participación de esta, se hizo el diagnóstico comunitario y la priorización de necesidades sociales y en salud. Este acercamiento se logró a través de algunas jornadas comunitarias dirigidas por residentes y docentes a cargo.

Con el fin de facilitar el desarrollo de las prácticas académica y comunitaria, se establece un plan de acción orientado al logro de los objetivos propuestos, mediante la ejecución de actividades en salud comunitaria. En este sentido, se seleccionaron los siguientes entornos: hogar (familia), comunitario, instituciones educativas y población vulnerable. Para el desarrollo del plan de acción cada entorno consideró subgrupos de cinco (5) residentes.

El abordaje familiar fue responsabilidad de los quince (15) residentes que se hallaban en el escenario, quienes diligenciaron una ficha de medicina familiar. A través de esta ficha se hizo el respectivo seguimiento, que tomó como referente básico los principios de la medicina familiar, de la APS y los fundamentos teóricos, epistemológicos y metodológicos de la pedagogía social comunitaria. Así mismo, los residentes desarrollaron el acercamiento a las familias con un riguroso protocolo de visita domiciliaria. En promedio, cada estudiante logró hacer entre ocho y diez visitas familiares con un oportuno seguimiento de plan de cuidado en un período de aproximadamente ocho meses.

La ficha familiar se constituyó en una importante técnica e instrumento de análisis de las condiciones y estructura de las familias del barrio Los Patriotas. Sin embargo, para la elaboración de este trabajo se tomaron como referentes únicamente los cientos tres (103) registros de campo elaborados por los residentes a lo largo de su ejercicio pedagógico comunitario.

A partir de la organización, nominación y categorización de la información del proyecto comunitario suministrada a través de los registros

de campo de los residentes de la Especialización de Medicina Familiar (2020), se logró obtener la categoría pedagogía social comunitaria, en la construcción de dos subcategorías de análisis, abordaje y educación comunitaria y abordaje y educación familiar.

La educación, que se pretende social o comunitaria, implica acercamiento y reconocimiento al territorio y su colectividad con un propósito específico: la acción social para la transformación y la solución a necesidades concretas. La gestión de este proceso fue posible a partir de lo que se ha denominado pedagogía social comunitaria. Es muy importante comprender que el proyecto comunitario, como asignatura transversal en la formación del médico familiar, está orientada a la formación profesional en perspectiva pedagógica, con un propósito esencial: Contribuir al mejoramiento y mantenimiento de la salud de la comunidad, en este caso del barrio Los Patriotas de la ciudad de Tunja.

Abordaje comunitario para la educación y promoción de la salud

Una subcategoría de análisis que se hace presente en el ejercicio pedagógico y formativo para los residentes en Medicina Familiar es justamente el abordaje comunitario.

Una de las grandes deficiencias que se manifiestan en los procesos de formación profesional, en cualquier área del conocimiento, tiene que ver con la proyección social o el aprendizaje para el trabajo comunitario. Este se encuentra relacionado con la generación de acciones o proyectos de intervención y compromisos con las comunidades, que en muchos casos se encuentran fragmentadas respecto a las políticas públicas emanadas del sistema de salud, o son ajenas a la comprensión de las realidades circundantes por el estudiante; otras veces, quedan inconclusas o suscitan expectativas incapaces de llegar a término debido a la planeación temporal de carácter académico de las instituciones educativas. Tomando este hecho como referencia, la asignatura de proyecto comunitario, para la formación de residentes de Medicina Familiar, se proyecta de manera transversal, condición que pretende dar continuidad a los procesos comunitarios en salud por término indefinido.

La experiencia con el proyecto comunitario en el barrio Los Patriotas de la ciudad de Tunja cambió necesariamente la visión adquirida por el médico residente sobre la acción asistencialista de la relación médico-paciente, en el sentido que lo pone en el campo del reconocimiento del otro, lo que exige una relación y educación basadas en el diálogo. La relación médico-paciente en el consultorio sostiene una condición de biopoder¹¹ por parte del médico, que no es lo mismo que la experiencia de entablar una acción comunicativa con colectivos sociales, que también padecen necesidades de salud y quienes además tienen un saber que el médico o el profesional de la salud desconoce. Por lo tanto, adquirir esta competencia comunicativa solo es posible mediante la interacción y el reconocimiento del otro como sujeto de conocimiento. En este enfoque, el médico en la APOC transgrede las posturas hegemónicas del conocimiento biomédico para ubicarse en el contexto de la interacción con actores sociales y de los determinantes sociales de la salud, pero, sobre todo, recupera el papel de las ciencias sociales en los procesos de la Atención Primaria en Salud

Lo que se pudo establecer en la categoría pedagogía social, para la comprensión de la experiencia sobre el abordaje comunitario, es que existen unos presupuestos teóricos que resultan de la formación académica a partir de los principios de la medicina familiar, el rol en los procesos de la educación para la salud comunitaria, la gestión interinstitucional y la investigación social. Esto le da sentido a la práctica pedagógica en comunidad y la convierte en lecciones aprendidas para el residente. Una vez definida la comunidad-escenario en aspectos como delimitación y ubicación geográfica, se establecieron estrategias de acercamiento en las que se tuvo en cuenta el papel que juegan líderes comunitarios como el presidente de la Junta de Acción Comunal y otros representantes de las organizaciones existentes en el territorio.

Lo importante de la experiencia son las evidencias plasmadas en los registros de campo, que además de comprender y analizar las dificultades y fortalezas de formación para el trabajo con comunidad, se hace

11 Castro se refiere a biopoder, desde la perspectiva de Foucault, cuando afirma: “Formas de ejercicio de poder que tienen por objeto la vida biológica del hombre, es el ejercicio del poder sobre los cuerpos de los individuos”. (Castro, 2011, p. 55)

una reflexión crítica sobre la posibilidad de reconstruir y recrear escenarios para su quehacer profesional. En este proceso pedagógico, el médico familiar se enfrenta con un complejo sentido de la realidad, que se halla marcado por la pobreza y las inequidades sociales, injusticias que devienen de unas estructuras económicas, culturales y políticas, que definen en la práctica la concepción real de los determinantes sociales de la salud.

De igual manera, se constata que a pesar de la disponibilidad y aceptabilidad de las tecnologías y la comunicación en el ámbito de la virtualidad, las estrategias y metodologías del trabajo con comunidades requieren volver a viejas prácticas que permitan retornar al diálogo y a la palabra presencial, el cara a cara que facilita el reconocimiento del otro y los otros en el contexto de la otredad, o como lo expresara Deleuze (citado por Míguez Passada, 2013, p. 19): “... es que las nociones necesarias para la descripción del mundo [...] permanecerán vacías e inaplicables, si el ‘Otro’ no estuviera ahí, expresando mundos posibles”. Cuando se habla de comunidades urbanas o rurales, lo vital es el espacio, el territorio y por lo tanto la presencialidad, sin ella no es posible definirse como comunidad.

De ahí que las estrategias de abordaje comunitario buscaron resarcir las viejas estrategias de convocatoria, como verdaderos actos de conciencia que permiten reconocer el paradigma de una relación intersubjetiva médico-paciente y la relación dinámica entre el médico, familia o comunidad. De allí que el perifoneo, los volantes, las carteleras, la voz a voz o puerta a puerta se constituyeron en estrategias básicas para el abordaje. Así lo expresan los residentes en sus relatos, quienes manifiestan diferentes estrategias exitosas, tales como: *“perifoneo de paquirri”, en la cual señalan que se escribe un libreto inicial, que puede ser por audio de algún residente, o la edición de quien brinda el servicio, promoción en... por entrega de volantes personalmente, puerta a puerta, y carteleras, sin embargo, luego de discutirlo, se concluye que los volantes y el perifoneo son las principales opciones.*

Recobrar la palabra y la comunicación directa es el fundamento del diálogo intercultural. En esta acción se retoma lo que Vargas Manrique (2016) afirma:

La comunicación auténtica de la presencia del lenguaje [...] una pedagogía que nos permita ser cautivados por la mirada y la expresividad del otro. Este último tipo de pedagogía se aproxima a los parámetros que requiere una educación desde la otredad. (p. 209)

Allí se hacen presente las miradas y las palabras del otro, la expresividad, la emotividad, en general, la presencia del cuerpo y la conciencia.

La experiencia que alcanzan los residentes y la comunidad del barrio Los Patriotas en la fase de abordaje comunitario surge en condición de encuentro dialógico. Tal como lo expresara Mejía (2015): “El diálogo de saberes aparece como el concepto que hace posible la interculturalidad y la negociación cultural, dos elementos fundamentales para una acción educativa transformadora” (p. 37). Es decir, el diálogo de saberes se constituye en la herramienta fundamental para el abordaje comunitario, acción que se halla inmersa en cada una de las actividades participativamente programadas.

La conciencia crítica del médico familiar toma sentido cuando es capaz de interactuar y reconocer el discurso del otro, como proceso de autocomprensión y autogestión hacia la solución de sus problemas y necesidades e incluso de su propia salud. En esta construcción colectiva e intercomunicativa, la participación se vuelve necesaria, sin ella no es posible la transformación social. El diálogo, indefectiblemente conduce al establecimiento del compromiso, pues de nada sirve la participación dialógica si no existe conciencia de transformación.

Así lo manifiestan los residentes en sus relatos: *... se dialogó sobre los compromisos para dicha reunión, objetivos y manera de entablar comunicación con ellos para conocer formas de ingresar a la comunidad y próximos encuentros con ellos*; “*Se realiza una lluvia de ideas para fortalecer las intervenciones en la comunidad con el fin de generar credibilidad e involucramiento con la comunidad, entre estas la huerta comunitaria que se está trabajando en el barrio y significar y resignificar los espacios de recreación actuales. Propuesta de desarrollo de programa de reciclaje comunitario también se identifica como una posibilidad de desarrollo de actividad.*”

En las prácticas orientadas a la educación para la salud, bajo la estrategia del diálogo de saberes y la participación comunitaria, existen tensiones epistemológicas, pedagógicas y políticas, que deben ser comprendidas por el equipo de salud o el médico familiar. Es decir, diferencias de conocimientos académicos y saberes populares que deben ser concertados mediante el diálogo, las dinámicas de participación y la apropiación social del ámbito intercultural, que se traduce en saber escuchar, lo que redundaría en acciones y actividades mediadas por la participación activa de la comunidad, de los diferentes sectores y de las organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, en función del reconocimiento de los sujetos individuales y colectivos como sujetos de cambio.

Es así como, para la formación de talento humano en medicina familiar en comunidad desde la perspectiva de la pedagogía social comunitaria, el paradigma de la participación comunitaria y el diálogo de saberes se constituyen en los principales ejes de la acción. Tal como lo expresa Retolaza (2010) en la *Teoría de Cambio*:

son premisas de la dimensión pedagógica de esta educación comunitaria: el enfoque dialógico, el aprendizaje experiencial, la flexibilidad y diversidad de modalidades de trabajo educativo según los espacios en que se desarrolla su acción y los procesos personales y colectivos que viven los participantes, el análisis crítico de la realidad y el diseño y desarrollo de proyectos de acción transformadora desde las comunidades. (pp. 31-32)

Sin embargo, los procesos de cambio y transformación social, si bien requieren del apoyo decidido de las comunidades, no hay que olvidarse que los problemas y soluciones son estructurales. Se trata del compromiso de todos: la sociedad en sus diversas facetas multisectoriales-intersectoriales y el Estado, la construcción de políticas públicas con reformas a profundidad que disminuyan las inequidades e injusticias sociales. Es deber prevalecer en el diálogo, en la perspectiva de la comprensión y reflexión mutua y la dinámica propositiva conjunta para el cambio.

No basta una práctica académica para contribuir en estos procesos, esta se constituye únicamente en la formación para la promoción del

cambio, pero se requiere de infraestructura y políticas públicas acordes a la solución de las necesidades de la población. Es decir, que el médico familiar comprometido debe ser investigador y gestor riguroso, que integre la atención y asistencia médica en el ámbito de la atención primaria, con la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en el contexto comunitario. Pero esto es posible, si y solo si, existe una política pública emprendedora fundada en una praxis real de base, que le dé sentido a los procesos y las dinámicas culturales en coherencia con las acciones proactivas comunitarias e interinstitucionales orientadas al mejoramiento y el mantenimiento de la salud.

Las lecciones aprendidas de estos procesos de interacción comunidad/academia estuvieron orientadas a comprender e interpretar los determinantes sociales y sus acciones comunitarias en contexto hacia la búsqueda del mejoramiento de la salud. Este referente abordó la discusión teórica sobre el proceso salud-enfermedad desde la mirada fenomenológica para definir una postura desde el pensamiento crítico frente a las limitaciones del positivismo. Es así como mediante la reflexión teórico-práctica, se reconstruye la concepción biopsicosocial de la salud como objeto de conocimiento y acción, con el propósito de definir algunos roles del médico familiar en comunidad.

Abordaje y educación para la familia

El individuo y la familia se constituyen en el eje central de la práctica profesional del médico familiar. Existen múltiples enfoques y teorías que sobre familia y abordaje familiar se han propuesto; se pueden destacar enfoques sociológicos, psicológicos, culturales, médicos e incluso históricos. Sin embargo, es un hecho que las teorías modernas han propiciado un punto de encuentro muy pertinente: la familia como un sistema social. Este aspecto ha jugado un papel importante, tanto en la comprensión de la dinámica y estructura de la familia, como para los procesos terapéuticos desde los diferentes ámbitos que involucran la concepción de la salud como estado de completo bienestar biopsicosocial.

La formación del especialista en Medicina Familiar —UPTC— sobre teorías y enfoques sociológicos, terapéuticos y clínicos se basó el

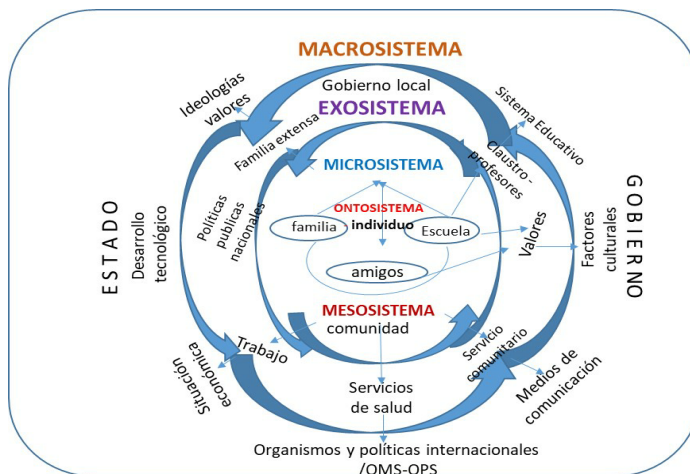
enfoque de la familia sistémica. Es importante recordar que la teoría de los sistemas tiene su origen con Bertalanffy en 1968 y, desde entonces, muchos más investigadores se han sumado al estudio y comprensión de la familia y la comunidad en este sentido.

