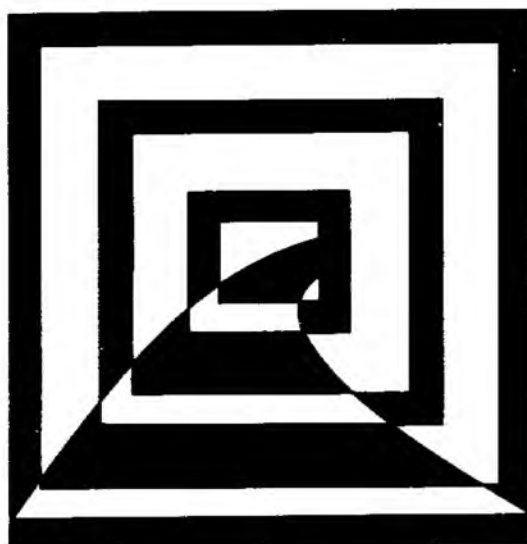


Asociación Colombiana De Facultades De Medicina

**SEMINARIO PERMANENTE
DE
EDUCACION MEDICA**

LA FORMACION DEL MEDICO



Bogota, 1991-1992.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

SEMINARIO PERMANENTE DE EDUCACION MEDICA

LA FORMACION DEL MEDICO

Ponencias presentadas por los
participantes en la Segunda
Unidad del Seminario Permanente
de Educación Médica

Melgar, Septiembre 16 a 20 de 1.991

C O N T E N I D O

	Pág.
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA LA INVESTIGACION COMO EJE EN EL PROGRAMA DE FORMACION DEL MEDICO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA	1
UNIVERSIDAD DE CALDAS ANALISIS HISTORICO Y DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE EVALUACION DE LOS DOCENTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE CALDAS	14
UNIVERSIDAD DEL CAUCA - EL CURRICULUM DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA EDUCACION.	39
- ENSAYO DE MARCO CONCEPTUAL DEL CURRICULO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE CALDAS.	50
INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD INFORMATICA Y EDUCACION MEDICA	60
UNIVERSIDAD LIBRE - SECCIONAL ATLANTICO - PROGRAMA DE INTEGRACION Y PREPARACION PARA LOS ESTUDIANTES DE ULTIMO AÑO CURSO PRE-INTERNADO	70
- NUEVOS ENFOQUES EN LA ENSEÑANZA DE CIENCIAS DE LA SALUD A LA LUZ DE LA NUEVA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y DE LA LEY 10 DE 1.990 PARA ALCANZAR LA SALUD BASICA PARA TODOS EN EL AÑO 2.000.	84
UNIVERSIDAD LIBRE - SECCIONAL DE CALI LA ENSEÑANZA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD LIBRE - CALI	93
UNIVERSIDAD METROPOLITANA RESULTADOS DE LA NUEVA METODOLOGIA PARTICIPATIVA COMO UN MODELO DE APRENDIZAJE.	97

ESCUELA MILITAR DE MEDICINA COMO DICTAR UNA CONFERENCIA	101
UNIVERSIDAD TECNOLOGICA DE PEREIRA	
- PLAN DE ESTUDIOS PARA LA FACULTAD DE MEDICINA U. TECNOLOGICA DE PEREIRA	108
- AMENAZAS DE LA EDUCACION MEDICA	116
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO	
EXPERIENCIA CON EL SEMINARIO INVESTIGATIVO EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL QUINDIO	118
UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA	
ADMINISTRACION EN SALUD EN EL PROGRAMA DE MEDICINA	121

LA INVESTIGACION COMO EJE EN EL PROGRAMA DE
FORMACION DEL MEDICO GENERAL DE LA
UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

Dr. FRANCISCO GUTIERREZ H.
Profesor Asociado y Jefe Departamento
de Farmacología y Toxicología

LA INVESTIGACION COMO EJE EN EL PROGRAMA DE FORMACION DEL
MEDICO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

"Con la proliferación de disciplinas, en lugar de construir una imagen continua y coherente del mundo, estamos descubriendo fragmentos ricos en detalles pero aislados.

Abrimos orificios en esa pared del misterio que llamamos realidad y hacemos cuidadoso análisis en cada sitio: pero sólo ahora empezamos a sentir la necesidad de conectar estas sondas unas con otras para lograr penetrar de manera coherente en su interior"

ERVIN LASZLO

"A menos que personalmente haya experimentado una revolución durante su propia vida, el sentido histórico del científico activo...sólo se extenderá a los resultados más recientes de las revoluciones en su campo"

THOMAS KUHN

LA INVESTIGACION COMO EJE EN EL PROGRAMA DE FORMACION
DEL MEDICO GENERAL DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

POR: FRANCISCO JAVIER GUTIERREZ H*

1. UNA VISION GENERAL

No cabe duda que al explorar la posibilidad de investigar se deben integrar todas las vias que conducen al conocimiento, desde las puramente informativas hasta aquellas que plantean todo un proceso hacia la solución de problemas y la toma de decisiones.

Como siempre sucede a cada quien le atrae una via o un camino diferente al de otros, es mas, hay quienes el viaje lo hacen más rápido ó más lento ó más extasiados por el paisaje ó más atraídos por los vericuetos y recodos de la via, en una jornada o en diferentes etapas.

El acercamiento al proceso investigativo es entonces una vivencia particular pero que se engrandece con las experiencias de los demás, de una forma que se logra tal adherencia y cohesión que aumenta el conocimiento existente particular, un vericuetos ó se fragmenta para ampliarse posteriormente ó para darle una

* Médico Farmacólogo
Profesor y Jefe del Depto de Farmacología y Toxicología
Facultad de Medicina U. de A.

nueva base estructural.

De allí que el método científico no sea la manera única de acercarnos al conocimiento en salud, aunque por todos es conocido que sus razones teóricas y la ejecución práctica de sus principios son una herramienta excepcional cuando de encontrar una solución permanente o temporal se trata.

Debemos tener en cuenta para cualquier propuesta que estamos inmersos en un mundo de profundas transformaciones sociales, políticas, económicas y culturales. No olvidemos que el conocimiento también vive sus profundos cambios aún en su estructura como en la forma de comunicarlo.

Cada nuevo avance es apenas un asomarnos hacia las profundidades que no se escudriñan todavía. Bien lo decía el Doctor Bernardo Peña en una reunión de educadores médicos en ASCOFAME el pasado mes de Mayo: " Estamos empezando la revolución de conocimiento, presenciamos sus albores, sus límites son sólo de la mente humana. Sus consecuencias, los que la libertad y la conciencia determinen "

2. NUESTRO PROBLEMA

La Actividad investigativa a nivel de pregrado en la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia, se ha realizado hasta la fecha bajo diferentes modalidades . El plantear la afirmación de que todas ellas han presentado dificultades de orden técnico

práctico así como deficiencias estructurales no parece estar muy alejada de la realidad.

Diversos factores externos a la Facultad han contribuido a ello. Podríamos mencionar algunos:

- La ausencia de un modelo de desarrollo nacional que estimule la investigación a todos los niveles.
- La dependencia económica, tecnológica, científica, e incluso política de nuestro país.
- La falta de confianza en nuestros valores.
- La fragmentación del conocimiento universal.
- El presupuesto mínimo nacional para la investigación.
- El esfuerzo aislado de unos pocos que en la mayoría de los casos deben salir del país en busca de apoyo.

También se sumaría a esta problemática una serie de factores internos como :

- La falta de objetivos y extrategias institucionales al respecto.
- La escasa capacitación docente y discente, así como, la falta de asesores actitudinalmente dispuestos y de una infraestructura básica para el desarrollo de las inquietudes relacionadas.
- La desarticulación entre las áreas básicas y las clínicas como entre la docencia y la asistencia.
- La mirada particular individualista que reemplaza a la del enfoque interdisciplinario en torno del acto médico.

- La poca flexibilidad del currículo tradicional centrado en la información más que en la adquisición de habilidades, destrezas y estrategias cognoscitivas.
- La Prioridad en la formación de especialistas sobre la formación del médico general.

Se podrían citar otros factores que son propios de la desarticulación de los Currículos Médicos con respecto a la realidad regional, nacional y mundial, como al desconocimiento de sus necesidades y problemas .

3. LA REALIDAD QUE AFRONTAMOS- ANTECEDENTES

Aunque aisladas, han existido experiencias valiosas en torno a la investigación en nuestro pregrado, cada una con sus pecados pero no dudarlo, con la mejor buena voluntad de sus gestores .

3.1 Metodología de la Investigación.

Este hecho que es el padre del proceso investigativo ha sido escaso en el currículo médico nuestro hasta el punto de no aparecer en los planes de estudio convencionales . Sólo cuando aparecen esfuerzos aislados de uno que otro "gomoso" se ha instaurado, resultando una simple cátedra sobre la introducción al método científico desde la parte operativa, más que a la construcción de la investigación sobre bases conceptuales sólidas para que soporte la crítica y el análisis juicioso.

3.2 El estudiante como Co-Investigador.

Esta experiencia radica en vincular al estudiante a proyectos específicos en los departamentos o secciones en calidad de recolector de datos, monitores, auxiliares, tabuladores, secretariado, hasta coinvestigador con el significado literal que asume dicho término.

Se puede establecer una relación casi tutorial entre el director de la investigación y el estudiante conociendo sus inquietudes respecto al trabajo que desarrolla; exige tiempo extra en la dedicación del estudiante dándole un carácter de responsabilidad y de autoformación permanente.

En contraposición tenemos que quien quita y pone es el Departamento o el profesor, el es quien toma las decisiones, planea, coordina, es dueño del producto... EL SABER.

