

TÍTULO: Promoción y mantenimiento de la salud en el barrio: Análisis DOFA de las intervenciones colectivas.

AUTORES Jairo Herrera R. MD, Residente de III año Medicina Familiar, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

Laura C. Lozano J. MD, Residente de III año Medicina Familiar, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia.

RESUMEN

Objetivo: Analizar a través de una matriz de Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas (DOFA) las intervenciones a colectivos de un proyecto comunitario realizado por Residentes de Medicina Familiar en un barrio de la ciudad de Tunja.

Metodología: Investigación de corte cualitativo, el análisis de los registros de campo realizados por los residentes durante el desarrollo de un proyecto comunitario, a través de la construcción de una matriz de DOFA.

Resultados: Los registros de campo de los residentes permitieron la construcción de una matriz DOFA y el análisis interno y externo de las intervenciones realizadas a colectivos; también fue posible identificar acciones que pueden ser potenciadoras y otras percibidas como barreras que impactan las intervenciones evaluadas.

Limitaciones: No se cuenta con registros de la fase inicial de proyecto.

Conclusiones: Someter el proyecto comunitario de promoción y mantenimiento de la salud al análisis mediante una matriz DOFA permite evaluar objetivamente los factores que favorecen y/o dificultan el trabajo comunitario; este proyecto, se constituye una estrategia exitosa para la adquisición y consolidación de conocimientos, habilidades y actitudes fundamentales en la formación del profesional en Medicina Familiar. Finalmente, la realización de una matriz DOFA facilita la comparación entre proyectos comunitarios realizados en otros territorios y bajo otros contextos.

Palabras clave: Atención Primaria de la Salud. Medicina Familiar, Proyecto comunitario, Intervenciones colectivas, Matriz DOFA.

INTRODUCCIÓN

En el año 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), publican los nuevos lineamientos para la renovación de la Atención Primaria de Salud (APS) en

las Américas, especificando los criterios para que esta estrategia constituya la base para la atención en los sistemas de salud (1). El modelo metodológico mediante el cual se consolida la APS, indica que el sistema de salud no debe basarse exclusivamente en el individuo como tradicionalmente se hace, sino que requiere ampliar la intervención a los componentes familiares y comunitarios.

En respuesta a esta petición internacional, en Colombia se transforma el marco normativo que regula el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) mediante la ley 1438 de 2011 y en el año 2016 la Política de Atención Integral en Salud (PAIS) logra alinear la APS con el sistema legislativo colombiano, haciéndose operativo mediante las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). La resolución 3280 de 2018 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ofrece los lineamientos técnicos de la RIAS de Promoción y Mantenimiento de la salud que comprende todas las acciones dirigidas a la prevención primaria organizadas por ciclo vital, las intervenciones propuestas se realizan de manera individual, comunitaria o poblacional y se ejecutan no solo en las instituciones de salud sino que se extienden a los entornos: hogar, educativo, comunitario y laboral (2).

La ley 1438 de 2011 pone en evidencia la necesidad del fortalecimiento del talento humano en salud y en consecuencia en el año 2013, el Ministerio de Salud y Protección Social en discusión con las Instituciones de Educación Superior IES, proponen formar especialistas que tengan las competencias demandadas para lograr su implementación. Es así como, se propone un programa de Medicina familiar con un currículo único nacional, que busca fortalecer las acciones de gestión, apoyo, atención, seguimiento y evaluación al cuidado de la salud. Dentro de los ejes curriculares y competencias generales se plantea entre otros: ‘Abordar integralmente la situación de salud de las comunidades’ (3).

Basados en la propuesta del currículo único de medicina familiar y el enfoque de la APS propuesto en el perfil de formación médica de pregrado, la Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia (UPTC) crea la Especialización de Medicina Familiar y otorga un lugar privilegiado en su plan de estudios a la medicina comunitaria, lo que se ve reflejado en un eje transversal de Proyecto Comunitario que busca facilitar herramientas pedagógicas, metodológicas y de gestión para el abordaje comunitario y el cuidado de la salud del individuo y la familia en sus diferentes entornos(4).

Para el desarrollo del eje trasversal de Proyecto Comunitario se propone un proyecto pedagógico de intervención orientado a la promoción y mantenimiento de la salud del individuo, la familia y la comunidad del barrio Los Patriotas del municipio de Tunja: 2019 – 2020 (5), enmarcado en la estrategia de APS, la Atención Primaria Orientada a la Comunidad (APOC) y los principios de la Medicina Familiar. En el desarrollo del proyecto, se parte de acciones de diagnóstico identificando y priorizando necesidades a nivel individual, familiar y comunitario. Las intervenciones se dividen en individuales/familiares a partir de un plan de cuidado dirigido a colectivos en los entornos educativos, comunitario y población vulnerable fundamentadas en el plan de salud pública de intervenciones colectivas, según la Resolución 518 de 2015 y la resolución 3280 de 2018.