Se destacan investigadores como Virginia Satir quien aborda el tema de la comunicación y afirma que: “la familia es un sistema donde todos reciben influencias e influyen en todo y todos los demás...” (Karam, 2004, p. 2). Nathan Ackerman (1997), precursor de la terapia de familia, establece los vínculos de la familia en aspectos biológicos, psicológicos y económicos: “la familia es la unidad básica de desarrollo y experiencia, de realización o fracaso, de enfermedad y salud” (p. 27); Salvador Minuchin (2004) fundamenta la terapia de familia desde la perspectiva sistémica cuando afirma: “La teoría de la terapia de familias se basa en el hecho de que el hombre no es un ser aislado, sino un miembro activo y reactivo de grupos sociales” (p. 20); así mismo, Maurizio Andolfi (2010), experto en terapia de familia con enfoque sistémico y psiquiatría infantil, hace un aporte importante a la violencia sobre los adolescentes en el cual manifiesta, que no es fácil hablar de estos, porque se encuentran en medio del niño y el adulto, lo que siempre los hará revolucionarios. Los trabajos mencionados consideran a la familia un sistema, al que le son aplicables los principios propios de los sistemas generales y también otras características relevantes, que facilitan su comprensión y que son específicas de los sistemas familiares.

Uno de los enfoques tenidos en cuenta para la formación del médico familiar de la UPTC es la teoría ecológica del desarrollo humano, propuesta por Urie Bronfenbrenner (1987) quien define la estructura ecológica en: Microsistema, que comprende el conjunto de relaciones entre la persona en desarrollo y el ambiente inmediato, como familia, escuela, etc.; Mesosistema, en los que la persona en desarrollo participa de forma activa, relaciones familia-escuela; Exosistema, comprende aquellas estructuras sociales formales e informales que, influyen en su ambiente más próximo como condiciones y experiencias laborales de los adultos, etc.; Macrosistema, incluye los valores culturales, las creencias y las situaciones y acontecimientos históricos que definen a la comunidad en la que vive y que puede afectar a los otros tres sistemas. (p. 231)

Figura 21.

Teoría ecológica del desarrollo humano



Nota. Gráfico adaptado por Triana, A.N., 2021. Tomado de Bronfenbrenner, U. (1987). *Teoría Ecológica del Desarrollo Humano. Cognición y Desarrollo Humano.*

Bajo el marco de la familia sistémica, los residentes de Medicina Familiar de la UPTC realizan el abordaje a la familia (microsistema). Fue necesario entender que la familia y la comunidad son dos sistemas que interactúan dinámicamente, no solo entre sí, sino con los demás sistemas: exosistema y el macrosistema, por lo tanto, se debe abordar de manera interactiva como se demuestra en el diagrama expuesto (Figura 21).

Uno de los principios básicos de la medicina familiar es atender al individuo en el contexto de la familia y a la familia en el contexto de la comunidad, tarea que realizan otras profesiones como Trabajo Social, Psicología y Enfermería Comunitaria. No obstante, la diferencia está en el hecho de que el médico familiar “es clínicamente competente para proporcionar la mayor parte de la atención que necesita el individuo, después de considerar su situación cultural, socioeconómica y psicológica. En definitiva, se responsabiliza personalmente de prestar una atención integral y continuada a sus pacientes” (Gallo Vallejo et al., 1999, p. 1).

Es fundamental valorar la competencia que el médico familiar tiene en la comprensión de las interacciones que el individuo y su familia

tiene con todos y cada uno de los demás sistemas: meso, exo y macrosistemas, un aspecto que le permite interpretar al sujeto que sufre una patología no solo desde el ámbito biológico, sino también desde los diferentes contextos. Este aspecto facilita ampliar el radio de intervención hacia los colectivos sociales y comprender a fondo los determinantes sociales de la salud. Bajo la dinámica familia, comunidad, redes de apoyo e instituciones gubernamentales y de salud, constituye una fase interactiva orientada a la resolutivez no solo de un problema individual o patología, sino que se interviene en la política pública para la acción social y el cambio.

La visita domiciliaria es una herramienta pedagógica práctica para la formación del médico familiar, pues en la experiencia se evidenciaron varios aspectos relevantes de aprendizajes como: abordaje a la familia, relación médico-familia, conocimiento y comprensión de la dinámica y estructura de la familia, surgimiento de patologías familiares que deben ser resueltas, condiciones de vida, construcción y práctica de estrategias para la educación en salud familiar y establecimiento de compromisos.

El abordaje a la familia depende de varios aspectos; algunos se hallan relacionados con la actitud y aptitud del médico de familia en el establecimiento de las relaciones médico-paciente-familia en entornos fuera del consultorio o la institución de salud; también depende de la actitud, tipo y características de grupo familiar, su medio social y cultural. En los procesos pedagógicos, juegan un papel relevante las pautas seleccionadas para el abordaje médico-familia. Por lo tanto, a la hora de programar una visita domiciliaria, se requiere tener plena claridad del propósito u objetivo que se pretende alcanzar, lo mismo que las estrategias de su abordaje. A esto se suma, el conocimiento e interacción con redes sociales, institucionales y particularmente de salud como fuente de apoyo, lo que facilitará fortalecer los procesos, seguimiento y solución a los problemas y necesidades encontradas en el grupo familiar. En general, el médico familiar debe tener pleno conocimiento y práctica del manejo de las rutas integrales de atención en salud (RIAS), reconocimiento de otros actores participantes de las intervenciones individuales, colectivas y poblacionales del barrio o el territorio y establecer una dinámica de interacción con las redes de apoyo tanto gubernamentales

como no gubernamentales. Si esto no existe, será imposible dinamizar las estrategias de ayuda y orientación.

Como se pudo observar, en el caso del barrio Los Patriotas, este aspecto fue unas de las falencias encontradas y quizá la más importante de las lecciones aprendidas. En todo proceso de acción e intervención social y de salud, los objetivos deben estar claramente planteados. De otro lado, las prácticas académicas y formativas no se pueden dinamizar en laboratorios sociales desconectados de la política pública vigente. No obstante, estos procesos académicos pueden impulsar alternativas innovadoras de impacto a la política.

Respecto a la relación médico-familia, se pudo evidenciar en los relatos que la comunicación y diálogo juegan un papel fundamental en el acercamiento al grupo primario. Sin duda la información que se suministre sobre el ejercicio y abordaje familiar es fundamental para la construcción de empatía y acercamiento. En este caso, afirman Garza-Elizondo et al. (2006), al referirse al médico familiar:

ser un hábil y experto entrevistador de individuos y de familias, un facilitador efectivo de los procesos de negociación, de solución de problemas y de comunicación familiares y un excelente y eficaz educador sobre los problemas de salud que inciden en su población. (p. 57).

Es relevante destacar que la visita domiciliaria en la práctica del proyecto comunitario del barrio Los Patriotas no formó parte de un proceso de atención a una patología individual, sino un abordaje a la familia con fines educativos para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Sin embargo, las patologías de los individuos afloran a medida que se instauran los diálogos pertinentes médico residente-familia.

Se destaca una vez más que las competencias comunicativas del médico familiar se deben constituir en la principal fortaleza para la acción clínica, social y familiar. Sin duda, la disponibilidad a escuchar y hablar de las experiencias de vida diaria es la fuente primaria para el establecimiento de relaciones productivas en procesos educativos para el cuidado y autocuidado de los individuos y sus familias.

El acto responsable del abordaje a la familia fue condición ética para los residentes, de esta manera se fortalecieron los procesos formativos a través del proyecto comunitario y particularmente a través de la visita familiar. Es un hecho que el aprendizaje parte de entender a la familia como un sistema, por lo tanto, al evaluarla, se incluyó mediante la observación directa el contexto en que se expresó el problema de salud y se definió su vulnerabilidad desde la perspectiva de los determinantes sociales.

Se pudieron detectar algunas patologías en miembros de las familias visitadas, que no habían sido diagnosticadas ni tratadas por el sistema, otras a las cuales los pacientes no tenían adherencia al medicamento y tratamiento en general y algunas que debían ser controladas de manera inmediata. Esto se puede evidenciar en los relatos expuestos por los residentes:

Una persona [...] con antecedente de epilepsia y consumo de alcohol, quien no se toma sus medicamentos por más que se le expliquen las consecuencias de no tomarlos, esto sumado a su consumo de alcohol le han generado más de un problema...

... mi hermana mayor murió a los 46 años por cáncer de cuello de la matriz; ella se lo detectaron a tiempo y le dijeron que tenía que operarse..., pero ella no quiso y se mando fue a hacer por allá un raspado, ya cuando volvió al médico eso ya estaba avanzado y no se podía hacer mucho y ella murió.

... su esposo [...] les echa sal a los alimentos ya estando preparados y otra cosa que le gusta mucho es hacer fritos y entonces por eso a veces yo mejor hago la comida o le digo que si me ayuda no haga nada con aceites. No hacemos ejercicio, solo mi hijo no más

Esto demuestra que las familias vulnerables económica y culturalmente requieren de procesos educativos sobre el reconocimiento de la enfermedad o padecimiento y para el cuidado de la salud a través de una relación más próxima a su sistema. Se pudo observar que existen serias falencias en la conciencia social de la familia y los colectivos sociales,

que les haga partícipes de la salvaguarda y práctica de estilos sostenibles de vida más saludables.

Un valor agregado a la práctica comunitaria es el rol de educador del residente, en el sentido que aprovecha la instancia de la visita familiar para promover acciones a favor de la salud y prevenir enfermedades, como se evidencia en los relatos que a continuación se presentan:

... le muestro en un dibujo de un plato y se le explico que la mitad del plato debe ser de verdura o de fruta, una cuarta parte del plato debe ser de carne, pollo o huevo haciendo la aclaración que es lo que ella pueda conseguir porque dice “yo no tengo para carne y pollo todos los días...”.

... J., sigue con mal control de la dieta y no ha decidido asistir a los controles médicos. Recalqué en él la importancia de autocuidarse respecto a las enfermedades que ya están establecidas para mejorar sus condiciones de salud, creamos el compromiso de programar una nueva visita para hacer un examen físico completo en su domicilio y según lo encontrado será referido a la institución de salud.

Le indique lo importante que era continuar el seguimiento y además ahora que cumpliera los 50 años acudir al programa de detección de alteraciones del adulto y la realización de la mamografía, adicionalmente que una vez al año debía acudir a cita por medicina general para examen de seno.

... pero lo mejor es que quizá ya hay un poco más de compromiso por parte de los hijos para su cuidado, en su intención por tenerla en sus casas como parte de sus familias.

... con la familia que pude visitar, se presentó la oportunidad para tocar el tema crítico en la vida de esta familia, como lo fue pensar en el futuro de Y.M como persona con discapacidad, con la expresión de sentimientos, de dudas, de preocupaciones y la búsqueda de alternativas de solución que salieron de ellas mismas en su proceso de reflexión que por demás resulto terapéutico.

Otro aspecto de importancia en la práctica pedagógica obtenida a través del proyecto comunitario es el proceso de aprendizaje relacionado con el conocimiento y comprensión de la dinámica y estructura interna de la familia. Sin duda, la implementación de la Estrategia de Atención Primaria en Salud requiere de un equipo de profesionales y técnicos de la salud que, fundamentados en sus principios, puedan promover la salud y prevenir la enfermedad. La medicina familiar se constituye en una de esas profesiones que dinamizan las acciones no solo desde el ámbito asistencial, sino también en los complejos sistema de tareas que concretan la pertinente y asertiva prestación del servicio de la salud.

El análisis integral de la familia debe contar con instrumentos claramente validados desde diversos ámbitos del conocimiento de las ciencias de la salud y las ciencias sociales. Es así como se han considerado instrumentos como el Genograma, el Ecomapa y el APGAR familiar, herramientas básicas para el conocimiento y comprensión de la estructura y la dinámica familiar. Se hizo uso de estos instrumentos, lo que permitió a los residentes realizar aproximación profesional a las familias del barrio Los Patriotas. A través de este sistema, se pudieron atender aproximadamente cincuenta familias del sector¹².

En este orden de ideas, se obtienen conocimientos de la dinámica y estructura de la familia, en la cual se destacan problemas que pudieron ser analizados de manera cualitativa. Es así como a través de las observaciones se obtuvo información que está representada en situaciones problema, entre las que se pueden destacar, familias disfuncionales y recompuestas, ausencia de higiene en la vivienda, consumo de bebidas embriagantes, prácticas machistas y violencia intrafamiliar, mujeres cabeza de familia en condiciones de pobreza, consumo de psicoactivos en adolescentes y ausencia de prácticas de estilos de vida saludables y diagnósticos sobre patologías prevalentes en las familias.

Los mayores logros obtenidos en este proceso pedagógico del proyecto comunitario, indudablemente fueron la construcción y práctica

12 En este documento no se dará razón de los resultados obtenidos en las fichas familiares aplicadas, sino en la observación y seguimiento realizados durante la visita domiciliaria, que permitieron la aplicación del instrumento.

de estrategias para la educación en salud familiar y el establecimiento de compromisos, con algunas familias, con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Conclusiones y lecciones aprendidas

A través de la formación de talento humano en Medicina Familiar en la UPTC, se rescata desde la praxis, una práctica integradora del ejercicio de la medicina general que dio origen a la medicina familiar, como lo planteara Verónica Casado (2018), enunciado al que nos referimos al inicio de este documento: “El médico general era un personaje importante para las familias y las comunidades. Era un líder comunitario, un consejero, un epidemiólogo, promovía cambios sociales e incluso económicos, era un estudioso continuo y, además, un investigador...”. Es así como se avanza en el rescate de una posibilidad y alternativa para la generación de nuevas mentalidades que se ajusten de manera coherente a los planteamientos que la misma OMS hace sobre el papel que tiene el médico familiar en la puesta en marcha de la Estrategia de Atención Primaria en Salud.

Es en este sentido, que se puede afirmar que el proyecto comunitario, tal como se encuentra establecido en el plan de estudios de la Especialización de Medicina Familiar de la UPTC, es una estrategia pedagógica que permite al residente establecer desde la práctica propiamente dicha, herramientas de aprendizaje, que den respuesta a una formación integral y a los principios de la medicina familiar, a lo que desde el ámbito internacional se plantea para el médico de familia en cuanto a su función básica, que es la de atender a la comunidad, la familia y el individuo en un área de salud determinada.

Lo que se pudo observar en el ejercicio es que el contacto de los residentes con las comunidades, además de poner en práctica los componentes teóricos sobre el rol del médico familiar en una comunidad, les permitió comprender desde este contexto las estructuras y falencias del sistema de salud, las prácticas culturales y de vida cotidiana de los colectivos sociales, los componentes, dinámicas y relaciones con los determinantes sociales de la salud. Aspectos pertinentes para dilucidar

los problemas y necesidades reales desde donde se origina el alto indicador de enfermedades que son prevenibles a través de la educación, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad.

Así mismo, la intervención se constituyó en un valor agregado de proyección y extensión social, en función de la educación comunitaria, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad a partir de la atención primaria orientada a la comunidad.

Sin duda, la pedagogía social comunitaria, la educación popular y muchas metodologías socioeducativas para la formación de talento humano en salud como médicos de familia y otros profesionales para la atención de la salud comunitaria, se constituye en una herramienta fundamental desde diversos ámbitos: para la comprensión e interpretación de las realidades con la participación activa de individuos, familias y comunidades, el establecimiento de relaciones horizontales para el cambio a través de conciencia propia, en función de la autocomprensión y autodeterminación de los pueblos. Es en este aspecto que se puede hablar de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con orientación al cuidado de sí y de los otros; que se puede formar un médico humanista que trate al sujeto de manera integral y holística. Esta condición solo es posible en la praxis de la acción social de los procesos comunitarios y familiares.

