



Salud Pública

FACULTAD DE MEDICINA DEL VALLE, EJEMPLO DE CREACIÓN DE UN PROGRAMA ENFOCADO EN LA FAMILIA

Restrepo Chavarriaga Guillermo⁺⁺⁺, Martha Isabel Sarmiento⁺⁺⁺, Alonso Belalcázar^{§§§}
Grupo de Investigación en Atención Primaria, Modelos de Salud y Educación Médica - FUJNC.



Resumen

Introducción: En este artículo presentamos el programa familiar que se desarrolló en la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle en las décadas de los años 1950 y 1960, y que fue conjuntamente realizado con el implantado en la Escuela de Medicina de la Universidad de Antioquia, los dos primeros que se ejecutaron en el país.

Objetivo: Describir un programa con enfoque familiar que puede servir de modelo para la enseñanza de la Medicina con proyección familiar y comunitaria.

Material y métodos: Se trata de una investigación histórica hecha mediante entrevistas a actores que participaron en el proceso mediante el cual se llevó a cabo este programa, así como a través de la revisión de la bibliografía que se encontró en la facultad de Salud Pública la Universidad del Valle.

Resultados y conclusiones: Se puede notar claramente en la estructura que tuvo el programa, y en la forma como se llevó a cabo, cómo se pasó de una educación centrada en el paciente enfermo visto en el consultorio a una en donde se podía apreciar el impacto del daño en las familias y en las comunidades, de acuerdo a las condiciones ambientales de su entorno inmediato. Por primera vez se expandía la preparación de los estudiantes de Medicina del hospital a ambientes familiares y comunitarios.

Palabras claves: Personas, familia, facultades de Medicina, estudiantes de Medicina, salud de la familia, determinantes sociales de la salud.

Summary

Introduction: In this article we present the family program that was developed in the Faculty of Medicine of Universidad del Valle in the 50s and 60s, which was jointly made with the one implanted in the School of Medicine of the Universidad de Antioquia, the first two that were executed in the country.

Objective: To describe a program focused on the family that can serve as a model for the teaching of medicine with family and community projection.

Material and methods: This is a historical research done by interviewing actors who participated in the process in which this program was carried out, as well as by consulting bibliography that was found in the Faculty of Public Health of Universidad del Valle.

Results and conclusions: It is possible to note clearly in the structure that the program had and in the way it was carried out, how the education centered on the sick patient seen in the clinic changed to one where the impact of the harm to families and communities could be seen, according to the conditions of their immediate environment. The preparation of medical students was extended from the hospital to family and community settings for the first time.

Key Words: Person, family, medical schools, medical students, family health.

⁺⁺⁺ Médico Cirujano. Magister Salud Pública. Profesor Emérito. Director Departamento de Planeación, FUJNC - guillermo.restrepo@juanncorpas.edu.co

⁺⁺⁺ Comunicadora social y periodista. Coordinadora de Planeación, FUJNC - martha.sarmiento@juanncorpas.edu.co

^{§§§} Médico Cirujano. Magister Salud Pública - alonso.belalcazar@juanncorpas.edu.co



INTRODUCCIÓN



<https://farmaciamarcos.es/wp-content/uploads/2013/01/L112>

El origen de la Medicina familiar puede encontrarse, según los ingleses, en el Reino Unido con la creación del Médico General que, por medio de una resolución del Parlamento Británico de 1815, permitió a los boticarios diagnosticar y tratar las enfermedades. Esto se debió a que los escasos médicos formados en las universidades, servían solo a los aristócratas o acaudalados, de manera que las necesidades

del resto de la población eran atendidas por los boticarios y por los barberos. Por lo tanto, a partir de ese año, estos médicos, mediante el cumplimiento de ciertos requisitos educativos, adquirieron el derecho de ejercer la Medicina, la obstetricia y la cirugía, dando así el origen al Médico General del siglo XIX (1).

El médico base del sistema

En 1948 se puso en marcha el sistema de salud inglés con una estructura basada en el médico general enfocado en la familia (2) y, posteriormente, en EE.UU. (3) se hicieron importantes investigaciones al respecto que demostraron la trascendencia que estos programas tenían para la enseñanza de la Medicina.