La mayoría de los Departamentos no transitan por este cuento, son pocos los docentes investigadores y muy limitados sus recursos, por lo tanto, no surgen alternativas diferentes para los alumnos.

3.3 Los ejercicios investigativos.

Esta experiencia nace básicamente con el deseo de que los estudiantes planteen sus propios problemas en las diversas asignaturas que cursen, a través de un enfoque metodológico muy flexible donde ellos planean sus protocolos y los desarrollan asesorados por sus docentes. Esta idea facilita la capacidad de

imaginarse y crear situaciones problemáticas, se convierte en un trabajo participativo, de autoformación constante ya que son los estudiantes quienes diseñan sus propios instrumentos y consiguen los recursos necesarios.

Tiene varias limitaciones . Los docentes asesores en su mayoría no tienen actitud positiva hacia la investigación, incluso a veces estando capacitados en metodología de la investigación no logran captar las inquietudes de los estudiantes y mucho menos desarrollarlas. Se sobrecarga al docente motivado que ofrece unas estrategias mas acordes puesto que cada grupo quiere tener su opinión y asesoria. Muchas veces es un requisito académico evaluable, se pierde la libertad de acción y la vocación investigativa para pasar ser una simple condición académica. De otro lado compromete escasas disciplinas de la Facultad corriendo se el riesgo de identificar dichos ejercicios como una asignatura y no como parte de un currículo donde debieran existir diversas alternativas para sus inquietudes .

3.4 La autoformación.

A esta experiencia corresponden situaciones de carácter personal de estudiantes que ven en la investigación algo de autorealización fomentando la creación de grupos interdisciplinarios, o a veces solos, consiguiendo su propia capacitación y hasta sus propios recursos ajenos a la colaboración universitaria. Se conocen más sus logros por fuera del "campus universitario" que al interior de él.

No podríamos hacer un juicio crítico acerca de sus trabajos puesto que no llegan a nuestras manos regularmente.

Son como el hijo pródigo que sale a buscar fortuna a otros lares con la esperanza que a sus hermanos les toque un mejor vivir.

3.5 Pseudolíneas de investigación.

Existen desde hace muchos años. Masifica los proyectos de investigación. La idea y la coordinación hacen del docente quien transmite la idea a un primer grupo de estudiantes quienes hacen la revisión histórica y bibliográfica al respecto. Un segundo grupo plantea el marco conceptual. Otro grupo esboza la metodología. La parte ejecutorial es realizada por un cuarto grupo así como la tabulación y el análisis de los resultados por un quinto grupo.

Como ven la coherencia interna del proceso se va disgregando en responsabilidades grupales. El docente es el único que sabe el camino, se multiplica su trabajo cada vez tratando de ingresar en la línea a cada grupo. Al final se hace difícil que los estudiantes comprendan el estado real de su contribución. Amen. de la apropiación de ideas desarrolladas por otros y gestadas en condiciones iguales. Podrá ser satisfactorio en el sentido participativo pero, indudablemente desastante.

3.6 El Seminario investigativo.

Fue creado en la Universidad alemana para reemplazar a la cátedra

tradicional. Es un punto de aprendizaje activo . El estudiante no recibe la información elaborada sino que la busca con sus propios medios. "El alumno sigue siendo discípulo pero a su vez empieza a ser maestro".

El Seminario investigativo tiene las siguientes ventajas:

Los estudiantes se ejercitan en la investigación personal, aprenden a trabajar en equipo, el conocimiento no se les dá estructurado, lo construyen. Se aprende a aprender, se comparte lo aprendido, " se siembra y se cosecha".

Esta herramienta garantiza que los estudiantes consulten la fuente de los temas, se comprende un texto, se analizan sus partes y se capta su estructura. El método de estudio garantiza el compromiso y la participación activa. Se aprende a discutir, criticar y exponer con palabras propias lo que se entiende en un proceso de comunicación y retroalimentación permanentes.

Existe un estrecho contacto entre el docente y el estudiante quienes trabajan conjuntamente para la solución de problemas, se intercambian diferentes puntos de vista. Se investiga, se reflexiona, se concluye.

Cada quien tiene una función determinada y unas acciones que desarrollar para cada sesión específica. Todos aprenden de todos. Une la docencia con la investigación. Se dá apertura a la producción de conocimientos y a las inovaciones educativas como a la educación continua.

4. LA PROPUESTA

Aquí retomamos los elementos positivos de cada una de las experiencias anteriores planteando la Investigación en el Pregrado como un continuo desde la fundamentación teórica hasta la ejecución.

Pretendemos ofrecer durante el desarrollo del plan de estudio siete momentos básicos que pueden complementarse horizontal y verticalmente con un Currículo flexible.

Las inquietudes de carácter particular que se salgan de este marco de referencia también tendrán acogida, de una manera extracurricular para lo cual, deben existir recursos humanos y físicos adecuados que en lugar de contraponerse a nuestra propuesta básica la complementen.

Los momentos específicos de la propuesta a saber son:

4.1. La Apropiación del Conocimiento Existente

4.2. La Fundamentación Epistemológica

4.3. Las Herramientas Metodológicas

4.4. La Ejecución - Acción

4.5. El Análisis

4.6. La Crítica

4.7. La Publicación como Extensión del Conocimiento

Se buscará que este proceso sea secuencial en el plan de estudios y comenzará desde como se lee críticamente la literatura médica y relacionada hasta como se debe publicar un artículo científico.

Consideramos que la investigación en el pregrado y aún en el postgrado debe ser una herramienta para evitar el aprendizaje mecánico de conceptos y principios. Debe permitir un acercamiento personal y colectivo al objeto de estudio, que facilite en su momento la comprensión del conocimiento particular o general, la creatividad, la acción y la asimilación de lo hecho con base en el análisis crítico particular o colectivo.

La investigación como elemento integrador de conocimientos, permite al hombre desarrollarse como persona, alejándolo de las visiones miopes, parcializadas e impuestas por otros. Lo conduce al verdadero conocimiento científico y social, única forma de transformar la realidad. La suya, su entorno, la globalidad. En el término más amplio posible: HACER SUYO EL AMBIENTE.

Al motivar al estudiante a cuestionarse sobre el origen de los conceptos más simples puede ser el camino que lo conduzca a resolver los problemas más complejos, por ello consideramos que el método a seguir en cada evento de esta propuesta debe ser el planteado por los Seminarios Investigativos. Así lograremos una verdadera formación del estudiante puesto que se le facilita su propia construcción de conocimientos y no se le deforma: cuando somos los docentes quienes planteamos las preguntas y esperamos de

ellos sus respuestas.

La Investigación en el pregrado debe superar etapas, que si bien pueden ser secuenciales deben aproximarse a una metodología de trabajo flexible, democrático, autoconstructiva, retroalimentadora y a su vez eficaz.

Melgar, Septiembre de 1.991

**ANALISIS HISTORICO Y DESCRIPTIVO DEL PROCESO DE EVALUACION
DE LOS DOCENTES DE LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD DE CALDAS**

Dr. RAFAEL PAVA MARIN
Jefe Departamento de Patología

1. INTRODUCCION

El Estatuto docente de la Universidad de Caldas en sus artículos 40 a 44 reglamenta la Evaluación de los docentes para efectos de ingreso, permanencia y promoción, teniendo en cuenta las disposiciones del Decreto Ley 80 de 1980. Dice el Estatuto docente que los profesores de tiempo completo y de tiempo parcial, deberán ser evaluados, por lo menos una vez al año, y los de cátedra deberán serlo una vez antes del vencimiento del período respectivo.

Se le delega a los Consejos de Facultad la realización de las evaluaciones según la reglamentación emanada por los Consejos Académico y superior de la Universidad.

La Facultad de Medicina, para llevar a efecto la evaluación de sus profesores, inicia una experiencia que se remonta a 1985 elaborando un sistema de evaluación por parte del Centro de Educación Médica. Posteriormente el Consejo Superior de la Universidad de Caldas, por medio del acuerdo No 043 de 1989 diseña un marco general al cual deben supeditarse la actuación de los Consejos de Facultad y los Evaluadores, y desde entonces los docentes de la Facultad de Medicina han sido sometidos a los parámetros de evaluación contenidos en el mencionado acuerdo.

Este análisis no pretende recomendar sistemas de evaluación, lo que se intenta es revisar con detenimiento la evolución histórica del proceso, como una primera aproximación personal, o como una primera observación, antes de someterla a crítica o comprometerla con la estructuración de nuevos modelos.

2. PRINCIPIOS GENERALES Y OBJETIVOS DE LA EVALUACION

El estatuto docente señala en su artículo 40 que la evaluación se tendrá en cuenta "para efectos del ingreso, permanencia, promoción y para el retiro del docente del escalafón" (1) No señala otras funciones al proceso de evaluación de docentes. Cuando el Centro de Educación Médica diseña el primer sistema de evaluación, en el documento donde se definen los parámetros a evaluar se encuentran los siguientes propósitos: "Mejorar el sistema académico de la Facultad" y "obtener información sobre la calidad del desempeño de sus docentes para participar en la definición de su ingreso, su promoción o no a la Universidad" (2). Ese mismo documento le fija un objetivo a la evaluación: "Evaluar el desempeño de los docentes de la Facultad de Medicina de la Universidad de Caldas mediante un proceso que permita identificar y suministrar información orientada a detectar las realizaciones y logros alcanzados, y que sirvan de base para la toma de decisiones con el fin de mejorar la calidad docente"

El acuerdo No 043 de 1989 del Consejo Superior de la Universidad de Caldas en el cual se adoptan los procedimientos de evaluación del personal docente de la Universidad señala en sus consideraciones que la evaluación profesoral concebida como parte del sistema de evaluación académica institucional, debe ser un

proceso de identificación, obtención y suministro de información y de conocimientos sobre las realizaciones y logros del profesor y las condiciones en que se desarrolla su actividad a fin de que se tomen las decisiones oportunas y necesarias tendiendo al mejoramiento de la calidad docente.