Referencias

- Ackerman, Natan. (1997). *Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Psicodinamismos de la vida familiar*. Ediciones Hormé.
- Andolfi, Maurizio. (2010). *Un café con Andolfi en París*/Entrevistado por Juan Rodríguez Abellán y Annette Kreuz Smolinski. Infocoponline. http://www.infocop.es/view_article.asp?id=3187
- Bangkok, Tailandia. (2005). *Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado*. <https://parquedelavida.co/index.php/publicaciones/banco-de-conocimiento/item/113-carta-de-bangkok-para-la-promocion-de-la-salud-en-un-mundo-globalizado-tailandia-2005>

- Bronfenbrenner, Urie. (1987). *La Ecología del Desarrollo Humana*. Cognición y Desarrollo, Paidós.
- Caride, José Antonio. (1997). Acción e intervención Comunitaria. En A. J. Petrus (Coord.), *Pedagogía social*. (pp. 222-247). Ariel S.A.
- Caro, María Camila, García, Iván Camilo y Juez Laura Paola. (2014). Conectividad urbana y espacio público en el (sur) barrio Patriotas de la ciudad de Tunja. [Trabajo de Grado, Universidad Santo Tomas] <https://tecnicasdeinvestigacionsantototunja.files.wordpress.com/2014/11/conectividad-urbana-tunja.pdf>
- Casado, Verónica. (2018). La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea. *AMF Actualización en Medicina de Familia*, 14(2), 79-86. https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2192
- Castro, Edgardo. (2011) *Diccionario Foucault. Temas, conceptos y autores*. Siglo XXI.
- De Peray, J. L. y Montaner, I. (2016). *Una mirada a la Atención Primaria Orientada a la Comunidad*. https://comunidad.semfyc.es/wp-content/uploads/Comunidad_-_Una-mirada-a-la-Atencion-Primaria-Orientada-a-la-Comunidad.pdf
- Foucault, Michel. (1991). *La arqueología del saber*. Siglo Veintiuno Editores.
- Garcés, Luis Fernando y Giraldo, Conrado. (2013). El cuidado de sí y de los otros en Foucault, principio orientador para la construcción de una bioética del cuidado. *Discusiones filosóficas*, 14(22), 187-201. <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/discusionesfilosoficas/article/view/729>
- Garza-Elizondo, Teófilo, Ramírez-Aranda, José Manuel y Gutiérrez-Herrera, Raúl Fernando. (2006). Relación de colaboración médico-paciente-familia. Archivos en Medicina Familiar- Me-

digraphic.com, 8(2), 57-62. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2006/amf062b.pdf>

Gofin, Jaime y Gofin, Rosa. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública en la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(2/3), 177-185. http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000200012

Helsinki, Finlandia. (2013). 8ª Conferencia Global sobre Promoción de la Salud. <https://www.sanidad.gob.es/va/profesionales/saludPublica/prevPromocion/docs/DeclaracionHelsinki.pdf>

Karam, Tanius. (2004). La Idea de Comunicación en la Terapia Familiar Sistémica de Virginia Satir. *Razón y Palabra*, 40. <http://www.razonypalabra.org.mx/anteriores/n40/tkaram.html?iframe=true&width=90%&height=90%>

Mejía, Marco. (2015). Diálogo-confrontación de saberes y negociación cultural. Ejes de las pedagogías de la educación popular: Una construcción desde el sur. *Pedagogía y Saberes*, 43, 37-48. <https://doi.org/10.17227/01212494.43pys37.48>

Míguez Passada, María. (2013). Presencias/ausencias en torno a la relación discapacidad-trabajo en Francia y Uruguay. X Jornadas de Sociología. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires. <https://cdsa.academica.org/000-038/219.pdf>

Ministerio de Salud y Protección Social. (2016). *Proceso de participación para la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad: La experiencia de la Dirección de Promoción y Prevención*. Documento elaborado por el Equipo Técnico de Gestión para la Promoción y la Prevención, por Diana Victoria Gutiérrez Triana (En el marco del contrato 132 de 2015). Consultado en noviembre 12 de 2018. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/participacion-promocion-salud-prevencion-enfermedad.pdf>

Minuchin, Salvador. (2004). *Familias y terapia familiar*. Gedisa Mexicana.

Morata, Txus. (2014). Pedagogía Social Comunitaria: un modelo de intervención socioeducativa integral. *Educación Social. Revista de Intervención Socioeducativa*, 57, 13-32. <https://redined.mecd.gob.es/xmlui/bitstream/handle/11162/105310/278741-381838-1-SM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nairobi, África. (2009). Conferencia Internacional de Nairobi. <https://prezi.com/go9fs6dipm1m/conferencia-internacional-de-nairobi-africa-2009/>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1948, abril 7). *Constitución de la OMS*. <https://www.who.int/es/about/governance/constitution>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud. <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2011). Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/declaracion-rio-determinantes-sociales-salud.pdf>

Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2016). Novena Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. Shanghai, 21 – 24 de noviembre de 2016. <https://www.saludcastillayleon.es/es/salud-estilos-vida/declaracion-shanghai-promocion-salud-agenda-2030-desarrollo>

Organización Panamericana de la Salud/ Organización Mundial de la Salud [OPS/OMS]. (2007). *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 Sa-

lud (OPS/OMS). https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion Primaria_Salud_Americas-OPS.pdf

Peñuela, Fredy y Córdoba, Diego. (2020). Factores sociodemográficos de familias en el barrio Patriotas de Tunja. *Salud & Sociedad*, 5(1),1-15. https://revistas.uptc.edu.co/index.php/salud_sociedad/article/view/11708

Pérez, Gloria. (2002). Origen y evolución de la Pedagogía Social. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, (9), 193-231. <https://www.redalyc.org/pdf/1350/135018332011.pdf>

Retolaza, Iñigo. (2010). *Teoría de Cambio, un enfoque de pensamiento-acción para navegar en la complejidad de los procesos de cambio social*. https://xarxanet.org/sites/default/files/pnud-hivos-guia_teoría_de_cambio.pdf

Robbins, Steve. (2007). El cuidado de sí. La inversión del platonismo desde la mirada de Michel Foucault. *Seminario de Pensamiento crítico*. Chile: Universidad Diego Portales.

Vargas-Manrique, Pedro. (2016). Una educación desde la Otriedad. *Revista Científica General José María Córdova*, 14(17), 205-228. <http://www.scielo.org.co/pdf/recig/v14n17/v14n17a08.pdf>

Yakarta, República de Indonesia. (1997). *Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el siglo XXI*. <https://parquedelavida.co/index.php/publicaciones/banco-de-conocimiento/item/114-declaracion-de-yakarta-indonesia-1997#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Yakarta%20expone,XXI%3A%20Promover%20la%20responsabilidad%20social>

Figura 22

Visita domiciliaria en zona rural del municipio de Motavita, vereda Salvial



Nota. Fotografía, equipo de residentes de Medicina Familiar en proyecto comunitario del municipio de Motavita (Boyacá), 2021

Figura 23

Visita domiciliaria



Nota. Fotografía, equipo proyecto comunitario barrio Los Patriotas, mayo de 2022



5. La visita domiciliaria: una técnica vital para la intervención del médico familiar¹³

Ximena Giraldo González¹⁴

El presente artículo surge a partir de la reflexión sobre la importancia que tiene la técnica de la visita domiciliaria para la praxis en comunidad que adelanta el médico familiar. En este contexto, la visita domiciliaria comprende dos definiciones, por una parte, se entiende como una técnica de actuación profesional y, por otra parte, como un conjunto de actividades que aportan al desarrollo de diversas estrategias para el trabajo comunitario.

Es así como la visita domiciliaria cobra sentido para el médico familiar, puesto que se involucran facilitadores y obstaculizadores. Desde esta perspectiva, el médico familiar observa de primera mano la realidad de los diferentes grupos familiares inscritos en contextos diversos y cambiantes.

Para profundizar en el sentido que cobra la visita domiciliaria, resulta de vital importancia identificar aspectos clave de la técnica, tales

13 Quiero agradecer a la Doctora Alba Nidia Triana por pensar en mí y darme la oportunidad de escribir este artículo reflexivo. Igualmente reconocer en el marco de la gratitud y el aprecio a cinco estudiantes de la primera cohorte y a los grupos completos de la segunda y tercera cohorte de la Especialización en Medicina Familiar de la UPTC de Tunja, quienes me han inspirado para escribir estas líneas sobre la visita domiciliaria y el médico familiar.

14 Magister en Trabajo Social, con énfasis en familia y redes sociales. Universidad Nacional de Colombia. Especialista en Educación y Orientación familiar y Trabajadora Social de la Fundación Universitaria Monserrate. Asistente académica de los Departamentos de Estudios Sociales y de Información de la Escuela de Humanidades y Estudios Sociales de la Universidad de la Salle. Colombia. xigiraldo@lasalle.edu.co xigiral@yahoo.es

como: antecedentes históricos, conceptos, ventajas, desventajas, características, el paso a paso, la ruta de acción, que le permitan al médico familiar tener un panorama amplio sobre la importancia de esta técnica como un pilar fundamental en el desarrollo del trabajo comunitario.

Orígenes de la visita domiciliaria

La visita domiciliaria nació junto a la cama del enfermo y desde su origen tuvo una connotación biopsicosocial. (Cubillos, 2017)

Desde la antigüedad se encuentran los primeros registros de lo que hoy se denomina la técnica de visita domiciliaria. Por ejemplo, en el Antiguo Egipto, el médico cobra un papel fundamental a la hora de tratar la enfermedad, a través del trabajo en el domicilio del paciente y es la familia quien acepta o no acepta su dictamen.

En el domicilio, después de revisar al enfermo, analizar la situación y consultar con los dioses, el médico, antes que emitir un diagnóstico, lo declaraba y la familia tenía que aceptar o rechazar lo que el médico declaraba: esta es una enfermedad que conozco y curaré, o esta es una enfermedad que conozco y no trataré; o bien, esta es una enfermedad que no conozco y no trataré”. Después de esto venía un proceso de negociación del cuidado. (Cubillos, 2007, p.1)

Según Cubillos (2007), estos son los primeros pasos de la medicina familiar que le apuesta a la semiología como estudio de los signos de la vida social y la asume como eje transversal en la relación del médico con las familias, en cuanto que:

La medicina de familia es narrativa y se debe auscultar para reconocer en ella los signos y manifestaciones de la vida familiar, que están presentes, no solo en el aspecto biológico sino también en lo psicológico, social y familiar. (Carrizosa, 2008, p.2)

De manera más reciente, se destacan los aportes a la visita domiciliaria, a través del trabajo que inicia desde 1896, en la ciudad de Londres,

la Charity Organization Society (COS). Su objetivo es trabajar con la población que presenta mayores necesidades sociales y económicas en el contexto barrial, para lo cual se involucra a los visitantes voluntarios o amistosos, quienes reciben una formación más profunda, a fin de que no se agote la relación en la inmediatez de la visita. Como señala G. Tonon (2005) al respecto:

La tarea de los visitantes voluntarios no siempre fue satisfactoria, dado que en ciertos casos se generaron problemas basados en el desconocimiento que estos podrían tener en las relaciones humanas y del buen trato a las personas. La COS decidió instruir un plan de formación mediante clases y conferencias para aquellas personas encargadas de desarrollar la citada tarea. (p. 50)

De manera más reciente, se encuentran las obras adelantadas por el sacerdote francés San Vicente de Paul, su opción por el servicio a los más pobres destaca la importancia de la visita domiciliaria como una técnica que ofrece un bien invaluable, que permite manifestar y reconocer la humanidad del otro.

Otro momento histórico para destacar en la implementación de la visita domiciliaria, se reconoce durante los años treinta y cuarenta del siglo pasado en Chile, a raíz de la situación de pobreza y miseria que vive un gran número de familias chilenas. Ante esta problemática, un grupo de mujeres profesionales en educación, salud y asistencia social, inician un trabajo en casa, teniendo en cuenta para su trabajo aspectos como: educación, higiene y epidemiología.

En la actualidad, en términos generales, la técnica de la visita domiciliaria se convierte en una herramienta vital para el médico familiar, no solo en términos de cuidado, entorno, necesidades, recursos y redes sociales, también en el mejoramiento de la dinámica familiar, la cual comprende la comunicación, las relaciones entre cada uno de los subsistemas (pareja, padres, madres y cuidadores, hijos, hermanos), los vínculos afectivos y las maneras de resolver los conflictos, enmarcados en un ciclo vital familiar.

En este orden de ideas y desde una perspectiva sistémica, se resalta la importancia del abordaje del grupo familiar por parte del médico familiar. En palabras de Lourdes (2003):

La familia como sistema, lo que implica explicarla como una unidad interactiva, como un “organismo vivo” compuesto de distintas partes que ejercen interacciones recíprocas. La familia como un sistema abierto constituido por varias unidades ligadas entre sí por reglas de comportamiento. (p. 1)

A partir de lo anteriormente expuesto, a continuación, se revisan los aportes de diferentes autores sobre el concepto de visita domiciliaria.

Algunas definiciones de la visita domiciliaria

Para Cubillos (2007) es importante hacer algunas distinciones sobre el concepto de visita domiciliaria, al afirmar que una cosa es hablar de la atención en domicilio y otra muy distinta es aquella que sigue un enfoque desde la epidemiología o sobre la visita con un componente integral. La tabla 2 describe algunas similitudes y diferencias de acuerdo con el objetivo de la visita domiciliaria.

Tabla 2

Descripción de la atención en domicilio, la visita epidemiológica y la visita domiciliaria integral

Atención en domicilio	Visita epidemiológica	Visita domiciliaria integral
El profesional del equipo de salud ofrece a un miembro de la familia apoyo, diagnóstico, tratamiento, recuperación y rehabilitación. Su objetivo es el cuidado paliativo y el alivio del dolor. Actividad que se establece actualmente en la Atención Primaria en Salud. Se requiere de una evaluación previa y un plan de cuidado concertado previamente con el grupo familiar.	Se puede hacer en el domicilio del grupo familiar, aunque no es necesario. Requiere hacer una investigación epidemiológica del caso índice de una enfermedad que está bajo vigilancia. Los registros y formatos son distintos.	Es llevada a cabo por uno o más integrantes del equipo de salud en el domicilio del grupo familiar. El profesional de salud establece interacciones con uno o más miembros de la familia, con el fin de establecer relaciones con el contexto. Para ello el equipo de salud centra su accionar en el fomento, protección, recuperación y rehabilitación del componente de salud.

Nota. Tomada de Visita domiciliaria para actuar en salud familiar, Ximena Cubillos, 2007. Universidad de Concepción. VII Congreso Chileno de Medicina Familiar.

De hecho, los tres conceptos coinciden en el abordaje de la salud con base en la Atención Primaria en Salud, la participación del profesional de la salud y la mirada biopsicosocial, al enfocarse de manera especial en el ciclo vital de la persona y su grupo familiar. Por otra parte, estos conceptos varían en relación con los objetivos, las demandas del contexto, la experticia del profesional de la salud y los formatos o rúbricas para el registro y análisis de la información.

Ahora bien, existen otros conceptos que pueden alimentar esta reflexión de la importancia de la visita domiciliaria para el médico familiar, específicamente en el desarrollo que tiene esta técnica para la intervención de la profesión / disciplina del trabajo social.

