

Experiencia de estudiantes de medicina en un programa universitario de salud familiar y comunitaria de Bogotá (Colombia)

Experience of Medical Students in Family and Community Health Program at Bogotá University

Experiência de estudantes de medicina em um programa universitário de saúde familiar e comunitária em Bogotá

Recibido: 27 de abril de 2022 • **Aprobado:** 15 de abril de 2023

Doi: <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11956>

Para citar este artículo: Rodríguez-Gómez R, Platarrueda Vanegas CP, Córdoba González Y. Experiencia de estudiantes de medicina en un programa universitario de salud familiar y comunitaria de Bogotá (Colombia). Rev Cienc Salud. 2023;21(2):1-20. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.11956>

Rodolfo Rodríguez-Gómez, MD, MSc^{1*}

Claudia Patricia Platarrueda Vanegas, Antr., MSc²

Yixel Córdoba González, MD, MSc³

Resumen

Introducción: el estudio se desarrolló en el contexto de un programa de salud familiar y comunitaria de una universidad de Bogotá (Colombia), del cual participan los estudiantes de Medicina. El objetivo fue comprender los significados y sentidos que los estudiantes otorgan a la práctica de salud familiar y comunitaria en

- 1 Facultad de Medicina, Fundación Universitaria San Martín (sede Bogotá, Colombia). Grupo de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Fundación Universitaria San Martín.
- 2 Facultad de Medicina, Fundación Universitaria San Martín (sede Bogotá, Colombia). Grupo de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Fundación Universitaria San Martín-Universidad Externado de Colombia.
- 3 Actividad *freelance*.

Rodolfo Rodríguez-Gómez, ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5873-4312>

Claudia Patricia Platarrueda Vanegas, ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0145-8526>

Yixel Córdoba González, ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1589-5666>

* Autor de correspondencia: fitopolux@hotmail.com

el barrio El Codito, ubicado en la localidad de Usaquén al nororiente de Bogotá. *Materiales y métodos:* la investigación es un estudio cualitativo de tipo fenomenológico. Se realizaron entrevistas semiestructuradas a ocho estudiantes de medicina pertenecientes a un programa universitario de salud familiar y comunitaria en Bogotá. *Resultados:* del proceso de análisis emergieron cuatro categorías: a) realidad y territorio; b) institucionalidad y salud familiar y comunitaria; c) agencia y proyección profesional, y d) comunicación, escucha y reconocimiento del otro. Se evidenciaron narrativas embebidas de experiencias significativas, dificultades y retos. Se destaca el rol participativo del estudiante en la interacción y comunicación con la familia. *Conclusiones:* la experiencia da cuenta de un proceso dinámico de donde emergen vivencias que confrontan a los estudiantes. Esta experiencia refleja aprendizajes y desafíos de carácter multidimensional, en especial por la vulnerabilidad del sector. De dicho proceso surge el reconocimiento de otras realidades, el autorreconocimiento y la proyección del estudiante como agente social y futuro profesional en medicina.

Palabras clave: salud familiar; medicina; agentes de salud comunitaria.

Abstract

Introduction: This study was developed in accordance to the family and community health program at Bogotá University. The objective of this study was to understand the experiences of students in family and community health practice in the El Codito neighborhood of northeast Bogotá (Colombia) in the town of Usaquen. *Materials and methods:* Medical students of the university participated in this qualitative phenomenological study. Eight semi-structured interviews were conducted with the students who participated in the family and community health program at Bogotá University (Colombia). *Results:* Four categories emerged from the analysis process: reality and territory, institutionality and family and community health, agency and professional projection, and communication; listening; and recognition of other. Embedded narratives of significant experiences, difficulties, and multidimensional challenges were evident. The student's role in the interaction and communication with families was highlighted. Self-recognition, recognition of other realities, and the student's projection as a future professional emerged from this process. *Conclusions:* The participation of students was a dynamic process from which experiences that confront students emerged. This experience reflected multidimensional learning and challenges due to the vulnerability of this sector. This process resulted in the recognition of other realities, self-recognition, and the student's projection as a social agent and future professional in medicine.

Keywords: Family health; medicine; community health workers.

Resumo

Introdução: este estudo foi desenvolvido no contexto de um programa de saúde familiar e comunitária de uma universidade de Bogotá, do qual participam estudantes de medicina. O objetivo do estudo foi compreender os significados e sentidos que os alunos atribuem à prática de saúde familiar e comunitária no bairro El Codito, localizado no nordeste de Bogotá (Colômbia). *Materiais e métodos:* para a pesquisa, foi realizado um estudo qualitativo de tipo fenomenológico. Foram realizadas oito entrevistas semiestructuradas com estudantes de medicina pertencentes a um programa universitário de saúde familiar e comunitária em Bogotá (Colômbia). *Resultados:* do processo de análise emergiram quatro categorias: realidade e território; institucionalidade e saúde familiar e comunitária; agenciamento e projeção profissional; comunicação, escuta e reconhecimento do outro. Evidenciaram-se narrativas embutidas de experiências significativas, dificuldades e desafios. Destaca-se o papel participativo do aluno na interação e comunicação com a família. *Conclusões:* a experiência dá conta de um processo dinâmico do qual emergem experiências que confrontam os alunos. Essa experiência reflete aprendizados e desafios de natureza multidimensional, especialmente devido à vulnerabilidade do setor. Deste processo decorre o reconhecimento de outras realidades, o autorreconhecimento e a projeção do aluno como agente social e futuro profissional da medicina.

Palavras-chave: saúde da família; medicina; agentes de saúde comunitária.

Introducción

El Programa de Salud Familiar y Comunitaria al que se hace referencia en este estudio se ha desarrollado desde 2018 en el barrio El Codito (localidad de Usaquén), al nororiente de Bogotá (Colombia). El programa fomenta una mirada ecológica del quehacer médico e integra la experiencia de la interacción con la comunidad al saber clínico. Además, busca que los estudiantes comprendan la realidad de las familias y la situación domiciliaria, así como los determinantes sociales de la salud en la comunidad. El programa se desarrolla con la participación de las juntas de acción comunal y familias de los barrios El Codito, Chaparral, Mirador del Norte, Estrellita y Villas de la Capilla.

