



2. Medicina familiar en pregrado de Medicina: familia Pérez Rodríguez y recursos no sanitarios

Catalina Ascanio Noreña², Nora Badoui Rodríguez³

Si bien, al especialista en Medicina Familiar se le ha reconocido un importante rol en el desarrollo e implementación de la Atención Primaria en Salud y en la atención primaria orientada a la comunidad, lo cierto es que este tipo de estrategias tienen sentido en tanto propician el encuentro y trabajo conjunto de diferentes profesiones, ocupaciones y especialidades de la salud, por lo cual la consideración sobre cómo desarrollar competencias para el abordaje familiar y comunitario debe ser llevada a todas las profesiones de la salud, incluyendo la medicina general y es justamente la formación en pregrado la que deja sentadas las bases para que los especialistas en medicina familiar, salud familiar u otros desarrollen con mayor profundidad el trabajo comunitario en salud.

Partiendo de ese postulado y de que el abordaje comunitario requiere de un anclaje en la atención individual, se presenta la siguiente experiencia de formación en un programa de pregrado en medicina. La experiencia se enmarca desde el punto de vista teórico en el modelo biopsicosocial, al considerar que este permite la articulación con la Atención Primaria en Salud y la atención primaria orientada a la comunidad; desde el punto de vista ontológico considera que el profesional en medicina debe reconocerse como parte de una red de cuidado y a la vez como ciudadano comprometido en la garantía del derecho a la salud; como referente pedagógico incorpora la enseñanza centrada en el estudiante.

2 Médica especialista en Medicina Familiar. Magíster en protección social. Especialista en pedagogía. Docente asistente Universidad Nacional de Colombia. Docente catedrática Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia. cascanion@unal.edu.co, ORCID, <https://orcid.org/0000-0001-9365-8722>

3 Médica especialista en Medicina Familiar. Magíster en bioética. Docente auxiliar Universidad Nacional de Colombia. Docente Pontificia Universidad Javeriana. nbadoui@unal.edu.co nora.badoui@javeriana.edu.co, ORCID, <https://orcid.org/0000-0002-9066-0867>

Modelo biopsicosocial y enseñanza centrada en el estudiante

En 1977, el médico George Engel presentó el modelo biopsicosocial, el cual cuestionaba profundamente el raciocinio biomédico utilizado para el abordaje e intervención de las enfermedades. Según Engel, el modelo tradicional partía de la estricta división entre mente y cuerpo y se soportaba fundamentalmente en la biología molecular, comprendía la enfermedad solamente como una alteración anatómica y biológica estrictamente objetiva para la cual existían parámetros clasificatorios y protocolos de intervención. Para él esta visión era insuficiente, puesto que la enfermedad es un fenómeno complejo y para comprenderla, brindar cuidados y atención adecuada es perentorio considerar los aspectos de orden psicosocial que rodean a la persona enferma (Engel, 1977). Esto significa la incorporación de la dimensión subjetiva de la enfermedad y el sufrimiento (Epstein et al., 2004) y el conocimiento del contexto social en que las personas viven, trabajan y se recrean.

Engel sustentaba la importancia de la consideración de los aspectos psicosociales en los siguientes postulados:

- a. No siempre una alteración bioquímica produce molestias que sean reconocidas como enfermedad y algunas situaciones de orden psicosocial sí pueden llegar a serlo.
- b. Para poder establecer una relación entre los parámetros bioquímicos y clínicos se requiere de la comprensión de los aspectos contextuales del caso particular.
- c. La misma alteración biológica puede estar asociada a diferentes manifestaciones (signos y síntomas), lo que depende de las condiciones psicosociales de cada individuo.
- d. No siempre una vez restaurada la normalidad bioquímica o anatómica, las personas manifiestan sentirse sanas.
- e. En los resultados de cualquier intervención influyen aspectos relacionales entre médico y paciente.

La apuesta de Engel era llevar la comprensión de la enfermedad de un raciocinio reduccionista, analítico y especializado hacia uno que integrara tanto la dimensión subjetiva del malestar como la interacción con el contexto, en un ejercicio interdisciplinario y multisectorial (Epstein et al., 2004).

El modelo biopsicosocial explica la enfermedad desde la causalidad circular (Borrell-Carrió, 2002; Engel, 1977; Epstein et al., 2004); la enfermedad o enfermarse es un fenómeno con implicaciones y vivencias de orden biológico, psicológico y social, con una temporalidad diferente a la simple alteración biológica. Incluye la percepción del sufrimiento derivado del enfermarse, otorga poder al paciente dado que se plantea un plano de paridad en la toma de decisiones (Epstein et al., 2004) entre el profesional médico y el paciente (Borrell-Carrió, 2002; Epstein et al., 2004) y reconoce el rol de enfermo como determinante para buscar cuidado médico. Así mismo, el médico es consciente y cuidadoso en el uso de su poder (Borrell-Carrió et al., 2006).

Este enfoque requiere de la revaloración de la observación y las emociones en la relación asistencial (Tizón García, 2007) para que el lado subjetivo pueda ser explorado, analizado e intervenido. En este ejercicio se requiere muchas veces de la construcción de un “diagnóstico” por ejes (o multidimensional) que reconozca y otorgue lugar a cada uno de los aspectos o dimensiones que afectan la salud (Tizón García, 2007).

