

# CON LAS BATAS Y LAS BOTAS, EL MÉDICO MÁS ALLÁ DEL HOSPITAL

La experiencia de residentes de medicina familiar en una comunidad urbana

Maira Alejandra León Solarte<sup>1</sup>, Nathalia Lucía Jaime Martínez<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Médico residente de la Especialización en Medicina Familiar- UPTC*

*Correo de contacto: [maira.leon@uptc.edu.co](mailto:maira.leon@uptc.edu.co); [nathalia.jaime@uptc.edu.co](mailto:nathalia.jaime@uptc.edu.co)*

## Resumen

**Objetivo:** Analizar los roles ejercidos por los residentes de medicina familiar durante su proceso de formación posgraduada, en el desarrollo de un proyecto comunitario en zona urbana de la ciudad de Tunja Colombia.

**Metodología:** Estudio cualitativo desde la experiencia de médicos residentes de la especialidad en medicina familiar, en el marco del proyecto comunitario como estrategia formativa. La información fue recopilada en el año 2019 de 135 registros de campo, los cuales fueron aportados consentidamente, y procesados mediante técnicas de análisis de contenido cualitativo a partir de unidades de registro y observación participante.

**Conclusiones:** La práctica en escenarios extrahospitalarios, tales como los entornos hogar, educativos y comunitarios son de gran relevancia para la formación en medicina familiar; quienes son integradores clínicos y sociales. Durante la formación posgraduada, es necesario adquirir las competencias laborales necesarias para desempeñar los diversos roles que puede ejercer el médico familiar, entre los que se destacan el rol clínico, educador, gestor, investigador y comunitario.

**Palabras clave:** Medicina familiar, roles del médico familiar, gestión, educación, investigación, comunitario.

## Abstract:

**Objective:** To analyze the roles played by family medicine residents during their postgraduate training process, in the development of a community project in the urban area of the Tunja city.

**Methodology:** Qualitative study from the experience of resident doctors specializing in family medicine, within the framework of the community project as a training strategy. The information was collected in 2019 from 135 field records, which were provided with consent, and processed using qualitative content analysis techniques from registry units and participant observation.

**Conclusions:** Practice in out-of-hospital settings, such as home, educational, and community settings are highly relevant for training in family medicine; who are clinical and social integrators. During postgraduate training, it is necessary to acquire the necessary job competencies to perform the various roles that the family doctor can perform, among which the clinical, educator, manager, researcher and community roles stand out.

Key words: family medicine, family doctor roles, management, education, research, community.

## **Introducción**

La medicina familiar es una disciplina clínica y social enfocada en la implementación de la Atención Primaria en Salud (APS) (1). A partir de una perspectiva holística, basada en la teoría de los sistemas y la teoría de la complejidad, la medicina familiar comprende los aspectos biológicos, psicosociales y espirituales, necesarios para brindar una atención integral. La medicina familiar, según uno de sus principales referentes, Ian McWhinney (2), se define en términos de relaciones; diferente a otras disciplinas, regidas en términos de órganos o patologías, la medicina familiar reconoce la salud como producto de las relaciones ecosistémicas del individuo y la familia con su entorno ambiental (3).

Durante el abordaje integral con la comunidad, el médico familiar requiere mantener no sólo la perspectiva holística de las relaciones de diferente complejidad que afectan al individuo y su familia -como concebía el Dr. McWhinney al “médico familiar del futuro”(4)- sino, además, implementar herramientas que conciban una intervención “sistémica”, tales como: estructurar diadas armónicas, mantener equilibrios de poder, considerar la individualidad, mantener relaciones sostenidas en el tiempo en el grupo familiar, identificar barreras sociales desde diferentes instituciones, conocer el sustrato cultural que condiciona la dinámica social, entre otros.

El perfil profesional del talento humano en salud de Colombia se rige por el Comité de Pertinencia del Ministerio de Salud (5). En el 2015, se creó el Programa Único de la Especialización en Medicina Familiar, como una propuesta participativa entre: Instituciones de Educación Superior (IES) con programas de medicina familiar, Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS), delegados de Empresas Administradoras de Planes de Beneficios (EAPBS), Instituciones Prestadoras de Salud (IPS), Entidades Territoriales y el Ministerio de Educación Nacional (MEN). Todo lo anterior, para promover condiciones de calidad de los programas, así como el perfil profesional y competencias coherentes con la política pública, su articulación con el sector externo y la investigación para la formación del médico familiar colombiano (6)(7).

De esta forma, se construyeron las bases comunes de la formación en medicina familiar en Colombia, las cuales comparten múltiples ejes axiales a programas internacionales como los de España, Canadá y México (8–10). Así, se establecen 5 ejes curriculares básicos: a) fundamentos de la medicina familiar: visión humanista e integral, con apoyo de la teoría de los sistemas y el paradigma de la complejidad, b) eje clínico: atención biopsicosocial- espiritual en servicios de distinta complejidad, c) trabajo con comunidades: abordaje integral en salud, d) investigación y educación: pensamiento científico y crítico, educación a personal en formación, pedagogía individual y colectiva con pertinencia social y cultural y e) gestión: movilización de recursos en los diferentes sistemas sociales para dar respuesta a necesidades y gerenciar proyectos que buscan beneficios en salud(6).

Con base en lo anterior, se puede deducir algunos roles principales del médico familiar: rol clínico, rol investigativo, rol educativo, rol comunitario y rol gestor. Estas actividades que puede ejercer el médico familiar durante su práctica académica y laboral no son excluyentes entre sí, por el contrario, se articulan para obtener resultados en salud.

El estudio *Rol, situación laboral y prospectiva de especialistas en Medicina Familiar en Colombia, 2017*, buscó, entre otras cosas, identificar el rol desempeñado por estos especialistas en el país, se encuestaron a 281 médicos familiares (lo cual representó el 38% del total); se identificó que los médicos familiares en Colombia se desempeñan en: actividades administrativas (34%), apoyo a médicos generales -resolutividad- (32%), consulta externa de medicina familiar (32%), docencia (31%), coordinación de programas especiales (27%), especialistas en servicio de urgencias (14%), atención domiciliaria (6%), investigación (2%), entre otros (11). De lo anterior, se podría inferir que los roles que menos se ejercen en la práctica laboral, son el rol investigativo y el rol comunitario, pero el 34% desempeña más de un rol de forma simultánea.