Las juntas de acción comunal apoyan la comunicación entre la universidad y las familias, y participan en la planeación y la ejecución de actividades. Al estudiante se le asigna una familia, la cual, para participar en el programa, debe leer y firmar un formato de consentimiento informado. El estudiante lleva a cabo un diagnóstico inicial de la familia asignada y organiza un plan de trabajo, según las competencias que va adquiriendo en cada semestre; todo ello concertado con la familia. Al programa han pertenecido aproximadamente 350 familias, con las cuales ha habido capacitaciones en lavado de manos, ecología y salud, crecimiento y desarrollo, estilos de vida saludable, nutrición, salud oral, salud visual, salud física y signos de alerta de enfermedades crónicas.

El Codito cuenta con cerca de 12 000 habitantes, distribuidos en 17 barrios construidos en terrenos de ladera, donde predomina población de bajos recursos. Desde los años cincuenta, el sector ha recibido migrantes que han huido del conflicto armado y la desigualdad económica, trabajando inicialmente como obreros en haciendas, canteras y chircales y, hoy, principalmente, en construcción. Con el tiempo, los asentamientos sin planeación accedieron a la normalización urbanística por procesos de cabildeo político y gestión comunitaria. Condominios, viviendas lujosas, fábricas y otras construcciones se legalizaron gracias al tráfico de influencias, pese a estar ubicadas en área de reserva forestal protectora (1).

El sector presenta problemáticas socioambientales relacionadas con la informalidad del poblamiento y presencia de canteras de materiales de construcción (2). Las canteras abastecieron de piedra y arena construcciones importantes de Bogotá, como el antiguo Palacio de Justicia, destruido en 1948, y el Capitolio Nacional (2). En la zona existen limitaciones viales y de transporte público. Algunos barrios establecidos sobre territorios de reserva forestal enfrentan indefinición fronteriza, ya que algunos habitantes están adscritos territorialmente al municipio de La Calera, y otros, a Bogotá. Además, la zona presenta problemas de cobertura de servicios públicos; por ejemplo, el servicio de gas natural se logró por gestión comunitaria y

existen acueductos de autogestión con cobertura precaria (3). Desde 2016, funciona la Unidad de Servicios de Salud Codito, que presta servicios de medicina general, enfermería, odontología, entre otros. En 2018, la localidad de Usaquén contaba con un 85 % de afiliados al régimen contributivo, un 6 % al régimen subsidiado y un 5 % estaba sin aseguramiento, aunque datos de 2022 del Ministerio de Salud y Protección Social señalan coberturas en salud del 100 % (4,5).

Las principales aproximaciones teóricas de este estudio recaen en los fundamentos de la salud familiar y comunitaria, en el componente sociológico de la agencia, que se entiende como la capacidad del sujeto para hacer frente a la determinación de estructuras sociales y de poder, además del enfoque fenomenológico de la experiencia, en términos de un fenómeno singular que se configura de manera reflexiva a partir de lo común (6). Las narrativas, a su vez, constituyen un recurso para que los sujetos reconstruyan acciones sociales que no son la acción misma, sino una versión que ellos proporcionan de su vivencia (7). Estos relatos representan un fragmento del pasado, y en esa representación se condiciona el significado de lo sucedido (8). El *habitus*, por otro lado, constituye una disposición corporizada a la lógica de las prácticas sociales y a la manera como se genera la existencia colectiva (9). Este concepto se relaciona, además, con un campo específico en función de la estructura de determinados espacios sociales, en los que realiza la mayor o menor capacidad de agencia de los sujetos (9).

En general, las preocupaciones de los programas de salud familiar y comunitaria se orientan hacia las comunidades receptoras de las actividades; pero pocos estudios se enfocan en las vivencias, los aprendizajes y las dificultades de los estudiantes que participan en programas de este tipo. Por tanto, existe un vacío en el conocimiento, en cuanto a estudios que den cuenta de la experiencia de estudiantes de medicina en programas de salud familiar y comunitaria en Bogotá, en especial, en la comunidad de El Codito. Esto es trascendente, dado que la formación del estudiante de medicina en varias universidades del país no es solo clínica, sino también comunitaria, lo que constituye, entonces, un elemento esencial en el componente curricular de una gran cantidad de estudiantes de medicina. De allí la relevancia que involucra comprender de una mejor manera la experiencia en su interacción con las familias en la práctica de la salud familiar y comunitaria, lo cual representó, precisamente, el objetivo de este estudio.

Materiales y métodos

Este fue un estudio cualitativo bajo el enfoque fenomenológico, cuyo objetivo era comprender la experiencia subjetiva desde la perspectiva del individuo (10). Se buscó una conformación heterogénea de la muestra de estudiantes de medicina para aportarles variedad a las narrativas, según edad, género y semestre. Cabe señalar que se omitieron a

los estudiantes de los primeros tres semestres dado que, debido a la pandemia por COVID-19, no habían visitado la comunidad de El Codito.

Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo intencional y la muestra correspondió a ocho participantes (cuatro mujeres y cuatro hombres) con edades comprendidas entre los 18 y los 35 años, pertenecientes a una universidad de Bogotá, en calidad de estudiantes de medicina de cuarto a séptimo semestres. El número de participantes se definió por las demandas del proceso, principalmente por el criterio de saturación de la información. Ningún estudiante rechazó la invitación a participar y las entrevistas se llevaron a cabo entre octubre de 2020 y abril de 2021.

Se utilizó un formato guía de entrevista semiestructurada, cuya construcción involucró la participación de los investigadores en varias fases de revisión. Las preguntas se consolidaron por temas y se refinaron según los objetivos. La primera entrevista sirvió como piloto para realizarle ajustes menores al formato, principalmente en cuanto a redacción y orden de las preguntas, ajustes que funcionaron de manera adecuada en las entrevistas restantes. Los participantes seleccionados leyeron y firmaron un consentimiento informado y con ello manifestaron su participación voluntaria. No se registraron datos personales en ninguno de los documentos de la investigación para salvaguardar la confidencialidad de la información. Las entrevistas, llevadas a cabo mediante un servicio de videoconferencia, tuvieron una duración aproximada de una hora y se contó con registro audiovisual. Se tomaron apuntes durante las entrevistas y se llevaron a cabo transcripciones textuales a la menor brevedad. La cita de fragmentos de las entrevistas se señaló con el número de participante y sexo: P#M (mujer), P#H (hombre), y todos los conceptos, análisis y procedimientos se documentaron para cumplir con el criterio de auditabilidad.