En Colombia...



http://agenda-salud.univalle.edu.co/Articulo/Imagenes/Logo_602.PNG

En Cali se desarrolló un programa de Medicina que estuvo fundamentalmente orientado a los aspectos biosicológicos. Este programa sirvió de patrón a los establecidos en las facultades de Medicina de las universidades de Caldas, Cartagena y, posteriormente, a la de la Universidad Nacional. Aún sirve de ejemplo para la enseñanza en las escuelas médicas que en su misión y visión quieren trabajar bajo este enfoque, el cual implica que, para brindar una buena calidad de atención en un sistema de salud, es necesario contemplar

a la persona en su ambiente, con sus redes de apoyo, fundamentalmente la familia.

Fueron los primeros en enseñar de forma extrahospitalaria la Medicina, ya que, hasta ese momento, se había tenido el hospital general como sitio único de práctica médica para su formación, y, al hacerlo, aplicaron, además de la curación, los conceptos de prevención, promoción y rehabilitación en el seguimiento de las personas.

Interdisciplinario

En estos programas se brindó la oportunidad de participar a otras facultades universitarias y, a veces, a diversos sectores de desarrollo, abriendo así el camino para la interdisciplinariedad y la transversalidad en la enseñanza médica.

Queremos en este artículo presentar la modalidad con que se realizó este programa en la facultad de Medicina de la Universidad del Valle, el cual significó un enfoque filosófico y social distinto en la orientación médica colombiana y un trascendental paso, no solamente para la docencia sino para la proyección social y la investigación.

El gran aporte

Por primera vez en Colombia se consideró que el centro de atención no era solamente el enfermo, sino también el sano en sus grupos primarios sobre todo en la familia (4).

MATERIAL Y MÉTODOS

Para realizar esta investigación además de consultar al autor de este artículo (quien para esa época había reemplazado al doctor Santiago Rengifo (5) fundador del Departamento de Medicina Preventiva de esta facultad, primero como jefe de Epidemiología del departamento (6) de ese entonces y luego como director del mismo), se entrevistó a varios funcionarios de la facultad de Medicina, principalmente al doctor Carlos Osorio****, (7), quien para la época en la que se describe el programa, era estudiante de la carrera de Medicina. Además, se consultaron los libros que se encontraron en la biblioteca

de la hoy facultad de Salud Pública de la Universidad del Valle.

En reuniones semanales con los demás participantes del grupo, que se formó para ejecutar este trabajo, se realizaban presentaciones sobre los aportes que hacían las personas que habían vivido el programa y sobre la bibliografía consultada; luego se discutía y se encargaba a uno de los miembros del grupo la redacción de lo presentado; finalmente el director de investigación revisaba y consolidaba la información.

RESULTADOS

Un espacio distintivo

Para la dirección del programa se creó en la primera planta del edificio donde funcionaba el departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, un organismo sanitario que tenía como función atender las citas que los estudiantes hacían a

las familias del programa para su revisión y seguimiento, además de las consultas espontáneas que los miembros de estas familias realizaban cuando estaban enfermos.

Fortalecer la prevención

En este centro se realizaban también las vacunaciones a los miembros de las familias, sobre todo a los niños, con el esquema de rutina que en ese momento se hacía en el país que consistía en la BCG (*Bacilo Mycobacterium Tuberculosis de Calmette y Guerin*) oral al recién nacido:

- Vacuna triple (difteria, tétanos, tosferina).
- Toxoide tetánico, cuando algún adulto lo requería y, tuberculina de rutina a todos los miembros de la familia no inmunizados con el BCG.

El ejemplo: la clave

Estas labores eran ejecutadas por estudiantes, en compañía de médicos profesores para la consulta y, personal de enfermería, para las inmunizaciones y consultas de desarrollo y crecimiento.

El personal del centro estaba constituido por un médico director de tiempo completo, una enfermera profesional, dos

auxiliares de enfermería y una secretaria. Todos de tiempo completo.

Para la parte de pediatría se contaba con un pediatra de medio tiempo y para la consulta de Medicina Interna, Obstetricia y Psiquiatría, con especialistas de tiempo parcial.