Las intervenciones dirigidas a colectivos parten de una priorización, que permite seleccionar los entornos de acuerdo a necesidades y factibilidad para la realización de acciones del ámbito local. Los ejes temáticos seleccionados para el desarrollo de las actividades pedagógicas, involucran los estilos de vida saludables para los entornos educativo y comunitario y problemas de salud para las poblaciones vulnerables, en un área de interés que para este caso se centra en la población con discapacidad. El trabajo conjunto entre los residentes de la especialización de Medicina Familiar, los docentes y los integrantes de la comunidad, permite una intervención participativa e integral. Se emplea el diálogo de saberes y se consolida una relación horizontal entre los involucrados.

La APS y su eje de participación comunitaria rompe el paradigma de las estructuras pedagógicas flexnerianas de la educación médica, pues, el residente de medicina familiar busca enfrentar y explorar entornos inusuales, contrario a la tradicional formación en hospitales y consultorios. Al reto de asistir a la familia y a la comunidad, se adiciona el enfrentarse al barrio, según palabras de Segura del Pozo “este, es una parte de la ciudad, pero es la parte oculta, cuyo desvelamiento pone en evidencia la fragmentación social de la ciudad y sus desigualdades sociales en salud” (6).

El barrio y la salud comunitaria

La comunidad y la familia en las zonas urbanas se encuentran localizadas en el barrio, como lo explica Segura del Pozo (6), para trabajar la salud comunitaria, el barrio es el lugar sobre el cual el especialista en formación se debe enfocar. Desde el inicio de su abordaje el residente experimenta la complejidad del barrio, siendo el reconocimiento, el afrontamiento de las barreras y la identificación de los facilitadores de la intervención, las acciones fundamentales para una adecuada adaptación del binomio médico-comunidad.

El proyecto se desarrolla en un barrio popular de la zona centro de la ciudad de Tunja, categorizado según el Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas (DANE) como zona de vulnerabilidad media-alta. Este sector en un comienzo fue habitado principalmente por familias procedentes de áreas rurales aledañas a la ciudad, que se trasladaron en búsqueda de oportunidades laborales, muchos de los propietarios heredaron las viviendas a sus hijos y nietos. En la actualidad, la mayoría de sus pobladores son trabajadores independientes que no gozan de estabilidad laboral, lo que determina que su situación socioeconómica sea desfavorable, es así como, se evidencia un alto porcentaje de individuos y familias que viven en condición de arrendatarios, situación que favorece la permanente movilidad de la población del sector.

Es importante resaltar que el barrio colinda con la antigua terminal de transporte de la ciudad, un sector que históricamente se caracterizó por tener dinámica socioeconómica ligada al comercio informal, prostíbulos, delincuencia y expendio de droga, lo que constituyó un detonante de violencia social permanente, y estigmatizó de manera negativa a los habitantes del sector. Hoy la terminal de transporte fue trasladada a otro lugar, por lo que se espera, se den cambios necesarios y significativos para sus habitantes.

El barrio, como escenario pedagógico

Teniendo en cuenta que el proyecto comunitario, es un eje central de formación de los residentes de Medicina Familiar, sus actividades se dirigen en tres sentidos: pedagógicas, investigativas y de acción comunitaria. Las actividades pedagógicas acordes con el modelo de transformación holística favorecen la visión integral del ser y la realidad observada del entorno (7), es así como, el residente construye su propio conocimiento desde los fenómenos socioculturales observados en el barrio y basa su intervención desde dos marcos de referencia: la APOC que centra las acciones de APS en la comunidad de manera extramural (8) y los conceptos de la teoría sistémica, principalmente la teoría ecológica de Bronfenbrenner.

Desde la perspectiva metodológica los residentes de Medicina Familiar realizan un proceso pedagógico de Investigación Acción Participativa (IAP) en dos momentos: el primero hace reconocimiento geográfico y ubicación del territorio mediante georreferenciación y mapeo de activos, junto a dos jornadas de salud; el objetivo planteado es establecer relaciones que faciliten el proceso de abordaje a individuos, familias, comunidad y otros sectores. Las iniciativas lideradas por los residentes con acompañamiento de los docentes no incluyen el registro de campo. En el siguiente momento, mediante la IAP liderada por los docentes a través del proyecto comunitario, se realizan intervenciones individuales y colectivas. Para este segundo momento, el objetivo se centra en la intervención y la gestión con participación comunitaria, abordando el entorno educativo, comunitario y la población vulnerable.

Las acciones individuales a las que se hace referencia, incluyen las visitas domiciliarias y en el seguimiento a las familias mediante el plan de cuidado. Las acciones del componente colectivo son desplegadas a través de un plan de intervención mediante actividades como talleres, reuniones, capacitaciones, paseos y jornadas de promoción y prevención en los diferentes entornos, además, las acciones tanto individuales como colectivas emplearon como técnica la observación participante la cual fue sistematizada a través de los registros de campo realizados por los quince residentes de la primera cohorte.