El proyecto comunitario del programa de especialización en medicina familiar de la UPTC fue desarrollado en el Barrio Patriotas, ubicado en área urbana de la comuna siete-oriental de la ciudad de Tunja, Colombia (12). El objetivo fue coordinar y generar acciones de promoción, prevención, atención y gestión, que contribuyeran al mejoramiento de las condiciones de vida y salud de la comunidad. Adicionalmente, permitió la práctica de competencias en gestión integral del riesgo en salud, habilidades clínicas y comunicativas; así como competencias en educación individual y comunitaria para la salud en los médicos residentes de medicina familiar de la UPTC. Lo anterior, mediante estrategias de caracterización e intervención a las familias a través de visitas domiciliarias integrales y consulta médica individual según pertinencia en la ESE Santiago de Tunja, institución prestadora de salud de primer nivel de atención.

Así mismo, en el entorno comunitario se identificaron los problemas y necesidades relacionados con el proceso salud-enfermedad, partiendo de un autodiagnóstico comunitario, priorización de problemas con grupos focales, cartografía social y análisis de la situación en salud para, finalmente, definir las estrategias de intervención a través de mecanismos de participación social.

El objetivo de esta narración es analizar los roles ejercidos por los médicos residentes de medicina familiar de la UPTC, en el desarrollo del proyecto comunitario. Su importancia radica en promover la participación del talento humano en medicina familiar, en el ejercicio de los diversos roles propios de su disciplina. Así mismo, resalta la pertinencia de escenarios extramurales en la formación teórico-práctica, para la adquisición de competencias que contextualicen los fundamentos epistemológicos a la realidad social.

## **Metodología**

Estudio cualitativo, en el que se realizó análisis de los registros de campo de las experiencias de médicos residentes de la primera cohorte de la especialidad. Así mismo se usó la observación participante en una población, cuya muestra fue a conveniencia, en el marco del proyecto comunitario realizado en el Barrio Patriotas de la ciudad de Tunja, como estrategia formativa de la especialización médica.

La recopilación de datos se realizó durante el segundo año de residencia (2019), con un total de 135 registros de campo elaborados por los médicos residentes y aportados de manera consentida. La información se procesó mediante técnicas de análisis de contenido cualitativo a partir de unidades de registro, como técnica interpretativa del texto explícito y el sentido que emerge del texto dentro de un contexto (13).

Los dos investigadores revisaron la totalidad de los registros de campo, se familiarizaron con el material y generaron dos libros de códigos, los cuales se discutieron y, en consenso, se generó un nuevo libro. Posteriormente, se codificó sistemáticamente el texto de los registros de campo en Excel de acuerdo con el libro de códigos y las preguntas de investigación.

El desarrollo de unidades de análisis en categorías y subcategorías se llevó a cabo mediante agrupación de ideas de manera ordenada y coherente a partir de criterios previamente definidos, identificando las relaciones o interpretando el texto. La recategorización se realizó con el objetivo de realizar reducción de categorías con los temas que fueron emergiendo mediante un proceso inferencial e interpretativo, estableciendo nuevas relaciones teóricas comprensibles intersubjetivamente que otorgan validez semántica al texto y permite ser comparado con otras investigaciones (14).

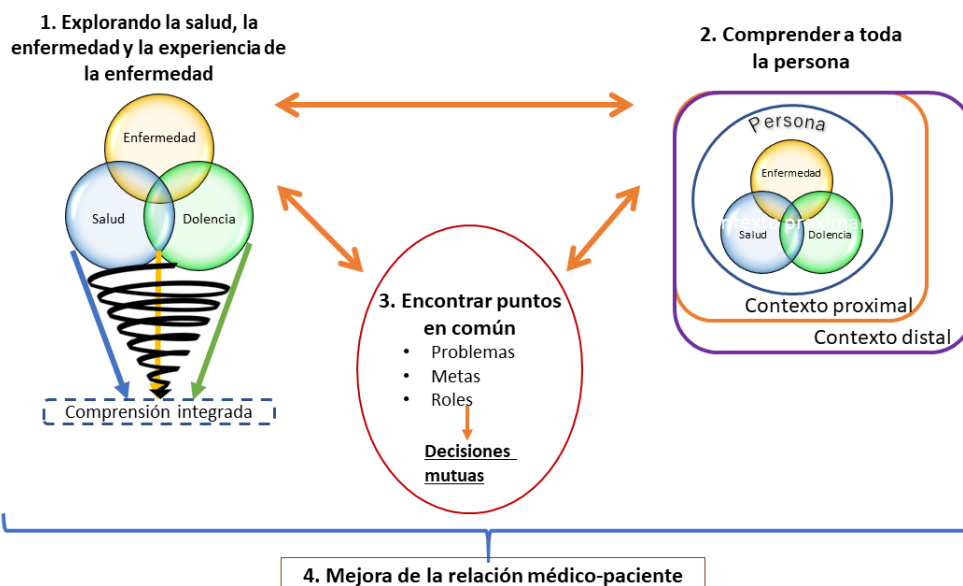
## **Rol clínico**

El médico familiar tiene la responsabilidad de realizar una atención clínica integral, efectiva y eficiente a lo largo de diversos escenarios (ambulatorios y hospitalarios de distinta complejidad). Desde actividades de mantenimiento de la salud y gestión integral del riesgo, diagnóstico y tratamiento especializado de las enfermedades prevalentes (con alto grado de resolutivez), hasta la integración con el equipo de salud para promover acciones de rehabilitación comunitaria y cuidado paliativo, en los diversos momentos del curso de vida (6,15).

Actualmente, uno de los aspectos que hace diferencial la atención clínica brindada por el médico familiar es la atención centrada en el paciente. Este método de atención clínica, tiene como uno de sus principales referentes al Dr. McWhinney, quien expone en el libro *Patient-centered medicine: Transforming the clinical method* (Medicina centrada en el paciente: transformando el método clínico) (16), cuatro componentes axiales: el primero, explora la salud, enfermedad y las experiencias en salud-enfermedad del paciente; el segundo, entiende la persona como un todo,

desde una perspectiva ecosistémica (onto, micro, meso y macrosistema), es decir, desde su historia de vida, familia, empleo, comunidad, cultura; el tercero, busca un terreno común, conciliación de metas de tratamiento y establecimiento de prioridades y; el cuarto componente, busca mejorar la relación médico-paciente a través de la empatía y la conciencia de sí mismo (Ver figura 1).