Se realizó una codificación inductiva de las narrativas, sin establecer códigos *a priori*. Tras esa codificación, se agruparon narrativas por temáticas comunes, y de allí emergieron las categorías. La información se analizó basándose en la triangulación metodológica, principalmente de fuentes de datos e investigadores con fundamento en el criterio de reflexividad. Los datos se interpretaron, en principio, mediante el análisis por separado de los investigadores y luego se discutieron los resultados en varios momentos para establecer consensos ante discrepancias. Después se analizó el contenido y se construyó, en una fase inicial, una nube de palabras con el propósito de examinar de manera exploratoria los datos. En una fase avanzada se construyó una red semántica para ver la interrelación de los códigos. Para estos fines, se utilizaron tanto el *software* MAXQDA 2020 como el *software* ATLAS.ti.

Consideraciones éticas

Este estudio respeta los lineamientos internacionales establecidos en la Declaración de Helsinki y el Informe Belmont, así como lo establecido en la Resolución 8430 de 1993 del

Ministerio de Salud de la República de Colombia. No se registraron datos personales para salvaguardar el anonimato y confidencialidad de los participantes. Los sujetos invitados a participar en esta investigación leyeron y dieron su aprobación, firmando el formato de consentimiento informado, por medio del cual confirmaban su participación voluntaria. Tanto el protocolo de investigación como el consentimiento informado fueron revisados y aprobados por el Comité de Investigaciones y el Comité de Ética de la Fundación Universitaria San Martín, según Acta 04-2020.

Resultados

La exploración inicial a los datos fue mediante un análisis de la frecuencia de palabras y una nube de palabras, herramientas que ayudaron a desentrañar las dimensiones conceptuales con mayor representatividad en las entrevistas. Este proceso también permitió comprender de mejor manera la carga lingüística y el tipo de discurso predominante en las narrativas (figura 1).



Figura 1. Nube de palabras

Del proceso de análisis de las entrevistas y tras diferentes fases que involucró el proceso de codificación y la creación de categorías, se analizó la interrelación de códigos y categorías; proceso llevado a cabo tanto de manera manual (labor en la cual participaron todos los investigadores) como con el apoyo del *software* ATLAS.ti. De dicho proceso se destacan como nodos relevantes la empatía, las experiencias significativas, el reconocimiento del otro y la interacción con la familia (figura 2).

Del proceso de codificación y análisis emergieron cuatro categorías: a) realidad y territorio; b) institucionalidad y salud familiar y comunitaria; c) comunicación, escucha y reconocimiento del otro, y d) agencia y proyección profesional. En general, se evidenciaron narrativas espontáneas, embebidas de sentidos que esbozan experiencias significativas, aprendizajes, dificultades, tensiones entre lo personal y lo social, y desafíos multidimensionales en la interacción con la comunidad.

Realidad y territorio

De acuerdo con los objetivos de la investigación, se indagó por los significados que los estudiantes otorgan a su experiencia en relación con el territorio, la realidad social de la que participan y las condiciones de vida de las familias. Un estudiante refirió, por ejemplo, la sorpresa de recorrer una “ciudad desconocida”, una “sensación de novedad y aventura”, frente a lo que llamó “una zona de desarrollo”, lo cual dio cuenta de su inquietud por comprender esa realidad con mayor profundidad (P5M). También hubo sorpresa generalizada, al evidenciar contrastes en la configuración socioeconómica y en las condiciones de desigualdad en el territorio:

Podemos encontrar viviendas que cuentan con todos los servicios públicos, otras en obra gris, con personas en hacinamiento que no tienen conocimiento para acceder a salud y educación. Podemos ver esa diferencia entre la parte más rural, en la que no hay casi señal ni comunicación, a la que está un poquito habitada, que cuenta con iglesia, con salón comunal. (P8M)

Hay zonas con materiales de construcción, cemento, ladrillos, pisos pavimentados, los techos bien conformados. En la misma zona hay otras diferentes, puede haber pisos de tierra, paredes de latas y cartones, lo que identificamos con algo muy de “villa miseria”, ahí, en un perímetro urbano limitado; estamos hablando de El Codito, que se vean esas diferencias es bastante impactante. (P5H)

Se subrayaron expectativas de la comunidad frente al programa; algunas involucraban asuntos legales, titulación de predios, entre otros, y que situaron a los estudiantes en un contexto problemático, pero interesante, que hizo que su experiencia en el programa se entrecruzara, por ejemplo, con reivindicaciones territoriales irresueltas, que escapan a su comprensión y competencia:

Le pregunté a mi familia por qué se anotaron en el programa y sobre sus expectativas. Dijeron que tenían problemitas de orden legal, de propiedad, de finca raíz y escrituras y esperaban que, haciendo el nexo con el programa, pudieran tener acceso a un abogado. Ese día nos quedó la percepción de que habría que aclararle a la comunidad los límites del programa, porque apenas somos estudiantes de medicina. (P5H)

Aunque se menciona como positiva la existencia de un Centro de Atención Inmediata de Policía (CAI), se subrayó que son escasas las dotaciones urbanísticas como iglesias, canchas o centros comunitarios, así como actividades en deporte o entretenimiento que refuercen el sentido comunitario (P3H). Existe una percepción de vulnerabilidad debida a “problemas de inseguridad”, tanto de la ciudad en general como del sector: “la inseguridad que dicen que ronda por El Codito, como en todos lados” (P4H). “No tiene que ser porque es El Codito, sino aquí, en esta ciudad, usted sabe que uno, en cualquier lugar que no conoce bien, se tiene que cuidar” (P5H). Un participante expresó que el temor puede influenciar el desempeño en las actividades. Así lo manifestaron:

Mi familia vive en la segunda curva hacia arriba; no tengo que adentrarme mucho, pero uno siempre precavido. Me voy en Transmilenio, no saco el celular, estoy en la casa de ella, me voy sin nada, literal, la tarjeta colgada, el uniforme; entré, salí, me devuelvo; si voy a las dos de la tarde, a las cuatro tengo que estarme devolviendo; siento como un miedo, asociado a que en El Codito roban. (P1M)