Un centro para la comunidad

El centro funcionaba durante ocho horas diarias, distribuidas cuatro en la mañana y cuatro en la tarde. Cada familia tenía un fólder en el cual aparecían los siguientes documentos:

**** Osorio C. MD, Especialista Salud Pública, Medicina Familiar. Magister en Salud Ocupacional. Coordinador Maestría Salud Ocupacional Universidad del Valle.



<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6055/4/6055.jpg>

1. Identificación de la familia.
2. Familiograma.
3. Croquis de la vivienda.
4. Historia médica de cada uno de los miembros de la familia siguiendo el orden establecido en el familiograma. Cada historia contenía el estado de salud al ingreso y el seguimiento mensual que se hacía a la familia, así como las consultas de demanda que

se hacían a los pacientes, la evolución de las mismas y los exámenes de laboratorio correspondientes.

5. Estudios epidemiológicos especiales a cada paciente. Al ingresar al programa se hacía, de rutina a cada uno de ellos, un hemograma, un estudio de química sanguínea y un examen coprológico.
6. Otros exámenes e imagenología se realizaban si se consideraban necesarios.

No se hacía educación grupal, sino que se seguían las indicaciones que el médico y los estudiantes consideraban necesarios en la consulta, así como las ofrecidas por el personal de enfermería en las consultas previa y posterior.

PROGRAMA ACADÉMICO



<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/xmku/bitstream/handle/10893/6059/6059-2.jpg?sequence=5>

Selección de las familias

Las familias se escogían de acuerdo al conocimiento que de ellas se tenía en el Centro de Salud del barrio Siloé (4) de la Secretaria de Salud Municipal de Cali. El centro era dirigido por un salubrista, que, a su vez, era docente de medio tiempo

del Departamento de Medicina Preventiva y acompañaba a los estudiantes, junto con otros docentes del departamento, en las visitas mensuales que estos hacían a las familias que tenían asignadas.

Las familias eran escogidas teniendo en cuenta los siguientes criterios:

1. Que quisieran participar en el programa.
2. Que fueran residentes del barrio y vivieran en inmueble propio.
3. Que tuvieran un jefe de hogar (generalmente era la madre).
4. Que tuviera niños pequeños.

Vinculando estudiantes

A cada estudiante se le entregaban tres familias a las que debía visitar mensualmente. Al finalizar cada año académico, debía presentar ante el docente y sus compañeros la evolución de la familia en este período como un todo y de cada miembro en particular. En esta presentación se hacía gran énfasis en los eventos de salud ocurridos y el resultado al final del año.

Durante su pasantía por el programa, los estudiantes tenían un horario asignado en la mañana todas las semanas para atender a las familias que asistían al centro y para analizar casos especiales con la participación de docentes y estudiantes de todos los programas vinculados.

La especialidad... vinculada en el escenario

El internista (8), el pediatra, el psiquiatra y, cuando fuera necesario, otros especialistas asistían a estas reuniones que fundamentalmente eran de carácter **epidemiológico**. Otros docentes del departamento, como el microbiólogo, el parasitólogo, el sociólogo y el antropólogo, también se hacían presentes. Asimismo, acudían docentes de otras facultades, especialmente la de Arquitectura, incluyendo su decano, e Ingeniera Sanitaria y funcionarios de la Secretaría Municipal

de Salud Pública de Cali. Generalmente los docentes que visitaban el programa de otras facultades de Medicina del país o del exterior, también asistían a estas reuniones, así como estudiantes graduados, o de otras facultades que rotaban por departamentos, sobre todo aquellos que se vinculaban a la docencia en los departamentos de Medicina Preventiva recién creados.

Un programa

El programa tenía la siguiente secuencia, por año académico:

PRIMER AÑO:

- Asignación de familias.
- Presentación de las mismas a los estudiantes.
- Familiograma.

SEGUNDO AÑO:

- Condiciones de la vivienda, haciendo énfasis en los aspectos sanitarios y tenencia de animales.

PREPARACIÓN DE LAS VISITAS:

Antes de realizar la visita, los estudiantes debían:

1. Revisar la historia, ver las órdenes que se habían dado en la visita anterior y la evolución de los distintos miembros de la familia (8).
2. Presentar el esquema a seguir en la visita al profesor asignado.