Entre los autores estudiosos de las técnicas para el ejercicio del trabajo social, se destaca Ander-Egg (1995), quien ubica a la visita domiciliaria como aquella que se realiza en el domicilio de la persona o familia. Considera tres fines relevantes en la aplicación de esta técnica como son: investigación, tratamiento y asesoría:

Tiene como objetivo obtener, verificar y ampliar información en el domicilio, estudiar el ambiente social y familiar en el que está inserto el mismo, dar información a la familia sobre el estado de avance de la intervención, controlar la situación socio familiar, que indique el estado de avance, reforzamiento de directrices dadas en el proceso de tratamiento. (p. 333)

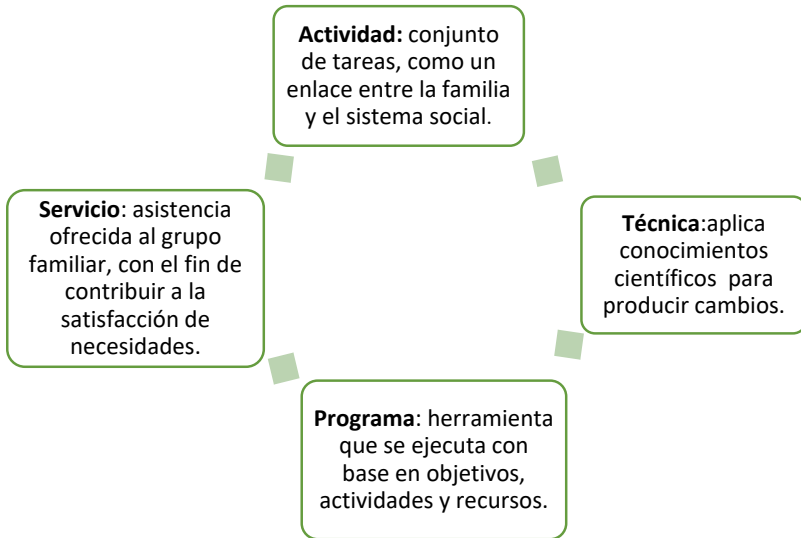
En esa misma línea coincide Tonon (2005) al ubicar la visita domiciliaria como una técnica de actuación profesional del trabajo social, resalta la participación de otras técnicas para lograr su desarrollo y la importancia del proceso dialogal y comunicativo por parte del profesional con el grupo familiar. Tonon la define como:

Técnica de actuación profesional del trabajo social, que presenta la particularidad de incluir otras dos técnicas: la observación y la entrevista, que facilita la interacción dialógica teniendo lugar en el ambiente en el cual la persona desarrolla su vida cotidiana. (p. 57)

Para Roca y Úbeda, citados por Tonon (2005) la visita domiciliaria se presenta como actividad, técnica, programa y servicio, de acuerdo con el estudio y el objetivo de intervención que se proponga como se describe en la figura 24.

Figura 24

La visita domiciliaria como actividad, servicio, técnica y programa



Nota. Tomada de Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social, Graciela Tonon, 2005.

A partir de estas aproximaciones conceptuales sobre la visita domiciliaria, se revisan algunas consideraciones básicas, ventajas y desventajas de esta técnica, que debe tener en cuenta el médico familiar para su trabajo comunitario.

Consideraciones básicas y momentos

Carrizosa (2008) describe una serie de consideraciones básicas a la hora de realizar una visita domiciliaria, estas van desde el acto de la visita, la observación y el contexto hasta la importancia de los espacios familiares y la experiencia del profesional que lleva a cabo dicha técnica. Estas son:

1. El acto de visitar: interacción no simétrica, es jerárquica. Tiene impacto en los visitados.
2. El contexto de la visita: observación, conocimiento y valoración. Profesional y grupo familiar son observados mutuamente.

3. Profesional como “extraño” observador: aumenta la tensión del grupo familiar.
4. Espacio familiar o espacio de intimidad: lealtad familiar frente a la presencia de extraños.
5. Entorno vital: perspectiva personal y profesional, para que el profesional ingrese al espacio de intimidad familiar.
6. Experiencia personal del profesional: reconocimiento y cuidado de sí y del otro.

De igual manera, las consideraciones básicas tienen que estar íntimamente relacionadas con la preparación de la visita domiciliaria. Esta preparación considera tres momentos para llevarla a cabo de forma procedimental y sistemática: planeación, realización de la visita, análisis y registro.

En el primer momento de planeamiento, se requiere clarificar el objetivo de la visita (teniendo en cuenta si es una visita inicial, de seguimiento o de cierre de caso). Igualmente, es importante organizar la información previa que se tenga del grupo familiar.

En el segundo momento, el cual consiste en la realización de la visita domiciliaria, es importante que el profesional tenga en cuenta aspectos como: conversación con la familia, observación del contexto, organización del espacio, estructura familiar y cuándo finaliza la visita.

En el último momento que corresponde al análisis y registro, el profesional recoge sus observaciones por escrito y elabora su concepto profesional en un informe social de acuerdo con los protocolos institucionales establecidos.

Asimismo, las consideraciones básicas y los momentos para realizar una visita le permiten al médico familiar tener un panorama sistémico y ecológico del grupo familiar, al conectar la información recogida y evidencias, experiencias, lecciones aprendidas y encuadres del diagnóstico y el tratamiento, que le asientan una ruta de acción de apoyo, acompañamiento y ayuda para el grupo familiar y sus respectivos integrantes.

De hecho, la visita domiciliaria como técnica que entrega servicios a la comunidad, es influenciada por distintas teorías que sustentan sus aportes al desarrollo humano integral, entre las cuales se destacan: teoría de la autoeficacia individual de Bandura y el modelo de desarrollo humano de Bronfenbrenner.

En relación con la teoría de la autoeficacia individual, hace especial énfasis en el rol primario del profesional que realiza la visita domiciliaria: “Como encargado de potenciar las capacidades de cada miembro de la familia, logrando en ellos altos niveles de confianza en su quehacer y promoviendo la importancia de su accionar en el logro de las metas propuestas” (Save The Children, 2014, p. 9).

La segunda teoría del modelo de desarrollo humano de Bronfenbrenner reconoce la importancia de los sistemas familiares y el contexto en la vida de cada una de las personas visitadas. Este modelo reconoce la influencia que la familia, los amigos y la comunidad tienen en la vida del individuo (Save The Children, 2014, p. 10).

Esta postura sistémica de Bronfenbrenner, que se fundamenta en la teoría ecológica, sostiene que la familia:

Es un microsistema interactivo que se encuentra en relación con otros microsistemas y a la vez está inmerso en sistemas más amplios. Esta teoría permite ubicar el estudio de la familia y los factores que influyen en la dinámica de la misma en un marco contextual sistémico. (Valdés, 2007, p. 18)

Ahora bien, la visita domiciliaria en el momento de su planeación, desarrollo y cierre puede traer consigo una serie de ventajas y desventajas que es importante validar bajo la mirada de la medicina familiar. Al respecto, Talero (2006), especialista en Medicina Familiar del Departamento de Medicina Preventiva de la Pontificia Universidad Javeriana, recoge algunas premisas de la visita domiciliaria como escenario de prevención (tabla 3).

Tabla 3
Ventajas y desventajas de la visita domiciliaria

Ventajas	Desventajas
<ul style="list-style-type: none">• Permite reunir mejor información sobre el contexto familiar.• Facilita la evaluación de recursos de apoyo social.• Favorece la evaluación medio - ambiental.• Favorece una mejor valoración del riesgo.• Potencia la relación médico - paciente.• Favorece una prescripción más precisa y mejor orientada.• Mejora la adherencia a las recomendaciones.	<ul style="list-style-type: none">• Requiere tiempos más prolongados para su realización.• Requiere infraestructura asistencial y administrativa específica.• Sus costos son más altos que los de la consulta ambulatoria en los servicios.• Hay poca estandarización de actividades.• Ausencia de incentivos económicos para el personal.• El personal de salud no tiene formación adecuada para la actividad.• Dispersión geográfica de los pacientes.

Nota. Tomada de La visita domiciliaria como escenario de prevención, Alba Talero, 2006, Pontificia Universidad Javeriana.

A través de estas aproximaciones conceptuales a la técnica de la visita domiciliaria, se evidencia cómo se convierte en una herramienta fundamental para la praxis comunitaria del médico familiar.

Lo anterior cobra sentido con los planteamientos de Giraldo et al. (2020) en relación con la fundamentación de la visita domiciliaria desde un enfoque de enfermería familiar y cultural, donde:

La visita domiciliaria (VD) se considera en un medio para fomentar el cuidado y la educación para la salud y, de esta forma, fortalecer en las personas, familias y comunidades, la capacidad para avanzar hacia una salud más satisfactoria para ellas, según las oportunidades que tengan en sus contextos. (p. 100)

Una vez descrito un primer panorama general de la visita domiciliaria, es importante para el médico familiar en formación y profesional

ubicar la técnica en el Plan Integral de Cuidado Familiar de la Gobernación de Boyacá (2015).

La visita familiar en el Plan Integral de Cuidado Familiar de la Gobernación de Boyacá 2015

El plan ubica al grupo familiar no solamente a partir de una mirada biológica y consanguínea, es también un escenario propicio para el bienestar y acceso a diferentes oportunidades, aunque en muchos casos no sucede así debido a la situación socioeconómica de muchas familias en Colombia y específicamente en el departamento de Boyacá.

Por ello, el Plan Integral de Cuidado Familiar propone apreciar a las familias tanto desde sus debilidades, riesgos o carencias como desde las habilidades, fortalezas y competencias de cuidado.

Aquí es donde la atención en salud, a través de la visita familiar, se muestra como un espacio de oportunidad para el reconocimiento de necesidades y condiciones de vulnerabilidad, así como para la identificación de factores protectores y potenciadores que inciden en la construcción del cuidado del grupo familiar, “Es así como en la Atención Primaria en Salud con enfoque familiar, la visita familiar se convierte en una oportunidad para la identificación de necesidades sociales en salud, que facilitan la planeación y el desarrollo de políticas públicas” (Gobernación de Boyacá, 2015, p. 2).

En este contexto, la visita familiar se convierte en la estrategia del Plan Integral de Cuidado Familiar, a través de una serie de actividades, objetivos y tareas de carácter social y sanitario, que se prestan en el domicilio del grupo familiar, con el fin de valorar las necesidades de salud, al favorecer y mejorar la calidad de vida de los integrantes del grupo familiar.

De esta forma, la visita familiar recae exclusivamente en el equipo de salud, por lo que la participación del médico familiar es vital por sus aportes tanto en la parte clínica como en el enfoque social, ya que

reconoce las demandas del contexto y su articulación e incidencia en el marco de la política pública.

A continuación, se presenta la ruta propuesta de la visita familiar (figura 25) contemplada en el Plan Integral de Cuidado Familiar, que tiene en cuenta aspectos como: propósitos, principios y criterios para formular compromisos de cuidado y cumplimiento de logros. Lo anteriormente expuesto permite al médico familiar:

- Tener una mayor confianza, seguridad y empatía en el momento de acercamiento al grupo familiar y su contexto.
- Lograr la participación del grupo familiar en el inicio, desarrollo y cierre de la visita domiciliaria.
- Identificar, analizar y comprender la dinámica familiar a través de la observación, introspección y reflexión de los espacios, estructuras, funcionamiento y vitalidades del grupo familiar.
- Establecer una relación interpersonal directa, la cual requiere de escucha activa, empatía y habilidades como el desarrollo de la observación y la entrevista familiar con preguntas que favorezcan la conversación y el diálogo (pedagogía de las preguntas reflexivas, circulares, lineales y estratégicas).
- Tener acceso al espacio cotidiano del grupo familiar, que le permite tener un panorama de necesidades, problemas y carencias, así como de la posibilidad de acompañar desde una orientación y relación de ayuda.
- De acuerdo con los tiempos, rutinas y espacios familiares, el médico familiar logra un acercamiento para verificar el cumplimiento de logros y objetivos y la posibilidad de palpar de primera mano la gestión del cambio al interior del grupo familiar.

Figura 25

Ruta de la visita familiar del Plan Integral de Cuidado Familiar



Nota. Adaptación de la Guía Plan Integral de Cuidado Familiar, Gobernación de Boyacá, 2015.

Ahora bien, ¿cómo se logra lo dicho anteriormente? Aquí el rol del equipo de salud, específicamente del médico familiar, cobra sentido en la medida en cómo establezca el contacto familiar y realice el consenso del cuidado. Por lo tanto, es de vital importancia ubicar los momentos de la visita domiciliaria para lo cual se acude a los aportes de Tonon (2005) que cobran relevancia para responder a esta pregunta (tabla 4):

Tabla 4

Momentos de la visita domiciliaria

Primera visita domiciliaria	Visitas domiciliarias siguientes	Visita domiciliaria final
Primer acercamiento. Conocer la situación de la persona y la familia. Lograr un clima de confianza. Facilitar la comunicación a través de preguntas abiertas. Facilitar el desarrollo de la expresión oral de ambas partes.	Trabajar en la modificación de la situación original. Reforzar la confianza en el vínculo establecido. Apoyar en el proceso de resolución de la situación problema. Acompañar a la familia y sus integrantes. Evitar que se reitere la situación problema.	Concluir la actuación profesional. Síntesis del proceso llevado a cabo. Posibilitar un contacto posterior. Devolución de información puntual. Refuerzo del proceso personal. Afrontamiento de situaciones futuras.

Nota. Adaptado de Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social, Graciela Tonon, 2005, editorial Espacio.

Como indica la tabla 4, estos momentos se pueden lograr, en la medida que exista un adecuado contacto con el grupo familiar y sus integrantes, a través del diálogo y consenso en el cuidado, tal como lo plantea el Plan Integral del Cuidado Familiar (Gobernación de Boyacá, 2015).

En cuanto a la preparación de la visita, el profesional de la salud está llamado a establecer los criterios de inclusión tales como: responsabilidades y conocimiento del equipo de salud en relación con la familia, sus integrantes y el contexto que los rodea y revisión de la carpeta donde se consigna toda la información de la familia (algunas herramientas como el genograma, APGAR, el ecomapa y la cartografía social son de gran utilidad).

En relación con el establecimiento del plan de acción, este debe ser dialogado con la familia. La planeación, el desarrollo y el cierre de la visita domiciliaria dependen de los tiempos establecidos y concertados entre el equipo de salud y el grupo familiar.

La visita familiar tiene como fin la co-construcción del plan de cuidado familiar, el cual para efectos prácticos queda desarrollado a través de un instrumento de planeamiento, registro y seguimiento de compromisos de corto, mediano y largo plazo, concertados entre la familia y el equipo de salud. (Gobernación de Boyacá, 2015, p. 16)

Luego de presentar toda la contextualización de la técnica de la visita domiciliaria como una herramienta clave para el trabajo comunitario del médico familiar, es importante escuchar las voces de los profesionales en formación de la Especialización en Medicina Familiar de la UPTC de Tunja en el aula de clase, específicamente en la asignatura de proyecto comunitario, con el módulo concerniente al modelo sistémico, ecológico, complejo, visita domiciliaria y la ficha social, como se viene registrando desde el 2019 hasta la fecha.

En el siguiente apartado, de acuerdo con una elaboración propia en el aula, fundamentada en el enfoque integral y de salud, se proponen tres preguntas a los médicos familiares en formación, sobre la realización de la visita domiciliaria. Estas preguntas son:

1. Como médico familiar, ¿cuáles son las fortalezas y aspectos por mejorar a la hora de llevar a cabo una visita domiciliaria?
2. ¿Cuál sería el listado de errores que se pueden cometer a la hora de llevar a cabo una visita domiciliaria? Incluya gustos y disgustos a la hora de ser visitado (es importante tener en cuenta que cuando se visita a una persona tanto el visitado como el visitante son impactados en el acto de visitar, en la relación observado-observador que en sistémica se denomina observación de segundo orden.
3. ¿Cuáles recomendaciones y reflexiones propondrían desde la medicina familiar para lograr efectos que potencien el acto de visitar?