Los registros de campo realizados por los estudiantes en el desarrollo del proyecto mencionado, son tomados como fuente de información para el presente estudio. El objetivo es analizar sus experiencias y percepciones de intervenciones a colectivos empleando una matriz DOFA. La metodología DOFA es pertinente ya que es aplicable en un análisis situacional y a su vez ayuda a identificar aspectos comunes entre proyectos similares en otros territorios y realidades (9). El interés en analizar este tipo de intervenciones a colectivos desde la academia, radica en su importancia dentro de la estrategia de APS y el conocimiento para su abordaje local.

MATERIALES Y MÉTODOS

Es una investigación de corte cualitativo, que toma como referencia el modelo socio-constructivista. Se utilizó como metodología la descripción de cuatro categorías: Debilidades, Oportunidades, Fortalezas y Amenazas correspondientes a la matriz DOFA y subcategorías emergentes de los registros de campo. Para el análisis interno y externo de la matriz DOFA se organizaron las apreciaciones de los residentes de la siguiente manera: las percepciones de las fortalezas y debilidades del residente para el trabajo comunitario conformaron el análisis interno y sus percepciones de oportunidades y amenazas en el contexto y el entorno, el análisis externo (10).

Para facilitar la comprensión de análisis interno vs el análisis externo, la teoría ecológica de Bronfenbrenner, nos ayudó a establecer las relaciones entre el residente y su ambiente (11). El ontosistema representó al residente, relator de su experiencia en los registros de campo: unidades de análisis para la matriz DOFA; el microsistema incorporó las relaciones establecidas con los integrantes de las familias del barrio; a este nivel el residente realizó intervenciones individuales, no tenidas cuenta para este análisis. Por otro lado, las intervenciones a colectivos se desarrollaron en el mesosistema que incluyó el barrio, el colegio, la universidad, el centro de salud, los hogares FAMI, las asociaciones comunitarias. El mesosistema, junto al exosistema (alcaldía, iglesia, organizaciones locales) y al macrosistema (Política nacional, Sistema nacional de salud, gobierno, valores sociales) agruparon los tópicos para el análisis externo.

El análisis se complementó enfrentando Fortalezas y Oportunidades, de aquí se obtuvieron las formas de potenciar el proyecto; se evaluaron también Debilidades contra Amenazas mostrando situaciones que se deben evitar para facilitar el trabajo comunitario (12).

La organización de las subcategorías se realiza con base a la frecuencia de mención que aparece en los registros de campo (13).

Las unidades de análisis fueron 100 registros de campo generados por el grupo de residentes de la primera cohorte de Medicina Familiar de la UPTC, durante el primer semestre y segundo semestre de 2019. En estos registros se recopila información exploratoria y descriptiva de las actividades propuestas mediante la técnica de observación en entornos comunitarios. Con el consentimiento informado se autorizó el uso de registros por parte de los residentes para el presente estudio.

RESULTADOS

A partir de los registros de campo analizados se estructuró la siguiente matriz DOFA, con las subcategorías presentadas en orden de frecuencia en cada categoría.

Tabla 1. Matriz DOFA

Fortalezas <ul style="list-style-type: none">• Contar con habilidades clínicas.• Ser persistentes.	Debilidades <ul style="list-style-type: none">• Ser limitados por un horario para las actividades del trabajo comunitario.
---	--

<ul style="list-style-type: none"> ● Tener conocimientos médicos previos. ● Encontrarse en proceso formativo. ● Conocer el abordaje por ciclo vital y tener fundamentación en atención primaria. ● Tener conocimiento de la estrategia de Rehabilitación basada en la Comunidad (RBC). ● Ser creativos. ● Conocer conceptos y metodologías para el trabajo comunitario (intersectorial, interinstitucional e intrainstitucional). 	<ul style="list-style-type: none"> ● Desconocer las barreras del abordaje de la comunidad. ● Inexperiencia para abordar problemáticas socioeconómicas y de salud mental. ● Limitación para el reconocimiento y aprovechamiento de activos sociales.
<p>Oportunidades</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Existencia de espacios físicos en la comunidad que pueden ser aprovechados. ● Apoyo de los docentes en las actividades. ● Posibilidad de aplicación de conceptos y teorías. ● Nuevos aprendizajes y adquisición de habilidades generadas por la interacción con la comunidad. ● Facilidades para el trabajo multidisciplinario. ● Espacios para la reflexión, diálogo y participación con la comunidad. ● Existencia de organizaciones comunitarias. ● Posibilidad de alianzas intersectoriales y gubernamentales. ● Posibilidad de realizar actividades intergeneracionales. 	<p>Amenazas</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tiempo limitado de la comunidad. ● Adversidades climáticas. ● Imprevistos generados en la comunidad que afectan el curso de las actividades. ● Desinformación de la comunidad. ● Falta de medios de comunicación comunitarios.