**Figura 1. Método clínico centrado en el paciente: cuatro componentes interactivos.**



Adaptado por León A y Jaime N. Del texto: *Patient centered medicine: Transforming the clinical method*. Steward M et al, 2014.

Por otro lado, se puede aseverar que, una buena comunicación y relación médico – paciente, en el ámbito clínico, promueve la adherencia al plan de manejo y permite perfilar con mayor precisión los problemas en salud; además, contextualiza las barreras y facilitadores determinantes en el cumplimiento terapéutico, situación que, indefectiblemente, modifica los resultados en salud. De igual forma, las habilidades comunicativas aumentan la satisfacción del paciente, toda vez que la escucha activa legitima el empoderamiento del paciente sobre su condición de salud (17,18).

Las habilidades comunicativas son una herramienta relevante en el ejercicio de la práctica clínica, particularmente, en la relación médico paciente. Es así, como el médico familiar hace la diferencia con relación a otros especialistas (6)(8). Sin embargo, existen factores externos que pueden comprometer la aplicación de estas competencias, como lo son las consultas con tiempos limitados, así lo indica un estudio realizado en España (19). Situación que no es ajena a nuestra realidad local, como lo señala uno de los residentes "el tiempo, es un factor que limita en general las actividades para el abordaje integral de una persona".

Otro aspecto clínico diferencial en la medicina familiar, es la promoción de la salud y gestión integral del riesgo. Sin embargo, existen determinantes sociales a nivel cultural que limitan estas actividades, como concluye una de las residentes: “Se observa que el hecho de no poder formular, ni solicitar exámenes, es interpretado como una barrera por la comunidad. Se desconoce la importancia de la prevención y el autocuidado para la salud”.

El análisis de los residentes a lo largo del trabajo de campo realizado, denota el uso activo de herramientas conceptuales fundamentales de la medicina familiar. Respecto a la relación médico-paciente, se identificaron relaciones supeditadas a factores culturales del modelo patológico, como lo resalta una residente: "las visitas médicas domiciliarias, a lo largo del desarrollo del proyecto comunitario, han tenido algunas limitaciones, particularmente de índole paradigmático, toda vez que, la coincidencia médico-paciente, se ha limitado al ámbito de la enfermedad".

Un estudio cualitativo realizado en Argentina identificó que, pese a que la población entrevistada considera que la relación médico-paciente debe desarrollarse a través de un proceso dialógico, en la práctica observacional predomina un rol pasivo por parte de la población atendida, así como relaciones asimétricas y paternalistas, en las que poco se integra la participación del paciente en el plan de cuidado (20). Por el contrario, durante las visitas domiciliarias, emergieron categorías propias de la promoción y mantenimiento de la salud, así como características de la atención centrada en el paciente. Así se expresa en uno de los registros de campo de los residentes: "Se educa en mantenimiento de la salud y promoción de estilos de vida saludable. Además de fortalecer el vínculo, se debe priorizar los asuntos emergentes de las personas y realizar una educación para la salud basada en el diálogo y la negociación de metas a corto plazo delimitadas en el plan de cuidado familiar".

Las relaciones asimétricas también han sido reportadas en el contexto colombiano, un estudio realizado en una IPS de primer nivel en Bogotá (21), identificó una satisfacción de pacientes respecto a la atención médica en promedio de 7.9/10, donde las habilidades comunicativas, el examen físico y la escucha activa puntuaron entre los principales satisfactores; sin embargo, llama la atención que 13% de los pacientes manifestaron que el médico no les explicó su condición clínica, al 27% le explicaron, pero refieren no haber entendido; igualmente, al 9% no le explicaron la fórmula y, al 37% pese a la explicación de la fórmula, no entendieron adecuadamente. Lo anterior, puede denotar carencias en habilidades comunicativas de los médicos y pasividad por parte de los pacientes, al no demandar claridad en la información recibida.

El rol clínico desarrollado por los residentes durante el proyecto comunitario, se ejecutó a través de las visitas médicas domiciliarias, durante las cuales se aplicó la intervención biospsicosocial, así como el análisis de los determinantes sociales en salud y uso del Plan Integral de Cuidado Familiar, para generar acciones compartidas con los individuos y las familias a nivel individual, familiar y promover el uso de redes de apoyo intersectorial.

De igual forma, los fundamentos clínicos, pedagógicos y principios de la medicina familiar, se practicaron durante las consultas médicas ejecutadas en la Unidad Básica de Atención (UBA) de la ESE Santiago de Tunja, Sede San Antonio. Este escenario permitió continuar la atención realizada en las visitas domiciliarias, a través de consulta médica institucional para vincular las acciones pertinentes desde el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Durante estas consultas, diversos registros reportaron expresiones de satisfacción realizadas por los

pacientes y sus familias, entre ellos un residente describe: "*Al cierre de la consulta, el paciente manifiesta que nunca lo habían examinado de forma tan completa y se siente complacido con la forma de atención integral durante la misma*".

## **Rol comunitario**

El rol comunitario, contempla su aplicación en escenarios heterogéneos; toda vez que, imprime una mirada de determinantes sociales en salud, independientemente del nivel de acción en el que se desarrolla. Como lo expresa Sobrino Armas et al., quienes postulan en los dos primeros niveles, la asistencia individual y grupal con orientación comunitaria, a través de mecanismos que invitan a la reflexión de las "causas de las causas"; en un tercer nivel, la acción comunitaria, que desarrolla procesos sociales que descentralizan la salud de las instituciones prestadoras, para enfocarlas en propuestas transectoriales donde los equipos sanitarios pueden actuar como facilitadores metodológicos (22).

Las unidades de análisis de los registros de campo, resaltaron la importancia de la acción comunitaria, a través, de estrategias participativas en la convocatoria, intervención y evaluación. Así, como el uso de herramientas comunitarias aprendidas en escenarios académicos internacionales (ej. mapeo de activos, en España) (23).

La atención transectorial basada en equipos (24), se reflejó a través de la gestión y conformación de equipos con líderes sociales (junta de acción comunal, madres comunitarias-FAMI, representantes de la terminal de transporte, líderes religiosos), representantes gubernamentales (Programa de discapacidad de la Alcaldía Mayor de Tunja, secretaría de salud municipal), así como representantes del sector educativo (docentes, psicopedagogía de escuela básica y secundaria).