Cada vez que voy, [la señora] me acompaña al alimentador [bus], porque dice que a veces el barrio es muy inseguro. Nosotros tratamos de ir en grupito, ella nos acompaña a coger el alimentador. Cuando uno va, pues uno le dice: “voy a ir tal día”. Ella está pendiente, dice: ¿ya llegaste?, ¿cómo estás? (P2M)

Soy temerosa, no sé por qué. Temerosa al estar en la calle, al percibir gente desconocida, me da ansiedad y temor; [el Programa] me ha ayudado a obtener un poco más de confianza, porque, hablémoslo a pierna suelta, es un sector un poco pesado. (P6M)

En relación con las familias, sobresalen las consideraciones sobre los bajos recursos. Se señaló que los hogares son multifamiliares (P6M), caracterizados por tener muchos hijos, que viven en espacios reducidos con habitaciones insuficientes (P3H), “con todos los servicios, pero que se aglomeran” (P1M).

Mi familia es una mamita cabeza de hogar, vive con su mamá, una señora con condiciones de salud preocupantes; sufre de artritis. La hija tiene un bebé, es mamá adolescente, y ella tiene otro bebé. Convive con su mamá, su hija, su nieto y otro niño de ella, en una casa de dos pisos. En el segundo piso la mamá duerme, pero en el primer piso está la cocina, el baño, la habitación; es un solo cuarto y está dividido por un mueble; son espacios reducidos [...]. La señora tenía que pararse al baño, manejar el caminador, la casa muy rústica, en obra negra los pisos. (P6M)

Los participantes mencionaron la necesidad de mejorar condiciones como el sistema de recolección de basuras, entendido como “un problema que tiene que ver con la educación de las personas”, aunque se mencionó la necesidad de mejorar la “infraestructura que afecta la higiene pública” (P5M). Aunque las expresiones de valoración negativa no se generalizaron, hubo énfasis

en que “hacen falta muchas cosas” y “más espacio” (P3H), señalando “condiciones preocupantes, desgastantes y perjudiciales para la salud” (P1M).

Institucionalidad y salud familiar y comunitaria

En torno a las preguntas acerca de los significados que los estudiantes dan a la presencia de las instituciones en relación con los procesos de salud-enfermedad y con la práctica comunitaria, se evidencian perspectivas ambivalentes que, aun cuando dan cuenta de condiciones que la comunidad percibe como satisfactorias y que responden al cuidado de condiciones crónicas de salud, hacen evidentes barreras de acceso que se solventan dificultosamente:

En mi familia, con su EPS y régimen subsidiado, se sienten relativamente satisfechos, les dan su tratamiento, porque hay diabetes, hipertensión [...]. Allá queda una sucursal de la EPS que, aunque sea de régimen subsidiado, los atienden [...]. Sacan las citas; por ejemplo, había que revisar los oídos y, con esas citas, sacaron un dispositivo de audición [...]. Cumplen las citas, pero tienen dificultad para hacerlas, tienen que pedirles a familiares más jóvenes que hagan llamadas que son muy dispendiosas. En mi familia tienen la fortuna de que una hija es enfermera. Eso ayuda harto, pero uno se queda pensando en cómo es la situación en donde hay familias que no tienen esa ventaja. (P5H)

Se consideró positiva la existencia de un hospital de tercer nivel (Hospital Simón Bolívar). Sin embargo, los estudiantes perciben escasa presencia e información institucional sobre cómo opera el sistema de salud: “muchos no saben a qué tienen derecho en temas de salud y no saben cómo llegar o qué solicitar al momento de pedir una consulta médica” (P6M). “Hay familias que no van a los centros de salud, porque no los atienden, porque solo tienen Sisbén” (P7H), o porque “cuando está abierto, está lleno” (P2M). Se hacen evidentes algunas barreras de acceso que limitan la eficacia del sistema de salud. “Les cuesta mucho llegar al Sistema, poder hacer que su salud esté siempre bien, porque los sitios a los que los envían son muy lejanos” (P5H).

Tener que ir hasta el Hospital y hacer esas diligencias... Desde que empezó la pandemia eso representa un problema real, porque son personas que tienen que seguir la cuarentena con más precaución, que necesitan un cuidado especial, los de la tercera edad o mujeres en embarazo. (P5H)

Los estudiantes expresan la necesidad de profundizar en el conocimiento sobre el sistema de salud y la presencia institucional como parte del programa:

No sé mucho de las instituciones que hacen presencia en Codito, es algo en lo que deberíamos hacer más énfasis. Como estudiantes, nos dan la orden de hacer unos folleticos, llevárselos a la familia con el número de la Policía, del médico. Uno busca por internet, pero es difícil encontrar información, no está tan a la mano. (P3H)

Los entrevistados relacionaron la *salud pública* con lo gubernamental e institucional pasando por normas, decretos, leyes, hospitales, encuestas epidemiológicas, etc. Las narrativas evidenciaron cierto desconocimiento en relación con la presencia de instituciones de salud en la zona, aunque cabe aclarar que los estudiantes no se encontraban en grados avanzados, en los cuales se espera mayor conocimiento. Aunque la comprensión sobre la presencia institucional y la relación entre salud pública y la salud comunitaria no es clara, las narrativas dan cuenta de una presencia débil de promoción y prevención en la zona:

[El puesto de salud] espera a que lleguen. No sé si hay jornadas de ir puerta a puerta y decir: oiga, ¿conoce qué es la hipertensión? De pronto no funcione, pero usted intentó llegar desde la prevención a cualquier persona, de cualquier edad [...]. El puesto de salud se quedó esperando a ver qué emergencia llega. (P1M)

La incorporación de constructos en torno a la promoción y prevención representa una parte nuclear de lo que significa para ellos la práctica de la salud familiar y comunitaria y, en general, la medicina:

Promoción y prevención, ese es el lema de salud familiar y comunitaria; de hecho, de la comunidad. Es el *gold standard* de cualquier enfermedad. (P1M)