A partir de las respuestas obtenidas, en la tabla 5 se sintetizan las fortalezas y aspectos a mejorar, de acuerdo con los planteamientos y expresiones de los estudiantes de la segunda y tercera cohorte de la Especialización en Medicina Familiar de la UPTC, en los periodos comprendidos entre 2019 y 2021.

Tabla 5

Fortalezas y aspectos para mejorar del médico familiar en la visita domiciliaria

Fortalezas que tiene como médico familiar a la hora de realizar una visita domiciliaria	Aspectos por mejorar, lo que le falta, algunas dudas o temores
Acercamiento emocional	Rígido en situaciones
Interés por aprender	Soberbio
Humanismo	Falta de tacto
Empatía	Necesidad de control sobre el paciente
Enfoque psicosocial	Falta de comunicación bidireccional
Adecuado trato con pares	Competencia
Interés por aprender	Reactividad verbal
Creatividad	Interpretación
Atención individualizada	Mejorar en la formulación de preguntas, temor o no ser aceptado en la visita, el manejo del lenguaje.
Calidez	Hablar rápido, lo cual puede dificultar el entendimiento del paciente con respecto a lo que les quiera transmitir.
Tolerancia	
Honestidad	
Ética profesional	
La disposición, el no juzgar, el saber escuchar, el comprender y ser escuchado.	Temor de que se genere algún tipo de rechazo por parte de la familia durante mi consulta.
Observador	Incrementar el acercamiento con la comunidad, disposición a encontrar algo diferente y espíritu de paciencia y comprensión.
Humildad	Tolerancia con la indiferencia.
El acercamiento para realizar la integralidad de manejo médico, la facilidad para intervenir desde el paciente incluyendo a su familia.	Psicorrígido/dogmático
	Desconocimiento sobre cómo abordar situaciones de estrés o conflicto durante la visita familiar.
Respeto	Conocer más sobre el manejo de lenguaje corporal.
Prudencia	Dificultad para la comprensión de los sentimientos de otras personas.
Facilidad para entablar una conversación	Timidez
Actitud tranquila	Temor ante reacción negativa por parte de las personas que se visitan.
	Trabajar en el diseño de pedagogías para la salud.

Respecto de la descripción de fortalezas, unas corresponden a la esfera personal en relación con la responsabilidad, el respeto, la ética, la honestidad, la prudencia, la calidez y la tolerancia. Otras, aluden al desarrollo profesional desde la experiencia y lecciones aprendidas tales como: integración médico-paciente, empatía, disposición, observación, atención e interés por aprender.

Estas fortalezas donde se reconocen aspectos personales y profesionales permiten trascender el proceso pedagógico y didáctico, como docente no puedo enseñar a otros a realizar una visita domiciliaria, si primero no escucho su voz en el marco de sus fortalezas y lo que debe potenciar cada uno de los estudiantes, al respecto Ceberio (2006), en su libro *La buena comunicación*, exalta que: “Toda conducta es comunicación y como tal se desarrolla en el ámbito de las relaciones. Es decir, todo comportamiento, palabra, gesto, acción, que tiene lugar en un contexto es comunicación. Por tal razón es imposible no comunicarse (p. 30).

Por lo tanto, cobra sentido continuar en la escucha de las narrativas de los profesionales en formación en Medicina Familiar para indagar sobre estos aspectos personales y profesionales en el marco de sentido de la visita domiciliaria.

Al respecto, un estudiante de Medicina Familiar (2020) de la segunda cohorte expresa que encuentra una “gran capacidad de empatía en las diferentes situaciones sociales”). Otro estudiante (2021) afirma: “como he realizado visitas, me he dado cuenta de que debo conocer primero a la comunidad un poco más antes de abordarla”.

En cuanto a las debilidades, la mayoría de los estudiantes se enfocan en la falta de entrenamiento en cuanto a temas relacionados con el manejo de situaciones de crisis referidas al ciclo vital, comunicación verbal y no verbal, inicio, desarrollo y finalización de la entrevista familiar, elaboración de preguntas y acercamiento a la comunidad. Por ejemplo, en algunas narrativas de dos estudiantes se expresa la “falta de comunicación en técnicas de entrevista y preguntas acertadas en visitas domiciliares” (Estudiante segunda cohorte, 2020). Además, “en ocasiones utilizo lenguaje en el que no me logro hacer entender de la comunidad, ya que sin querer es demasiado técnico” (Estudiante Tercera cohorte, 2021).

Una vez se abordan las fortalezas y debilidades, es de vital importancia identificar los errores que se pueden cometer a la hora de realizar una visita, así como los gustos y disgustos cuando el médico familiar en formación visita o ha sido visitado. En la tabla 6 se presenta una síntesis de los aspectos referidos por los estudiantes.

Tabla 6

Síntesis de listados de errores, aspectos que gustan y disgustan a estudiantes de la Especialización de Medicina Familiar durante la visita domiciliaria

Listado de errores	Aspectos que le gustan a la hora que lo visitan (personal, profesional, familiar)	Aspectos que les disgustan a la hora de que lo visiten (personal, profesional y familiar)
<ul style="list-style-type: none"> - No saludar. - Determinar de forma unilateral los objetivos y el orden de la sesión. - No permitir el diálogo familiar. - Mal uso del lenguaje corporal. - Tener actitud negativa o imagen de que la familia es disfuncional. - Tener prisa por realizar la sesión. - No demostrar interés en la situación familiar. - No incluir a todos los miembros de la familia. - No generar confianza. - Juzgar al paciente. - Hablar sobre temas álgidos en la familia sin antes haber establecido una buena relación médico paciente. - Hablar demasiado limitando la participación del paciente. - Criticar actitudes o condiciones en las que viven. - No planear un orden para el desarrollo de la visita. - Centrarse en un único tema o solamente en aspectos negativos. - Decidir los compromisos sin aprobación por parte del paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Saludo amable. - Conversación inclusiva para todos. Interés por el tema de conversación para todas las partes. - Relación cordial - Que se escuchen las experiencias o puntos de vista de todos los participantes, sin interrupciones. - Muestras de respeto y cordialidad, en el saludo, la presentación y la explicación del motivo de la visita, así como en el transcurso de esta y su cierre. - Sentir que escuchan y se interesan por ayudar a resolver alguna dificultad. - Comprensión y amabilidad. - Que sea planeada y concertada. 	<ul style="list-style-type: none"> - Gestos que indiquen prisa o inconformidad. - Falta de interés por la conversación. - Conversación sobre temas que excluyen a parte de los participantes. - Uso de palabras ofensivas - Que hablen mal o den quejas de otras personas - Que critiquen las cosas de la casa. Que sean inoportunos o imprudentes con los comentarios. - Actitud despectiva o de desagrado. - Incomodidad o afán. - La no programación de la visita. - Que hablen en exceso y no se permita la participación. - Que den instrucciones sin considerar las condiciones en las que se encuentra la persona. - Que comuniquen solo aspectos negativos.

En la misma línea de las fortalezas y aspectos por mejorar aparecen otros elementos indispensables a la hora de visitar o ser visitado que citan algunos estudiantes de la segunda y tercera cohorte. Estos elementos están relacionados con:

1. La planeación, el desarrollo y la finalización de la visita domiciliaria.
2. La concertación de objetivos de la visita domiciliaria (médico familiar/grupo familiar).
3. Habilidades sociales y comunicativas.
4. Observar a la familia desde la disfuncionalidad, causa / efecto y no desde una visión, sistémica, holística, ecológica e integral.
5. Tiempo de la familia distinto al del médico familiar.
6. Reconocimiento de la experiencia del grupo familiar (dinámica familiar y ciclo de vital de la persona, la pareja y la familia).
7. Actitud exenta de juicios y aplicación del principio de autodeterminación (toma de decisiones de cada uno de los integrantes del grupo familiar).
8. Manejo del lenguaje verbal y no verbal.
9. Manejo adecuado de los espacios y el tiempo del grupo familiar.
10. Uso de lenguaje muy técnico e instruccional que no lleve a la conversación o narrativa con el grupo familiar.

Finalmente, en el marco de escuchar la voz de los estudiantes en formación de Medicina Familiar, es relevante tener en cuenta algunas reflexiones con el fin de generar impacto en el acto de visitar al grupo familiar. Estas reflexiones se enuncian en la figura 26.

Figura 26

Principales reflexiones sobre el médico familiar y la visita domiciliaria



Conclusiones

- La visita domiciliaria es una técnica vital para la praxis del médico familiar, en diversos contextos y grupos poblacionales.
- Es una herramienta clave para el médico familiar en la planeación, ejecución y evaluación del proyecto comunitario.
- La visita domiciliaria ofrece al médico familiar la oportunidad de realizar procesos de intervención e investigación en comunidad, acompañado de otras técnicas tales como la entrevista familiar y la observación (participante / no participante).
- Favorece el acompañamiento que realiza el médico familiar al grupo familiar, en términos de la identificación, reflexión y análisis de la dinámica familiar, estructura familiar, ciclo vital, vínculos afectivos, relaciones, comunicación resolución de conflictos y habilidades de negociación.
- La visita domiciliaria es una oportunidad para el médico familiar en términos de necesidades, carencias, vulnerabilidad y riesgo, así como en la posibilidad de trabajar factores protectores, recursos, redes sociales de apoyo, capacidades, destrezas, habilidades y potenciadores del grupo familiar y sus integrantes.

- La concepción contemporánea de la visita domiciliaria surge entre las profesiones relacionadas con la salud y se desarrolla en aquellas profesiones cobijadas en las ciencias sociales, específicamente en el Trabajo Social, lo cual conlleva a un trabajo en equipo interdisciplinar, dialógico y colectivo entre diversas disciplinas.
- La visita domiciliaria es un escenario propicio para el médico familiar, en términos de superar una visión clínica, asistencial, de diagnóstico y tratamiento que le permite ampliar el mundo familiar, entendido este como las trayectorias de vida, las costumbres, las normas, los límites, las reglas, las identidades, las diversidades, los encuentros y los desencuentros donde “la casa es más que muros”.
- La visita domiciliaria es una técnica que privilegia la oportunidad de un encuentro conversacional, donde lo verbal y no verbal cobran relevancia, por un lado, para el cumplimiento del objetivo de la visita y por el otro, para trascender el acompañamiento, es decir, ir más allá de lo que se ve a simple vista.
- La visita domiciliaria es un arte, por lo cual requiere entrenamiento permanente y sistemático por parte del médico familiar en: escucha activa, ayuda, apoyo, asertividad, empatía, pedagogía de la pregunta, resolución de conflictos, habilidades de negociación, orientación familiar, terapia familiar, manejo de emociones y estilos comunicativos.
- La visita domiciliaria es una estrategia en salud, que le permite al médico familiar ubicado en contextos diversos, dinámicos y cambiantes, generar acciones que conduzcan al fortalecimiento de la educación, prevención y promoción.
- La visita domiciliaria, desde un enfoque sistémico y ecológico, favorece en el médico familiar una visión integral y holística del grupo familiar, teniendo en cuenta las demandas del contexto y el desarrollo humano de cada uno de sus integrantes.
- Cada grupo familiar tiene sus propios espacios, tiempos y momentos, los que los hace ser diferentes a los demás, por lo cual es de vital importancia que el médico familiar comprenda que, a la hora de llevar a cabo una visita domiciliaria, ya sea de inicio, seguimien-

to o cierre, estos temas están presentes en los diferentes acuerdos y disensos que se puedan presentar.

Referencias

- Ander-Egg, E. (1995). *Diccionario de Trabajo Social*. Editorial Plazas & Janes.
- Carrizosa, P., (2008). *Reflexiones en torno a la visita domiciliaria*. Bogotá Colombia. Fundación Universitaria Monserrate.
- Ceberio, M. (2006). *La buena comunicación, las posibilidades de la interacción humana*. Paidós.
- Cubillos, X., (2007). *Visita domiciliaria para actuar en salud familiar*. Universidad de Concepción. VII Congreso Chileno de Medicina Familiar.
- Giraldo, A., Betancourt, D., Orozco, L., y Mejía, A. (2020). Fundamentación de la visita domiciliaria desde un enfoque de enfermería familiar y cultural. *Revista Ciencia y Cuidado*, 17(1), 99-111.
- Gobernación de Boyacá (2015) *Guía Plan Integral de Cuidado Familiar*. Gobernación de Boyacá,
- Lourdes, L. (2003). *Dinámica de la familia, un enfoque psicológico sistémico*. Editorial Pax México.
- Save The Children, (2014) *Manual de visitas domiciliarias, mirando y acompañando con afecto*. Publimagen ABC.
- Talero, A., (2006). *La visita domiciliaria como escenario de prevención*. Departamento de Medicina Preventiva. Pontificia Universidad Javeriana.
- Tonon, G., (2005) *Las técnicas de actuación profesional del Trabajo Social*. Editorial Espacio.
- Valdés, A. (2007). *Familia y desarrollo, intervenciones en terapia familiar*. Manual Moderno.

Figura 27

Paciente masculino en consulta por medicina familiar en la ESE Motavita



Nota. Fotografía, equipo de residentes de Medicina Familiar de la UPTC en proyecto comunitario del municipio de Motavita (Boyacá), 2021.

Figura 28

Residente de Medicina Familiar de la UPTC hace entrega de Plan integral de cuidado familiar a un miembro de la familia durante visita en domicilio en la vereda, El Quite del municipio de Samacá (Boyacá), 2021



Nota. Fotografía, equipo de residentes de Medicina Familiar de la UPTC en proyecto comunitario vereda del Quite del municipio de Samacá (Boyacá), 2021.



6. La masculinidad como determinante social en salud

Olga Lucia Peña Torres¹⁵

Comprender la masculinidad demanda diferenciar los términos sexo y género; en especial, porque la distinción entre estos implica que, en la búsqueda de los elementos que forman parte de la identidad masculina y femenina, no basta con tomar explicaciones desde el ámbito biológico (sexo). En cambio, se debe hablar de las construcciones socioculturales y los valores asignados a lo masculino y lo femenino (género). Así, la masculinidad es, entonces, el resultado de una construcción social de imaginarios acerca de atributos, conductas, roles y valores asignados al género masculino.

Sin embargo, se ha de precisar que existe una simbología alrededor del género que define los límites en relación con lo que se considera masculino y no masculino. Así, para ser parte del conjunto simbólico de lo masculino, no basta con tener el sexo masculino, sino que se debe actuar de acuerdo con las normas de comportamiento masculino.

Con base en lo anterior, autores como Estela Serret (2011) explican que existe una necesidad constante de validación de la identidad masculina que se hace con el seguimiento de las normas de comportamiento masculino para la aprobación de los demás hombres. Normas de comportamiento que se basan en la fuerza, la virilidad, la dominancia y el control de situaciones que, por lo general, suelen ser riesgosas o que, como consecuencia, traen problemas para la salud del individuo o de su círculo cercano.

15 Médica, Residente de la Especialización de Medicina Familiar de la UPTC. Grupos de Investigación Educación, Salud y Desarrollo Rural y Atención Primaria de Salud. ORCID, <https://orcid.org/0000-0002-7990-4189>

La reflexión acerca de los patrones de conducta que se derivan de las identidades masculinas y sus consecuencias, se ha desarrollado en torno a los modelos de violencia contra la mujer y las diferencias encontradas en el perfil de morbilidad y mortalidad, inclinado con desigualdad del lado de los hombres. En muchas ocasiones, estas reflexiones han develado la influencia que tienen las creencias culturales, de las que la construcción de la masculinidad depende, en las prácticas de autocuidado en salud, y de qué forma el concepto de masculinidad que tenga el individuo se puede comportar como un determinante social en salud.