Con relación a los propósitos de una evaluación de docentes el artículo 110 del Decreto Ley 80 de 1980 se limita a decir "Los requisitos y condiciones de ingreso y promoción dentro del escalafón serán de carácter académico y profesional. Para ello se deberán tener en cuenta, como mínimo las investigaciones y publicaciones realizadas, los títulos obtenidos, los cursos de capacitación, actualización y perfeccionamiento adelantados, la experiencia y eficiencia docentes y la trayectoria profesional. El simple trascurso del tiempo no genera derechos para la promoción" (3).

En el libro titulado "La Evaluación de los profesores del personal de Salud" de ARIE ROTEM y FRED R. ABBAT se encuentran los siguientes conceptos importantes con relación a las actividades de evaluación de la eficacia del proceso de enseñanza. Dice el libro que enseñar es una actividad que entraña diversas aptitudes. Estas aptitudes se pueden desarrollar y mejorar. Los profesores pueden mejorar sus aptitudes mediante el examen crítico de lo que hacen y de los resultados que obtienen. Señala además que la retroinformación recibida de los alumnos y de otros profesores permite determinar los aspectos de la enseñanza que pueden ser mejorados (4). Sobre ésta base se pueden establecer un método dirigido a medir los resultados del proceso de enseñanza orientado fundamentalmente a que los profesores hagan un esfuerzo para mejorar su aptitud como docentes. El primer paso en este método consiste en que el profesor reconozca que puede mejorar su trabajo. En segundo lugar el profesor debe identificar el aspecto en su labor que debe modificar para mejorar.

Si tenemos en cuenta que en una Facultad de Medicina la mayoría de sus profesores fueron entrenados en la adquisición de aptitudes para desempeñarse como médicos generales, especialistas, o en microbiología, parasitología, bioquímica etc., y que no han recibido ninguna preparación para enseñar, es obvio pensar que es allí donde más se debe estimular al personal docente en las actividades para mejorar las aptitudes como maestros.

Después de reconocer estos aspectos generales, lo primero que se debe pensar es que esta actitud de crítica con respecto al trabajo de un docente, debería ser una actitud muy íntima, de autoanálisis, de reflexión sobre su propia labor. Algo así como hacerse estas preguntas:

- Qué debo hacer para modificar este procedimiento docente?
- El procedimiento docente que estoy utilizando, es el adecuado para conseguir los objetivos propuestos?
- Cómo saber que casos se deben hacer de otra manera?

- Cómo se puede obtener retroinformación de otros docentes, de los alumnos que me sea útil para mi labor de enseñanza?

Y si nos atenemos a los principios generales de la Universidad de Caldas con relación a la evaluación al trabajo de los docentes, y a los objetivos señalados, cuando dice que lo que se pretende es el mejoramiento de la calidad docente, todo el sistema implementado para realizar ésta actividad debería conducir a que cada profesor se haga las preguntas señaladas anteriormente. Si esta no es su consecuencia inmediata debemos concluir que el sistema diseñado está fallando.

3. RESEÑA HISTORICA

El proceso de evaluación de docentes se empezó a diseñar y aplicar desde 1985. El primer modelo fué elaborado por la Oficina de Educación Médica acogiéndose a la reglamentación vigente como tarea delegada por el Consejo de Facultad.

Se definió calificar los siguientes parámetros:

- Conocimientos
- Metodología educativa
- Relaciones interpersonales
- Cumplimiento de labores académicas

Los evaluadores deben ser:

- Estudiantes
- Jefe departamento
- Decano de la Facultad

A cada parámetro se le asignó un puntaje porcentual según el evaluador así: (Ver cuadro No 1).

La calificación de cada parámetro se realiza sobre unas guías (ver anexos) diferentes para cada evaluador (Estudiantes, Jefe departamento y Decano). Los valores porcentuales se asignaron teniendo en cuenta la relación del evaluador con el docente evaluado. Se considera que el Jefe del Departamento tiene mas autoridad para calificar conocimientos que los estudiantes o el decano. Se considera que los estudiantes tienen mas autoridad para calificar metodología educativa que el Jefe del departamento y en relaciones interpersonales tiene mas valor la calificación del Jefe del departamento. Las guías serán analizadas en un capítulo posterior porque considero que es el instrumento básico de todo el proceso y merece análisis aparte.

Posteriormente el Consejo Superior de la Universidad de Caldas por medio del acuerdo No 043 de 1989 reglamenta esta actividad y distribuye los parámetros a calificar según porcentajes así: (Ver cuadro No 2).

PARAMETROS	CONOCIMIENTO		METODOLOGIA EDUCATIVA		RELACIONES INTERPERSONAL		CONOCIMIENTO DE LABORES ACADEMICAS		TOTAL	
	PUNTOS	%	PUNTOS	%	PUNTOS	%	PUNTOS	%	PUNTOS	%
ESTUDIANTES	15	7.5	25	12.50	20.0	10.0	XX	XX	60.0	30.0
JEFE DEPARTAMENTO O INMEDIATO	35	17.5	15	7.5	30.0	15.0	30.0	15.0	110.0	55.0
DECANO	5	2.5	XX	XX	15.0	7.5	10.0	5.0	30.0	15.0
TOTAL	55	27.5	40.0	20.0	65.00	32.50	40.0	20.0	200.0	100.0

CUADRO No 1

PORCENTAJE DE LOS PARAMETROS POR EVALUADOR (PRIMER MODELO)

PARAMETROS EVALUADORES	CUMPLIMIENTO LABORES ACADEMICAS	RELACIONES UNIVERSITARIA	CONOCIMIENTOS	METODOLOGIA EDUCATIVA	TOTAL
ESTUDIANTES	-	10	30	30	70
JEFE DEPARTAMENTO O INMEDIATO	20	10	20	20	70
DECANO	40	20	-	-	60
TOTAL	60	40	50	50	200

CUADRO No 2

PORCENTAJE DE LOS PARAMETROS POR EVALUADOR (ACUERDO 043 DE 1989)

Define cada parámetro así:

CUMPLIMIENTO DE LABORES ACADEMICAS: Conceptos emitidos con base en los planes de trabajo y labores cumplidas. Cumplimiento de los compromisos de trabajo. Se le asigna mayor valor al concepto del decano. Los estudiantes no califican este aspecto.

CONOCIMIENTOS: Actualización en el área o especialidad. Capacitación para la docencia universitaria y producción intelectual incluyendo conferencias dictadas, publicaciones, investigaciones, libros o material didáctico. Amplitud de conocimiento en cuanto al campo profesional. Se le da mayor valor al concepto de los estudiantes (ver cuadro No 2). El decano no califica.

RELACIONES UNIVERSITARIAS: Relaciones interpersonales (estudiante, profesores, autoridades universitarias, empleado), observancia de los canales de comunicación, participación en ejecución de eventos especiales y comportamiento ético.

METODOLOGIA EDUCATIVA: Aplicación de la metodología apropiada de acuerdo a objetivos y contenidos, presentación de contenidos, cumplimiento de las reglas a seguir en las evaluaciones, estructuración y actualización de programas, utilización del material didáctico.

Se le da mayor valor al concepto de los estudiantes.

El puntaje total es de 200 puntos. El profesor debe obtener un puntaje definitivo igual o mayor al 75%. En caso contrario, se le hará un seguimiento por dos semestres consecutivos por una comisión nombrada por el Comité de Personal Docente.

El instrumento de calificación son las guías, (ver anexos) que han sido diseñados por cada Consejo de Facultad, en el caso de la Facultad de Medicina, labor asignada a la Oficina de Educación Médica.

En este momento se está aplicando las normas contenidas en el acuerdo No 043 de 1989.

No se ha realizado una evaluación global de sus resultados.

4. DESCRIPCION DE LAS GUIAS:

En los dos modelos de evaluación usados hasta el momento se han utilizado como instrumentos guías a manera de encuestas diferentes según el evaluador. En el caso de los estudiantes se toma una muestra considerada representativa de estudiantes del semestre inmediatamente superior con relación al curso que dicta el profesor evaluado para garantizar que se le conoce bien. Los estudiantes no firman las encuestas quedando completamente anónimas.

4.1 GUIAS USADAS EN EL PRIMER MODELO

En todas las guías se hacen una serie de preguntas para cada parámetro. Cada una debe ser calificada al frente como muy bien (MB) bien (B) regular (R) y mal (M)

MB equivalente a 4 puntos
B equivalente a 3 puntos
R equivalente a 2 puntos
M equivalente a 1 punto

GUIA DEL ESTUDIANTE: En la guía del estudiante se hacen las siguientes preguntas: (anexo No 1).

Para conocimientos: Domina el desarrollo de los temas durante las reuniones de trabajo.

- Hace referencia a conceptos actualizados
- Maneja los conceptos básicos del área que desarrolla
- Transmisión de conceptos
- Resuelve las necesidades de conocimiento y práctica de los estudiantes.

Para Metodología :

- Explica objetivos y métodos para trabajos
- Demuestra creatividad al emplear diferentes formas metodológicas.
- Despierta interés por los temas
- Estimula la participación del grupo por medio de preguntas y respuestas o repetición de procedimientos.
- Orienta las evaluaciones de acuerdo a los objetivos y utilizar los resultados para aclarar y reforzar conceptos.
- Orienta las evaluaciones conceptuales hacia la formación personal profesional.