En relación a las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad desarrolladas en el proyecto comunitario, estas se efectuaron a nivel individual, familiar y colectivo. Durante las actividades colectivas, los médicos residentes realizaron jornadas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, tales como: la "Feria de la salud", donde se realizaron actividades de tamizaje cardiovascular, antropometría, situación nutricional de los niños, así como acciones en educación para la salud y mesas de discusión sobre proyecto de vida, inteligencia financiera y educación sexual en los jóvenes.

Estas actividades denotan los fundamentos de la especialidad (6) y su coherencia con estrategias gubernamentales como el Plan integral de cuidado familiar (25), en el marco del Plan de Intervenciones Colectivas (PIC) (26); como se consigna en uno de los registros de campo: "se

realiza mantenimiento de la salud y promoción de estilos de vida saludable. Es así, como durante la visita domiciliaria, además de fortalecer el vínculo médico-paciente, se deben priorizar los asuntos emergentes de las personas y realizar una educación para la salud basada en el diálogo y la negociación de metas a corto plazo delimitadas en el plan integral de cuidado familiar (PICF)".

De igual forma, se explicitan diversos tópicos de promoción de estilos de vida saludable, coherentes con la ruta integral de promoción y mantenimiento de la salud, así como la atención centrada en la persona (27), expresados por los residentes así: “dediqué tiempo para hablar con ella acerca de la alimentación, le explique la cantidad, las porciones, tipos de alimentos, y posibles menús de acuerdo a su condición económica y cultural; prescribimos ejercicio, aunque ya lo estaba haciendo, lo podía mejorar, y le dejamos metas de disminución de peso; además de algunas recomendaciones de manejo del estrés”.

Por otra parte, se imprimió una perspectiva comunitaria durante la intervención familiar, y el reconocimiento de oportunidades valiosas durante la práctica para el fortalecimiento de la relación médico-familia, como se expresa en uno de los registros de campo: “conocer de cerca las condiciones de una familia es benéfico para la relación médico-paciente, y ayuda a comprender mejor las condiciones y factores determinantes que influyen en la salud de las personas”.

Así mismo, existe el reconocimiento por parte de los residentes, de la importancia de la participación comunitaria, para el diagnóstico, diseño, implementación y evaluación de diversas intervenciones sociales en salud, registrado así: "se deben adelantar las intervenciones de manera conjunta con las personas que conocen las dinámicas de la comunidad". Sin embargo, algunos de los obstáculos que se presentan para fortalecer el trabajo intersectorial, son las experiencias previas con diversas instituciones, en las cuales, la falta de continuidad de los proyectos desmotiva a la población para emprender nuevas acciones sociales, como lo expresó uno de los participantes a los médicos residentes “las reuniones se van en solo proyectos y no se ve que se haga nada, la verdad eso aburre a la gente”.

Las acciones comunitarias se plantearon de manera activa y participativa. Las convocatorias realizadas por las personas en su territorio, generaron mayor participación que las realizadas de manera unidireccional por los médicos residentes. De esta forma, se realizó un autodiagnóstico comunitario, usando técnicas como la entrevista grupal semiestructurada y la cartografía social con enfoque de activos en salud (Ver Figura 2), con el objetivo de identificar las condiciones de salud asociadas al proceso salud-enfermedad. Posteriormente, se realizó la priorización de problemas en salud, identificando una necesidad: reconocer los espacios barriales para la recreación y promoción de la actividad física; a partir de esto, los ciudadanos planearon una actividad que titularon “Paseo Emocional”.



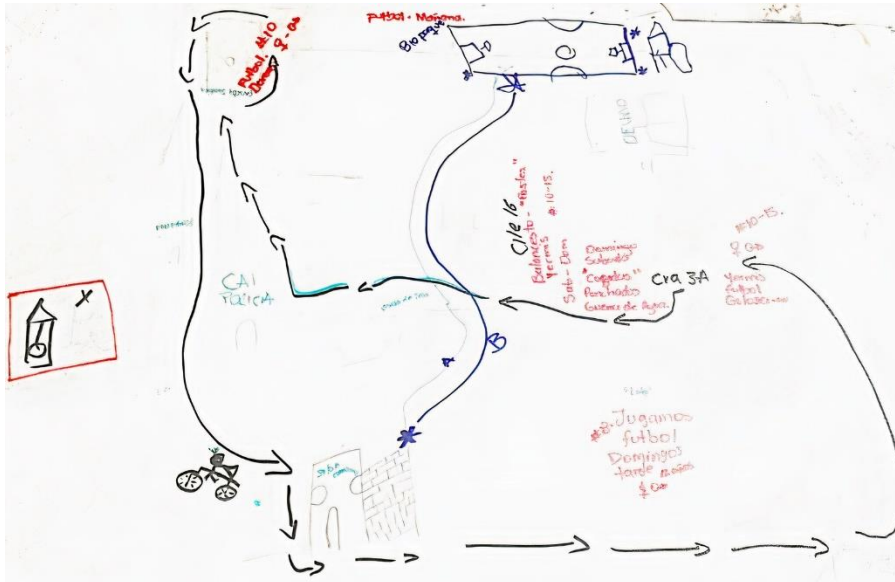
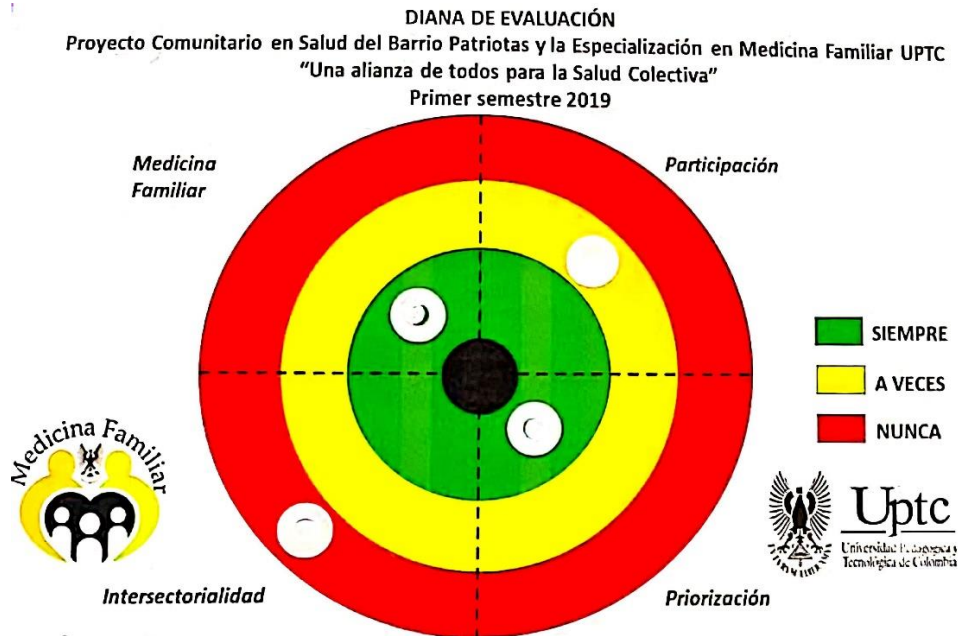