<ul style="list-style-type: none"> Existencia de problemas sociales y culturales como generadores de oportunidades para trabajo comunitario. 	
---	--

Fuente Elaborada a partir del análisis de los registros de campo de los Residentes de la primera cohorte de Medicina Familiar de la UPTC.

A partir de la matriz DOFA construida se estructuró un análisis FODA en el cual se contrastan fortalezas con oportunidades y debilidades con amenazas, para identificar acciones que pueden ser potencializadas y situaciones que deben evitarse que confluyan:

Tabla 2 Análisis FODA – Acciones potencializadoras

Potencialización del Proyecto	
Fortalezas	Oportunidades
<ul style="list-style-type: none"> Contar con habilidades clínicas. Tener conocimientos médicos previos Encontrarse en proceso formativo. Conocer el abordaje por ciclo vital y tener fundamentación en atención primaria. Tener conocimiento de la estrategia de Rehabilitación basada en la Comunidad (RBC). Conocer conceptos y metodologías para el trabajo comunitario (intersectorial, interinstitucional e intrainstitucional). Ser persistentes. 	<ul style="list-style-type: none"> Apoyo de los docentes en las actividades. Posibilidad de aplicación de conceptos y teorías. Nuevos aprendizajes y adquisición de habilidades generadas por la interacción con la comunidad. Espacios para la reflexión, diálogo y participación con la comunidad. Existencia de espacios físicos en la comunidad que pueden ser aprovechados. Existencia de organizaciones comunitarias. Posibilidad de alianzas intersectoriales y gubernamentales. Facilidades para el trabajo multidisciplinario. Posibilidad de realizar actividades intergeneracionales.

Ser creativos.	<ul style="list-style-type: none"> Existencia de problemas sociales y culturales como generadores de oportunidades para trabajo comunitario.
----------------	---

Fuente Elaborada a partir del análisis de los registros de campo de los Residentes de la primera cohorte de Medicina Familiar de la UPTC.

Tabla 3 Análisis FODA – Acciones desfavorables

Situaciones que se deben evitar que confluyan	
Debilidades	Amenazas
<ul style="list-style-type: none"> Ser limitados por un horario para las actividades del trabajo comunitario. Desconocer las barreras del abordaje de la comunidad. Inexperiencia para abordar problemáticas socioeconómicas y de salud mental. Limitación para el reconocimiento y aprovechamiento de activos sociales. 	<ul style="list-style-type: none"> Tiempo limitado de la comunidad Imprevistos generados en la comunidad que afectan el curso de las actividades. Adversidades climáticas. Desinformación de la comunidad. Falta de medios de comunicación comunitarios.

Fuente Elaborada a partir del análisis de los registros de campo de los Residentes de la primera cohorte de Medicina Familiar de la UPTC.

1. Análisis interno de las intervenciones a los colectivos:

En cuanto al análisis interno, se exploraron las fortalezas y debilidades del residente al desempeñar acciones comunitarias. Las fortalezas son aquellas herramientas que el residente reconoce como ventaja en la intervención, que le permiten aprovechar una oportunidad o enfrentar una amenaza de manera satisfactoria mientras que las debilidades son las limitaciones propias que le impiden hacer frente a una amenaza o sacar provecho a una oportunidad (14).

- Fortalezas

Las habilidades clínicas de cada residente apoyaron el proceso de práctica comunitaria, especialmente para aquellas actividades enfocadas en la adquisición de conductas y estilos de vida saludable. La capacidad de los residentes de realizar la lectura de exámenes de laboratorio y/o realizar sugerencias relacionadas con enfermedades específicas y sus tratamientos médicos, favoreció la confianza de la comunidad y generó opciones para la interacción positiva con sus integrantes.

Otra fortaleza correspondió a la tenacidad y persistencia de los Residentes de Medicina Familiar, quienes a pesar de la adversidad insistieron en generar un vínculo y aceptación por parte de la comunidad... *“Pude darme cuenta que hay personas que no tienen sensibilización acerca de lo que estamos realizando o con ideas erróneas, por lo que se comportan poco receptivos frente al proyecto”*..., al respecto, otro compañero en medio de la incertidumbre expresa: *“Un médico familiar debe ser una persona que no debe de juzgar o criticar al otro, por ende se deberá reforzar en adquirir esta competencia”*.

La integración de los conocimientos previos (adquiridos en el pregrado o durante la experiencia laboral) y nuevos (del proceso formativo de la especialidad), bajo la fundamentación en APS y la atención integral por ciclo vital, permitió el abordaje de los diferentes grupos poblacionales encontrados en el barrio. Es así como, se relata la experiencia en un colegio local con un grupo de adolescentes, con quienes se aborda el tema de derechos sexuales y reproductivos, el cual hace parte de las temáticas sugeridas para este ciclo vital desde la RIAS de promoción y mantenimiento de la salud.