Relaciones Interpersonales:

- Favorecen su comunicación con los estudiantes
- Escucha a estudiantes, compañeros y otras personas del equipo Salud.
- Forma de solicitar colaboración a estudiantes
- Es ejemplo para su formación personal y profesional
- Reconoce sus cualidades
- Reconoce sus limitaciones

Se deja un espacio para anotar las cualidades del profesor y aspectos que debe mejorar.

GUIA PARA EL JEFE DE DEPARTAMENTO (ANEXO No2)

Conocimientos:

- Domina los conceptos propios de su área
- Demuestra destreza en el desarrollo de procedimientos

- Se actualiza
- Participa en investigaciones
- Estimula el desarrollo científico del departamento

Metodología Educativa:

- Prepara las actividades a realizar con estudiantes
- Emplea formas metodológicas de acuerdo a objetivos temas y características del grupo.
- Se interesa por lo resultados obtenidos con el empleo de diferentes metodologías.
- Orienta las evaluaciones teórico-prácticos hacia la identificación del logro de los objetivos.
- Orienta las evaluaciones conceptuales hacia la formación personal y profesional del estudiante.

Relaciones Interpersonales:

- Demuestra actitud de diálogo en la orientación a los estudiantes.
- Las relaciones con sus compañeros de trabajo gira en torno al respeto y colegaje.
- Da y solicita ayuda
- Relaciones con sus superiores y Consejos o Comités
- Estimula el desarrollo humano del departamento.

Cumplimiento de labores Académicas:

- Cumple con los horarios definidos
- Informa a quien corresponda su inasistencia o retardo a las actividades programadas.
- Participa en actividades académico-administrativas que son asignadas.
- Promueve o participa en actividades de extensión
- Ejecuta el plan de trabajo que presenta semestralmente
- Presenta semestralmente su informe de las actividades realizadas.
- Su creatividad es un estímulo que favorece el desarrollo del departamento o sección.

Guía del Decano:(Anexo No 3)

Conocimientos:

- Se interesa por asistir a actividades de Educación Continuada y experiencias favoreciendo el desarrollo de estas.

Relaciones Interpersonales:

- Sus relaciones con compañeros, superiores y otros .
- Demuestra actitud de diálogo en la orientación de estudiantes y compañeros.
- Sobresale dentro del equipo docente por la calidad de sus relaciones humanas.

Cumplimiento de Labores Académicas:

- Presenta semestralmente su plan de trabajo.
- Ejecuta el plan presentado y elabora el informe correspondiente
- Cumple las tareas asignadas.
- Su aporte y experiencias favorecen el desarrollo de todas las actividades docentes.

Al final el profesor es calificado sobre la base de 49 preguntas. Estas guías ya calificadas se le presentan al profesor para que haga sus comentarios y al final son enviados al Consejo Facultad.

4.2 GUIAS USADAS EN EL MODELO SEGUN EL ACUERDO No 043 DE 1989

En este modelo no se califica con la escala del modelo anterior sino que se da una escala según los siguientes criterios. .

- El comportamiento que se describe es permanente en el profesor y despierta el interés por estudiar y aprender- tiene un valor 4 puntos.
- El comportamiento casi siempre está en el profesor y facilita el aprendizaje- tiene un valor de 3 puntos.
- El comportamiento descrito con frecuencia esta ausente y a veces interfiere con el aprendizaje - tiene un valor de 2 puntos.
- El comportamiento descrito rara vez o nunca está presente tiene un valor de un punto.
- Cuando no se ha tenido oportunidad de estar al tanto para emitir un concepto- se marca el 0 - tiene un valor de 0.

Guía para Estudiantes (ver anexo No4)

Conocimientos:

Se usan los mismos conceptos de la guía del modelo anterior quitando la pregunta sobre transmisión de conceptos y la pregunta "resuelve las necesidades de conocimiento y prácticas de los estudiantes".

Metodología:

Aquí cambia totalmente la formulación de preguntas así :

- Facilitó la transmisión de conocimientos por medio de explicaciones, ejemplos y demostraciones?
- Presentó la información de manera lógica y clara?
- Cumplió con el horario asignado a las actividades docentes?
- Cuando empleó ayudas educativas, estas hicieron más comprensible los temas expuestos?
- Se interesó por resolver preguntas?
- Fomento la formación integral del estudiante?

Relaciones Interpersonales:

- Dió trato respetuoso a los pacientes
- Dió trato respetuoso al personal de equipo de trabajo en salud y docencia.
- Maneja con cuidado equipo, instrumento y materiales de Universidad y Hospital.
- Estableció un clima de respeto mutuo.
- Facilitó la ejecución de eventos académicos.

El resto de preguntas estaban incluidas en la guía anterior (reconoce sus limitaciones, favorece la comunicación).

Guía para el Jefe de Departamento (Anexo No 5).

Conocimientos:

Solo se le agrega la pregunta sobre transmisión de conocimientos a otros profesores, residentes y estudiantes y se anula la pregunta sobre la participación en investigaciones.

Metodología Investigativa:

Se realizan las mismas preguntas sobre planeación de programas académicos, empleo de metodologías diferentes, orientación de las evaluaciones hacia identificación de logros y se agregan dos:

- Fomentó la formación integral del estudiante.
- Estuvo dispuesto para asesorar a los estudiantes cuando fue solicitado.

Relaciones Universitarias:

Aquí cambia sustancialmente la guía y se pregunta:

- Dió trato respetuoso a los pacientes?
- Dió trato respetuoso al personal?
- Utilizó adecuadamente los canales de comunicación?
- Respetó las líneas de autoridad?
- Manejó con cuidado los equipos, instrumentos y materiales de Universidad?
- Dió trato respetuoso a los estudiantes?
- Colaboró en la organización y ejecución de eventos académicos, culturales o sociales?
- Favoreció las relaciones del departamento con otros departamentos de la Facultad?
- Fomentó las relaciones de la Facultad con otras Instituciones Universitarias, de Salud o Asociaciones científicas?
- Demostró comportamiento ético?

Cumplimiento de Labores:

Se pregunta lo siguiente:

- Cumplimiento con labores académicas y asistenciales.

- Colaboración con programas de extensión, capacitación o servicios.
- Participación en investigaciones.
- Participación en organización y ejecución de eventos de carácter académico.
- Asistió a las reuniones.
- Cumplimiento de evaluaciones.
- Presentación de informes semestrales.
- Cumplimiento horarios establecidos.

Guía para el Decano:

Se pregunta lo siguiente:

En cumplimiento:

- Cumplió con las labores académicas y asistenciales.
- Cumplió con las actividades administrativas.
- Colaboró con los programas de extensión, investigación, capacitación o servicios de la Universidad.
- Cumplió con los horarios de trabajo.

Relaciones Universitarias:

- Dió trato respetuoso a profesores, estudiantes y pacientes.
- Utilizó adecuadamente los canales de comunicación.
- Respetó las líneas de autoridad.
- Manejó con cuidado los equipos, instrumento y materiales.
- Colaboró en la organización y ejecución de eventos académicos, cursillos y deportivos o sociales.
- Fomentó las relaciones de la Facultad con otras Instituciones universitarias.
- Demostró comportamiento ético.

Al final el profesor es evaluado sobre el resultado de 57 preguntas. La evaluación se le muestra al profesor quien firma cada guía antes de ser enviada al Consejo de Facultad. Cuando la pregunta es respondida con 0, no se tabula para efectos del resultado final.

5. RECOMENDACIONES PARA UN TRABAJO DE ANALISIS POSTERIOR

- La tesis que se quiere plantear es que el sistema de evaluación de los profesores de la Facultad de Medicina cumple con el objetivo de mejorar la calidad de los docentes.

Para verificar ésta tesis es necesario:

1. Hacer un estudio de los resultados globales de todas las evaluaciones realizadas hasta la fecha, de pronto en forma comparativa enfrentando el primer modelo con el modelo de evaluación actual.
2. Encuestando a los profesores que ya han sido sometidos a evaluación en el sentido de tratar de comprobar hasta que punto la evaluación les ha servido como método de mejoramiento y

perfeccionamiento de su actividad docente.

3. Evaluar por separado cada parámetro en forma individual y global para ver si el conjunto de preguntas sirven para evaluar cada parámetro según se les define en el reglamento.

4. Medir el grado de "aceptación del método" por parte del grupo de profesores.

5. Evaluar por medio de encuestas el grado de aceptación del método y compromiso con el método que han adquirido los evaluadores (estudiantes - jefes de departamento y decano) en el proceso de evaluación.

6. Según los resultados recomendar las modificaciones pertinentes.

BIBLIOGRAFIA

1. Estatuto Docente Universidad de Caldas, 23 de Febrero de 1984, pag 18.
2. Centro de Educación Médica, Evaluación y Currículo- documento sin fecha.
3. Decreto número 80 de 1980, 22 de Enero de 1980, pag 25.
4. La Autoevaluación de los profesores del personal de Salud O.M.S., 1982 pag 5.

UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE EDUCACION MEDICA

EVALUACION DOCENTE
(GUIA PARA JESES DE DEPARTAMENTO O SECCION)

PROFESOR: _____ DEPARTAMENTO _____

EVALUADOR: _____ FECHA: _____

1. CONOCIMIENTOS:

- | | | | | | |
|------|---|----|---|---|---|
| 1.1. | Domina los conceptos propios de su área. | MB | B | R | M |
| 1.2. | Demuestra destreza en el desarrollo de procedimientos propios de su área. | MB | B | R | M |
| 1.3. | Se actualiza en el área propia de su trabajo. | MB | B | R | M |
| 1.4. | Participa en investigaciones de estudiantes de pre o posgrado y profesoral. | MB | B | R | M |
| 1.5. | Estimula el desarrollo científico del departamento. | MB | B | R | M |

2. METODOLOGIA EDUCATIVA:

- | | | | | | |
|------|--|----|---|---|---|
| 2.1. | Prepara las actividades a realizar con los estudiantes. | MB | B | R | M |
| 2.2. | Emplea formas metodológicas de acuerdo a los objetivos, temas y características del grupo. | MB | B | R | M |
| 2.3. | Se interesa por los resultados obtenidos con el empleo de diferentes metodologías en el trabajo con los estudiantes. | MB | B | R | M |
| 2.4. | Orienta las evaluaciones teórico-prácticas hacia la identificación del logro de los objetivos. | MB | B | R | M |
| 2.5. | Orienta las evaluaciones conceptuales hacia la formación personal y profesional del estudiante. | MB | B | R | M |

3. RELACIONES INTERPERSONALES:

- | | | | | | |
|------|--|----|---|---|---|
| 3.1. | Demuestra actitud de diálogo en la orientación a los estudiantes. | MB | B | R | M |
| 3.2. | Las relaciones con sus compañeros de trabajo giran en torno al respeto y colegaje. | MB | B | R | M |
| 3.3. | Da y solicita ayuda. | MB | B | R | M |
| 3.4. | Mantiene relaciones con sus superiores y consejos o comités. | MB | B | R | M |
| 3.5. | Estimula el desarrollo humano del departamento | MB | B | R | M |

4. CUMPLIMIENTO DE LABORES ACADÉMICAS:

- | | | | | | |
|------|--|----|---|---|---|
| 4.1. | Cumple en los horarios definidos, sus actividades docentes, asistenciales y/o docente asistenciales. | MB | B | R | M |
| 4.2. | Informa a quien corresponda su inasistencia o retardo a las actividades programadas. | MB | B | R | M |
| 4.3. | Participa en actividades académico-administrativas que le son asignadas. | MB | B | R | M |
| 4.4. | Promueve o participa en actividades de extensión. | MB | B | R | M |
| 4.5. | Ejecuta el plan de trabajo que presenta semestralmente. | MB | B | R | M |
| 4.6. | Presenta semestralmente su informe de las actividades realizadas. | MB | B | R | M |
| 4.7. | Su creatividad es un estímulo que favorece el desarrollo del Departamento o Sección | MB | B | R | M |

EVALUACION DOCENTE
 (GULA PARA EL ESTUDIANTE)

PROFESOR: _____ ASIGNATURA _____

FECHA: _____ SEMESTRE: _____

Señor Estudiante: Lea detenidamente cada planteamiento relacionado con los aspectos que debe evaluar en su profesor y tache con una X (equis) la alternativa que corresponda en su concepto a la calidad del desempeño en cada una de ellas así: MB (muy bien), B (bien), R (Regular), M (mal) absténgase de marcar los aspectos en los que no está seguro.

1. CONOCIMIENTOS:

- | | | | | | |
|------|--|----|---|---|---|
| 1.1. | Domina el desarrollo de los temas durante las reuniones de trabajo. | MB | B | R | M |
| 1.2. | Maneja y/o hace referencia a conceptos y/o procedimientos actualizados | MB | B | R | M |
| 1.3. | Maneja los conceptos básicos del área que desarrolla. | MB | B | R | M |
| 1.4. | Transmisión de conceptos. | MB | B | R | M |
| 1.5. | Resuelve las necesidades de conocimientos y prácticas de los estudiantes | MB | B | R | M |

2. METODOLOGIA:

- | | | | | | |
|------|--|----|---|---|---|
| 2.1. | Explica en las sesiones de trabajo:Objetivos contenido y métodos para trabajar. | MB | B | R | M |
| 2.2. | Demuestra creatividad al emplear diferentes formas metodológicas de enseñanza y/o trabajo. | MB | B | R | M |
| 2.3. | Estimula a los estudiantes despertando interés por los temas. | MB | B | R | M |
| 2.4. | Estimula la participación del grupo por medio de preguntas y respuestas o repetición de procedimientos en demostraciones. | MB | B | R | M |
| 2.5. | Orienta las evaluaciones de acuerdo a los objetivos y utiliza los resultados para aclarar o reforzar conceptos y procedimientos. | MB | B | R | M |
| 2.6. | Orienta las evaluaciones conceptuales hacia la formación personal y profesional del estudiante. | MB | B | R | M |

3. RELACIONES INTERPERSONALES:

- | | | | | | |
|------|---|----|---|---|---|
| 3.1. | Favorece, su comunicación con los estudiantes | MB | B | R | M |
| 3.2. | Escucha a estudiantes, compañeros y otras personas del equipo de salud. | MB | B | R | M |
| 3.3. | Forma de solicitar colaboración a estudiantes y otras personas. | MB | B | R | M |
| 3.4. | Es ejemplo para su formación personal y profesional. | MB | B | R | M |
| 3.5. | Reconoce sus cualidades. | MB | B | R | M |
| 3.6. | Reconoce sus limitaciones | MB | B | R | M |

UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE EDUCACION MEDICA

EVALUACION DE DOCENTES - GUIA PARA EL ESTUDIANTE

PROFESOR: _____

ASIGNATURA: _____ SEMESTRE: _____

FECHA: _____

INSTRUCCIONES

En la escala que aparece a continuacion encontrara un puntaje al frente del cual se describe un comportamiento determinado. Anote aquel que describe con mayor claridad la percepcion que usted tiene del desempeño del profesor.

ESCALA DE CRITERIOS:

4. El comportamiento descrito es permanente en el profesor y despierta el interés por estudiar y aprender.
3. El comportamiento casi siempre está en el profesor y facilita el aprendizaje.
2. El comportamiento descrito con frecuencia está ausente y a veces interfiere con el aprendizaje.
1. El comportamiento descrito rara vez o nunca está presente.
0. Marque esta columna cuando usted no ha tenido oportunidad de estar al tanto para emitir un concepto

RELACIONES UNIVERSITARIAS:

EL PROFESOR:.....

1. Dió trato respetuoso a los pacientes	4	3	2	1	0
2. Dió trato respetuoso al personal del equipo de trabajo en salud y docencia.	4	3	2	1	0
3. Escucho a los estudiantes cuando se le solicito	4	3	2	1	0
4. Manejo con cuidado los equipos, instrumentos y materiales de la Universidad y del Hospital.	4	3	2	1	0
5. Estableció un clima de respeto mutuo entre estudiantes y profesor.	4	3	2	1	0
6. Reconoció sus limitaciones.	4	3	2	1	0
7. Demostró comportamiento ético con las personas e instituciones.	4	3	2	1	0
8. Facilitó la ejecución de eventos académicos, deportivos o culturales.	4	3	2	1	0

CONOCIMIENTOS:

EL PROFESOR:.....

1. Demostró durante las actividades docentes (clases, seminarios, rondas, procedimientos, etc) poseer los conocimientos necesarios para facilitar el aprendizaje.	4	3	2	1	0
2. Orientó a los estudiantes hacia conceptos básicos de su asignatura.	4	3	2	1	0
3. Hizo referencia a diferentes puntos de vista o procedimientos con relación a los temas expuestos.	4	3	2	1	0

METODOLOGIA EDUCATIVA:

EL PROFESOR:.....

1. Facilitó la transmisión de conocimientos por medio de explicaciones, ejemplos o demostraciones.	4	3	2	1	0
2. Presentó la información de manera lógica y clara.	4	3	2	1	0
3. Cumplió con el horario asignado a las actividades docentes.	4	3	2	1	0
4. Cuando empleo ayudas educativas, estas hicieron más comprensible los temas expuestos.	4	3	2	1	0
5. Se interesó por resolver preguntas.	4	3	2	1	0
6. Fomentó la formación integral del estudiante.	4	3	2	1	0

UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE EDUCACION MEDICA

EVALUACION DE DOCENTES - GUIA PARA EL DECANO

PROFESOR: _____

SIGNATURA: _____

FECHA: _____ DEPARTAMENTO _____

INSTRUCCIONES:

En la escala que aparece a continuación encontrará un puntaje al frente del cual se describe un comportamiento determinado. Anote aquel que describe con mayor claridad la percepción que usted tiene del desempeño del profesor.

ESCALA DE CRITERIOS

4. El comportamiento descrito es permanente en el profesor.
3. El comportamiento casi siempre está presente en el profesor.
2. El comportamiento descrito con frecuencia está ausente y a veces interfiere con el desarrollo de las actividades normales de la Facultad.
1. El comportamiento descrito rara vez o nunca está presente.
0. Marque esta columna cuando usted no ha tenido oportunidad de estar al tanto para emitir un concepto.

CUMPLIMIENTO DE LABORES:

EL PROFESOR.....

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 1. Cumplicó con las labores académicas y asistenciales asignadas. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Cumplicó con las labores administrativas asignadas. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Colaboró con los Programas de Extensión, Investigación, Capacitación o Servicios de la Universidad. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Cumplicó con los horarios de trabajo. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

RELACIONES UNIVERSITARIAS:

EL PROFESOR.....