Figura 2. Cartografía social. Autores: Ciudadanos del barrio Patriotas, Tunja – Colombia

En el “Paseo emocional” hubo participación de niños, adolescentes, adultos, representantes de la junta de acción comunal (JAC), policía nacional, estudiantes de diferentes disciplinas, entre otros, con el objetivo de reconocer los espacios recreativos del barrio. “Recorrimos las calles y terminamos en el pequeño y escondido gimnasio biosaludable, el cual algunas personas del barrio no conocían” narra una de las residentes. Finalmente, la comunidad realizó la evaluación de la acción comunitaria (28), a través de una “diana de evaluación” diseñada por el equipo docente-residentes (Ver Figura 3), considerando las siguientes dimensiones: presencia de los médicos familiares, respuesta a las necesidades de la comunidad, participación en la toma de decisiones y participación intersectorial. Resultando en la identificación ciudadana de la escasa participación intersectorial.



**Figura 3.** Diana de evaluación. Autores: Angela Guerra/Médicos residentes de medicina familiar.

### **Rol educador**

La etimología de la palabra doctor viene del latín medieval, -oris “profesor” y der de docēre “enseñar” (29). Es así, como el médico familiar es “educador y comunicador, con competencias para gestionar y ejecutar acciones con diferentes grupos sociales, incorporando el enfoque intercultural, la promoción del autocuidado y autoconocimiento” como se expresa en el programa único nacional de medicina familiar (6). De esta forma, el médico familiar realiza acciones de promoción de la salud a nivel individual, familiar y comunitario, a través de la educación para la salud participativa.

La educación y comunicación para la salud (ECpS) se define, según el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, como: “Las acciones que se realizan para contribuir a la salud integral de las personas; donde ellas desarrollan su potencial y sus capacidades para actuar de manera consciente en el cuidado de su propia salud y de las condiciones del entorno físico y socio-cultural al que pertenecen” (30). No se debe confundir con información en salud o marketing en salud, que implican una relación unidireccional. En la ECpS, hay orientaciones muy precisas que definen las estrategias y pasos para su realización.

La ruta de educación y comunicación para la salud, es una guía de aplicación estratégica para fortalecer la promoción en salud a nivel territorial (30). Esta estrategia incluye varios tipos: individual, grupal, producción de materiales y la ECpS para la movilización social en salud. Así mismo, orienta la estrategia por pasos compartidos, iniciando con la valoración de la situación en salud de las personas involucradas y posterior identificación de necesidades en educación, para

escoger la estrategia a realizar. Finalmente, se realiza la producción de materiales, desarrollo de la actividad educativa y ulterior evaluación de la misma.

Basado en lo anterior, el proyecto comunitario favoreció un espacio formativo donde el médico residente de medicina familiar adquirió habilidades como educador, a través del empoderamiento individual, familiar y comunitario. Es así, como cada encuentro con las personas, líderes y comunidad del Barrio Patriotas, se convirtió en una oportunidad de enseñar y comunicar.

En coherencia con la ruta de ECpS, el médico residente realizó educación para la salud en promoción de la salud y prevención de la enfermedad, al individuo en el contexto de la familia, y a la familia en el contexto de la comunidad en la que viven. Así mismo, se realizaron actividades en diferentes entornos (visita domiciliaria, grupos FAMI, Colegio Silvino Rodríguez, entre otros), con el objetivo de aportar a la salud integral del territorio.

En las visitas domiciliarias, la estrategia de caracterización familiar permitió observar la situación en salud del individuo y su familia, así como, sus necesidades, intereses y motivaciones particulares en educación. Se requirió establecer un vínculo de afinidad y confianza con las personas, con el objetivo de motivar a la toma de decisiones informadas y responsables, a partir de la identificación de los activos en salud.

El médico residente brindó información, y actuó como facilitador en el desarrollo de habilidades personales y gestión de recursos para el cuidado de la salud. Partiendo del diálogo de saberes adquiridos en la vida cotidiana, con el fin de construir un nuevo significado, respetando su autonomía y llegando a acuerdos en la gestión del cuidado de su salud. En palabras de un residente “como médicos, también es necesario identificar los límites de nuestro quehacer, respetando la autonomía y el rol que juega la autorresponsabilidad en el cuidado por parte de los individuos, familias y comunidades”.

En el entorno comunitario, las competencias comunicativas y pedagógicas permiten el trabajo en equipo en pro de las necesidades establecidas por la comunidad. A nivel colectivo, se actuó como facilitadores del proceso educativo en salud de instituciones como el Colegio Silvino Rodríguez, y en grupos del programa del ICBF Familia, mujer e infancia (FAMI) de la localidad. En la institución, se educó en temas de planificación familiar por solicitud expresa de la misma; sin embargo, una residente cuestiona la necesidad de abordar otros temas: “¿Pudiera ser más relevante trabajar sobre valores, pensamiento crítico, resiliencia, empoderamiento y/o habilidades para la vida, que abordar esta temática en salud?”.

Adicionalmente, con los grupos FAMI se trataron tópicos como: alimentación sana, enfermedades inmunoprevenibles, enfermedad diarreica aguda, infección respiratoria y signos de alarma para acudir al servicio de urgencias; generando el deseo de participación comunitaria, para potenciar fortalezas y trabajar debilidades en salud a nivel colectivo.