El objetivo que tenemos como médicos no es solamente atender, sino promover la salud y tener contacto cercano con las personas, esto es como un abrebocas de lo que vamos a enfrentarnos más adelante. (P6M)

Me considero alguien que cree en la prevención; es fundamental para evitar la cronicidad, evitar cosas que están afectando a todos en el país y en el mundo. Desde ese inicio, donde los hábitos son fundamentales para el desarrollo de una enfermedad, sí se puede prevenir, creo mucho en eso. (P8M)

Comunicación, escucha y reconocimiento del otro

En relación con las preguntas que buscaban comprender la elaboración conceptual de los estudiantes en torno a la práctica de la que participan y el lugar que le dan a esa práctica en su proceso formativo, se evidenció que ellos entienden la salud familiar y comunitaria como un aprendizaje dirigido a la promoción y prevención, por medio del cual ellos *transmiten* a la comunidad *información* necesaria sobre comportamientos que deben aprender y que se valora en términos educativos y de *ayuda*:

La sensación que sientes de felicidad, de satisfacción porque de una u otra forma uno está dando parte de su conocimiento a personas que lo necesitan. (P6M)

Tratar de enseñarle a otras personas, transmitir lo que sé. Me llamó mucho la atención eso de jornadas de salud para explicarles a las personas qué hacer, qué no hacer. (P4H)

Los estudiantes subrayan la calidad de la comunicación en esa interacción. Se trata de una “transmisión” dada con la necesaria disposición de los participantes: “Depende 70% del estudiante y 30% de la familia, de cómo yo les dé la información. De cómo yo se las transmita a ellos les va a importar y va a tener un efecto importante sobre ellos” (P1M). Otro estudiante comenta: “Siempre he hecho énfasis en la actitud. Si la información es buena, el que la recibe va a ser recíproco; siempre tuve esa mentalidad, nunca percibí una mala actitud o que estuvieran aburridos” (P3H).

Un pilar fundamental de la interacción es la escucha. La familia encarna el *primer paciente* que enfrentan los estudiantes y la escucha es primordial en esa relación *médico-paciente*. “Tu familia, el día uno, es tu primer paciente; no para solucionarle la vida, no para darle un medicamento, sino para escuchar, que es lo que nos hace falta” (P1M).

Las dificultades de aislamiento que planteó el COVID-19 maximizaron la interacción telefónica, con diferentes estrategias que implican la escucha: “después de que haya disposición, así sea por teléfono, uno puede ayudar dando buenas indicaciones, tratando de escuchar lo que nos transmite la otra persona, se pueden hacer grandes avances” (P8M).

Hicimos teleorientación; era una llamada semanal, tenía que durar 10 minutos. Nos extendimos porque ella hacía preguntas, me escribe por WhatsApp. Le dije que estaba para colaborarle, se le dio información del COVID, de la importancia del tapabocas, de no salir, de qué factores de riesgo tenía. (P2M)

Con la comunicación y la escucha se acentúan sentidos de altruismo humanístico, valorados por los estudiantes en el proceso. “Se desarrolla más el sentido humano, el sentido íntegro, el comparar la vida que lleva uno y la vida que lleva la otra persona, a valorar muchas cosas, a ayudar a la gente sin esperar que le den nada a cambio” (P2M). Los gestos de generosidad y agradecimiento por parte de las familias llegan a ser significativos: “[...] tienen la disponibilidad; cuando llegamos, esa amabilidad, ese cariño para recibirnos deja muchas enseñanzas, las sonrisas que brindan, un cafecito, de lo que no tienen quieren brindar” (P3H).

Un aprendizaje notorio es el reconocimiento de la semejanza y reciprocidad con el otro, en su condición humana y en medio de la dificultad. Se anhela un efecto en la transformación de tales dificultades:

Hemos encontrado que son personas con las que uno se puede llegar a identificar, con sus preocupaciones y sus luchas y sus conflictos cotidianos o cómo los resuelven. Uno puede llegar a sentir cariño por toda esa manera como llevan su vida. (P5H)

Lo más difícil sería no poder hacer más, brindarle más allá de alguna asesoría y ver las necesidades que presentan los niños, que a pesar de la información están en un ambiente muy complejo, que no hay garantías de mejorar su calidad de vida. (P8M)

La actividad con la comunidad, además de aprendizajes, genera satisfacciones a las que los estudiantes dan un lugar protagónico. Se considera la participación de todos los actores

del programa, la motivación del docente, el apoyo de la universidad, la gestión del estudiante y el interés de la familia en el buen desarrollo de las actividades:

Lo más satisfactorio con esa familia es la respuesta, el agradecimiento, el entender la prevención de las enfermedades, tratar de poner en práctica lo que le estamos tratando de transmitir. Es bonito cuando la gestión que se hace realmente tiene resultados y en el caso de la familia que nos tocó no tiene ningún caso positivo de COVID hasta ahora, es bastante alentador. (P8M)

Además de los desafíos que representa la práctica comunitaria, la interacción con personas y espacios sociales distintos permite la ampliación de su “red de mundo pequeño” y comprender la pluralidad de formas de vida, consideradas hasta el momento como ajenas, carentes o de otro tiempo. Se subraya la importancia del diálogo en “entornos sociales” diferentes al propio, con el que se desarrolla “el sentido íntegro y humano de uno” (P2M).

He aprendido a tener más cariño hacia las personas. Hay personas que uno ve en la calle y uno critica; viendo esa familia, me ha enseñado que no importa la plata, no importa lo material, importa es lo que uno siente y valora de ellos. He aprendido a conocer la parte de salud familiar, la salud comunitaria, he aprendido a conocer a las familias, a las personas, cómo viven, cómo conviven. (P7H)

Uno aprende a valorar muchas cosas, que existe otra cara de la moneda. Yo no soy de aquí, uno llega y ve el sitio donde vive y el trayecto de aquí a la universidad y es otra cosa, es diferente a estar allá. Como que uno empieza a ver que es muy de barrio, muy a la antigua, que se conocen los vecinos, se apoyan, que son felices con poco... Como que hace que uno se centre más, que aterrice, para saber que con poco se es feliz, saber que hay personas que con menos están ahí, sobreviviendo con una misma familia, con dificultades que uno a veces cree que no existen. (P3H)

Se reconocen como significativas la solidaridad y la gestión comunitaria. Un participante, al preguntársele sobre qué imágenes y sensaciones tenía al escuchar el término *comunidad*, manifestó: “En el barrio, unos ayudándose con otros; esa complicidad, esa ayuda que hay entre ellos, ese apoyo de unos con otros estando allá. A veces, las necesidades que pasan y que una familia puede ayudar a la otra” (P6M).