Poco a poco, estos cambios en la forma de comprender el proceso salud – enfermedad han producido transformaciones en la enseñanza médica, donde la disputa se encuentra entre el modelo flexneriano de educación médica: fragmentado en ciencias básicas y clínicas, concentrado en laboratorios y hospitales de alta complejidad, centrado en la memoria y en la autoridad del docente sobre el estudiante; y otros modelos educativos que permitan la comprensión e intervención psicosocial, que se forje la relación docente – estudiante y el aprendizaje significativo de manera horizontal.

Dichas transformaciones serían tanto en las habilidades o competencias a desarrollar como en el diseño y ejecución de la experiencia formativa. Borrell-Carrió et al. (2006) consideran que, para la aplica-

ción del modelo biopsicosocial, los profesionales en medicina deben desarrollar las siguientes habilidades:

- a. Habilidades clínicas con tono emocional adecuado. Para poder entrevistar y examinar en un marco de respeto.
- b. Capacidad para establecer relaciones de ayuda en tono de confianza, cordialidad y buen humor.
- c. Cultivo de la curiosidad empática, capacidad de esperar lo inesperado.
- d. Reconocimiento del sesgo propio y prejuicios derivados.
- e. Educación de emociones.
- f. Uso de la intuición formada. Capacidad de replantearse diagnósticos y tratamientos.
- g. Comunicación en lenguaje apropiado y asertivo para garantizar la comprensión y la toma de decisiones del paciente sobre su vida y salud.

La enseñanza debería incluir herramientas y elementos del pensamiento complejo, la causalidad circular (De Negri, 2017; Epstein et al., 2004), la teoría de sistemas (Engel, 1977); incluso se recomiendan procesos de autoconocimiento y manejo de emociones para poder construir relaciones terapéuticas saludables (Biderman et al., 2005).

Sobre el proceso de aprendizaje, las experiencias exitosas se fundamentan en una estructura curricular en espiral donde el estudiante sea expuesto varias veces al mismo fenómeno con progresividad en la profundidad y sofisticación, y en la que se logre la combinación entre escenarios clínicos de diferente complejidad, interacción con personas sanas y enfermas, familias y comunidades, y la práctica en escenarios comunitarios; con ello se pretende que los futuros médicos integren las acciones en salud promocionales, preventivas, curativas y de rehabilitación (Biderman et al., 2005; Tejo-Mejía et al., 2005), en las dimensiones individual, familiar y comunitaria (Bonal Pitz y Casado Vicente, 2004; Casado Vicente et al., 2012).

El propósito de una organización como esta es que cada nivel o ciclo de aprendizaje, integre los aprendizajes y dinámicas de la etapa previa y les agregue valor de forma progresiva (Casado V et al., 2002; Olivares O, 2017). Se espera que los estudiantes logren situar el conocimiento científico – técnico en el contexto particular de los pacientes mediante un análisis comprensivo del proceso salud – enfermedad, y que adicional a la perspectiva individual, desarrollen una de orden comunitario.

El docente tiene un rol como tutor – mentor, realiza su labor educadora mediante la supervisión y retroalimentación constante para la promoción de la autodirección del aprendizaje y el trabajo colaborativo (Sánchez Angarita, 2017). La pregunta que ronda el proceso enseñanza aprendizaje es ¿quién es el paciente? y ¿cómo se le puede ayudar?

Responsabilidades ciudadanas

La educación superior tiene además de unos fines utilitaristas (generar un ingreso), el deber de asegurar el desarrollo de las capacidades cognitivas, afectivas e intersubjetivas que le permitan al egresado progresar hacia la capacidad de creación social y cultural, así como la de participar en la vida política y desarrollar relaciones interpersonales gratificantes en un entorno de intimidad y esparcimiento (Allen, 2016; Meza, 2013).

Bajo esta mirada se comprende la educación como una herramienta que permite la igualdad y protección de la dignidad humana al preparar al estudiante para participar de todo aquello que constituye la vida: en el trabajo, en la vida política, en la sociedad, en las relaciones interpersonales (Meza, 2013; Nussbaum, 2001, 2010). Por otra parte, tiene que ser el tipo de ciudadano capaz de participar en los debates que involucren la vida y sus diferencias, en cualquiera de los roles que tiene en el mundo social, con capacidad de entender la diversidad de sus congéneres, la complejidad de los problemas y la necesidad de respuestas multiculturales y multidisciplinarias (Nussbaum, 2001).

El personal sanitario está en la obligación moral de preservar el bienestar emocional y físico de sus pacientes. Esto implica un conocimiento técnico científico que permita aliviar un síntoma, pero adicionalmente,

profesionales que se pregunten el porqué de las condiciones de salud de los pacientes y cómo resolverlas, intentando dar respuestas y soluciones de raíz; la búsqueda por el bienestar del paciente y su comunidad debe primar sobre los intereses de terceros, incluso cuando esto implique la confrontación con el modelo económico, político o judicial.

A su vez, el compromiso con el paciente es público en tanto que recuperar su salud impacta en su entorno y porque el paciente pertenece a un todo a manera de sistema interdependiente (May, 1992). Esto, por supuesto, no depende únicamente del servicio de salud, que en realidad no corresponde más que a una ínfima parte de lo que podría afectar la salud del paciente (Hexom, 2004; Mejía, 2013); es su entorno cultural, social, etc., el que mayor impacto tiene en determinar su bienestar, y si es deber del médico mantener la salud, ¿cómo puede desligarse de aquellas decisiones que influyan en dicho entorno?