## **Rol gestor**

La gestión de recursos familiares, comunitarios, sectoriales e intersectoriales permite dar respuesta a las necesidades en salud de los individuos, familias y comunidades (6). El proyecto comunitario permitió que el residente fortaleciera competencias de gestión de recursos en beneficio de la población intervenida en el Barrio Patriotas. Es así como se establecieron redes con líderes sociales de la junta de acción comunal (JAC), madres comunitarias-FAMI, Secretaría de salud de Tunja, programas de rehabilitación basada en comunidad (RBC), Colegio Silvino Rodríguez, Unidad Básica de atención (UBA) San Antonio (ESE Santiago de Tunja), y diversos programas de la UPTC, entre otros. De esta forma, se generaron espacios de trabajo en equipo multidisciplinario y transectorial en beneficio de la gestión en salud de la comunidad, como lo expresa uno de los médicos residentes “La articulación intersectorial y la planificación en redes son herramientas fundamentales para la construcción de escenarios de apoyo y optimización de recursos para la población”.

En las visitas domiciliarias, se encontraron familias con miembros en condición de capacidad diversa (discapacidad), lo cual evidenció la necesidad de intervención y articulación intersectorial, en palabras del residente: “Es necesario indagar sobre programas para discapacidad dentro de los cuales se pueda apoyar a esta familia, la cual se encuentra vulnerable”. En respuesta a esta necesidad los residentes realizaron gestión transectorial con el subprograma de la alcaldía mayor de Tunja “SOMOS CAPACES”, cuyo objetivo es garantizar la inclusión social y generar capacidad ciudadana de convivencia con la diferencia (31), en el marco de la política pública Nacional de Discapacidad e inclusión social 2013-2023 (PPDIS) (32).

Las estrategias de articulación con el programa, gestionaron el registro de localización y caracterización de la población con capacidades diversas del Barrio Patriotas, la socialización del programa de Rehabilitación Basada en la Comunidad y el direccionando de las familias y personas a los programas de inclusión social de la Alcaldía.

Adicionalmente, en retribución al programa Somos Capaces, los médicos residentes realizaron actividades educativas a los participantes del programa municipal enfocadas en el cuidado al cuidador, a través de estrategias pedagógicas y lúdicas, entre las que se destacan: Tamizaje de carga del cuidador, a través de la escala Zarit; charla de cuidado al cuidador, titulada: “El coronel no tiene quien lo cuide”; gestión emocional, charla: “El monstruo de colores”, entre otras. Así es como un residente concluye “existe una gran apertura por parte del grupo de discapacidad para el desarrollo de actividades conjuntas, lo anterior, no sólo facilita la realización de actividades con la comunidad, sino que, además, fortalece las redes de apoyo interinstitucional”.

## **Rol investigativo**

El pensamiento científico y crítico es una competencia importante en medicina familiar. Es así como, desde el programa único nacional, se plantea que el médico especialista debe desarrollar habilidades investigativas específicas, en dos direcciones: la gestión del conocimiento en salud y la generación de nuevo conocimiento, orientados a mejorar la salud y calidad de vida de la población (6).

El proyecto comunitario, adscrito al grupo de investigación Educación, Salud y Desarrollo Rural de la facultad de ciencias de la salud de la UPTC, se concibe como uno de los escenarios de formación que fortalece las competencias investigativas. Este escenario permite comprender la realidad social para el desarrollo de acciones integrales y pertinentes, a partir de enfoques mixtos (cuantitativos/cualitativos) para el análisis, gestión del conocimiento y la investigación social.

Los productos de investigación resultantes del proyecto comunitario, se plantearon con enfoque mixto en diferentes líneas de análisis. Se realizó caracterización sociodemográfica, análisis e interpretación de familiogramas, ecomapas y planes integrales de cuidado familiar (PICF); así mismo, con técnicas cualitativas se analizaron los determinantes sociales en salud del territorio, los roles ejercidos por el médico residente y, finalmente, la evaluación de las acciones comunitarias del proyecto a través de la metodología DOFA. Los anteriores productos, con la intención de aportar en la gestión del conocimiento para la formación en medicina familiar.

## **Conclusiones**

La medicina familiar es una especialidad médica integradora clínica y social, con fundamentos y principios diferenciales de otras especialidades médicas. A partir de sus pilares epistemológicos, desarrolla una atención médica integral en diferentes escenarios, basada en un análisis crítico y en la teoría de los sistemas.

Para el desarrollo de dicha atención, se requiere cumplir diversas competencias y roles que se han descrito claramente en los programas curriculares a nivel mundial y, a partir del 2015 en el Programa Único Nacional de la Especialización en Medicina Familiar. Entre estos roles, destacamos el rol clínico, educador, gestor, investigador y comunitario que puede desempeñar el médico familiar, como competencia laboral.

Durante la formación posgraduada, es necesario adquirir las competencias necesarias para desempeñar los diversos roles que puede ejercer el médico familiar, a través de actividades teórico-prácticas. De esta forma, los escenarios de práctica comunitaria, promueven la adquisición de competencias fundamentales en nuevos paradigmas en salud y permiten la comprensión de las tensiones sociales y estructurales que conllevan a las inequidades sociales en salud (por definición injustas y prevenibles). Por tanto, es preciso que las mallas curriculares enfatizen en la responsabilidad social, así como el conocimiento, habilidades y actitudes para lograr la equidad en

salud, tal como lo plantean autores como el Dr. Enrico Castillo del Centro de Medicina Social y Humanidades de California (24).

Siendo el médico por excelencia un educador y comunicador para la salud, es necesario fortalecer estas competencias enriqueciendo el proceso formativo, con orientaciones pedagógicas, metodológicas y didácticas, enfatizando en la producción de materiales, implementación y evaluación de los mismos; de esta forma, logrará un mayor empoderamiento en individuos, familias y comunidades y, así mismo, procesos de transformación cultural que se reflejen en resultados en salud.

Las habilidades comunicativas se consideran herramientas de alto valor en el fortalecimiento tanto de la relación médico-paciente, como para la práctica clínica, educativa, administrativa y social del residente de medicina familiar. Por lo anterior, se propone estimar módulos educativos didácticos en la malla curricular tanto a nivel de pregrado como posgrado para fomentar las competencias comunicativas del personal de salud. De esta forma, es relevante considerar herramientas como juego de roles, retroalimentación oral asistida, aprendizaje electrónico móvil (mLearning) (33), métodos combinados, entre otros, así como herramientas de evaluación de la relación médica centrada en el paciente con la metodología CICAA (Conectar, Identificar, Comprender, Acordar, Ayudar) (34).