TERCER AÑO:

- Condiciones económicas de la familia y estudio de morbilidad por prevalencia.

CUARTO Y QUINTO AÑO:

- Seguimiento a las familias, durante el cual se ejecutaba el programa ya descrito.

INTERNADO:

- Algunos estudiantes, voluntariamente, podían rotar por el programa.

3. Anotar los aspectos importantes de la visita realizada, las órdenes y conclusiones pertinentes.
4. Presentar un resumen de todo lo anterior al grupo de compañeros y docentes, anotar las recomendaciones recibidas y establecer las órdenes relacionadas para cumplir con su familia en general y con cada miembro en particular.

CIERRE DEL PROGRAMA:

1. Cuando alguna familia se iba del barrio, se desintegraba o no quería seguir participando en el programa, el estudiante hacía un cierre, anotando las condiciones en que se retiraron y las causas del retiro. Luego el centro de salud de la Secretaría le asignaba una nueva familia.
2. El cierre final del programa se hacía en el quinto año de la carrera y los resultados se estudiaban como una investigación de cohorte, presentando lo ocurrido en cada variable que se había anotado en la historia.



DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El modelo previo



<https://nataliaguierrezcheverri.files.wordpress.com/2012/07/escalon-1.jpg?w=450&h=305>

Al finalizar la década de los años 1940, en Colombia se enseñaba una Medicina fundamentalmente **anatomoclínica** y se impartía siguiendo una metodología con un denso contenido teórico, el cual debía ser aprendido en forma memorística de libros que eran considerados “biblias” del saber. Las cátedras eran dictadas por profesores con una vasta experiencia clínica o quirúrgica, algunos de ellos, especializados en Europa, sobre todo en Francia (9). Estos profesores eran “dueños” de la cátedra de por vida y tenían la “última palabra” en la materia o la docencia hospitalaria ya que no se hacían revisiones posteriores de casos dada la escasez de estudios de Medicina basada en la evidencia y la falta de departamentos de Anatomía Patológica.

Los laboratorios eran escasos y de una dotación precaria, exceptuando los de Anatomía -en donde abundaban los cadáveres de indigentes que provenían de los hospitales de caridad-, así como los de técnica quirúrgica, en los cuales los estudiantes aprendían y experimentaban en cirugía y anestesia con bastantes perros callejeros.

El trabajo hospitalario se hacía en hospitales generales con pacientes que provenían de urgencias o de la remisión que los docentes de la carrera hacían de los enfermos pobres que veían en su consulta. Las consultas externas, como tales, no existían en este tipo de hospitales y los pacientes eran vistos exclusivamente para la patología que consultaban, con excepción de Medicina Interna, en donde se les consideraba como un todo y en Pediatría, en donde las familias, especialmente las madres, daban inicialmente un gran apoyo en la consulta que se hacía a los infantes. En resumen, en general, la persona era vista como un paciente con un daño determinado, sin conexión con su grupo y su ambiente. El contacto que tenía el hospital con la familia del paciente se limitaba a una visita social realizada por las monjas los domingos en la tarde; solo ellas sabían algo de la familia, puesto que ni estudiantes ni profesores estaban presentes en estas reuniones.

¡El cambio...!



Con el establecimiento de los programas familiares, hubo oportunidad de visualizar a la persona como tal, su situación de salud, los grupos primarios con los que se relacionaba y el ambiente en que vivía. Cambió, entonces, el enfoque anatomoclínico a **biopsicológico** de la Medicina por la inclusión de los aspectos **etiopatológicos, sociales, psicológicos y culturales** en su enseñanza.

Por su parte, los aspectos **afectivos** tuvieron un amplio desarrollo porque, concomitantemente con la modernización que estaba ocurriendo en la enseñanza de la Medicina en Colombia, la Psiquiatría cambió de rumbo e incluyó todo el aporte que Freud y los psicólogos norteamericanos hicieron a su desarrollo, así como por el avance que se dio a la Parasitología y la Bacteriología, primero y, a la Virología después, por la influencia de la educación médica norteamericana. Es de notar también la gran influencia de la Fundación Rockefeller en este cambio. Este aspecto etiopatológico fue incluido en los departamentos de Medicina preventiva siguiendo la influencia de la escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres (10).