Los modelos actuales de salud tienen en cuenta los determinantes sociales y los indicadores de desarrollo, incluyendo desigualdad e inequidad, como factor fundamental en los desenlaces en salud y aunque estos conceptos se han integrado a la formación, las ciencias sociales y humanas aparecen en segundo plano en la mayoría de los currículos de medicina. La educación médica debe por tanto incluir la discusión sobre los derechos, la injusticia social, la inequidad, la distribución y uso de los recursos, y las obligaciones de los individuos, comunidades y gobiernos (Couceiro y Muñoz, 2007), la formación debe permitir entablar diálogos con todos los sujetos de la sociedad en el contexto de los valores democráticos, teniendo siempre como objetivo principal respetar los derechos humanos y fomentar relaciones participativas que respeten la justicia social y maximicen la autonomía y los resultados en salud del paciente; la atención en salud tiene como obligación el empoderamiento de individuos, familias, y sus comunidades (Couceiro y Muñoz, 2007; Organización Mundial de la Salud, 2008).

Para Erik Krakauer (1992), el juramento de los médicos de ayudar a los enfermos y prevenir la injusticia hace que sea imposible desligar la medicina de la actividad política. Nos recuerda que la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial afirma que el médico debe preservar la salud de las naciones teniendo como primera considera-

ción la salud de su paciente y esto para el autor, hace evidente cómo se entrecruzan responsabilidades médicas y políticas. Nos recuerda además que históricamente ha habido una fuerte relación entre Estado y medicina, en ocasiones de forma dramática y criminal y que, teniendo en cuenta los avances tecnológicos y las implicaciones en salud de la globalización y los modelos económicos, los debates de protección a la sociedad no cesarán, debates de los cuales los médicos deben participar activamente para favorecer el bien de los individuos.

La Asociación Médica Americana (AMA) en la Declaración de Responsabilidades Profesionales, numerales 7 y 8, hace énfasis en las tareas del médico en cuanto a educar a la comunidad y los actores políticos y propender por cambios económicos, sociales, educacionales y políticos que mejoren la condición de los individuos (American Medical Association, 2001).

En 2010, el Consenso Global sobre la Responsabilidad Social en las facultades de medicina acordó los objetivos para orientar la responsabilidad social de la educación médica (Boelen y Woollard, 2011). Se propone que las facultades de medicina deben:

- “Dar respuesta a las necesidades de salud actuales y futuras y a las demandas de la sociedad
- Reorientar sus prioridades educativas, las de su investigación y de los servicios que provee a dichas necesidades
- Reforzar su gobernanza, así como su alianza con otros agentes sociales interesados
- Utilizar la evaluación y la acreditación basada en su desempeño y en los resultados obtenidos”

Esto supone la capacidad de ser flexibles y de ajustar periódicamente currículos de forma tal que puedan tener certeza de que están formando profesionales con las habilidades para dar respuesta a las necesidades locales (Alfonso Roca y García Barbero, 2021). Finalmente, esta responsabilidad deriva de la exigencia de la sociedad a las universidades en la promoción del bien público (Cruess y Cruess, 2004; Cruess y Cruess, 2008).

La medicina familiar como posibilidad

La crisis de los sistemas de salud, con baja capacidad resolutive y dificultades en la distribución de los recursos, obliga a considerar la necesidad de tener médicos con capacidad de participación, decisión y propugnación de las reformas necesarias para mejorar el bienestar de las naciones en términos sociales, económicos, políticos y educativos. Trasladado al contacto con pacientes y comunidades, implica un compromiso con la alfabetización sanitaria, el empoderamiento y la mejora de la participación comunitaria, todos estos elementos vitales para la organización de sistemas de salud mediante un modelo de Atención Primaria en Salud (APS), modelo que el Ministerio de Salud colombiano promueve desde su última reforma.

En Colombia, la Ley 1438 de 2011 establece la Atención Primaria en Salud como la estrategia que permite al sistema brindar una atención sanitaria integral e integrada; que incluye la prestación de servicios en todas las fases del proceso salud enfermedad (promoción de la salud, prevención de la enfermedad, tratamiento, rehabilitación), con estrategias de participación comunitaria y acción inter y transectorial. Este tipo de atención tiene en el centro al paciente, su familia y su comunidad; debe ajustarse al contexto histórico, político, económico y socio-cultural, y tiene como actor fundamental para la operatividad de los equipos de salud al médico familiar.

La medicina familiar es una especialidad clínica fundamental en los sistemas de salud basados en Atención Primaria en Salud por su comprensión de la salud y la enfermedad como un proceso interdependiente del contexto, impactado por los determinantes sociales de la salud en los que se encuentra inmerso el individuo, e integra en su abordaje a las ciencias biológicas, clínicas y del comportamiento.

Ian McWhinney, considerado el padre de la especialidad, postuló nueve principios del ejercicio de la medicina familiar entre los que destacamos (Freeman, 2016);

1. El médico de familia se esfuerza por comprender el contexto de la enfermedad. Esto implica preguntarse por las condiciones de

vida de las personas, cómo inciden en el proceso salud enfermedad y cuál es el origen de estas condiciones de vida. En este ejercicio se identifican aquellas situaciones que generan bienestar y promueven la salud, así como aquellas que son deletéreas. Como consecuencia de su análisis y por su compromiso con la mantención de la salud, quien es médico familiar debe indagar cómo lograr el mejor estado de salud de sus pacientes, lo cual pasa por cuestionarse cómo incidir en las condiciones de vida.