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 1. Dió trato respetuoso a profesores, estudiantes, pacientes y demás integrantes del equipo académico y de salud. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 2. Utilizó adecuadamente los canales de comunicación de la Universidad y del Hospital. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 3. Respetó las líneas de autoridad de la Universidad y del Hospital. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4. Manejó con cuidado los equipos, instrumentos y materiales de la Universidad y del Hospital. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 5. Colaboró en la organización y ejecución de eventos académicos, culturales, deportivos o sociales. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 6. Fomentó las relaciones de la Facultad con otras instituciones universitarias, de salud o asociaciones científicas. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |
| 7. Demostró comportamiento ético con las personas e instituciones. | 4 | 3 | 2 | 1 | 0 |

OBSERVACIONES

FIRMA DEL DECANO

FIRMA DEL PROFESOR

UNIVERSIDAD DE CALDAS
FACULTAD DE MEDICINA
CENTRO DE EDUCACION MEDICA

EVALUACION DE DOCENTES - GUIA PARA EL JEFE DE DEPARTAMENTO O SECCION

PROFESOR: _____

DEPARTAMENTO: _____ SECCION: _____

ASIGNATURA: _____ SEMESTRE: _____

FECHA: _____

INSTRUCCIONES

En la escala que aparece a continuacion encontrara un puntaje al frente del cual se describe un comportamiento determinado. Anote aquel que describe con mayor claridad la percepción que usted tiene del desempeño del profesor.

ESCALA DE CRITERIOS:

4. EL comportamiento descrito es permanente en el profesor y despierta interés por estudiar y aprender.
3. El comportamiento casi siempre está presente en el profesor y facilita el aprendizaje.
2. El comportamiento descrito con frecuencia está ausente y a veces interfiere con el aprendizaje.
1. El comportamiento descrito rara vez o nunca está presente.
0. Marque esta columna cuando usted no ha tenido oportunidad de estar al tanto para emitir un concepto.

CUMPLIMIENTO DE LABORES:

EL PROFESOR. . . .

1.	Cumplió con la labores académicas y asistenciales asignadas.	4	3	2	1	0
2.	Colaboró con los programas de Extensión, Capacitación o Servicios de la Facultad o de la Universidad.	4	3	2	1	0
3.	Participó en actividades de investigación.	4	3	2	1	0
4.	Colaboró en la organización y ejecución de eventos de carácter académico.	4	3	2	1	0
5.	Asistió a las reuniones del Departamento o Sección y permaneció en ellas.	4	3	2	1	0
6.	Cumplió oportunamente con las actividades relacionadas con la evaluación de estudiantes de pre y postgrado (notas, informes, elaboración de exámenes).	4	3	2	1	0
7.	Presentó oportunamente los informes solicitados sobre actividades académicas administrativas, de investigación y de extensión.	4	3	2	1	0
8.	Colaboró en las actividades Académico-Administrativas cuando se le solicitó.	4	3	2	1	0
9.	Cumplió con los horarios establecidos.	4	3	2	1	0

RELACIONES UNIVERSITARIAS:

EL PROFESOR. . . .

1.	Dió trato respetuoso a los pacientes.	4	3	2	1	0
2.	Dió trato respetuoso al personal del equipo de salud y a sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1	0
3.	Utilizó adecuadamente los canales de comunicación de la Universidad y del Hospital.	4	3	2	1	0
4.	Respetó las líneas de autoridad de la Universidad y del Hospital.	4	3	2	1	0
5.	Manejó con cuidado los equipos, instrumentos y materiales de la Universidad y del Hospital.	4	3	2	1	0
6.	Dió trato respetuoso a los estudiantes.	4	3	2	1	0
7.	Colaboró en la organización y ejecución de eventos académicos, culturales, deportivos o sociales.	4	3	2	1	0
8.	Favoreció las relaciones del Departamento con otros Departamentos de la Facultad.	4	3	2	1	0
9.	Fomentó las relaciones de la Facultad con otras Instituciones Universitarias, de Salud o Asociaciones Científicas.	4	3	2	1	0
10.	Demostó comportamiento ético con las personas e instituciones.	4	3	2	1	0

CONOCIMIENTOS

EL PROFESOR:.....

1. Demostró poseer suficientes conocimientos en el área en que se desempeña, para ser utilizados en la docencia. 4 3 2 1 0
2. Demostró destreza en la ejecución de los procedimientos propios de su área (examen del paciente, diagnóstico diferencial, técnica quirúrgica laboratorio, etc). 4 3 2 1 0
3. Se actualiza en los conocimientos propios de su área 4 3 2 1 0
4. Trasmite sus conocimientos a otros profesores residentes y estudiantes. 4 3 2 1 0
5. Con sus actividades hizo aportes al desarrollo científico-académico del Departamento o Sección. 4 3 2 1 0

METODOLOGIA EDUCATIVA:

EL PROFESOR:.....

1. Participó en la planeación y actualización de los programas académicos. 4 3 2 1 0
2. Empleo metodologías diferentes según las características de los estudiantes y de los objetivos y contenidos del programa. 4 3 2 1 0
3. Orientó las evaluaciones hacia la identificación del logro de los objetivos del programa. 4 3 2 1 0
4. Fomentó la formación integral del estudiante. 4 3 2 1 0
5. Estuvo dispuesto para asesorar a los estudiantes cuando fué solicitado. 4 3 2 1 0

EL CURRICULUM DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA EDUCACION

Dr. JUAN PABLO ALVARADO FORERO
Jefe Departamento de Ginecología y
Obstetricia
Universidad del Cauca

EL CURRÍCULO DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA EDUCACION

Presenta: DR. JUAN PABLO ALVARADO FORERO - UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Es un hecho reconocido que el desarrollo de un país corre paralelo a la calidad de la educación que se ofrezca.

Es por esto que la Universidad no puede dejar a la libre elección de sus docentes, los métodos de docencia. La libertad de cátedra no puede significar que persistan métodos anacrónicos y poco eficaces.

La mejoría permanente, y la búsqueda de una calidad total, con eficiencia, deben ser los objetivos de todo proceso educativo, si se quiere garantizar el egreso de un profesional comprometido con la sociedad.

Para alcanzar estos objetivos, la Universidad debe promover y facilitar la capacitación de los docentes en métodos modernos de pedagogía y didáctica.

Se deben crear espacios para discutir, criticar y evaluar el proceso docente desde el punto de vista de la educación. Espacios que deben tener como propósito; la cualificación permanente de los profesores.

Es necesario comprometer al profesor con el estudiante, esto quiere decir que su objetivo no sea el enseñar sino que el estudiante aprenda. Así mismo se debe preparar al estudiante para que sea el responsable de su propio aprendizaje y no el objeto pasivo que generalmente acostumbra a ser.

En la actualidad se conocen tres modelos educativos (Díaz Bordenave Juan, 1976). Con características muy especiales cada uno, que los diferencian entre sí, si bien es cierto que generalmente se utilizan ^{varios} ~~dos~~ métodos en un mismo programa es necesario que las personas que se dedican a la enseñanza conozcan cada uno de ellos pues todos tienen una utilidad de mayor o menor importancia en el proceso de aprendizaje y se pueden utilizar de acuerdo a las circunstancias y a la disciplina que se está aprendiendo.

El primer modelo es el que se utilizó hasta hace poco tiempo, y está basado exclusivamente en la transmisión de conocimientos en forma directa del docente al alumno.

El profesor adquiere los conocimientos, los elabora, y directamente los transmite al estudiante, este los recoge en apuntes, los memoriza, y al final del curso, si es capaz de repetirlos tiene buena nota en caso contrario repite el proceso.

Este modelo es exclusivamente informativo trayendo como consecuencia programas con una gran cantidad de contenidos, limitándose a dictar ideas, sin que haya elaboración de conceptos por parte del estudiante no hay formación.

El protagonista del proceso Docencia-aprendizaje es el profesor, no hay posibilidad de crítica, curiosidad, inventiva, ni ~~muchos~~ menos autogestión.

Es importante tener en cuenta que todo proceso educativo requiere de un mínimo de información, lo importante es que el método a utilizar no sea exclusivamente informativo y aún más importante es que no provenga exclusivamente del docente.

Los contenidos deben ser escogidos en su mayor parte por el estudiante y ser requeridos al docente a través de preguntas y transmitidos a través de respuestas.

La información además de transmitir conocimientos debe servir de estímulo a la crítica y curiosidad del estudiante.

Debe ser una información motivadora y no autoritaria, de tal manera que se esté permanentemente estimulando la creación y el desarrollo de una mente que sea capaz de juzgar el mensaje recibido.

Cada uno de los docentes en la disciplina que domina debe establecer qué parte de tiempo debe utilizar exclusivamente en información, teniendo en cuenta que no puede ser el único método de docencia y que si bien es necesaria la información, debe ocupar el menor tiempo posible.

Un segundo método o modelo educativo es el que sólo se interesa por los efectos que va a producir en el proceso Docencia-aprendizaje, rechaza de plano el modelo informativo y busca exclusivamente el cambio de actitud del estudiante.

En su libro "El Comunicador Popular" Mario Kaplun, anota que este modelo se desarrolló durante la segunda guerra mundial para lograr un entrenamiento rápido y eficaz de los Soldados norteamericanos.

Por medio de tecnología educativa, el educador programa cómo debe actuar y qué ideas debe tener el estudiante. Sus acciones finales serán las que dicte la escuela, se le dan fórmulas fáciles que van a dirigir sus acciones y su modo de pensar.

En este modelo no hay espacio para criticar o discurrir. Tampoco hay formación, lo que existe es conducción del estudiante hacia los objetivos que se propone el educador. Si el estudiante logra cambiar recibe una recompensa en caso contrario repite el curso.

Para lograr sus propósitos el método tiene que comenzar por cambiar las bases culturales del estudiante, transformar sus actitudes sin permitirle tomar decisiones, persuadiéndolo para que acepte las del profesor, no hay estímulo para la autonomía moral ni intelectual, se prohíbe la autogestión.

A pesar de los defectos de este modelo puede llegar a tener una aplicación práctica en lo referente a tecnología, siempre y cuando se tenga sumo cuidado en no acostumar al estudiante a ser guiado permanentemente, dándole libertad para que se aparte de lo que se le ordena, y lo más importante de todo: dar participación al estudiante en la formulación de los objetivos.