Aunque el paradigma de la “transmisión de la información” evidencia una concepción de unidireccionalidad del conocimiento que va de los estudiantes a la comunidad, los estudiantes reconocen aprendizajes en doble vía; de allí que exista un importante componente de enseñanza mutua:

Ellos me aportan más de lo que yo les puedo dar. Eso lo he aprendido durante este tiempo y en pandemia ese lazo se ha fortalecido mucho más. [He aprendido] que la realidad es otra. Salvar vidas... obviamente es necesario, no es negociable, pero no es que yo me sepa toda la anatomía, toda la medicina interna, toda la cirugía, todo el compendio de

todas las enfermedades, no es eso. Es sentarse, escuchar, aprender, y no es solucionar, sino facilitar las herramientas para que cada uno solucione. (P1M)

Porque la verdad es que, a veces, ellos le pueden dar más información a uno, que uno a ellos, en algunos aspectos. (P5M)

Agencia y proyección profesional

En torno a la identificación del modo en que los estudiantes reconocen su propia agencia como sujetos sociales y como agentes médicos en formación, las vivencias de las que dan cuenta las entrevistas apuntan a un aprendizaje multidimensional que involucra no solo conocimientos en el ámbito de la salud, sino también en otros aspectos de la vida, al tiempo que dan cuenta de los estudiantes como agentes con liderazgo y partícipes de lo social:

Aprendí a perifonear, no tenía idea qué era. Aprendí a llegarle a cada persona de una manera amigable, aprendí a que ellos hicieran parte de lo que hago en mi carrera, a disfrutar ir un domingo, siete u ocho de la mañana, a transmitir la información que aprendo. Para mí esa es la prueba más grande, el examen final. Ahí es donde sé que lo que estoy aprendiendo va más allá de una nota y está teniendo repercusión. (P8M)

[...] Abordar a personas, saber cómo sobrellevarlas, ganar confianza, cómo tratarlas. Por ejemplo, estoy con el niño pequeño, paso al adulto, me aporta a meterme en el papel de con quién hablo y siento que va a aportar mucho cuando vaya a ser profesional, voy a ver pacientes todos los días, personas, actitudes diferentes, me sirve saber que no solo estoy tratando con gente estrato cinco, o en cuanto a lo religioso, o a las creencias, a lo cultural, ese enriquecimiento en cuanto a las personas es el aporte más grande. (P3H)

La experiencia significativa involucra el hecho de vencer obstáculos que representan ventanas de oportunidad para el desarrollo de nuevas habilidades sociales: “era muy chévere porque uno se documentaba de lo que le tocaba como para exponerles, explicarles de tal manera que quedaran educados en ese aspecto” (P4H). “Son cosas a las que yo nunca me había enfrentado” (P6M). “Tener una familia comprometida con el programa es clave; sin embargo, siento que tener una familia que no esté comprometida también es una herramienta para acercarse adecuadamente a familias difíciles” (P1M). La experiencia siempre remite a esfuerzos y retos extracurriculares que fortalecen una disposición informada y eficaz para la interacción:

Desde el día uno, cuando no sabía qué le iba a decir a la señora, he crecido significativamente, porque desde la primera entrevista que tuve con ellos en donde no sabía qué decir, no porque no supiera qué iba a decir, sino porque ¿cómo le voy a hablar a una persona que no conozco más grande que yo? Ese componente es fuerte... Hasta el día de hoy, que puedo tener una conversación telefónica de diez minutos, ha sido una interiorización y un crecimiento personal significativo. (P1M)

Lo que más me ha costado fue vencer ese miedo de ir a un sitio que no conocía a tratar de transmitir algo que apenas estaba aprendiendo; con el tema de transmitir, no es lo mismo no tener el conocimiento teórico y llegar y tratar de utilizar el vocabulario y la manera correcta para que realmente quede la información en las personas. (P8M)

Con la participación en el programa, los estudiantes se proyectan como futuros profesionales y otorgan un lugar especial a la salud familiar y comunitaria en una visión de futuro como profesionales. A la pregunta con relación a qué significa el programa para ellos, así respondieron algunos de los participantes:

Significa cerrar la brecha entre lo teórico y la realidad social. Tiene beneficio educacional, también para la comunidad, pues el beneficio lo veo más cargado hacia nosotros [estudiantes]. Tiene un beneficio para la sociedad. Uno está estudiando una carrera que tiene que ver con la gente y con sus procesos de salud; si uno estudia eso solamente en la universidad y solamente en los salones y en la teoría, va a tener una falencia. (P5H)

Es hacer la diferencia, pero más allá de lo que se logró en comunidad, es cambiar ese chip en el médico que se está formando para enfocarla a lo importante, a la comunidad, a la persona, a que no tratamos maquinaria o cosas que no tienen una relación. Estamos tratando seres vivos que conviven, que hablan, que tienen familia, que los quiere alguien. (P8M)

El programa lo veo no tanto como una asignatura, sino como algo que nos diferencia con el resto universidades, algo que nos posibilita ser médicos integrales y ponernos en el lugar no solo de las familias que asisten al hospital, sino de aquellas que no tienen los recursos para asistir a un hospital. (P4H)

Discusión

Este estudio permitió a los estudiantes, al ser partícipes del programa de salud familiar y comunitaria, manifestar sus percepciones, sentimientos y reflexiones embebidas de sentidos que esbozan aprendizajes y tensiones entre lo personal y lo social, así como desafíos multidimensionales. Los resultados dan cuenta de un territorio con diferentes problemáticas donde los estudiantes se confrontan en un contexto socioeconómico y ambiental particular del cual emergen retos y aprendizajes que trascienden lo clínico. En esta práctica, los estudiantes cumplen un rol fundamental en la interacción con las familias; pese a los obstáculos que surgieron con la pandemia de COVID-19, se mantuvo la comunicación y el vínculo con la comunidad mediante estrategias como la teleorientación. En el marco de la experiencia en el programa, los estudiantes se confrontan con un proceso de introspección, con la reflexión de otra realidad y, a su vez, con la ampliación de la red social, de donde emergen vivencias y aprendizajes.