2. El médico de familia se ve a sí mismo como parte de una amplia red comunitaria de organizaciones para la atención de la salud.
3. La salud es un estado de bienestar multidimensional y las personas se mantienen saludables o enferman, de acuerdo con el entorno en que viven (crecen, estudian, trabajan, se recrean, etc.). En esta lógica, crear salud no depende únicamente del sistema de salud, por el contrario, la asistencia sanitaria es apenas una parte de aquellos recursos que pueden fomentar o comprometer el bienestar; otros recursos son: la educación, la recreación, los espacios físicos, las conexiones sociales, los recursos espirituales, etc. Es así que, desde la medicina familiar, se comprende la asistencia sanitaria como uno de los múltiples actores y recursos que deben trabajar de manera articulada e integrada para asegurar la salud.
4. El médico de familia concede importancia a los aspectos subjetivos de la enfermedad. La salud no se comprende como la ausencia de alteraciones bioquímicas objetivas, sino como un estado de bienestar y funcionalidad que el paciente define de acuerdo con las expectativas que se plantea y en el cual los sentimientos y autopercepciones son centrales.
5. El médico de familia considera cada contacto con sus pacientes como una ocasión ideal para aplicar medidas de prevención o educación sanitaria.

La educación para la salud es una herramienta que le confiere a individuos familias y comunidades capacidades para comprender la salud y la enfermedad, tomar decisiones orientadas para

proteger la salud y reconocer la exigibilidad del derecho a la salud. Resulta ser uno de los elementos fundamentales del proceso de empoderamiento de pacientes y comunidades.

La inclusión de la medicina familiar en pregrado responde a la necesidad del país y del sistema de salud de tener un personal sanitario con capacidad para hacer un abordaje integral y contextualizado de pacientes, familias y comunidades. La medicina familiar le otorga al estudiante las capacidades de abordar la salud a partir del modelo biopsicosocial y de reconocer la necesidad de su participación activa en la modificación de las condiciones de vida que inciden negativamente en la salud. Reconoce además que su ejercicio profesional no se limita al espacio de la institución clínica y que debe aproximarse a los espacios cotidianos en los que discurre la vida.

Metodología

Medicina familiar es una asignatura teórica de dos créditos académicos, de carácter optativo, que los estudiantes de medicina pueden cursar después de sexto semestre y que se ofrece desde el año 2011; el currículo de la carrera no tiene otro momento para conocer el carácter práctico de la medicina familiar ni profundizar su estudio teórico. Debido al carácter práctico de la medicina, los espacios formativos teóricos son un enorme reto en la formación de sus profesionales, situación que ha provocado múltiples modificaciones y ajustes de la asignatura, pero que han llevado a que hoy se cuente con una propuesta innovadora en la que, a pesar de continuar desarrollándose en las aulas de clase, se propicia un trabajo práctico familiar y comunitario, para lo cual se usan algunos postulados de la enseñanza centrada en el estudiante y el aprendizaje basado en problemas para el diseño de la estrategia de enseñanza aprendizaje.

El punto de partida consistió en la identificación del posible alcance de una asignatura de estas características y de su aporte a la formación de médicos; el proceso necesariamente llevó a la depuración de contenidos y a la conclusión de tener que situarlos en un contexto lo más cercano posible a la realidad del estudiante como sujeto en formación

y del médico como profesional. Desde esa perspectiva, se optó por la metodología de caso clínico familiar como eje central, a partir del cual se abordan los contenidos teóricos, la aplicación del conocimiento y la evaluación.

El caso de la familia Pérez Rodríguez se le presenta a los estudiantes como la situación clínica en la que deben construir el plan de cuidado integral familiar e individual, incluyendo las actividades intersectoriales o de “prescripción social” como lo nombra Bonal Ruiz (2019). El caso les es suministrado en formato texto, en varias entregas a lo largo del semestre y se encuentra escrito de manera tal que el estudiante se sienta protagonista de la historia, por ejemplo:

Usted es asignado como médico de cabecera de la familia Pérez Rodríguez. La auxiliar de salud pública que hace parte de su equipo multidisciplinario en salud concertó la visita domiciliaria inicial para la semana siguiente.

Como estaba previsto, usted realiza la primera visita con el objetivo de hacer el acercamiento inicial y reconocimiento de la familia. La visita es recibida por Sonia, la madre; la información es la siguiente (...)

Como puede observarse, en el caso no solo se tocan asuntos estrictamente clínicos, sino que también se procura plantear situaciones relacionadas con la organización del sistema de salud, que les permita a los futuros médicos posicionarse dentro de su rol (ver subrayado en el texto). En la medida en que avanza la asignatura el estudiante conoce la situación particular de los integrantes de la familia, descubre sus necesidades en salud y propone el plan de cuidado correspondiente.

Con esta estrategia se logra hacer un recorrido teórico por las generalidades del modelo biopsicosocial y la medicina familiar, se continua con el abordaje a la familia y luego por cada uno de los momentos del curso de vida (infancia, adolescencia, juventud, adultez y vejez).

Cada estudiante debe conformar con sus compañeros de clase un equipo en salud y con ese grupo construir a lo largo del periodo académico el plan de cuidado integral que se construye en 5 pasos:

Primer momento: Abordaje familiar. El caso de la familia es entregado al grupo de estudiantes quienes deben aplicar las herramientas del trabajo con familias; ubicar geográficamente a la familia, esto consiste en escoger un barrio en la ciudad donde viven y del lugar escogido hacer una cartografía social. Deben entregar un informe con la aplicación de las herramientas y la identificación de activos y recursos en salud con los que podría contar la familia.