Igual que en el modelo anterior se debe determinar el espacio para su utilización, siempre y cuando se tengan en cuenta características, aspiraciones y expectativas de los estudiantes, la familia y la sociedad, el método puede participar de manera efectiva haciendo aportes importantes al proceso.

La exageración en la utilización de este método puede traer como consecuencia individuos sin capacidad para autotransformarse limitando el progreso individual.

CONCLUSIONES

Sí consideramos la educación como "Praxis, reflexión y acción del hombre sobre el mundo para transformarlo".

El currículum desde el punto de vista educativo debe dirigirse a formar una persona con capacidad y actitud de servicio a la comunidad desarrollando habilidades y destrezas que le permitan, por medio del autoaprendizaje, alcanzar las metas personales que se ha propuesto.

El sistema educativo debe basarse en la participación activa del estudiante que desarrolla en él la habilidad y la actitud para

buscar, detectar, definir, delimitar problemas y plantear soluciones, esto es estimular la creación de una mente con capacidad para resolver problemas presentando proyectos.

Lo anterior solamente es posible, si el estudiante tiene una mente libre, con un pensamiento lógico, que sea capaz de retroalimentarse de éxitos y errores.

Capaz de autocriticarse y criticar. Una mente flexible que acepte las soluciones que se le presenten, pero que a su vez considere la posibilidad de otras soluciones y esté en capacidad de buscarlas, utilizando el método científico.

El objetivo no sería enseñar, será aprender como un hecho continuo durante toda la vida, para ello debe dársele al estudiante la posibilidad y la ayuda necesaria para que busque y encuentre el sistema de autoaprendizaje que más le conviene y una vez encontrado, estimular en él el deseo de aprender y el interés por un mayor y mejor conocimiento.

Debe ser una educación equilibrada, esto quiere decir que tanto lo básico como lo aplicado deben guardar una relación lógica, sin despreciar o minimizar ninguno de los dos aspectos pero tampoco

hipertrofiar uno de ellos a costa del otro.

La educación debe tener en cuenta las características personales de cada estudiante y su respuesta a diferentes estímulos.

- Debe promover más la autoevaluación y la evaluación formativa que la numérica.
- Debe tener en cuenta los intereses, necesidades, capacidad y motivación de los alumnos.
- Debe evitarse la memorización y repetición.
- Debe presentar al estudiante situaciones nuevas que estimulen el análisis y la síntesis, el juicio crítico y la formación de valores éticos y humanísticos.
- Estimular las discusiones, los debates.
- Facilitar el que los alumnos juzguen al Docente y sus métodos.
- Estimular la solidaridad, el compañerismo y el trabajo en equipo.
- Crear y estimular en el estudiante un compromiso con la sociedad, la familia y él mismo.

Estimular como método de progreso: la autogestión.

- Estimular la creatividad como sistema para progresar y solucionar conflictos.
- Estimular aquellas aptitudes y actitudes que le permitan integrarse y liderar grupos.

- Estimular el respeto por los valores culturales, éticos, humanísticos de la sociedad y los propios.
- Prepararlo para aceptar errores, críticas y éxitos.
- Prepararlo para un cumplimiento fiel y digno de sus deberes, a pesar de cualquier inconveniente o dificultad.
- Brindarle seguridad y fé en sí mismo.
- Desarrollar habilidades y destrezas para comunicarse con su entorno.
- Debe conocer la realidad y vivir en ella pero a su vez estar preparado para evaluar y aceptar los cambios científicos y tecnológicos.
- Debe conocer al individuo, la familia y la comunidad de una forma integral, no porcelada ni por saberes.
- Debe estar en capacidad de servir eficaz y eficientemente a el individuo y la comunidad.
- En el proceso de aprendizaje debe tener en cuenta que es indispensable una motivación o despertar el interés, el deseo por aprender.
- Se debe buscar el análisis y la conceptualización por medio de la comparación.
- Se debe insistir y ayudar al alumno para que identifique lo relevante, lo principal de lo superfluo o lo llamativo.

- Por medio de ejercicios buscar una sólida retención de conocimientos de tal manera que sea capaz de transformar aplicandola cualificando permanentemente su desempeño.
- Utilización permanente de métodos inductivos y deductivos para lograr la conceptualización.
- Facilitar la adquisición de destrezas con enfoque de ética y responsabilidad.
- Estimular y fortalecer la habilidad para tomar decisiones.

ENSAYO DEL MARCO CONCEPTUAL DEL CURRÍCULO
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DEL CAUCA

ENSAYO DE MARCO CONCEPTUAL DEL CURRÍCULO
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Sin pretender ser exhaustivo en el análisis, se intenta con este ensayo determinar y caracterizar algunas directrices que permitan orientar el quehacer académico en la Facultad de Salud y plantear elementos de juicio en el proceso de rediseño curricular.

1. LA UNIVERSIDAD

Sólo hasta ahora, nuestra Universidad se cuestiona su tradicional papel de institución profesionalizante, de espaldas a las realidades nacionales.

Pero afortunadamente, el colectivo universitario está llegando a puntos coincidentes, relacionados con la transformación conceptual y práctica que ha de alcanzarse en todos los ámbitos de la vida universitaria.

El profesional que necesita el país, egresado de la Universidad del ahora y del futuro, definitivamente debe tener vocación de servicio para el desarrollo integral: económico, político, cultural, social, científico y tecnológico.

La Universidad debe pasar, de ser un ente que enfoca sus recursos y esfuerzos fundamentalmente a la docencia, con una organización poco flexible que dificulta la evolución, con un modelo continuista y cómodo que no le sirve a la comunidad que

ENSAYO DEL MARCO CONCEPTUAL DEL CURRÍCULO
DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNIVERSIDAD DEL CAUCA

Dr. JUAN PABLO ALVARADO
Jefe Departamento de Ginecología y
Obstetricia
Dr. FERNANDO ARLEZ PINZON B.
Jefe Departamento de Medicina Social

la apuntala y transformarse en la institución al servicio de toda la comunidad, que con sus luces y su quehacer apoya, promueve y cataliza el cambio social que requiere su entorno inmediato.

Reorientar la labor universitaria, implica el estudio, análisis de la problemática del medio y aportar a su solución.

El cambio de las estructuras sociales, económicas, políticas y culturales hoy vigentes, debe encontrar en la Universidad y su reenfoque un fuerte aliado.

Para ello, la Universidad debe investigar, sistematizar, aplicar y socializar el conocimiento que juegue papel preponderante en la solución de los problemas y desencadene procesos de desarrollo social e individualmente valores que permitan la integración de las personas a la sociedad, en forma activa, democrática, responsable y digna.

Debe pues, la Universidad comprometida, enderezar su derrotero en función de la satisfacción de las necesidades y del progreso social, de la socialización del saber más que de la enseñanza, puramente académica, buscando la verdadera interrelación entre la docencia, investigación y servicio, con un programa investigativo que priorice los proyectos de servicio social, reconocer la diversidad cultural y natural del país y la región, y ser el centro donde germinen los

principios de cambio y las ideas innovadoras que se convierten en propuestas reales de transformación de la sociedad.

2. POLITICAS NACIONALES

El plan de atención primaria "familia sana en ambiente sano" para el cuatrenio y1 - y4, tiene como población objetivo a la que vive en pobreza (46%) y en miseria (23%), fundamentalmente a la mujer, el niño y el joven de las áreas marginales y zonas rurales y a las comunidades indígenas.

Destaca como uno de los elementos que favorecen la inaccesibilidad funcional a los servicios de salud, las fallas en la formación del recurso humano en salud, cuando centra su interés en los aspectos curativos, en detrimento de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, lo que lleva a una práctica en salud desenfocada de las necesidades reales de la comunidad.

Identifica a las enfermedades crónicas no infecciosas (cardio cerebro vasculares y cáncer) como el principal grupo de causas de morbimortalidad.

El trauma y la violencia es la primera causa de mortalidad prematura, principalmente en hombres en edad reproductiva.

La desnutrición calórico-protéica en menores de cinco años, la desnutrición materna y el bajo peso al nacer, están entre los principales problemas de salud.

Como indicadores de salud mental, están la alta prevalencia de alcoholismo y la alta incidencia de niños maltratados y abandonados.

La morbimortalidad perinatal ocupa lugar preponderante en mujeres y niños. Y como primera causa de morbimortalidad aparecen las enfermedades de los dientes y órganos de los sentidos.

Este perfil epidemiológico, cambia fundamentalmente en zonas deprimidas y marginadas, como buena parte de nuestro entorno, en donde son las enfermedades infecciosas y las originadas por condiciones ambientales insalubres, las principales causas de la morbimortalidad, preferencialmente en niños.

La patología predominante está relacionada con el inadecuado saneamiento básico (agua, excretas, basuras), calidad de la vivienda, alimentos y control de vectores.

Además hay una patología social asociada al desempleo, bajos ingresos, baja escolaridad y ausencia de la recreación.

Plantea el plan, a la salud como una resultante de una serie de factores por fuera del sector salud, ante lo cual es necesario coordinar acciones con vivienda, agricultura, trabajo, educación, para poder incidir integralmente en la calidad de la vida.

Con las premisas anteriores, el propósito de la política de salud, es contribuir a elevar el nivel de vida fortaleciendo el primer nivel de atención (promoción y prevención), enfatizando en el mejoramiento del estado nutricional y el saneamiento básico.

Además, lograr la real participación comunitaria y elevar el acceso de la población a los servicios de salud.