El presente artículo tiene como objetivo comprender la influencia que ejercen las masculinidades como determinante social en la conducta humana y sus implicaciones en salud. En este mismo sentido se propone revisar estrategias que, desde la práctica profesional del médico familiar, puedan ser pertinentes para contribuir a la eliminación de las brechas de género que suponen estos imaginarios sociales.

Metodología

Se realizó una búsqueda bibliográfica avanzada mediante varios buscadores que contienen información de revistas indexadas y arbitradas de competencia internacional. Para ello se acudió a las plataformas Redalyc, EBSCO – Host y PubMed; de igual manera, se utilizó el buscador de Google académico. La búsqueda se hizo con el uso de las palabras clave MeSH “masculinity” AND “Social Determinants of Health”, “masculinity” AND “selfcare” y los DeCS “masculinidad” y “determinante social en salud”, y “masculinidad” y “autocuidado”. Es de aclarar que esta búsqueda se realizó en el año 2020 y no se estableció una limitación temporal, pues se reconoce que el tema es bastante reciente y la información algo escasa en algunas de las bases de datos consultadas.

Para establecer el corpus, como criterios de inclusión se seleccionaron aquellos estudios en los que estuviese disponible el texto completo y que, dentro de sus resultados y discusión, describieran hallazgos que revelan una relación entre las masculinidades con resultados en salud o en conductas que tienen implicaciones en la salud individual, familiar o

poblacional. Se excluyeron estudios que únicamente describían patrones de comportamiento masculino, sin una interpretación en relación con la salud y estudios que solamente evidencian brechas de sexo en una o varias enfermedades en particular, pero no se realiza un análisis de las diferencias de género fuera del determinismo biológico.

Resultados

La búsqueda arrojó 4120 resultados de los cuales se excluyeron los artículos que no permitían su completa visualización y los que se encontraron duplicados, además, se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión mencionados. Varios de los documentos seleccionados se encontraron en español, otros en inglés y algunos en portugués. Finalmente, se seleccionaron 36 artículos que hicieron uso de metodologías cualitativas y cuantitativas para su discusión en el presente documento.

Para desarrollar el objetivo del artículo, en primer lugar, se realiza una conceptualización reflexiva acerca de la masculinidad como un determinante social en salud, en la que se menciona toda la evidencia encontrada que relaciona las conductas de validación masculina con desenlaces en salud. En segundo lugar, se aborda el tema de la masculinidad, la salud y la dinámica familiar, lo cual deja ver la influencia en los roles que hombre y mujer realizan en la crianza de los hijos y cómo se reproducen los imaginarios de género en la familia. Por último, se explica y se hace énfasis en la necesidad de incluir al hombre en los debates de salud para lograr avances en el bienestar de los hombres, sus familias y las comunidades.

Normas de comportamiento masculino y salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales en salud como “las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana” (Organización Panamericana de Salud, 2009). Dentro de estas fuerzas y sistemas se incluyen las normas sociales como las normas del comportamiento masculino que pueden ser diferentes para varios

subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en salud.

Existen varios modelos que tratan de explicar la forma como las circunstancias en las que las personas viven tienen efectos directos o indirectos en la salud. Tal es el ejemplo del modelo de Diderichsen o el modelo del equipo de Equidad de la Organización Mundial de la Salud (Vega et al., 2005). Dentro de estos modelos se reconoce que existen diferencias en la estructuración social en relación con el género, dado que se establecen unas relaciones de poder en torno a los valores asignados a cada género y esto da como resultado una distribución diferencial del poder y la riqueza; asimismo, se relaciona la posibilidad del acceso a ciertos recursos y oportunidades que definen una exposición diferencial a condiciones más o menos perjudiciales para la salud.

Sin embargo, el género no solo determina la salud a través de la posición socioeconómica (determinantes estructurales); también, interviene a través de las condiciones laborales, los factores conductuales y los factores psicosociales (determinantes intermedios) que, en fin de cuentas, son los que tienen un impacto diferencial en la salud (Vega et al., 2005).

Siendo la masculinidad una expresión de imaginarios sociales acerca de lo que se considera masculino, existen varias manifestaciones o tipos de masculinidades a partir de las cuales se vive el género. Igualmente, existen varias formas de clasificar la masculinidad de acuerdo con las relaciones de poder que se establecen y con elementos que constituyen la identidad masculina, como en el caso de Soria (2011) que describe los modos de subjetivación del género en tradicional, transicional e innovador, o también otras clasificaciones que describen masculinidades hegemónicas, subordinadas y alternas haciendo referencia a las relaciones de poder entre géneros (Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México [CNDH], 2018).

Si se entiende la equidad en salud como “la ausencia de diferencias injustas y evitables en el estado de salud de las personas a nivel individual o colectivo, con distintas características socioeconómicas, demográficas o geográficas” (Vega et al., 2005, p. 8) y dado que no existe una única manera de vivir, entender y manifestar el género, es preciso com-

prender la forma en que estas diferentes expresiones de masculinidad y sus correspondientes normas de comportamiento se relacionan con resultados en salud para los individuos, las familias y las comunidades.

Estas normas de comportamiento son aprendidas e interiorizadas a través de la socialización y la educación durante toda la vida. Hacen parte de lo que Pierre Bourdieu denomina “capital cultural”, cuando se refiere a aquellos recursos que se adquieren, principalmente, mediante el aprendizaje social, cuyas condiciones de aprendizaje varían según las clases sociales, los grupos de estatus o los entornos. Dicho capital cultural se ha estudiado desde las ciencias sociales y se ha encontrado como un indicador que marca la diferencia entre grupos, respecto de las desigualdades en salud (Abel, 2008).

En Latinoamérica la preocupación por una asociación negativa entre ciertos elementos de las identidades masculinas con formas de vivir que representan un riesgo para la salud ha promovido la formulación de diferentes investigaciones que buscan describir el problema. De una parte, De Keijzer (1997), en su trabajo *El varón como factor de riesgo: masculinidad, salud mental y salud reproductiva*, describe que, a través de talleres, los hombres reconocieron la dificultad que tienen para pedir ayuda. De la misma manera, se pudo evidenciar la negación de la enfermedad y la falta de incorporación de medidas de autocuidado tanto médicas como las relacionadas con el estilo de vida, conductas que convierten a la masculinidad en un factor de riesgo para la salud.

Otras investigaciones han encontrado hallazgos similares como Al-Ghabeesh et al. (2019), quienes describen que las características de los significados de masculinidad en los hombres que las apropian redundan en factor de riesgo para la salud sexual y reproductiva, para la salud mental; además, favorecen el consumo nocivo de alcohol, el tabaquismo y las conductas de riesgo que incluyen conductas violentas.

En cuanto a la salud sexual, otro estudio señala que, debido a una noción hegemónica de la masculinidad en la que se espera que el hombre tenga el control, sea fuerte, libre de enfermedades, altamente sexual y económicamente productivo, se entra en conflicto, por ejemplo, con asumir un diagnóstico de infección de transmisión sexual como el VIH,

cuestión que impide que se sigan las instrucciones de tratamiento del personal médico y se participe de comportamientos favorables para la salud como asistir a controles regulares y la abstención del consumo de alcohol y de practicar el sexo sin protección (Skovdal et al., 2011), conductas que implican un riesgo para la salud sexual, tanto de hombres como mujeres.

En Venezuela, Abou y Camacaro (2013) analizaron los determinantes socioculturales que condicionan la masculinidad y su impacto en el perfil socio-epidemiológico de la salud sexual y reproductiva y calidad de vida de los hombres a través de un estudio retrospectivo. Se descubrió que estos hombres no usan métodos anticonceptivos (71,81 %) ni consideran la vasectomía (100 %), dado que no conciben la planificación familiar como su responsabilidad, ante lo cual expresan rechazo al condón masculino porque lo consideran como un inhibidor de su placer sexual. Si bien a la mayoría les preocupa las infecciones de transmisión sexual y la impotencia sexual, asocian el cuidado de la salud reproductiva con descalificación de virilidad. De igual modo, el diagnóstico de patología prostática a través del tacto rectal se considera no necesario (31,82 %).

Estos hallazgos demuestran una situación de vulnerabilidad para la salud sexual y reproductiva, no solo para estos individuos, sino para sus parejas sexuales. Así se hace evidente la influencia de ciertos imaginarios en relación con la identidad masculina y de unas relaciones de poder basadas en el género. Factores que resultan perjudicando las decisiones que se toman en torno a la salud y la reproducción. Ciertamente, estos patrones de conducta se pueden repetir en el contexto colombiano y resulta pertinente evaluarlo.

Respecto al consumo de alcohol, otras investigaciones refuerzan la asociación entre el género masculino y un consumo problemático de alcohol implicando mayor riesgo para la salud de estos individuos, como es el caso de los datos cuantitativos expuestos en la encuesta nacional de salud mental de Colombia (De la Espriella et al., 2016, p. 176), donde se muestra una evidente mayoría de los varones clasificados, de acuerdo con la escala AUDIT-C, como bebedores de riesgo, ya que el 16 % de los hombres frente al 9 % de las mujeres de 18 a 44 años son

bebedores de riesgo y en mayores de 45 años, el 25 % de los hombres frente a 3.8 % de las mujeres son bebedores de riesgo.

De igual forma, cuando se revisan los datos disponibles en el Análisis de la Situación de Salud de Colombia (ASIS) (Ministerio de Salud y Protección Social, MinSalud, 2019), para la prevalencia del consumo de tabaco diferenciada por sexo, se evidencia una prevalencia de vida de consumo de tabaco para los hombres en 6.12 puntos porcentuales más que la prevalencia encontrada en las mujeres.

Una evidencia del impacto que tienen las conductas violentas y conductas de riesgo en los hombres se puede observar al hacer una comparación por sexo de los años de vida perdidos por muerte prematura (APMP) publicados en 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social. En este informe titulado *La equidad en Salud para Colombia* se observa una diferencia significativa del patrón de mortalidad en los hombres respecto a las mujeres. Allí se evidencia que, en 2010, los hombres de 15 a 44 años perdieron 947.579 APMP, en comparación con las mujeres quienes perdieron 279.207 APMP. Es decir, los hombres perdieron 3.4 veces más APMP que las mujeres. Esta diferencia se explica, en gran parte, por los 469.442 APMP debido a agresiones, donde se incluyen las lesiones ocasionadas por la guerra y los accidentes de tránsito (MinSalud, 2015, p. 56).

Estos hallazgos son congruentes con otro estudio cualitativo sobre conductas de riesgo en relación con la masculinidad, en el cual, De Keijzer (1997) indica que el consumo de tabaco y el uso excesivo de alcohol son situaciones que se han encontrado relacionadas, particularmente, con el género masculino y se sabe que, bajo los efectos del alcohol, los hombres se tornan agresivos lo que genera problemas de violencia doméstica y no doméstica, relaciones sexuales sin uso de condón, muchas veces no consentidas por la mujer, accidentes de tránsito y suicidios.

De la misma manera, las brechas de género encontradas en los perfiles de morbimortalidad en Cuba por Corral y colaboradores en 2010 describen una mortalidad 5 a 50 veces mayor para los hombres que para las mujeres en relación con accidentes asociados al consumo excesivo

de alcohol. Aspecto que, en consecuencia, se tradujo en años de vida potencialmente perdidos. Estos comportamientos arriesgados se asociaron con la tendencia masculina a la aceptación del riesgo como un proceso que guarda estrecha relación con el género.

A nivel mundial, la inquietud por las diferencias en los perfiles de morbilidad y mortalidad respecto al género ha sido el objetivo de estudio de investigaciones que relacionan las masculinidades con temas de salud. Así, se relacionan ciertos comportamientos asociados a la masculinidad con desventajas en cuanto a la salud mental, la salud sexual y reproductiva, mayor tendencia a la presencia de hábitos nocivos y conductas violentas.

En África, por ejemplo, en un estudio fenomenológico se describió una relación entre las fuentes de estrés de algunos hombres afroamericanos con la necesidad de cumplir los roles de género en una sociedad racialmente estratificada (Griffith et al., 2013). Se encontró que, dentro de las fuentes principales de estrés para estos hombres, fue determinante la necesidad de corresponder con los roles de género que son cultural y socialmente importantes. Esto debido a otros factores que conjugaban como las relaciones de poder dadas por las diferencias raciales, la edad y el estado civil, entre otros, que dificultaban el cumplimiento de esas expectativas sociales, situación que, finalmente, termina afectando la calidad de vida de estas personas.

Las patologías más frecuentes y que son las principales causas de mortalidad en el mundo, como las enfermedades cardiovasculares, se han encontrado asociadas con las masculinidades, a través de estudios cuantitativos como lo demostraron Carneiro y Brito (2018) en un estudio epidemiológico, descriptivo, retrospectivo con hombres adultos en Brasil que buscaba estimar la prevalencia de factores de riesgo cardiovascular y de enfermedad isquémica del corazón. Estos autores encontraron que:

Los hombres, en comparación con las mujeres, tuvieron mayor prevalencia de tabaquismo (22,5 %), sobrepeso (56,5 %), consumo abusivo de alcohol (23,4 %), inactividad física (16,2 %) y tiempo de televisión (25,8 %). Fueron víctimas de mayor morta-

lidad por angina de pecho (51,4 %), infarto agudo de miocardio (58,9 %) y cardiopatía isquémica crónica (55,8 %), con tendencia creciente en los últimos cinco años. (p. 370)

Estos comportamientos se pueden asociar a una resistencia al cuidado de la salud que se explica por factores socioculturales e institucionales que potencian la exposición a factores de riesgo, sumado a una dificultad en los hombres para reconocer la necesidad de buscar ayuda médica cuando se requiere como lo han descrito algunos investigadores. Es así como en los imaginarios de ciertas masculinidades, este género se debe caracterizar por una fortaleza, autosuficiencia y control de la situación, (Aparicio et al., 2011; Chikovore et al., 2014), de manera que se tiende a rechazar la ayuda y participar en situaciones riesgosas, razón por la cual se ha encontrado una asociación entre las mayores puntuaciones de masculinidad, en relación con la dominancia y comportamientos de riesgo para la salud.

La masculinidad hegemónica es la que más representa las prácticas culturales, caracterizándose por la dominancia del género masculino en las estructuras de poder y autoridad y, si bien los estilos de masculinidad pueden estar abiertos al cambio y la variabilidad, la sustancia del dominio masculino permanece (Rochelle, 2019).

Sin embargo, no todas las masculinidades hegemónicas se comportan como un factor de riesgo en salud. En algunas culturas, dependiendo de los elementos de los que estas se han constituido, hay una conformidad más estricta con las normas masculinas, la masculinidad hegemónica fue predictiva del compromiso con el comportamiento de salud entre los hombres. Estos resultados variaron de acuerdo con las regiones evaluadas debido a las diferencias transculturales, por lo que se ha podido identificar que existe pluralidad de masculinidades que surgen en diferentes contextos sociales; es decir, diferentes maneras de convertirse en hombre y ser hombre.