Las acciones comunitarias requieren ser evaluadas haciendo uso de metodologías mixtas, que triangulen los datos cuantitativos y cualitativos, en un contexto determinado. De esta manera, el análisis resultante ha de servir como insumo para fortalecer los procesos comunitarios, no sólo para la academia sino, además, a nivel intersectorial y como retorno a las comunidades con las que se trabaja.

Teniendo en cuenta lo anterior, planteamos que la práctica en escenarios extrahospitalarios, tales como los entornos hogar, educativo y comunitario, son de gran relevancia para la formación del talento humano en salud. De esta forma, se resalta el rol comunitario del médico familiar, que se alinea con las principales políticas públicas en salud, como la Política de Atención Integral en Salud -PAIS (35) modificada, posteriormente, a través del Modelo de Acción Integral Territorial – MAITE (36).

Romper el paradigma de la salud como ausencia de la enfermedad, es uno de los principales retos para los profesionales de la salud y la sociedad en general. Visto desde un enfoque que rescate el reconocimiento primordial de la responsabilidad y autonomía de las personas y comunidades, como principales respondientes de su vida, sin caer en la expropiación de la salud al individuo, como lo han mencionado autores como Juan Gervas (37).

Finalmente, pese al ejercicio de separar cada uno de los roles e identificar los escenarios, herramientas y resultados particulares, queda en evidencia que la integralidad del médico familiar

no se puede escindir, y por eso se evidenció cómo en las visitas domiciliarias se encontraban la integración de los roles clínico, educador, gestor y comunitario; sin embargo, se requiere de la concreción de un sistema de salud que permita que este ejercicio no sea únicamente académico o anecdótico, sino que se convierta en la realidad de los ciudadanos colombianos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Casado V. La historia de la Medicina Familiar en los últimos 50 años. Perspectiva mundial y europea. AMF [Internet]. 2018;14(2):79–86. Available from: [https://amf-semfyc.com/web/article\\_ver.php?id=2192](https://amf-semfyc.com/web/article_ver.php?id=2192)
2. Abadín López F, Casado Buendía S, Lozano Suarez C. Ian McWhinney and the importance of referents in family medicine in order to create an individual professional identity [Internet]. Vol. 44, Semergen. Ediciones Doyma, S.L.; 2018. p. 293–4. Available from: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semergen-40-articulo-ian-mcwhinney-importancia-referentes-medicina-S1138359317302769>
3. Kidd M. The importance of being different: Inaugural Dr Ian McWhinney Lecture. Can Fam Physician [Internet]. 2015 Dec;61(12):1033–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26668275>
4. Mcwhinney IR. Family Medicine in Perspective. N Engl J Med [Internet]. 1975 Jul;293(4):176–81. Available from: <http://www.nejm.org/doi/abs/10.1056/NEJM197507242930405>
5. Presidencia de la República de Colombia. Decreto 1298 de 2018. Por el cual, se modifica el decreto 2006 del 2008. “Comisión intersectorial para el talento humano en salud”. [Internet]. 2018. p. 6. Available from: <https://dapre.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO>
6. Ministerio de Salud y Protección Social y el ORAS - CONHU. Programa Único Nacional de Especialización en Medicina Familiar [Internet]. Bogotá, Colombia; 2015. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Programa-unico-nacional-Especializacion-medicina-familiar.pdf>
7. Catalina Ascanio Noreña BGB, Fernando M, Vargas C, Ortiz YB, Francisco J, Montoya A, et al. Construcción participativa de orientaciones para la formación del talento humano: un aporte a la consolidación del enfoque en salud familiar y comunitaria del Modelo Integral de Atención en Salud - MIAS [Internet]. 2017 [cited 2020 Aug 20]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PES/Construccio>

n-participativa-orientaciones.pdf

8. Comisión Nacional de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria M de S y C. Programa formativo de la Especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria [Internet]. Madrid; 2006. Available from: <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/formacion/docs/medifamiliar.pdf>
9. The College of family physicians of Canada. Family Medicine Professional Profile Family Medicine Professional Profile SPECIAL FEATURES AND CONTRIBUTIONS Family Medicine Professional Profile [Internet]. Ontario, Canada; 2018. Available from: [www.cfpc.ca/fmprofile](http://www.cfpc.ca/fmprofile)
10. Gómez Clavelina F, Leyva González F. Construcción del perfil profesional del médico familiar en México. *Inv Ed Med* [Internet]. 2018;7(26):24–34. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.riem.2017.04.006>
11. Aldana C, Pinilla DE, Rodríguez MA, Hamann O. Rol, situación laboral y prospectiva de especialistas en Medicina Familiar en Colombia, 2017. *Rev Salud Bosque*. 2018;8(1):20.
12. Secretaría de protección social. Análisis de situación de salud con el modelo de los determinantes sociales de salud, municipio de Tunja, Boyacá, 2019. [Internet]. Tunja; 2019 [cited 2020 Jul 22]. Available from: [https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/asis2019/asis\\_tunja\\_2019.pdf](https://www.boyaca.gov.co/SecSalud/images/Documentos/asis2019/asis_tunja_2019.pdf)
13. Díaz Herrera C. Investigación cualitativa y análisis de contenido temático. Orientación intelectual de revista *Universum*. *Rev Gen Inf y Doc* [Internet]. 2018 [cited 2020 Jun 26];28(1). Available from: <http://dx.doi.org/10.5209/RGID.60813>
14. Caceres P. Análisis cualitativo de contenido: Una alternativa metodológica alcanzable. *Psicoperspectivas* [Internet]. 2003;2(1):53–82. Available from: <https://psicoperspectivas.cl/index.php/psicoperspectivas/article/view/3>
15. FJ. Gallo Vallejoa, R. Altisent Trotaa, J. Díez Espinoa, C. Fernández Sáncheza, G. Foz i Gila, MI. Granados Menéndez FLD. Professional profile of the family doctor. *Aten primaria* [Internet]. 1999; Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-perfil-profesional-del-medico-familia-14766>.
16. Stewart M, Brown JB, Weston W, McWhinney I, McWilliam C, Freeman T. Patient centered medicine: Transforming the clinical method [Internet]. Third Edit. Boca Raton, United States: CRC Press; 2013. Available from: [https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=RySpDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=Patient+centred+medicine:+Transforming+the+clinical+method.+Boca+Raton,+United+States:+CRC+Press.+Tercera+Edición&ots=1KnO\\_kI6w9&sig=QiM2MBgFtEk27L](https://books.google.com.co/books?hl=es&lr=&id=RySpDwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT6&dq=Patient+centred+medicine:+Transforming+the+clinical+method.+Boca+Raton,+United+States:+CRC+Press.+Tercera+Edición&ots=1KnO_kI6w9&sig=QiM2MBgFtEk27L)