Por otro lado, los conocimientos adquiridos en la asignatura transversal Rehabilitación Basada en Comunidad (RBC), orientaron la realización de intervenciones en la población vulnerable con discapacidad y su grupo familiar; para estas actividades fue fundamental el diagnóstico poblacional realizado por los residentes, en el cual se identificó a las personas con discapacidad y a cuidadores. Este trabajo contó con el apoyo de la oficina de discapacidad y el programa “Somos capaces” de la alcaldía mayor de Tunja como ejercicio práctico de la intersectorialidad.

Por último, la creatividad y la lúdica utilizadas en la planeación de actividades para fomentar habilidades como la empatía, la resiliencia, la sensibilización y la promoción de la salud son consideradas fortalezas, es así como se emplearon metodologías como la que se describe... *“Se inicia con la promoción de la salud física, a través de una estrategia de sensibilización, con el apoyo de una imagen en la cual la mariposa: “es guía”... Así mismo, a través de la frase “El cuidador no tiene quien lo cuide”, se inicia una serie de reflexiones basadas en la importancia de la salud de los cuidadores”*. Con esta actividad lúdica, se sensibilizó sobre el cuidado de la salud utilizando la analogía de la mariposa y se visibilizó la necesidad de cuidado al cuidador de forma creativa.

- Debilidades

Una de las debilidades que fue sobresaliente, correspondió a la dificultad que se generó en razón al tiempo establecido para realizar el trabajo comunitario, así lo señala una de las residentes... *“El tiempo*

de las instituciones, NO es el mismo tiempo de las comunidades". De la misma manera, ha sido descrito que, al intervenir en el ámbito extramural, el control de las actividades no se rige por normas y los tiempos de las instituciones (15).

Otra debilidad relatada con frecuencia fue la dificultad que se presentó con el ingreso de los residentes en el entorno comunitario, se describen acercamientos constantes que fueron infructuosos... *"se escuchaban movimientos como de alguien haciendo aseo toqué varias veces y llamé al número de teléfono que me habían dado previamente, pero nadie contestaba"*.

La inexperiencia para el abordaje y la gestión de problemáticas económicas y sociales de la comunidad, fueron barreras que impidieron la realización de algunas acciones comunitarias que habrían facilitado el acercamiento a la población. En los relatos se mencionan diversas situaciones de esta índole que solo se describieron, pero no se gestionaron... *"la señora de la casa tiene dos hijas de padres diferentes y ninguno vio por sus hijas y sus dos hijas ya tienen bebé y repiten la historia materna, ninguno de los padres de sus bebés reconoció ni están respondiendo por la manutención de sus hijos"*. Igual sucedió con problemáticas sobre salud mental y violencia, identificadas por el residente pero sin las herramientas para intervenirlas o gestionarlas.

En el trabajo con activos sociales se considera una falencia no identificarlos o reconocerlos en beneficio del trabajo comunitario. Los actores o activos sociales son personas, lugares, tradiciones, normas sociales, etc., que pueden favorecer la salud; su identificación es fundamental para intercambiar información y obtener su visión general sobre la situación de la comunidad (16).

2. Análisis externo de las intervenciones a los colectivos:

El análisis externo se realizó a partir de las relaciones del residente con el mesosistema, exosistema y macrosistema, esta interacción se transformó en percepción favorable o desfavorable frente al trabajo comunitario. En los relatos, se interpretaron como amenazas a los factores del entorno que fueron o serían capaces de afectar negativamente la capacidad del proyecto de avanzar o permanecer. En oposición, se interpretaron como oportunidades aquellos factores que fueron aprovechados adecuadamente o podrían serlo y que además pueden proporcionar ciertas ventajas y/o beneficios (14).

- Oportunidades

En general, para los residentes predominaron las oportunidades. Dentro de estas, la más frecuente registrada hace referencia a la existencia del salón comunal, este espacio de la comunidad, se transformó en lugar de reuniones entre residentes, docentes y comunidad. Allí se vivenció el trabajo comunitario, planeado, ejecutando, analizando y participando como se observa en la siguiente descripción ...*" nos encontramos nuevamente en el salón comunal, dialogamos unos últimos detalles, organizamos algunas sillas distribuidas en forma de mesa redonda, estuvimos de acuerdo en que era mejor tener un diálogo con los asistentes de forma libre y sin obstáculos con la idea de hacerlos sentir en confianza y lograr*

con ello una participación más fluida por parte de la comunidad". Otro espacio considerado como como oportunidad para el desarrollo del proyecto, fue el consultorio médico de la unidad básica de atención ubicada en el barrio, así mismo contar con más tiempo para la consulta permitió mejorar las habilidades en los residentes y lograr un abordaje integral de los pacientes.