Una muestra de masculinidades hegemónicas saludables es presentada por Sloan et al. (2010), quienes describen un ejemplo en un estudio cualitativo realizado como parte de un proyecto de investigación más grande de metodología mixta, a través de entrevistas a grupos focales

de hombres sanos sobre construcciones de masculinidad. En este estudio los participantes explicaban el porqué de sus prácticas saludables, primero que todo, rechazan la idea de que el interés por cuidar de su salud sea considerado como algo excesivo y femenino, en lugar de esto, justifican sus prácticas en términos de orientación para la acción, el logro de objetivos deportivos, sus preocupaciones por la apariencia física y mantener la autonomía (p. 783).

Además de que hay una pluralidad en las concepciones y significados de masculinidad, esto se relaciona con un gran abanico de referencias de conducta a seguir. Por ejemplo, el consumo de grandes porciones de alimentos poco saludables se asocia con masculinidad y autonomía; en especial se constituye en una parte importante de la vida social de los adolescentes (Lems et al., 2019). El rol de cuidador del hogar, dominación y heterosexualidad es otra referencia de conducta masculina que, como se verá, tiene implicaciones en salud (Ferreira y Gomes, 2008).

El consumo excesivo de alcohol, las conductas riesgosas durante la conducción y las conductas sexuales de riesgo también fueron consideradas como conductas propias de los varones o dotadas de masculinidad (Marcos et al., 2013). De otra parte, gracias a los datos aportados por estudios mixtos, se hizo evidente que había una menor tendencia a tomar decisiones con base en el influjo social en individuos con mayor nivel educativo. Esto se puede explicar a través de una mayor acumulación de capital cultural: los individuos que tienen una comprensión más amplia de las interacciones sociales y las consecuencias de las conductas de riesgo, pueden enfrentar la presión social con herramientas que permitan tomar decisiones más asertivas.

Algunos autores han abordado la relación entre género y salud en torno a la autopercepción de su salud y vulnerabilidad. Al comparar las respuestas dadas por hombres y mujeres a través de un estudio cualitativo en España (García et al., 2012), se encontró que los hombres tienden a sobrevalorar su bienestar, ocultando sus problemas de salud detrás de afirmaciones que intentan mantener el estereotipo de fortaleza masculina. Asimismo, que tanto hombres como mujeres consideran con mayor vulnerabilidad a la mujer: explicado en los diálogos masculinos

a través de causas biológicas y a través de los discursos femeninos por sobrecarga de responsabilidades debido a los roles de género.

Otro aspecto que evidencia la influencia de los imaginarios en torno a la masculinidad sobre los resultados en salud, tanto de hombres como de mujeres, se posibilita a través de una interpretación de los discursos de los hombres acerca del cuerpo masculino. Allí se resalta la potencia sexual y la heterosexualidad, la infidelidad es permitida y se reconoce un control y poca expresividad de las emociones. De igual modo, se evidencia la necesidad de una constante reafirmación de la masculinidad a través de la exposición a riesgos. Todos los anteriores aspectos son elementos presentes en los imaginarios masculinos (Quaresma y Ulloa, 2013; Soria, 2011).

Estas significaciones imaginarias también permean en la forma de establecer las relaciones de pareja:

La infidelidad es una característica inherente a su condición genérica. Se nos presenta como un impulso fuera del control de la voluntad masculina, víctima siempre de circunstancias que él no decidió, provocó ni previó y de las cuales no puede escapar a riesgo de quedar en duda su hombría. (Quaresma y Ulloa, 2013, p. 254)

Adicionalmente, Soria (2011) refiere que el cuerpo masculino se encuentra demandado y construido socialmente. En consecuencia, aparecen varios patrones de conducta, como la necesidad de tener control sobre el temor y el miedo, estar a la defensiva del afecto, restringir la expresión de las emociones a través de la efusividad, y por otro lado, responder en forma agresiva y con ira ante emociones que no puede controlar, de manera que se encuentran expuestos a accidentes y muertes violentas.

Continuando con el diálogo sobre el cuerpo masculino, en un estudio fenomenológico con 15 líderes sociales de Jamundí, a partir de la descripción de narrativas en torno de la masculinidad, el cuerpo y la violencia, Prado y Ramos (2020) encontraron que una de las grandes preocupaciones de estos hombres es la vejez, en tanto que se asocia con

una limitación de las funciones propias del rol masculino. Dentro de las conclusiones importantes que se obtienen de este estudio, se resalta que:

el cuerpo en las narrativas de los líderes es sujeto de violencia, el hombre pareciera estar en un limbo, pagando un costo alto en el orden de lo emocional, al tener que revalidar constantemente su condición de ser, sujeto hombre, sujeto masculino. (p. 960)

Por otra parte, vale señalar que las actitudes de los demás pueden influir tanto positiva como negativamente en los comportamientos de autocuidado, todo depende de si son expresiones de apoyo o de juicio. Godfrey et al. (2010) refieren un ejemplo al respecto. Al realizar una revisión sistemática acerca de la experiencia de participar en actividades de cuidado personal, concluyeron que el abandono del autocuidado se da en gran medida cuando los pacientes sienten que no tienen apoyo. Lo particular de esta situación se da empezando por los mismos profesionales en salud.

En relación con el último aspecto, se ha documentado que los médicos generales masculinos, al compartir ciertas opiniones debido a los significados otorgados a la masculinidad, representan una barrera para el acceso a los servicios de salud a través del fenómeno de transferencia y contratransferencia (Hale et al., 2010). Los médicos tienden a pensar que un hombre consulta, la mayoría de las veces, por problemas triviales. Tal respuesta es percibida por el paciente y este tiende a desmotivarse y evitar consultar.

De igual manera, se ha referido cómo ciertas creencias asociadas a la masculinidad se convierten en una barrera de acceso a los servicios de salud. Corboy et al. (2011), por ejemplo, describen que la tendencia a una negación de la necesidad de apoyo en vez de resolverla impacta en cómo los profesionales de apoyo psicosocial determinan quién necesita realmente la atención y quién no. En el mismo sentido, otros autores como Ferreira y Teixeira (2012) se refieren a las creencias de los hombres que se convierten en barreras de acceso, afirmando que “el ideal de virilidad, combinado con el sentimiento de invulnerabilidad a la enfermedad, mantiene a los hombres fuera de los establecimientos” (p. 343).

Asimismo, Gomes et al. (2007) mencionan otras de estas creencias en el estudio de las razones por las que los hombres consultan menos que las mujeres encontrando que se considera el cuidado como una tarea femenina, además, que existen dificultades relacionadas con el trabajo y el acceso a los servicios sanitarios, con escasez de servicios dirigidos específicamente para los hombres, lo cual limita su utilización.

Todos estos patrones de conducta reflejan el influjo que tienen los modos de subjetivación del género en la forma en que se consulta al médico respecto a los malestares físicos manifestados, así como las relaciones afectivas y sociales que se establecen, las conductas sexuales, ya que son el resultado del ejercicio constante de validación de la identidad masculina.

Masculinidad, salud y dinámica familiar

En el mismo contexto que se entiende la sexualidad para el varón, así mismo se entiende la paternidad. Como consecuencia, es frecuente el abandono de los hijos y de la madre en gestación, pues la responsabilidad tanto de la planificación como del cuidado de los hijos se le ha otorgado casi por completo a la mujer. Esto dentro de los significados que la masculinidad hegemónica le ha asignado a la paternidad.

Ortega et al. (2005), en una extensa descripción de la masculinidad y los factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres en Centroamérica, sostienen que, dentro de las relaciones de poder que se dan en una cultura machista, la capacidad reproductiva de la mujer se encuentra bajo el control del hombre. Sin embargo, no existe responsabilidad en la reproducción, pues en la noción de una familia tradicional no existe una consideración de la necesidad de planear la familia porque esta debe darse de manera natural. Esta situación se encuentra con mayor frecuencia en áreas rurales que en las urbanas, aunque es predominante en ambos escenarios. En el mismo sentido, la responsabilidad sobre la paternidad es entendida como una obligación de aporte económico; por lo demás, no se asumen responsabilidades de brindar afecto o cuidados que vayan más allá de lo económico.

Las relaciones de poder dentro de la pareja y la familia están dadas no solo por la jerarquía que existe entre padres e hijos, sino también, por un rango superior otorgado al hombre, como se observó en un estudio cualitativo realizado por Barba y Gómez (2016, p. 222) en Bucaramanga, Santander. Allí los hallazgos ilustraron las relaciones de poder dentro del entorno familiar, en lo público y lo privado. Se manifestó en la percepción de hombres y mujeres de que la masculinidad se vincula con “la fuerza, la responsabilidad de y sobre la pareja y las hijas e hijos. Se percibe al hombre como proveedor, cuidador, pero también castigador y dueño de la fuerza física y de las decisiones finales”.

En el departamento de Boyacá se ha explicado el rol que juega el hombre dentro de la crianza de los hijos y se ha encontrado que este limita su participación en la familia, casi exclusivamente a una función económica. Al respecto, se aduce que las prácticas de crianza son únicamente responsabilidad de las mujeres. Así lo han descrito Triana, Ávila y Malagón a partir de un estudio cualitativo realizado con cuidadores y cuidadoras de niños menores de 5 años y que incluye enfermeros y enfermeras jefes de los centros de salud de 78 municipios de Boyacá. En el estudio se concluye que:

La figura paterna se constituye en la gran ausente de las narraciones de las rutinas diarias de las participantes a los talleres sobre comportamientos y prácticas de crianza en Boyacá. De 78 municipios solo en 13 casos (11 %) aparece en las narraciones una figura de padre, papá, esposo o marido. (Triana et al., 2010, p. 939)

Algunas iniciativas recientes en el departamento de Boyacá han surgido de la voluntad de varios profesionales en salud, en su mayoría médicos especialistas, a través del Proyecto “Epigenética y neurodesarrollo para Boyacá”, desarrollado con el apoyo de la Gobernación de Boyacá y la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (2020). Dicho proyecto busca la protección y el cuidado de la vida desde la gestación, a fin de procurar crear nuevas realidades para que la niñez desarrolle todo su potencial y se garantice el desarrollo de individuos sanos, inteligentes y felices.

Para tal objetivo, se plasmaron en un libro, que lleva el mismo nombre, datos geográficos, epidemiológicos y opiniones aportadas por las comunidades acerca de los problemas que afectan la salud de la población gestante y de primera infancia, información dada a partir del contexto de cada provincia del departamento. Como resultado, en todas las descripciones de los árboles de problemas, se resalta la ausencia de rol paterno como apoyo a las gestantes y en la participación de la crianza de los hijos, así como formas hegemónicas de masculinidad que ocasionan situaciones de violencia intrafamiliar en los hogares, con diversas consecuencias para la salud de las maternas y los individuos en formación (Gobernación de Boyacá y Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2020).

Estas evidencias de la influencia de las identidades masculinas y conductas derivadas de las mismas en múltiples efectos para la salud individual, familiar y comunitaria ponen de manifiesto la necesidad de investigar e intervenir aquellas formas de subjetivación del género que crean inequidades en salud.

Inclusión de los hombres en el debate de la salud

Con conocimiento de las necesidades particulares de los hombres en torno a la pluralidad de elementos identitarios masculinos que pueden generar inequidad en salud, se han descrito los aspectos a reconocer por los servicios de atención primaria. Esto permite una atención en salud más equitativa con los hombres, en pro de su salud y la de su familia. Lo anterior se estima a partir del enfoque central que en las mujeres tiene la atención primaria, reproduce desigualdades de género en los servicios de salud y el desempeño profesional. De ahí que se requiere prestar más atención a la opinión de los usuarios de género masculino, adaptando la prestación de los servicios a dichas necesidades en búsqueda de una eliminación de inequidades en la atención (Schraiber et al., 2010).

Estos resultados son concordantes con lo encontrado por Soria (2011), quien describe que los programas de salud, comúnmente centrados en la atención de las madres, los niños y niñas, favorece el distanciamiento progresivo de los varones en la etapa de la adolescencia.

Además, los profesionales en salud reproducen un modelo de atención que naturaliza la poca presencia de los hombres en los servicios de salud y sus comportamientos de riesgo, incluso minimizando sus síntomas, en cambio, se enfatiza en la necesidad de retorno rápido de vuelta al ambiente laboral.

Si se entiende la masculinidad como un constructo cultural en el que múltiples agentes tienen influencia, se sabrá que, para influir en ella de manera positiva, en pro de la salud de aquellos que se identifican con estas ideas, se debe actuar desde diferentes sectores. Se entiende así que se necesita un compromiso con la inclusión de los hombres en el debate de la salud, en especial si se intenta modificar los elementos de la vivencia del género que representan un riesgo en salud, tanto para el individuo como para quienes al encontrarse cerca resulten perjudicados, sea al observar ejemplos negativos o al ser víctimas de las conductas violentas.

En este sentido, los efectos de la inclusión de los hombres en el debate de la salud no solo son a favor de la salud masculina, sino que también se producen cambios a favor de la salud de la red familiar de estos individuos, lo que beneficia a mujeres y niños a partir de otras configuraciones de paternidad (Ferreira y Teixeira, 2012, p. 345).

Al partir del hecho de tener en cuenta que la decisión de participar o no en actividades preventivas dependerá de la noción y de la percepción del riesgo, así como de la ausencia de barreras psicológicas para actuar (Borges y Fleury, 2013), existen propuestas de diferentes autores que buscan alcanzar estos objetivos como producto de los hallazgos realizados en sus investigaciones. Millar y Houska (2007) describen el Modelo de Procesamiento Paralelo Extendido (MPPE), propuesto por Leventhal (1970) que luego fue modificado y ampliado por Witte (1992, 1994). El modelo describe la forma en que las personas procesan información amenazante al estimular dos evaluaciones cognitivas: el control del miedo o el control del peligro, con respecto a, si el individuo tiende a buscar protección y huida o hacerles frente a situaciones de riesgo.

Esto toma importancia porque, cuando el individuo tiende a controlar el miedo y no hacerle frente al peligro, se encuentra en una posición

defensiva que impide que cambie su comportamiento y, por el contrario, busque evitar el problema, negando el riesgo que implica su comportamiento actual (Millar y Houska, 2007, p. 403).

A partir de este modelo se demostró que, a través de mensajes de reducción del miedo (en vez de mensajes de reducción del peligro que es lo usual) en participantes altamente masculinos, es posible alentar comportamientos para la promoción de la salud y la participación en actividades de prevención secundaria, incluso cuando la persona utiliza el mecanismo de control del miedo (Millar y Houska, 2007).

La forma en que se transmite un mensaje es importante, pero también es importante la eliminación de las barreras en el ambiente que impiden la búsqueda de ayuda en salud, especialmente si se trata del médico. Así como el paciente tiene sus propios conceptos de lo que es y no es masculino, el profesional de la salud (sea hombre o mujer) debe tomar consciencia de sus propios supuestos relacionados con la masculinidad para que estos no influyan negativamente en su actuar médico.

Wentzell y Nangia (2018) proponen dos intervenciones para lograrlo, primero, considerar dentro de la práctica clínica la influencia del género, el cual se configura de acuerdo con el contexto y no como algo universal susceptible de ser predicho. Segundo, dejando de asumir que sabemos cómo el paciente cree que debe sentirse y comportarse, de manera que se tenga siempre en cuenta la opinión del paciente para la toma de decisiones terapéuticas y que no sea la opinión del sanitario la que influya en las decisiones.