Ww8rwCNSoU86g#v=onpage&q&f=fal

17. Gillespie H, Kelly M, Gormley G, King N, Gilliland D, Dorman T. How can tomorrow's doctors be more caring? A phenomenological investigation. *Med Educ* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2020 Jun 28];52(10):1052–63. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30255523/>
18. Escrig Gil G, José Ortí Porcar Anna Sales Boix M. Actas del XV Seminario Internacional contra la Violencia de Género «Cuerpos, mujeres y violencias» Seminario internacional contra la violencia de género Actas| Seminario Internacional contra la Violencia de Género. In.
19. Urbano DP, Pérula de Torres LÁ, Ruiz del Moral R, Moral EG. Implementation of preventive activities by family and community medicine residents in primary care clinics. *Aten primaria* [Internet]. 2010 Oct;42(10):514–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20129708>
20. Sementilli N, Vicco MH. Paradigma médico actual y su implementación: Relación médico-paciente establecida en servicios de Salud Pública. *IntraMed J* [Internet]. 2017;6(3):1–9. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/324278654>
21. González Quiñones JC, Restrepo Chavarriaga GL, Hernandez Rojas AD, Ternera Saavedra DC, Galvis Gómez CA, Pinzón Ramírez JA. Satisfacción de pacientes que acudieron al primer nivel de atención durante el 2012 en Bogotá. *Rev Salud Pública* [Internet]. 2014 Jul;16(6):871–84. Available from: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/38192>
22. Carlos Sobrino Armasa,\* MHG y RC. ¿ De qué hablamos cuando hablamos de « salud comunitaria »? Informe SESPAS 2018 SESPAS 2018. 2018;(November).
23. Botello B, Palacio S, García M, Margolles M, Fernández F, Hernán M, et al. Metodología para el mapeo de activos de salud en una comunidad. *Gac Sanit* [Internet]. 2013 Mar [cited 2020 Jun 29];27(2):180–3. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-91112013000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112013000200016&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
24. Castillo EG, Isom J, DeBonis KL, Jordan A, Braslow JT, Rohrbaugh R. Reconsidering Systems-Based Practice: Advancing Structural Competency, Health Equity, and Social Responsibility in Graduate Medical Education. *Acad Med* [Internet]. 9000;Publish Ah. Available from: [https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/9000/Reconsidering\\_Systems\\_Based\\_Practice\\_\\_Advancing.97139.aspx](https://journals.lww.com/academicmedicine/Fulltext/9000/Reconsidering_Systems_Based_Practice__Advancing.97139.aspx)

25. Secretaría de salud de Boyacá. Circular 197. Lineamientos Plan Integral de Cuidado Familiar. [Internet]. 2015. p. 1. Available from: <https://www.boyaca.gov.co/secretariasalud/circular-197-lineamientos-plan-integral-de-cuidado-familiar-picf/>
26. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 518. Por la cual se dictan disposiciones en relación con la Gestión en Salud Pública y directrices del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas-PIC. [Internet]. 2015. p. 26. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-0518-de-2015.pdf>
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamiento técnico y operativo. Ruta Integral de Atención para la Promoción y Mantenimiento de la salud. [Internet]. Bogotá, Colombia; 2018. Available from: [www.minsalud.gov.co](http://www.minsalud.gov.co)
28. Rebollo Izquierdo O, Morales Morales E GMS. Guía operativa de evaluación de la acción comunitaria. 2016 [cited 2020 Jul 28];136. Available from: [https://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia\\_operativa-EAC\\_2016.pdf](https://igop.uab.cat/wp-content/uploads/2016/03/Guia_operativa-EAC_2016.pdf)
29. Real Academia Española. Definición: Doctor, Doctora. Diccionario de la lengua española. RAE - ASALE. [Internet]. 2019 [cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://dle.rae.es/doctor>
30. Ministerio de Salud y Protección Social. La Ruta de la educación y comunicación para la Salud, Orientaciones para su aplicación estratégica. [Internet]. Bucaramanga Colombia; 2014 [cited 2020 Jul 20]. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/ruta-educacion-y-comunicacion-para-la-salud-orientaciones-2014.pdf>
31. Alcaldía Mayor de Tunja. Somos Capaces – Atención a la Personas con Discapacidad [Internet]. [cited 2020 Jul 15]. Available from: <http://www.tunja-boyaca.gov.co/poblacion-vulnerable/somos-capaces-atencion-a-la-personas-con-discapacidad>
32. Ministerio de Salud y Protección Social. Lineamientos generales para la implementación de la Política Pública Nacional de Discapacidad e Inclusión Social en entidades territoriales 2013-2022 [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social; 2013 [cited 2020 Jul 15]. p. 178. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Discapacidad/Paginas/politica-publica.aspx>
33. Dunleavy G, Nikolaou CK, Nifakos S, Atun R, Law GCY, Car LT. Mobile digital education for health professions: Systematic review and meta-analysis by the digital health education collaboration [Internet]. Vol. 21, Journal of Medical Internet Research. Journal of Medical Internet Research; 2019. p. e12937. Available from: <https://www.jmir.org/2019/2/e12937/>

34. Ruiz-Moral R, De Pérula Torres LA. Validez y fiabilidad de un instrumento para evaluar la comunicación clínica en las consultas: El cuestionario CICAA. *Aten Primaria*. 2006 Apr 15;37(6):320–4.
35. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Por medio de la cual se adopta la Política de Atención Integral en Salud. [Internet]. 2016. Available from: [https://www.minsalud.gov.co/Normatividad\\_Nuevo/Resolución](https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resolución)
36. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 2626 de 2019. Por la cual se modifica la Política de Atención Integral en Salud - PAIS y se adopta el Modelo de Acción Integral Territorial - MAITE. [Internet]. 2019. Available from: <http://maite.minsalud.gov.co/Documentos>
37. Gervas J, Perez-Fernandez M. *La expropiación de la salud*. Primera ed. Barcelona, España: Los libros del lince; 2015.