El acompañamiento docente ofrecido desde la universidad también fue referenciado por los residentes como un factor positivo en el desarrollo de las intervenciones... "*Nos reunimos, al finalizar, con el docente en una de las aulas de la institución para hablar acerca de la actividad: ventajas y desventajas, qué nos gustó y qué no, cómo nos habíamos sentido, qué nos había facilitado el trabajo; al realizar esta retroalimentación nos dimos cuenta de las falencias que tenemos en el manejo con los adolescentes y la distribución de los tiempos con ellos para evitar la dispersión*" Lograr complementar los aspectos teóricos vistos en el aula o con los docentes con el contraste práctico ofrecido en el barrio, también fue considerado favorable durante el desarrollo del proyecto. Otros factores positivos en el proceso de enseñanza fue el aprendizaje mutuo obtenido al trabajar con la comunidad, el desarrollo de habilidades mediante actividades multidisciplinarias con apoyo voluntario de otros profesionales y el tiempo dedicado a realizar reflexiones individuales y colectivas.

Tener en cuenta a los actores encontrados en la comunidad, fue beneficioso para el desarrollo de las actividades. En los relatos, se describe como estos líderes formales e informales y organizaciones apoyaron la gestión de los residentes y contribuyeron en la construcción de estrategias dirigidas a la comunidad para la resolución de problemas emergentes; así es expresado a continuación... "*Se planteó realizar una reunión, de ser posible, con todos los integrantes de la asociación y se acordó la fecha para el 8 de marzo del año en curso a las 6 de la tarde en el salón comunal, y adicionalmente se le dio nombre al trabajo que se estaba empezando a articular entre nosotros, el cual fue: Plan de Desarrollo Social, una alianza de todos para la salud colectiva*". Por otro lado, la coalición intersectorial y gubernamental apoyó la gestión de los residentes dentro de la comunidad. En conclusión, la intersectorialidad fue clave para analizar la situación de salud y fundamental en la consecución de recursos que hicieron viable el abordaje integral descrito en la APOC (16).

Los espacios en los cuales se promovió el diálogo, la participación y la libre expresión, tuvieron una respuesta positiva por parte de la comunidad y fueron aplaudidos por los residentes en los testimonios... "*Se brindó y se promovió la participación de todos los asistentes a lo cual recibimos una respuesta favorable, transcurrieron aproximadamente dos horas de reunión y se les invito a que cada uno de ellos señalaran las problemáticas a priorizar en el barrio, utilizando unas tarjetas didácticas. Pude observar que cada uno estuvo interesado en expresar su opinión a la hora de priorizar, y las de mayor votación fueron los espacios deportivos – recreativos, el trabajo y la seguridad*". Con lo anterior es posible concluir, que la participación es beneficiosa para el trabajo en comunidad y hace emerger sus intereses propios.

Otro aspecto positivo destacado en los relatos, fue la participación de personas en diferentes cursos de vida y su aporte a las actividades... "*Pude observar que las personas de mayor edad, fueron los más*

activos en la reunión". Adicionalmente, se relató que, en estos grupos intergeneracionales, se generaron mayores aprendizajes y se constituyeron canales de comunicación más abiertos para la interacción con la comunidad.

Entre los hallazgos negativos descritos se encuentran aspectos como inequidad hacia población discapacitada e inmigrantes, ausencia de valores, desconocimiento en salud, dietas no balanceadas, creencias erróneas, entre otros...*"les pedimos que expusieran cada grupo sus carteleras, notamos en muchos falencias en los conocimientos acerca de ellos , así como los dibujos en las carteleras fueron algo pasados de tono , y con algo de burla, durante estas exposiciones aclaramos conceptos erróneos y respondimos preguntas que tenían el resto del grupo."* A pesar de esta realidad emergente, los residentes consideraron que algunas de estas problemáticas pueden ser transformadas a través del trabajo comunitario y la APS, ya que el fin último de esta estrategia, es reducir las desigualdades en salud (1).

- Amenazas

En cuanto a las amenazas se describieron principalmente la limitación del horario; el trabajo con la comunidad requiere de disponer de tiempo tanto del residente, como de la comunidad y que estos tiempos coincidan, fue frecuente que el tiempo fuera una limitante para realizar adecuadamente las actividades en comunidad...*"Un día previo a la consulta, me comunicaron que, por falta de disponibilidad de tiempo, dicha persona no pudo acudir a la consulta". ... "Debido a que solo teníamos alrededor de media hora, solo alcanzamos a mostrarles el video y que se reunieran en grupos para que hicieran la cartelera, al dar las 11 la profesora se despidió y los niños al ver que su profesora se iba, no siguieron realizando la cartelera de manera organizada, y la mayoría empezaron a mostrarla y se iban, por lo cual en este salón la actividad no se logró llevar a cabo de manera exitosa"*. El factor climático y el momento de la semana escogido para realizar las actividades estuvieron a favor de los residentes solo en algunas ocasiones.