UniValle

En el Valle, gracias, también, al impacto que ejercieron algunas agencias extrajeras, entre ella la misma Rockefeller, ya citada, la Antropología y la Sociología fueron incluidas en el currículum. Sin embargo, los profesionales que se vincularon como docentes, si bien es cierto de gran

trayectoria y preparación, no tenían inicialmente el enfoque médico concreto con que pudieran impactar estas ciencias en la formación del médico, que, en ese momento, estaba siendo capacitado en el Valle.



Universidad del Valle
Biblioteca "Mario Carvajal"
Archivo Fotográfico e Histórico
<http://bibliotecadigital.univalle.edu.co:8080/bitstream/10893/5095/8/5095>

El paso dado por el doctor Santiago Rengifo al incluir en el programa del Departamento de Medicina Preventiva la docencia familiar, permitió la formación de un médico mucho más integral con una visión diferente de lo que tradicionalmente se tenía. Si a esto se adiciona el aporte en investigación pertinente, que creó y estimuló en la misma facultad a través de su departamento, este es uno de los cambios ideológicos más importantes que se han producido en la educación médica colombiana, el cual inicialmente empezó por formar a los profesores del departamento, luego a los estudiantes y, finalmente, a los restantes docentes del programa de Medicina y, aún a sus directivas. De esa forma, la Medicina pasó a ser **biopsicológica** con un concepto que ha creado en los egresados de esa facultad un perfil

claramente epidemiológico e investigativo, que los diferenció sustancialmente del médico que tradicionalmente se estaba produciendo en Colombia.

Este programa contribuyó de una manera muy importante en la modernización (11) de la educación médica en Colombia en las décadas de los años 1950 y 1960.

En este esfuerzo de modernización, este departamento fue acompañado por la facultad de Medicina de Antioquia, que coetáneamente estaba desarrollando un programa que se encargó de profundizar en los aspectos sociales y culturales de la Medicina, estableciendo así a la Medicina Social como un nuevo paradigma.

REFERENCIAS

- (1) Gómez G. T. 1997. Medicina de Familia. La Clave de un Nuevo Modelo, sem FYCCIMF. Editorial IMeC. Pp.31.
- (2) The New Health Service. 1948. Ministry of Health, and the Central Oficce of Information. Originally Crown Copyright. Crown Copyright exists for 50 years from date of publication; copyright has therefore expired for this work.
- (3) The Family and Home Care Program. Universidad de Colorado U.S.A. Estudio Realizado entre 1954 y 1956. Publicado con la colaboración de la Universidad de Harvard, Cambridge y Massachusetts. 1959.
- (4) Bolaños MO. Ciencias Investigación y Atención Primaria. En: Revista Nacional de Educación Médica. ASCOFAME. II Reunión de Expertos XX Consejo Directivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. Vol. II. 1990. p. 157.
- (5) Corredor A. Investigador emérito, INS. Reseña. Rengifo Salcedo, Santiago. Disponible en: <file:///C:/Users/Acreditaci%C3%B3n/Desktop/947-4568-1-PB.pdf>
- (6) Entrevista Enfermera. Thelma Bustillo. Universidad del Valle.
- (7) Entrevista Osorio Torres Carlos A. MD., Esp. Salud Pública, Esp., en Medicina Familia. Magister en Salud Ocupacional. Coordinador Maestría en Salud Ocupacional Universidad del Valle.
- (8) Vivencias Relatadas por el doctor Restrepo Chavarriaga Guillermo. Jefe del Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública. 1963-1964.
- (9) Restrepo G. Desarrollo de la Salud Pública y la Seguridad Social, 2011. P. 15.
- (10) The London School of Hygiene & Tropical Medicine. Recuperado el 5 de septiembre de 2017, en https://www.lshtm.ac.uk/study/?utm_source=Educations.com&utm_medium=profile&utm_content=profile+2013&utm_campaign=Educations.com
- (11) Abraham Flexner. The American College: A Criticism. New York, The Century Co. 1908.