Un elemento destacado de este estudio es el de *comunicación y lenguaje*, que se relacionó, en el análisis, con la empatía y las habilidades sociales. La comunicación permite generar entendimiento y conexión, lo cual es trascendental en la actividad con la comunidad y en la promoción de la salud, como han reportado estudios como el de Nebot et al., de 2007 (11,12). En la práctica comunitaria, la comunicación es un nodo esencial, pues con ella se crea confianza y se construye vínculo. Visitar a la familia guarda equivalencia con la relación médico-paciente; como señaló un participante del estudio, la familia llega a representar el *primer paciente*. Por tanto, dicha experiencia constituye un entrenamiento sociolingüístico que puede contribuir a una fructífera relación futura médico-paciente, donde buena parte del éxito recae en la voz empática y educativa (13). Los hallazgos del presente estudio, en cuanto a comunicación y lenguaje, están en sintonía con lo planteado en estudios como el de Solarte y Jaime, de 2020, donde se destaca la adquisición de competencias, entre ellas, precisamente, el rol educador y la habilidad de comunicar (14).

La práctica comunitaria, desde lo académico, encarna una posibilidad para cerrar la brecha entre teoría y práctica. En dicho proceso, los estudiantes se reconocen como sujetos-agentes, reconocen a los otros y reflexionan sobre la complejidad social de la medicina. Las narrativas reflejan puntos de quiebre en la vida de los estudiantes, pues se descubren realidades que contrastan y confrontan la propia, y se elaboran imágenes y conceptos sobre las condiciones de vida de la gente en el contexto de una ciudad caótica, donde la percepción de inseguridad alude a la desconfianza al habitar una urbe desigual, caracterizada por una segregación espacial histórica (15). También expresan frustración frente a una realidad ajena, porque encuentran limitados los recursos de afrontamiento ante la situación comunitaria (16); además, interpretan la precariedad en términos de carencia, más que de inequidad, sin profundizar en determinantes estructurales que expliquen, por ejemplo, la relación entre salud-enfermedad, la escasa presencia institucional y las barreras de acceso al sistema de salud. En esta experiencia, los estudiantes pueden experimentar sentimientos de impotencia y frustración frente a determinadas situaciones, lo cual va en línea con lo reportado en otros estudios como el de García, de 2006 (16).

En esta investigación, la salud familiar y comunitaria representa un campo en el cual convergen la salud pública, la medicina clínica, los determinantes de la salud, la promoción y prevención, la epidemiología y la atención primaria. Su práctica simboliza un campo dinámico que no solo constituye un área curricular relevante en Colombia, sino un escenario donde es esencial desarrollar y potenciar habilidades y actitudes, como señalan otros estudios cualitativos como el de Bonal-Ruiz et al., de 2017 (17,18,19). En la práctica comunitaria, los estudiantes también incorporan un *habitus*, es decir, ciertos esquemas de acción y pensamiento para situarse problemáticamente frente a la difícil realidad de la que son partícipes (20). En este contexto, no solo es relevante la práctica y sus sentidos, sino el agente que produce

dichas prácticas, el cual las desarrolla en un momento y una situación determinada (20). Así, los estudiantes realizan un ejercicio de pensar al otro, tratar de comprenderlo y explicarlo en contexto, en un proceso inacabado que empieza durante estos primeros semestres de práctica comunitaria.

El desarrollo óptimo de un programa de salud familiar y comunitaria requiere el interés y la participación de todos los actores. La organización de las actividades y la motivación que genere el docente es clave, aunque el liderazgo no solo recae en la institución educativa y el profesorado, ya que el empoderamiento del estudiante es trascendental para orientar a la familia e interactuar con ella. En otros estudios cualitativos, como el de Bustos et al., de 2015, también se señala al liderazgo como elemento esencial en el óptimo desempeño de modelos de salud familia y comunitaria (21); por tanto, se necesita un interés genuino, tanto de los estudiantes como de la comunidad. A simple vista, en ese proceso, la transmisión de conocimientos es unidireccional, del estudiante a la comunidad, pero en realidad es bidireccional, ya que existe un fluir constante de conocimientos y aprendizajes en doble vía. El papel de los estudiantes, entonces, es multidimensional, pues acompañan a las familias, fomentan la salud, promueven estilos de vida saludables, crean empatía y vínculo con la familia, aprenden de ellas a reconocer realidades diversas y a relacionarse con los otros, y tienden puentes entre las instituciones de salud, la institución educativa y la comunidad.

Esta investigación cuenta con limitaciones y fortalezas. Dentro de las limitaciones, cabe mencionar no lograr entrevistar a estudiantes de semestres avanzados, por las dificultades que emergieron de la pandemia de COVID-19. Dentro de las fortalezas, se destaca el objeto de estudio, esta vez no centrado en la comunidad, sino en los propios estudiantes partícipes de un programa de salud familiar y comunitaria, lo cual contribuye de manera relevante a llenar dicho vacío en el conocimiento. En esta línea, se destaca la oportunidad para dar voz a estos protagonistas, los estudiantes de medicina, además del enfoque cualitativo, dado que son escasas las investigaciones de este tipo con estudiantes partícipes de estos programas. Por tanto, el principal aporte de este estudio recae en lograr una mejor comprensión de la complejidad de la experiencia de los estudiantes de medicina en programas comunitarios, en especial, en este caso, en un sector vulnerable como El Codito, en Bogotá. En este contexto cabe resaltar la contribución de las investigaciones cualitativas al campo de la salud comunitaria, ya que permiten recabar conocimiento que sería difícil obtener por otros métodos y que permiten visibilizar procesos y contribuir a la comprensión de la experiencia en contextos particulares (22).