Segundo momento: Cuidado integral de niños y niñas. Se les hace entrega de la consulta médica no programada de la menor de la familia, quien consulta por un accidente casero que sucede en el contexto de limitaciones para el cuidado. Los estudiantes deben proponer una intervención para la menor y su familia que incluya lo detectado en el momento anterior, además deben hacer una búsqueda de las ofertas educativas y de cuidado públicas para los menores en el barrio donde se encuentra ubicada la familia.

Tercer momento: Abordaje integral de la salud de los adolescentes. Los estudiantes reciben el informe de la visita de la adolescente del grupo familiar que tiene problemas con su madre por cambios en su proyecto de vida y se encuentra en medio de una relación amorosa abusiva con su pareja. Estos deben proponer una intervención específica para una de las problemáticas de la adolescente y realizar una grabación en la que ejemplifican la entrevista a la adolescente, visitar la Casa de la Juventud de la localidad donde se encuentra la familia e identificar cuáles servicios podrían ser de utilidad para este caso.

Cuarto momento: Mantenimiento de la salud de los adultos maduros. Los estudiantes reciben la transcripción de la valoración médica de la madre de la familia; deben entregar propuesta de actividades de promoción y mantenimiento para ese momento del curso vital, hacer una visita a la oferta de servicios del Sistema Distrital de Cuidado e identificar qué servicios podrían ser pertinentes en este caso.

Quinto momento: Mantenimiento de la salud de los ancianos. Los estudiantes deben realizar la valoración geriátrica integral de la anciana y hacer una indagación sobre oferta y costo para el cuidado del adulto mayor en el barrio o localidad correspondiente.

Cada entregable tiene retroalimentación y la última sesión del curso consiste en la mirada retrospectiva de lo trabajado a lo largo del semestre y la comparación de las propuestas entre grupos y localidades, lo que permite identificar diferencias poblacionales y de oferta de servicios de salud y cuidado por localidades en la ciudad de Bogotá, lo que finalmente lleva a una reflexión sobre las inequidades en salud.

En la tabla 1 se puede observar la secuencialidad de los contenidos y la integralidad entre el contenido temático, el momento del caso clínico y la estrategia evaluativa.

Tabla 1

Estructura general de la estrategia de enseñanza - evaluación

UNIDAD	TEMÁTICA	CASO	ENTREGABLE
Conceptos básicos	Modelo biopsicosocial Medicina familiar Cuidado centrado en el paciente		
La familia	Generalidades de la familia Herramientas para el trabajo en salud con familias	Visita domiciliaria a la Familia Pérez Rodríguez	Aplicación de herramientas Análisis de la salud familiar Cartografía social del barrio donde vive la familia Pérez Rodríguez
Niñez	Salud de los niños y niñas Ruta integral de promoción y mantenimiento tramo niñez Maltrato	Visita médica de hija de 4 años	Plan de cuidado integral para menor Oferta educativa y de cuidado pública para menores
Adolescencia - Juventud	Salud de los adolescentes Violencias basadas en género Proyecto de vida	Visita médica de hija adolescente de 16 años	Plan de cuidado primario para adolescente Oferta de servicios sociales para jóvenes y adolescentes Visita a la Casa de la Juventud de la Localidad

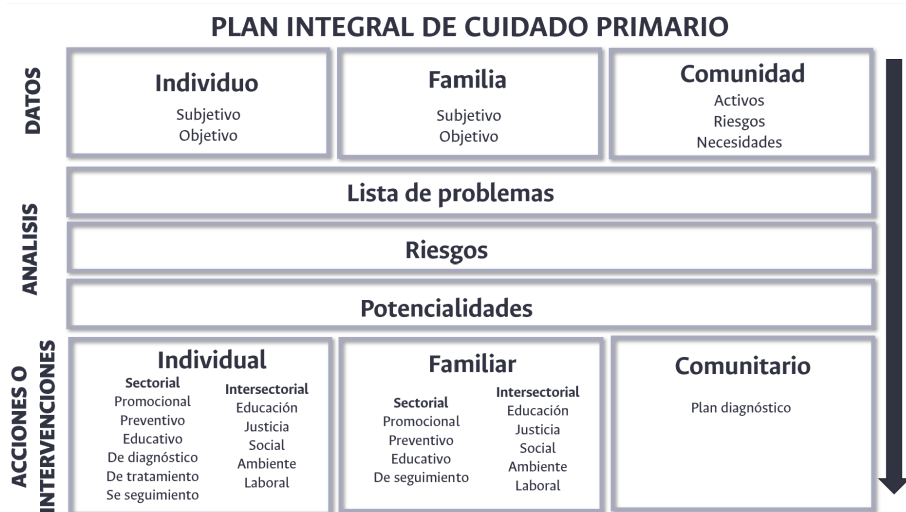
Adulthood madura	Salud de los adultos Detección temprana de enfermedades crónicas no transmisibles Tareas de cuidado	Visita médica de adulta	Actividades de mantenimiento de la salud para adultos Oferta del Sistema Distrital de Cuidado
Vejez	Salud integral de los adultos mayores Envejecimiento saludable	Visita de anciana	Valoración geriátrica integral Oferta pública y privada para el cuidado del adulto mayor
Cierre	Puesta en común de las diferentes propuestas de plan de cuidado integral		

En esta asignatura se recoge la definición del Plan Integral de Cuidado Primario propuesta por el Ministerio de Salud y Protección como:

Una herramienta operativa y sistemática que le permite al Equipo Multidisciplinario en Salud identificar, planear, implementar, monitorear y evaluar las acciones más prioritarias en salud a nivel personal, familiar y comunitario, durante los diferentes momentos del curso de vida y entorno. (Resolución 521, 2020)

Con base en esta definición se ha considerado que el plan se encuentra constituido por tres secciones; una primera que recoge la información subjetiva y objetiva del individuo, la familia y la comunidad; la siguiente, basada en la anterior, recoge la lista de problemas, los riesgos y potencialidades individuales familiares y comunitarias; la última consiste en las actividades e intervenciones necesarias a nivel individual, familiar y comunitario; sectorial e intersectorial que se requieren para el cuidado de la salud. El esquema de Plan Integral de Cuidado Primario puede verse en la figura 12.

