



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

*Alba Nidia Triana Ramírez*<sup>6</sup> y *Ludy Alexandra Vargas Torres*<sup>7</sup>

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 Natorp<sup>8</sup>, 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 sí<sup>9</sup> y de los otros<sup>10</sup>. 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 resolutivez 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 biopoder<sup>11</sup> 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.

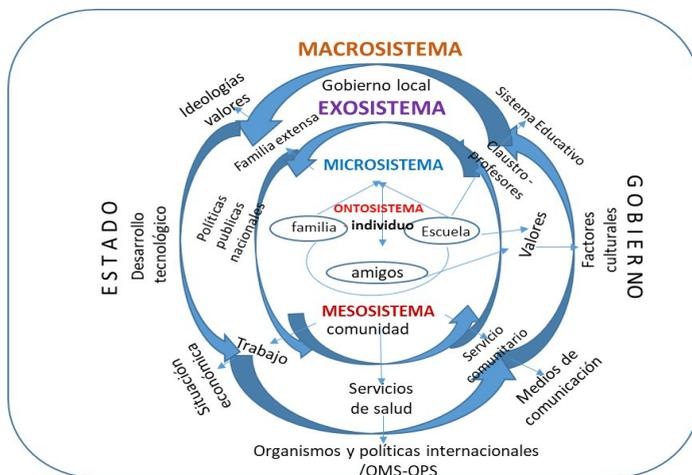
La formación del especialista en Medicina Familiar —UPTC— sobre teorías y enfoques sociológicos, terapéuticos y clínicos se basó el

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 sector<sup>12</sup>.

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](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](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](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](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\\_Primeria\\_Salud\\_Americas-OPS.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Renovacion_Atencion_Primeria_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](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](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 Otridad. *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*