Las dificultades en la planeación de las actividades realizadas, se constituyeron en una amenaza para el trabajo comunitario. Esto fue evidenciado al contrastar con actividades bien planeadas, cuyos resultados fueron positivos. En algunas ocasiones, a pesar de la planeación, algunos factores externos afectaron el desarrollo de la actividad, como se evidencia en la siguiente descripción... *"se tenía planificada una capacitación sobre cuidado del cuidador con la oficina de discapacidad (grupo "Somos capaces")*. Sin embargo, al llamar a la persona de contacto, me informa que dado a la organización de eventos en conmemoración al día de las personas con síndrome de Down, esta actividad queda postergada". Otro factor externo a tener en cuenta, corresponde al comportamiento que asumen los participantes frente a una actividad, situación que emergió durante el trabajo un grupo de adolescentes que se desligó de la actividad y se desvió del objetivo.

Una última amenaza relatada, fue la falta de información en la comunidad sobre el proyecto que se venía desarrollando... *"Pude darme cuenta que hay personas que no tienen sensibilización acerca de lo que estamos realizando o con ideas erróneas, por lo que se comportan poco receptivos frente al proyecto"*.

La desinformación generó dificultades para la aceptación del residente dentro de la comunidad transformándose en poca participación en las actividades y sentimientos de frustración.

DISCUSIÓN

La sistematización de los registros de campo en el marco del proyecto de promoción y mantenimiento de la salud realizado por el grupo de residentes de la primera cohorte de Medicina Familiar de la UPTC, permitió la construcción de una matriz DOFA identificando fortalezas, debilidades, oportunidades y amenazas de las intervenciones realizadas a colectivos.

El análisis interno dilucida que las fortalezas son predominantes y están relacionadas con los conocimientos, habilidades y actitudes adquiridas en su experiencia de médico general y como residente de Medicina Familiar. Su contraparte, las debilidades revelan la inexperiencia en la identificación y el reconocimiento de las dinámicas de las comunidades como horarios, problemáticas sociales y actores comunitarios, asimismo pone en manifiesto la poca experticia del residente como trabajador de la salud para abordar un territorio comunitario urbano “El barrio”. Esta dificultad es reconocida también en la literatura y se comenta al respecto la existencia de debilidades formativas en los programas de pregrado y posgrado, la falta de articulación de los entes territoriales con el sector salud y la academia y los imaginarios de ineficiencia en el accionar comunitario que son generados por el largo plazo requerido, para alcanzar las metas y ver los resultados de las acciones que se realizan a este nivel (17).

En el análisis externo el residente identificó oportunidades que requieren ser gestionadas por él junto con la comunidad. Estas oportunidades se podrían concretar cuando el residente utiliza sus fortalezas para transformar los aspectos negativos; las amenazas que pueden modificarse se relacionan con la comunicación; la habilidad para comunicarse, las facilidades para emplear diferentes medios y masificar los mensajes son acciones que benefician las intervenciones en la comunidad.

Frente a la evaluación de la efectividad del trabajo comunitario, pocos estudios se han publicado (17); la utilización de la matriz DOFA nos permite un acercamiento en el análisis para establecer factibilidad en el desarrollo de la intervención y encaminarse a la elaboración de un plan estratégico para el mejoramiento de las atenciones en salud en el entorno comunitario. Este análisis facilita los procesos de evaluación de efectividad y calidad en el trabajo comunitario no solo dentro de la experiencia académica sino también extrapolable a la experiencia laboral. Como ventaja adicional, la matriz DOFA aquí construida, puede ser contrastada con otras matrices elaboradas en otros territorios y contextos a pesar de la gran heterogeneidad en las intervenciones comunitarias.

Finalmente lograr una adecuada labor en el entorno comunitario y que además esté alineada con la metodología de la Atención Primaria, exige que los profesionales cuenten con conocimientos, habilidades y actitudes específicas para intervenir en las comunidades. Mediante el trabajo académico realizado por medio del proyecto, a pesar de la limitada experiencia en este campo, se han logrado hacer

visibles factores facilitadores y obstructores en la atención comunitaria y se ha conseguido que los residentes adquieran los conocimientos y habilidades que los preparará para su vida laboral.

Limitaciones

Las limitaciones de nuestro estudio incluyen no contar con registros de campo de la fase inicial del proyecto en la cual se dio el proceso de inmersión de los residentes en los entornos comunitarios y que correspondió a una etapa crítica muy interesante de analizar.

CONCLUSIONES

Someter el proyecto al análisis mediante una matriz DOFA evalúa objetivamente los factores que facilitan y los que dificultan el trabajo comunitario. La identificación de estos factores, facilita la planeación de acciones dirigidas a fortalecer aquellos aspectos que se configuran como debilidades en el residente y se logra una preparación sobre las posibles amenazas en el trabajo comunitario. Igualmente, al reconocer fortalezas y oportunidades se pueden optimizar los procesos para alcanzar mayores beneficios para la enseñanza y el aprendizaje del profesional de la salud en el ámbito académico y en consecuencia generar impacto positivo en la salud y bienestar de la comunidad intervenida.