Figura 12
Plan Integral de Cuidado Primario



Resultados

Con este enfoque de la asignatura se ha logrado que los estudiantes comprendan el cuidado de la salud como un ejercicio complejo, multidisciplinario y que trasciende el ámbito clínico.

Los informes entregados por los estudiantes permiten reconocer que el estudiante adquiere la capacidad de identificar problemas de salud, que rebasan el motivo de consulta e identifican la complejidad del proceso salud enfermedad.

En el caso de la menor que consulta por una quemadura en la mano reconocen otros problemas desencadenantes de la situación que de no atenderse tendrán efecto deletéreo en diversas dimensiones de la salud.

Ausencia de cuidador (cuida al hermano) y la calidad del mismo (Amalia).

Mala higiene bucal (caries, no supervisión de aseo, no odontología ¿desconocimiento de la información o negligencia?).

No escolarización

Encontramos además que el estudiante identifica el bienestar social como estrategia fundamental del proceso terapéutico, reconoce las situaciones de vida que pueden poner en riesgo la salud y adquiere aptitudes para proponer intervenciones multidimensionales que ponen en práctica la prescripción social en tanto reconoce la red de actores comunitarios que intervienen en el cuidado de la salud.

En el caso de la adolescente que consulta por acné, pero en quien se ha puesto en evidencia la pérdida del proyecto de vida y la exposición a múltiples riesgos:

(Tras la visita a la Casa de Juventud) Una de las integrantes del proyecto económico comentó que este espacio brinda un incentivo económico por 6 meses, que integra el servicio social para la seguridad económica de la juventud, busca la participación activa de la juventud en los talleres de prevención primaria ofertados dentro de la institución, además de pertenecer a actividades de servicio social dentro de la localidad y a programas académicos técnicos, tecnológicos o distritales que fomenten el interés y acceso a la educación superior como “reto a la U”. Este último podría ser un programa de especial interés para Sandra, debido a que puede guiarla a retomar y reorientar su proyecto de vida, lo que genera una conciencia mucho más inmediata con respecto a la vida laboral y el acceso a educación superior.

En el caso de la menor que cursa con una quemadura reconocen que los riesgos de la salud están asociados a la falta de escolarización y la ausencia de un cuidador idóneo, así como la importancia de contar con espacios adecuados para la recreación, por lo que proponen

Para mejorar la salud se debe impactar en las desigualdades y en el caso de Piedad, para un desarrollo infantil temprano, debe acceder a la educación, estimulación, entre otras cosas. Lo anterior puede garantizarse en el barrio (...) el cual cuenta con más de 10 instituciones educativas junto con 8 parques en buen estado (...)

Es de notar que el estudiante no se limita a la prescripción social de la oferta formal, sino que de manera autónoma y proactiva reconoce alternativas orientadas a garantizar bienestar social:

En la localidad (...) no hay una casa de la Juventud (...) Sin embargo, logramos identificar que existen varias entidades y programas que pueden ayudar a jóvenes como Sandra.

Aunque no se encuentran dentro del barrio de Sonia, estas huertas comunitarias están ubicadas en los barrios aledaños (...) y pueden representar una solución frente al problema del acceso a alimentos saludables como las frutas y las verduras.

La sesión de ciclo vital del adulto maduro y labores de cuidado, les permite identificar que estas tareas deben distribuirse de manera equitativa entre hombres y mujeres y que se debe contar con apoyo institucional gubernamental:

En la localidad existen varios servicios y espacios que pueden aminorar la carga de cuidado de Sonia. Teniendo en cuenta que está a cargo de un adulto mayor y de dos infantes, se proponen las siguientes alternativas a la manzana de cuidado que incluso promueven el rol de Alberto como cuidador.

Adicionalmente, el ejercicio práctico de prescripción social obliga a los estudiantes a navegar la oferta institucional, formal e informal y reconocer no solo los servicios disponibles, sino las barreras con las que en ocasiones pacientes y familias se pueden enfrentar. Para los estudiantes, estas dificultades suscitaron la reflexión acerca del reto al que se pueden enfrentar aquellos pacientes que requieran del servicio y las acciones encaminadas a exigir el derecho a la salud.

Algunas de las actividades que solicita no son de fácil acceso, no se encuentran los datos, tal vez sería mejor que diera una guía más profunda en aspectos tales como pir (sic) ejemplo donde encontrar y cómo comunicarse una caza (sic) de la juventud o una manzana verde.”

Como grupo realizamos la visita a la casa de la juventud de la localidad de (...), sin embargo, los administradores no se presentaron y no hubo forma de contactarlos.

La única representante de la Manzana de Cuidado de (...) demoró tres días en contestarnos los mensajes que le enviamos al WhatsApp y el día de la visita no se encontraba en el recinto, aunque fuimos durante su horario laboral. No fue sino hasta que le dijimos a los trabajadores del CDC que teníamos la intención de quejarnos en la Secretaría de la Mujer que (...) decidió contestarnos vía WhatsApp.