Conclusiones

Las manifestaciones conscientes o inconscientes de la masculinidad son el resultado de la construcción social de identidades masculinas que, en muchas ocasiones, otorgan al varón en los imaginarios adjetivos que se relacionan con la fuerza, la resistencia, la potencia sexual, la capacidad económica y la responsabilidad proveedora. Pero no basta simplemente con asumirlos, sino que se necesita de la validación constante y la aprobación social para mantener el estatus de masculino. Aspecto

que tiene unas implicaciones en términos de salud que va a depender de los elementos que hayan hecho parte de la construcción de esas identidades masculinas. Y esto se encuentra determinado por la influencia del contexto cultural, los modelos masculinos dispuestos en el entorno de la persona y el capital cultural que le va a permitir al individuo reflexionar, más allá de los estándares exigidos por la sociedad, lo que es correcto de lo que le perjudica a él y a los demás.

En términos de salud, dichas implicaciones se relacionan con conductas de autocuidado que, a su vez, se relacionan con el valor que da el hombre a su propio cuerpo en contexto de su identidad masculina. Igualmente, con la adopción de ciertos elementos y prácticas como símbolo de la masculinidad, muchas veces elementos que motivan hábitos nocivos para la salud como el tabaco y el alcohol; también se relacionan con la sexualidad irresponsable y con la violencia como forma de resolución de conflictos o de validación del rol masculino en la familia y la sociedad.

Estos comportamientos pueden aumentar el riesgo de lesiones y enfermedad, conducir a la pérdida de un momento importante para el diagnóstico precoz y, con ello, agravar la morbilidad, lo que implica mayor sufrimiento físico y emocional, aumentar el riesgo de muerte y el gasto de recursos de salud. Además, favorece el desarrollo de ambientes familiares hostiles y violentos en los cuales crece y se desarrolla la infancia de hoy y la sociedad del mañana.

La forma en que las creencias y los conceptos culturales definen la conducta del ser humano se constituyen en un aspecto que tiene muchas implicaciones en salud. Un ejemplo de ello es el concepto de masculinidad que se construye en cada cultura, de lo que se considera o no se considera masculino. Este concepto de masculinidad no solo se comporta como determinante en salud en la medida en que el hombre tome conductas de riesgo, de autocuidado o de violencia contra los demás, sino también al exteriorizarse en las actitudes que el personal médico tiene ante las quejas somáticas del paciente; aspecto que termina influyendo en la interpretación y conducta terapéutica. Por ello, los médicos de familia deben comprender el significado y los comportamientos de las masculi-

nidades; particularmente, en relación con elementos que se comportan como factores de riesgo en salud. Así, se debe buscar la eliminación de barreras, mejorar la relación médico-paciente y fortalecer la comunicación para que, de esta forma, se pueda afectar positivamente la salud.

Por otra parte, actualmente en Colombia se observa cómo las diferentes estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad están dirigidas en su mayoría al público femenino. No obstante, sin menospreciar la importancia ni relevancia que tienen estos programas en la disminución de una gran proporción de la carga de morbimortalidad, para poder realizar cambios significativos y de raíz en la salud femenina, en primera infancia, en equidad de género y disminución de la violencia, en general, se requiere establecer políticas públicas dirigidas al fomento de identidades masculinas. Políticas que estén en armonía con el cuidado de la salud del hombre como individuo, como miembro de una familia y de la comunidad, así como dirigidas a la eliminación de las barreras en la atención.

Si bien es cierto que no existe una única forma de sentir y de manifestar el género, también se sabe que no todas las expresiones de identidad masculina se relacionan con factores de riesgo para la salud sino, más bien, como factores protectores. Por ello, los ciudadanos, los profesionales en salud y los gobernantes, juntos en comunidad, necesitamos trabajar en la conformación de identidades de género más equitativas que permitan la construcción de individuos y familias gestantes de paz, que sean el sustrato para la formación de infancias felices y comunidades saludables. Lo anterior con el objetivo de eliminar las diferencias que generan resultados en salud para los hombres y los grupos inmediatos de referencia que son inequidades en salud, pues no en todos los casos esta se relaciona con riesgos para la salud, y ya que la expresión de la masculinidad no es natural o innata, sino construida socialmente, dichas conductas de riesgo son evitables.

Referencias

- Abel, T. (2008). Cultural capital and social inequality in health. *J Epidemiol Community Health*; (62)e13, p. 1-5. doi:10.1136/jech.2007.066159
- Abou Orm, K. y Camacaro Cuevas, M. (2013). Determinantes socioculturales que condicionan la masculinidad y su impacto en la salud sexual y reproductiva de los hombres. *Comunidad y Salud*, 11(1), pp. 25-34. <https://www.redalyc.org/pdf/3757/375740252005.pdf>
- Al-Ghabeesh, S. H., Al-Momani, M., Bashayreh, I., Alshraifeen, A. y Saifan, A. (2019). Nurses' perspective towards caring for Jordanian men with sexual health problems. *Journal of Men's Health*, 15(2), e59-e69. DOI: 10.22374/jomh.v15i2.146
- Aparicio García, M., Sanz Blasco, R. y Ramos Cejudo, J. (2011). Relaciones entre masculinidad y conductas de salud en estudiantes universitarios españoles. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación - e Avaliação Psicológica*, 1(31), 59-71. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=459645439004>
- Barba Rincón, A. y Gómez Camacho, R. (2016). Percepciones acerca de la masculinidad en un grupo de hombres y mujeres del Área Metropolitana de Bucaramanga, Santander, Colombia *Reflexión Política*, 18(36), 212-223. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=11049415015>.
- Borges, L. M. y Fleury Seidl, E. M. (2013). Efeitos de intervenção psicoeducativa sobre a utilização de serviços de saúde por homens idosos. *Interface - Comunicação Saude Educação*, 17(47), 777-778. DOI: 10.1590/S1414-32832013005000024.
- Carneiro Mussi, F. y Brito Teixeira, J. (2018). Cardiopatía isquémica y masculinidad como factores de riesgo cardiovascular. *Rev Cubana Enfermer*. 2018, 34(2), 370-383. <http://scielo.sld.cu/scielo>.

php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200011&lng=es&tlng=.

Chikovore, J., Hart, G., Kumwenda, M., Chipungu, G., Desmond, N. y Corbett, L. (2014). Control, struggle, and emergent masculinities: a qualitative study of men's care-seeking determinants for chronic cough and tuberculosis symptoms in Blantyre, Malawi. *BMC Public Health*, 14, 1-12. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/14/1053>

Comisión Nacional de los Derechos Humanos de México [CNDH]. (2018). Respeto a las diferentes masculinidades. Disponible en: https://www.cndh.org.mx/sites/default/files/doc/Programas/Ninez_familia/Material/trip-respeto-dif-masculinidades.pdf

Corboy, D., Mc Donald, J. y Mc Laren, S. (2011). Barriers to Accessing Psychosocial Support Services among Men with Cancer Living in Rural Australia: Perceptions of Men and Health Professionals. *International Journal of Men's Health*, 10(2), 163-183. DOI: 10.3149/jmh.1002.163

Corral Martín, A., Castañeda Abascal I., Barzaga Torres, M. y Santana Espinosa, M. (2010). Determinantes sociales en la diferencial de mortalidad entre mujeres y hombres en Cuba. *Revista Cubana de Salud Pública*. 36(1)66-77. <https://www.scielosp.org/article/resp/2010.v36n1/66-77/>

De Keijzer, B. (1997). "El varón como factor de riesgo, Masculinidad, salud mental y salud reproductiva". En TUÑÓN, E. (coord.) *Género y salud en el sureste de México*. UJAT/ECOSUR. http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/E1%20varon%20como%20factor%20de%20riesgo_0.pdf

De la Espriella, R., Rodríguez, V., Rincón, C., Cabrera, D., Pérez, S. y Gómez, C. (2016). Consumo de alcohol en la población colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Revista Colom-*

biana de Psiquiatría, 45(S1):76–88. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.002>

Ferreira do Nascimento, E. y Gomes, R. (2008). Marcas identitárias masculinas e a saúde de homens jovens. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(7):1556-1564. DOI: 10.1590/S0102-311X2008000700010

Ferreira Machado, M. y Teixeira Ribeiro, M. A. (2012). Os discursos de homens jovens sobre o acesso aos serviços de saúde. *Interface - Comunicação Saude Educação*, 16(41), 343-55. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832012005000029>.

García Calvente, M., Hidalgo Ruzzante N., Del Río Lozano, M., Marcos, J., Martínez Morante, E., Maroto Navarro, G., Mateo Rodríguez, I. y Gil García, E. (2012). Exhausted women, tough men: a qualitative study on gender differences in health, vulnerability and coping with illness in Spain. *Sociol Health Illn.* 34(6):911-26. doi: 10.1111/j.1467-9566.2011.01440.x.

Gobernación de Boyacá y Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia [UPTC]. (2020). *Epigenética y neurodesarrollo para Boyacá. Una nueva campaña libertadora a través de la gestación y la primera infancia.*

Godfrey, C., Harrison, M., Lysaght, R., Lamb, M., Graham, I. y Oakley, P. (2010). The experience of self-care: a systematic review. *JBI Library of Systematic Reviews*, 8(34),1351-1460. DOI: 10.11124/01938924-201008340-00001

Gofin, J. y Gofin, R. (2007). Atención primaria orientada a la comunidad: un modelo de salud pública orientada a la atención primaria. *Revista Panamericana de Salud Pública* 21 (2/3), 177-184. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v21n2-3/177-185/>

- Gomes, R., Ferreira do Nascimento, E. y Carvalho de Araújo, F. (2007). Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(3), 565-574, <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007000300015>
- Griffith, D., Ellis, K. y Ober Allen, J. (2013). An Intersectional Approach to Social Determinants of Stress for African American Men: Men's and Women's Perspectives. *Am J Mens Health*. 7(4 Suppl): 19S–30S. doi:10.1177/1557988313480227
- Hale, S., Grogan, S. y Willott, S. (2010). Male GPs' views on men seeking medical help: A qualitative study. *British Journal of Health Psychology*, 15, 697–713. DOI:10.1348/135910709X479113
- Lems, E., Hilverda, F., Broerse, J. y Dedding, C. (2019). 'Just stuff yourself': Identifying health-promotion strategies from the perspectives of adolescent boys from disadvantaged neighbourhoods. *Health Expectations*, 22, 1040–1049. DOI: 10.1111/hex.12913
- Marcos, J., Romo, N., del Río Lozano, M., Cuadros, J. y García, M. (2013). Performing masculinity, influencing health: a qualitative mixed-methods study of young Spanish men. *Glob Health Action*, 6: 21134 - <http://dx.doi.org/10.3402/gha.v6i0.21134>.
- Millar, M. G. y Houska, J. A. (2007). Masculinity and Intentions to Perform Health Behaviors: The Effectiveness of Fear Control Arguments. *Journal of Behavioral Medicine*, (30), 403–409. DOI 10.1007/s10865-007-9113-8
- Ministerio de Salud y Protección social [MinSalud]. (2015). La Equidad en salud para Colombia: Brechas internacionales y territoriales.
- Ministerio de Salud y protección social [MinSalud]. (2019). Análisis de Situación de Salud de Colombia.

- Organización Panamericana de la Salud. (2009). <https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud>
- Ortega, M., Centeno, R. y Castillo, M. (2005). *Masculinidad y factores socioculturales asociados al comportamiento de los hombres: estudio en cuatro países de Centroamérica*. Editorial Managua. UNFPA-CEPAL, pp. 1-303
- Prado Delgado, V. y Ramos González, B. (2020). Narrativas sobre masculinidad, cuerpo y violencia en un grupo de líderes sociales colombianos. *Opción*, Año 36, Regular No.92; 939-967.
- Quaresma, D. y Ulloa, O. (2013). Estudios de masculinidades en la región oriental de Cuba: develando imaginarios. *Athenea Digital*, 13(2): 245-257. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=53728035016>
- Rochelle, T. L. (2019). Cross-cultural differences in the relationship between conformity to masculine norms and health behaviour among men in Hong Kong. *British Journal of Health Psychology*, 24, 159–174. DOI:10.1111/bjhp.12345
- Serret, E. (2011). Hacia una definición de las identidades de género. *Revista de Investigación y divulgación sobre los estudios de género*. 9 (2) 71-97. http://bvirtual.ucol.mx/descargables/663_hacia_redefinicion_identidades.pdf
- Schraiber, L., dos Santos Figueiredo, W., Gomes, R., Couto, M., Pinheiro, T., Machin, R., Nogueira da Silva, G. y Valença, O. (2010). Necesidades de saúde e masculinidades: atenção primária no cuidado aos homens. *Cad. Saúde Pública*, 26(5), 961-970.
- Skovdal, M., Campbell, C., Madanhire, C., Mupambireyi, Z., Nyamukapa, C. and Gregson, S. (2011). Masculinity as a barrier to men's use of HIV services in Zimbabwe. *Globalization and Health*, 7(13), 2-14. <http://www.globalizationandhealth.com/content/7/1/13>

- Sloan, C., Gough, B. y Conner, M. (2010). Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychology and Health*, 25(7), 783–803. DOI: 10.1080/08870440902883204
- Soria, M. (2011). *Malestares masculinos recorridos en el sistema de salud* [Tesis de maestría, FLACSO] En Área Género Sociedad y Políticas (comp.) (2018): Estudios de género, disidencias sexuales, y masculinidades. Los entornos de la salud y el trabajo. Ediciones Sinergias. Cuadernos del Área Género, Sociedad y Políticas – FLACSO Argentina, Serie de trabajos Monográficos Vol. 9. http://www.prigepp.org/media/documentos/sinergias/Sinergias_OK.pdf#page=32
- Triana, A., Ávila, L. y Malagón, A. (2010). Patrones de crianza y cuidado de niños y niñas en Boyacá. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 8(2), p. 933-945. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77315155012>
- Vega, J., Solar, O., Irwin, A., Hernández, S., Sandoval, H., Delgado, I., Larrañaga, O., Espejo, F., Matamala, M., Gálvez, E., Concha, M., Labbé, J., Matus, P. y Salinas, J. (2005). *Determinantes sociales de la salud en Chile. En la perspectiva de la equidad*. Iniciativa Chilena de Equidad en Salud. https://www.researchgate.net/publication/331984362_Determinantes_Sociales_de_la_Salud_en_Chile_En_la_Perspectiva_de_la_Equidad
- Wentzell, E. y Nangia, A. (2018). Accounting for physicians' gender expectations improves men's health medicine. *Revista Panamericana de Salud Pública*, (42) e103. DOI: 10.26633/RPSP.2018.103



Se terminó de editar el libro impreso en mayo de
2023 en los talleres de Editorial Jotamar S.A.S.
Tunja, Boyacá, Colombia.

COLECCIÓN ACADÉMICA UPTC N°. 1

La Medicina Familiar es una especialidad médica que proporciona atención continua e integral al individuo, la familia y las comunidades, abarca todas las edades, géneros y problemas clínicos. Asimismo, toma como base para su ejercicio profesional la Atención Primaria en Salud (APS) e integra las ciencias biológicas, clínicas y el comportamiento, desde el modelo biopsicosocial, el enfoque de los determinantes sociales de la salud y los objetivos del desarrollo sostenibles. Este libro muestra algunas dinámicas conceptuales, basadas en experiencias y prácticas pedagógicas para la formación comunitaria del especialista en Medicina Familiar con el sentido de aportar fundamentos epistemológicos y metodológicos para el abordaje comunitario. A partir de escenarios en los territorios (urbanos y rurales), sociales e institucionales, se promueve en el componente formativo una atención integral individual, familiar y particularmente comunitaria y una prestación del servicio de salud humanizada.



Uptc[®]
Universidad Pedagógica y
Tecnológica de Colombia



Vicerrectoría
de Investigación y Extensión



Dirección de
Investigaciones



EDITORIAL
UPTC