La experiencia académica de gestionar un proyecto comunitario de promoción y mantenimiento de la salud enmarcado en la Política Pública y la APS, se constituye en una estrategia exitosa para la consolidación y adquisición de conocimientos, habilidades y actitudes fundamentales en la formación del profesional en Medicina Familiar. Además, la realización de una matriz DOFA facilita la comparación entre proyectos comunitarios realizados en otros territorios y bajo otros contextos.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. 2007.
- (2) Ministerio de salud y protección social. Resolución 3202. República de Colombia; 2016.
- (3) Ministerio de Salud de Colombia. Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud Grupo de Formación. [Internet]. 2015 [Consultado 13 de abril de 2020]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa%20Nacional%20Salud%20Familiar%20y%20Comunitaria%20y%20Medicina%20Familiar%20200214.pdf#page=17&zoom=100,109,229>.
Ministerio de Salud de Colombia. Programa único de la Especialización de Medicina Familiar. Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud, Grupo de Formación. [Internet]. 2015

[Consultado 13 de abril de 2020]; Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/vs/th/programa-unico-nacional-%20especializacion-medicina-familiar.pdf>.

- (4) Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia – Facultad de Ciencias de la Salud. Documento Maestro Especialización de Medicina Familiar. Tunja. 2015.
- (5) Grupo de investigación Educación, Salud y Desarrollo Rural de la UPTC. VIE-DIN Código SGI 2597.
- (6) Segura del Pozo, J. El barrio como lugar. *Salud Pública y otras dudas*. 26 de mayo de 2018. Disponible en: <https://saludpublicayotrasdudas.wordpress.com/2018/05/26/el-barrio-como-lugar/>.
- (7) CRUZ-GÓMEZ, Luis Fernando, et al. Propuesta para la formación en Medicina Familiar y Comunitaria, desde la percepción, conceptualización y experiencia práctica de los enfoques de Salud Familiar. En: *Entramado*. Julio - Diciembre, 2017. vol. 13, no. 2, p. 230-247. <http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2017v13n2.26220>
- (8) Gofin Jaime, Gofin Rosa. 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), 2007
- (9) Pastrana T., Centeno C., De Lima L. Palliative Care in Latin America from the Professional Perspective: A SWOT Analysis. *Journal of Palliative Medicine*. 2015. Volume 18, Number X.
- (10) Wazir Mohammad S., Shaik Babar T., Ahmed A. National program for family planning and primary health care Pakistan: a SWOT analysis. *Reproductive Health*, 10:60. 2013
- (11) Bravo-Andrade H., Ruvalcaba-Romero N., Orozco-Solís M., González-Gaxiola Y., Hernández-Paz M.; SALUD MENTAL Investigación y reflexiones sobre el ejercicio profesional VOLUMEN III; Universidad de Guadalajara; Guadalajara, Jalisco, México; (2017). Pág. 91 – 106. ISBN: 978-84-17523-79-4.
- (12) Von Kodolitsch Y., Bernhardt A..., Robinson P., Kölbl T., Reichensperner H., Debus S., Dettner C. Analysis of Strengths, Weaknesses, Opportunities, and Threats as a Tool for Translating Evidence into Individualized Medical Strategies (I-SWOT). *AORTA*, June 2015, Volume 3, Issue 3: 98-107.
- (13) Dargahi H., Darrudi A., Zalvand R. Family Medicine Program in Iran: SWOT Analysis and TOWS Matrix Model. *Iran J Public Health*, Vol. 48, No.6, Jun 2019, pp.1140-1148.
- (14) González de Dios J., Alonso-Arroyo A., Aleixandre-Benavent R. y Málaga-Guerrero S.; Análisis de debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades (DAFO) de la publicación pediátrica española a partir de un estudio cuantitativo; *An Pediatr (Barc)*. 2013; 78(6):351---354. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1695403313000040?via%3Dihub>
- (15) Segura del Pozo J; Perspectiva, encuadre y ámbito, un esquema alternativo para operar en Salud comunitaria; Ediciones Salud Pública y otras dudas España. Junio (2020), Pág 55 – 67.

- (16) Martín Zurro A., Cano Pérez J. F. y Gené Badia J.; Atención Primaria Principios, Organización y Métodos en Medicina de Familia; Séptima edición, Elsevier España, S.L. (2014), Pág 295 – 316. ISBN (versión electrónica): 978-84-9022-765-7
- (17) López Torrent E., Forcada Vega C., Miller F., Pasarin Rúa M., Foz Gil G. y coordinadores de los equipos comunitarios de los centros AUPA; Factores que facilitan y dificultan el desarrollo de los proyectos comunitarios. Estudio observacional de la red AUPA de centros de atención primaria de Cataluña, *Aten Primaria*. 2010; 42(4):218–225.