Quisimos mencionar lo ocurrido pues se nos hace ineficiente la atención brindada a la comunidad y esto puede sucederle a cualquier mujer interesada en los servicios ofrecidos.

Por otra parte, la institución universitaria aplica a los estudiantes una encuesta anónima con fines de mejoramiento docente, los resultados son publicados una vez se ha llevado a cabo el cierre de calificaciones. Esta encuesta tiene por propósito identificar la percepción del estudiante frente a la asignatura.

Acerca del aprendizaje, más del 90 % de los estudiantes consideran que se “les propició que encontrarán conexiones de los temas tratados con otros contextos o con otros contenidos de sus planes de estudio” y se “promovió en ellos la argumentación o la reflexión crítica”, lo cual sugiere que el paso por la asignatura les permite integrar y contextualizar el conocimiento y cuestionar las situaciones de salud.

La forma de establecer la atención humana y de realmente la salud de un individuo en su contexto, así como de su familia, más allá de solo su patología le permite a uno crecer en la forma en que la puede llegar a ejercer la medicina (sic)”

Presenta no solo otro aspecto teórico de la medicina familiar, sino también humanístico e integral con el ser humano.

La interseccionalidad para abordar los temas, el ampliar los enfoques de cada revisión a muchos aspectos que a veces por

enfocarnos solo en la “salud” como algo meramente biológico olvidamos (sic)

La asignatura tiene la capacidad de impactar en el quehacer del estudiante como se reconoce en el ítem que cuestiona si “considera que transformó su forma de pensar, sentir o actuar”. La gran mayoría de los estudiantes responden de manera afirmativa:

Verdaderamente siento que esta materia cambió mi forma de ver la medicina y enfocar los pacientes (...) Comprendo que queda mucho por aprender, pero lo más importante es que esta materia me terminó por despertar el amor a una medicina completa, con un impacto mucho más grande que lo plenamente biológico.

La mayoría de estudiantes (más del 90 %) “considera que se promovió en ellos la adquisición de herramientas para el aprendizaje autónomo”. Teniendo en cuenta los contenidos de la asignatura, este ítem sugiere que el estudiante adquiere el interés de indagar por tópicos relacionados con la salud ajenos a lo estrictamente clínico.

Por último, respecto a las estrategias de evaluación, más del 90 % considera que “(se) fue justo e imparcial con ellos durante las actividades académicas” lo cual indica que las actividades empleadas miden adecuadamente los resultados de aprendizaje que se han planteado, la capacidad que han adquirido los estudiantes frente al tópico de estudio, son transparentes y brindan retroalimentación efectiva: “la retroalimentación de nuestros trabajos es excelente”.

Conclusiones

La formación en pregrado en medicina familiar provee herramientas para que futuros médicos lleven a cabo abordajes integrales y propongan intervenciones multidisciplinarias e intersectoriales encaminadas a asegurar el cuidado de la salud.

La asignatura promueve la reflexión crítica frente a la salud y las causas de su afectación y motiva al estudiante a adquirir un rol activo en la atención de pacientes y familias.

Es necesario que los estudiantes cursen asignaturas que les enseñen sobre aspectos no clínicos para así adquirir habilidades que les permitan brindar cuidado integral.

Estas enseñanzas deben acompañarse de un ejercicio que permita al estudiante poner en práctica lo aprendido. Ante las limitaciones de una asignatura teórica, el caso clínico contextualizado se asemeja a la realidad del estudiante, le provee de un ejercicio práctico, y le permite visualizarse como profesional de salud y como paciente que busca un servicio.

Referencias

- Alfonso Roca, M. T. y García Barbero, M. (2021). La responsabilidad social de las facultades de Medicina. Una exigencia inaplazable para adaptarse a las necesidades de la población. *Educación Médica*, 22(2), 99–105. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2020.10.003>
- Allen, D. (2016). *Education and Equality*. (1st ed.). The University of Chicago Press.
- American Medical Association [AMA]. (2001). Declaration of Professional Responsibility. <https://www.cms.org/uploads/Declaration-of-Professional-Responsibility.pdf>
- Biderman, A., Yeheskel, A. y Herman, J. (2005). The biopsychosocial model - Have we made any progress since 1977? *Families, Systems and Health*, 23(4), 379–386. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1091-7527.23.4.379>
- Boelen, C. y Woollard, R. (2011). Consenso Global sobre la Responsabilidad Social de las Facultades de Medicina. *Educación Médica*, 14(1), 7-14. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1575-18132011000100004