Conclusiones

La experiencia de un grupo de estudiantes de medicina en el contexto de un programa de salud familiar y comunitaria en una universidad de Bogotá refleja aprendizajes y desafíos de carácter multidimensional. En esta línea, las actividades del programa permiten a los estudiantes reconocerse y reconocer a los otros como parte de una comunidad; de la interacción con las familias afloran enseñanzas mutuas (estudiantes-comunidad) y se promueve la integración de conocimientos teórico-prácticos. La práctica en salud familiar y comunitaria es un proceso dinámico del cual emergen vivencias que confrontan a los estudiantes con su realidad y, de manera reflexiva, los proyecta como profesionales en medicina. Este estudio contribuye con nuevo conocimiento sobre la experiencia de estudiantes de medicina en el contexto de un programa universitario de salud familiar y comunitaria. Se plantean futuras líneas de investigación enfocadas en el rol del componente comunicativo y lingüístico en el contexto de salud familiar y comunitaria, así como estudios en cuanto a recursos de afrontamiento de los estudiantes en la práctica comunitaria.

Contribución de los autores

Rodolfo Rodríguez-Gómez: conceptualización, metodología, investigación, análisis, *software*, escritura y revisión. Claudia Platarrueda Vanegas: conceptualización, metodología, investigación, análisis, escritura y revisión. Yixel Córdoba González: investigación y revisión.

Conflicto de intereses

Los tres investigadores en algún momento del desarrollo de la investigación han estado vinculados con la institución que lidera el programa comunitario, al que se hace mención. En el momento de la publicación, solo uno de los investigadores continúa vinculado con la institución.

Referencias

1. Pinzón AM, Gaona MA, Bouwmans M, Chavarro LC, Chafloque J, Zuluaga C, et al. Acceso a agua potable, protección ambiental y parasitismo intestinal infantil en El Codito. Bogotá, Colombia. Rev Salud Pública. 2019;21(1). <https://doi.org/10.15446/rsap.V21n1.50305>
2. Secretaría de Planeación. Plan de Ordenamiento Territorial (POT). Diagnóstico por Localidad N°1 Usaquén [internet]. Secretaría de Planeación; 2020 [citado 2022 feb 27].

- Disponible en: https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/01_usaquen_-_diagnostico_pot_2020_version_2.pdf
3. Guevara JD, Hernández M, Mendoza MA. Construcción y significación del territorio Comunidad El Codito, 2011. Bogotá (Colombia): Editorial Universidad del Rosario; 2013.
 4. Veeduría Distrital. Usaquén: ficha local [internet]. 2018 [citado 2021 may 26]. Disponible en: <https://www.veeduriadistrital.gov.co/sites/default/files/files/NotasLocales/Ficha%20Localidad%20Usaquen.pdf>
 5. Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Cifras de aseguramiento en salud con corte 2022 [internet]. 2022 [citado 2021 may 26]. Disponible en: <https://www.min-salud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cifras-aseguramiento-salud.aspx>
 6. Díaz R. La vivencia en circulación: una introducción a la antropología de la experiencia. *Alteridades*. 1997;7(13):5-15.
 7. Lindón A. Narrativas autobiográficas, memoria y mitos: una aproximación a la acción social. *Econ Soc Territ*. 1999;2(6):296-310.
 8. Dilthey W. Las categorías de la vida en *Crítica de la razón histórica*. Barcelona (España); 1986.
 9. Bourdieu P, Wacquant L. Respuestas, por una antropología reflexiva. México D.F.: Grijalbo; 1995.
 10. Galeano ME. Diseño de proyectos en la investigación cualitativa. Medellín (Colombia): Fondo Editorial Universidad Eafit; 2004.
 11. Gobierno Vasco. Guía metodológica para el abordaje de la salud desde una perspectiva comunitaria [internet]. Osakidetza; 2016 [citado 2021 may 26]. Disponible en: https://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/salud_comunitaria/es_def/adjuntos/guia-metodologia-esp.pdf
 12. Nebot M, Cabezas C, Marqués F, Bimbela JL, Robledo T, Megido J, et al. Prioridades en promoción de la salud según los profesionales de atención primaria un estudio Delphi. *Atenc Prim*. 2007;39(6):285-8.
 13. Pérez A, Velasco M. Estrategias discursivas en la interacción lingüística médico-paciente y médico-médico: aproximaciones desde la cortesía y la teoría de la valoración. *Texturas*. 2017;16:76-97.
 14. Solarte MA, Jaime NL. Con las batas y las botas, el médico más allá del hospital: la experiencia de residentes de medicina familiar en una comunidad urbana. *Salud Soc UPTC*. 2020;5(2).
 15. Ardila G. Crecimiento versus sobrevivencia. En: *Ciudades sostenibles en el posconflicto en Colombia*. Bogotá: Fescol; 2017. p. 73-89.
 16. García A. Práctica comunitaria y su representación social en estudiantes de medicina de tercer semestre, Universidad Tecnológica de Pereira. *Rev Maestría Comunic Educ*. 2006;47-54.
 17. Minsalud. Programa Nacional de Salud Medicina Familiar y Comunitaria Dirección de Desarrollo del Talento Humano en Salud Grupo de Formación [internet]. Bogotá; 2015 [citado 2022 feb 27]. 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](#)

18. Minsalud. Lineamientos de calidad transversales para los programas de pregrado del área de la salud [internet]. Bogotá; 2016 [citado 2022 feb 27]. Disponible en: http://uv-salud.univalle.edu.co/pdf/politica_formativa/documentos_de_estudio_referencia/lineamientos_transversales_pregrado_salud.pdf
19. Bonal-Ruiz R, Marzán-Delis M, Garbey-Acosta A. Identificación de competencias en promoción de salud en médicos de familia de Cuba Estudio cualitativo. *Atenc Fam.* 2017;24(1):32-9.
20. Gutiérrez AB. *Las prácticas sociales: una introducción a Pierre Bourdieu*. Córdoba (Argentina): Ferreira Editor; 2005.
21. Bustos V, Villaroel G, Ariza F, Grillou M, Palacios I, Cortez L, et al. Análisis de la gestión de recursos humanos en los modelos de salud familiar, comunitaria e intercultural de los países andinos. *An Fac Med.* 2015;76(spe):49-55. <https://doi.org/10.15381/anales.v76i1.10971>
22. Cuesta Benjumea C. La contribución de la evidencia cualitativa al campo del cuidado y la salud comunitaria. *Index Enferm.* 2005;14(50):47-52.