- Bonal Pitz, P. y Casado Vicente, V. (2004). La medicina de familia como disciplina académica y la atención primaria como entorno de aprendizaje. *Atención Primaria*, 34(8), 433–436. <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-la-medicina-familia-como-disciplina-13068221>
- Bonal Ruiz, R. Prescripción social, una dimensión de la promoción de salud en la medicina general integral. *Revista Cubana de Medicina General Integral* [online], 35(2) e252. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-21252019000200016
- Borrell-Carrió, F. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina Clínica*, 119(5), 175–179. https://www.altascapacidades.es/portalEducacion/html/otrosmedios/13034093_S300_es.pdf
- Borrell-Carrió, F., Suchman, A. L. y Epstein, R. M. (2006). El modelo biopsicosocial 25 años después: principios, prácticas e investigación científica. In *Revista Chilena de Medicina Familiar*, 7(2), 67–75. <https://www.revistachilenademedicinafamiliar.cl/index.php/sochimef/article/view/103>
- Casado Vicente, V., Bonal P, P. y Fernández A, C. (2002). La medicina de familia y comunitaria: una asignatura de la Universidad española. *MEDIFAM*, 12(2), 111–121. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682002000200004
- Casado Vicente, V., Bonal Pitz, P., Cucalón Arenal, J. M., Serrano Ferrández, E. y Suárez González, F. (2012). La medicina familiar y comunitaria y la universidad. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria*, 26 (supl.1), 69–75. DOI: 10.1016/j.gaceta.2011.07.018
- Couceiro, A. y Muñoz, M. (2007). La enseñanza de bioética en medicina: Una propuesta de desarrollo curricular. *Revista de Educación Ciencias de la Salud*, 4(2), 92–99. <http://www2.udec.cl/ofem/recs/anteriores/vol422007/esq42.pdf>

- Cruess, S. R. y Cruess, R. L. (2004). Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. *Virtual Mentor*, 6(4), 185–188. DOI: 10.1001/virtualmentor.2004.6.4.msoc1-0404.
- Cruess, S. R. y Cruess, R. L. (2008). Expectations and Obligations: Professionalism and Medicine's Social Contract with Society. *Perspectives in Biology and Medicine*, 51(4), 579–598. DOI: 10.1353/pbm.0.0045
- De Negri, A. (2017). Debate sobre educación médica: ¿cuál médico para cuál sistema de salud en Colombia? Conferencia - Doctorado Interfacultades en Salud Pública - Universidad Nacional de Colombia.
- Engel, G. L. (1977). The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196, 129–136. DOI: 10.1126/science.847460
- Epstein, R., Borrell-Carrio, F. y Suchman, A. (2004). The Biopsychosocial Model 25 Years Later: Principles, Practice, and Scientific Inquiry. *Annals of Family Medicine*, 2(6), 576–582. <https://doi.org/10.1370/afm.245>
- Freeman, T. R. (2016). *McWhinney's Textbook of Family Medicine*. Oxford University Press.
- Hexom, B. (2004). Beyond Medical School: The Frontier of Medical Activism. *Virtual Mentor*, 6(1), 41-43. DOI: 10.1001/virtualmentor.2004.6.1.msoc2-0401
- Krakauer, E. (1992). On Medicine and Politics. *The Yale journal of biology and medicine*, 65, 243–249. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1285451/>
- May, W. F. (1992). The beleaguered rulers: the public obligation of the professional. *Kennedy Institute of Ethics Journal*, 2(1), 25–41. DOI: 10.1353/ken.0.0018

- Ministerio de salud y protección social. (28 de marzo de 2020). Resolución 521 de 2020. Por la cual se adopta el procedimiento para la atención ambulatoria de población en aislamiento preventivo obligatorio con énfasis en población con 70 años o más o condiciones crónicas de base o inmunosupresión por enfermedad o tratamiento, durante la emergencia sanitaria por COVID-19. <https://www.minsalud.gov.co/RID/resolucion-521-de-2020.pdf>
- Mejía, L. M. (2013). Los Determinantes Sociales de la Salud: base teórica de la salud pública *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 31(supl 1), S28–S36. DOI: <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.13423>
- Meza, M. (2013). ¿Qué significa educación democrática? *Derecho y Humanidades*, 21, 71–84. <https://derechoyhumanidades.uchile.cl/index.php/RDH/article/view/34907>
- Nussbaum, M. C. (2001). *El cultivo de la humanidad: Una defensa clásica de la reforma de la educación liberal*. Ediciones Paidós Ibérica.
- Nussbaum, M. C. (2010). *Sin fines de lucro: Por qué la democracia necesita de las humanidades*. Katz Editores.
- Olivares, S. (2017). Fundamentos del aprendizaje centrado en el paciente. En Olivares, S. y Valdez, J. *Aprendizaje Centrado en el Paciente. Cuatro perspectivas para un abordaje integral* (pp. 2–37). Editorial Médica Panamericana.
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Subsanan las desigualdades en una generación. Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud. Resumen analítico del informe final. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/69830/1/WHO_IER_CSDH_08.1_spa.pdf

- Sánchez Angarita, J. (2017). *Aprendizaje basado en problemas en la formación de los estudiantes de postgrado en obstetricia y ginecología*. Universidad Pedagógica Nacional. <http://hdl.handle.net/20.500.12209/9299>.
- Tejo-Mejía, J., Estrada-Salgado, D., Peña-Balderas, J., Garnica-García, J., Ángeles-Cruz, R., Díaz-Reyes, J., Salinas-Velasco, R. y Luis-Hernández, R. (2005). Desafíos en la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado: el caso de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 7(3), 109–116. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2005/amf053g.pdf>
- Tizón García, J. L. (2007). A propósito del modelo biopsicosocial, 28 años después: Epistemología, política, emociones y contratransferencia. *Atención Primaria*, 39(2), 93–97. DOI: 10.1157/13098677

Figura 13

Adulta mayor en situación de soledad en el municipio de Busbanzá - Boyacá



Nota. Fotografía de Francy Nelly Pérez, archivo personal, Busbanzá (Boyacá), 2020

Figura 14

Residente de Medicina Familiar en visita domiciliaria a adulto mayor



Nota. Fotografía de Olga Lucía Peña Torres, archivo personal, municipio de Motavita (Boyacá), 2022