Son objetivos generales del plan, ofrecer servicios integrales de salud en los espacios sociales, mejorar el estado nutricional, disminuir la patología social, ampliar los espacios de participación comunitaria en la coadministración de las instituciones de salud y propender por la coordinación interinstitucional e intersectorial.

Paralelamente, la reorganización del Sistema Nacional de Salud, Ley 10 de 1.990, mediante la cual se descentraliza la administración de los servicios de salud, plantea en su espíritu, corregir las inequidades en la atención de salud, ya que son los grupos de bajos ingresos, los que

historicamente han quedado excluidos.

Se impulsa un nuevo modelo de salud integral, de carácter intersectorial, con énfasis en la prevención y el autocuidado, con acceso gratuito a los servicios de atención básica en el nivel primario.

Se establece el fortalecimiento del nivel primario, en donde es dado resolver el 80% de la demanda, ya que el restante 20% es de competencia de los niveles secundario y terciario.

Paradójicamente, estos niveles, absorben más del 50% del presupuesto, generando déficit crónico y desabastecimiento del primer nivel y obligando a los pacientes a buscar atención en los hospitales regionales y universitarios, a un mayor costo o cuando la enfermedad está más avanzada.

Se garantiza pues, la financiación del sistema de la base hacia arriba, estableciendo como prioridad muy definida los servicios básicos de salud y la asistencia pública.

3. EDUCACION MEDICA

El quehacer de la docencia en la facultad, debe privilegiar el modelo biosicosocial, que plantea la necesidad de implementar unas experiencias de aprendizaje, que considerando la existencia de otras dimensiones en el hombre, llevan al estudiante del plano de lo teórico a la realidad, recorriendo

en forma progresiva los distintos niveles de atención, de la interpretación de lo sano al fenómeno patológico, de lo más simple y frecuente hasta lo más complejo y escaso.

Deben aplicarse estrategias de educación de solución de problemas, valorando la importancia de la integración docente asistencial, la coordinación intersectorial, con la clara idea de aprender sirviendo y de apoyar la participación comunitaria en el análisis y toma de decisiones sobre sus problemas de salud.

Es necesario generar un compromiso de cambio en los estamentos universitarios, que permita establecer una nueva estructura educativa que integre las áreas básicas, clínicas, comunitarias y del comportamiento y que articulada al sistema de atención, se ponga en contacto en forma temprana con los problemas comunitarios, colaborando con su investigación, análisis y solución.

Esta articulación debe continuarse en el nivel ambulatorio del nivel secundario para culminar en el nivel terciario.

El modelo pedagógico debe privilegiar el aprendizaje sobre la enseñanza, el estudiante sobre el docente, quien debe tener más el carácter de tutor o colaborador, y enfocar sus propósitos hacia la adquisición de habilidades y hábitos, a la comprensión de principios más que el acopio de información,

y la identificación de la educación continua como un valor inherente al profesional.

Debe validarse el modelo pedagógico, confrontándolo con las situaciones que plantea la realidad y el desarrollo de proyectos de investigación con enfoque social.

Se debe superar el esquema del quehacer médico vigente, y además, de acciones curativas, impulsar las de promoción, prevención, rehabilitación y educación a nivel individual, familiar y de la comunidad.

Nuestro currículo debe generar en el egresado, capacidad de ubicarse en el contexto socio-histórico de su medio de trabajo y de entender la multicausalidad de los problemas de salud, con una fuerte influencia de los factores sociales, ambientales y ocupacionales en su génesis.

Sitio importante deben conservar los rápidos avances en el conocimiento biomédico y en la tecnología y la metodología de la investigación, lo cual debe traducirse en una actitud de búsqueda constante de la verdad, capacidad de análisis y crítica y una permanente duda de los paradigmas que rigen el conocimiento en salud.

La formación del recurso dentro de la integración docente asistencial, debe realizarse en forma más racional en todos

los niveles de atención y no debe ser el hospital universitario centro casi exclusivo de docencia, ya que solo un pequeño porcentaje de las personas que consultan requieren hospitalización y una mínima parte requiere remisión al nivel terciario. Se deduce entonces, que no es el tercer nivel el ambiente adecuado para establecer las experiencias de aprendizaje que permitan estar en contacto con los fenómenos más frecuentes, de complejidad sencilla y media sobre todo, que tengan representatividad de lo que realmente sucede en la cotidianidad de nuestras comunidades más deprimidas.

INFORMATICA Y EDUCACION MEDICA

Dr. JORGE ALONSO OSPINA
Coordinador I - IV Semestre
Instituto Ciencias de la Salud

INFORMATICA Y EDUCACION MEDICA

Por todos es sabido lo cambiante y dinámico que es el conocimiento médico: constantemente se fragmenta y multiplica. Si quisiésemos leer todos los artículos médicos publicados diariamente, tendríamos que leer más de 4000 artículos diarios: pero, si tan sólo nos dedicamos a leer un artículo al día, aproximadamente en 5 años estaríamos leyendo artículos ya desactualizados. Afortunadamente muchos de estos escritos son temas redundantes, otros poseen escaso valor científico o presentan aun demasiados dilemas que no permiten crear acciones o prácticas definidas acerca de un problema o enfermedad.

El conocimiento va creciendo a un ritmo geométrico o exponencial. Hipócrates decía sabiamente: " La vida es corta, el arte extenso, la ocasión instantánea, el experimento peligroso y la decisión difícil "; a esta frase, el Doctor Daniel Massys de la Universidad de Harvard, le agrega con respecto a la educación médica: " Los libros innumerables, los journals incontables y las lecturas interminables."(1)

Son estos los cambios que obligan a los educadores médicos actuales para realizar renovaciones curriculares urgentes, a la utilización de estrategias educativas diferentes a las hasta ahora vigentes, y, a implementar nuevos sistemas y tecnologías que generen igualmente una manera dinámica, participativa y actualizada de aprender medicina.(2)

El cerebro humano fue concebido principalmente para razonar y conceptualizar; su capacidad para memorizar es poca y, generalmente, no varía en la medida en que crecen los conocimientos.

Jean Ladriere en su libro El Reto de la Racionalidad, nos habla de que la ciencia, además de ser fuente de conocimiento puro, también se considera como un sistema de acción, como un sistema dinámico. Y, si entendemos la tecnología como transformación y aplicación de todos aquellos conocimientos científicos, nos damos cuenta que su lugar está entre lo teórico, el concepto o la realidad, y la experiencia o ejecución de todo lo anterior. Al ritmo en que avanza el conocimiento avanza la tecnología; la informática, como tecnología que es, debe hacer parte de este proceso: el desarrollo científico.(3)

Este incesante conocimiento médico y el desarrollo tecnológico a partir de los años sesentas con la incorporación del computador a la medicina, generó avances nunca antes imaginados: La obtención de historias clínicas adecuadas, orientadas y completas; emisión de diagnósticos más probables o diferenciales; obtención de resultados de laboratorio y su correlación con los datos clínicos; enfoques de tratamientos; cuidados básicos y monitoreo para el paciente crítico; sistematización de datos y manejos médicos financieros y administrativos, como también el agilizar la integración y difusión de los avances médicos mundiales.(4)

Ante todos estos hechos, en qué sentido se ha movido la educación médica?; hemos incorporado la tecnología informática a la educación del estudiante de pregrado?; se ha estimulado su utilización a nivel de la formación de los postgrados y a la educación médica continuada?.

El médico de los años noventas y en adelante, deberá tener entre sus características además de ser autoformativo, el poseer y desarrollar las habilidades para utilizar de manera agil un computador. El mismo avance tecnológico y social permitirá el acceso fácil y oportuno a la adquisición de estos equipos para uso personal o doméstico.

La informática en la educación médica puede generar una actitud de participación real y activa, de parte del educando; promueve y genera la autodidaxia, ya que permite la discreción de parte del estudiante en cuánto al contenido, tiempo y lugar de recibir la instrucción; es creativa; facilita la implementación y ejecución del sistema educativo basado en problemas o educación con base a casos clínicos simulados; minimiza la actitud memorística y la reemplaza por la actitud del por qué ocurren las cosas; favorece la capacidad para tomar decisiones oportunas y seguras ante situaciones propuestas, reforzando e integrando así conocimientos antes adquiridos; genera a su vez actitudes responsables, incentivando la actitud investigativa y científica.

Esta tecnología puede a su vez favorecer el desarrollo de

Innumerables aptitudes que debe emplear, no sólo el médico en su formación de pregrado, sino en su práctica diaria: Habilidad para la búsqueda y obtención de la información, capacidad para organizar los datos, integrarlos y almacenarlos en una memoria de donde podrán ser evocados para otras situaciones o problemas planteados, y además, la emisión de conceptos claros y toma de decisiones. Esto, que a groso modo es el quehacer médico cotidiano, se verá mejorado si facilitamos los medios adecuados para que el estudiante de pregrado los desarrolle y utilice durante su vida profesional.

Se han llevado escasas investigaciones educativas que puedan corroborar todo lo anterior. Es por ello que aún se mira con recelo y sentimiento de duda o asombro pesimista el advenimiento y desarrollo de esta nueva tecnología educativa. A pesar de sus elevados costos actuales, de la diversidad de Hardwares existentes y las incompatibilidades entre estos y los programas que puedan existir en el mercado, la informática educativa debe pasar a ser considerada como una ciencia básica: La ciencia que estudia el manejo del computador y su aplicación en el área de la medicina.

Para lo anterior se requiere una evaluación cuidadosa de las áreas o materias del currículum en los cuales, la implementación del aprendizaje asistido por computador, pueda ser llevado a cabo. Además, permitir la integración de diferentes ayudas audiovisuales como proyectores de filminas,

retroproyectores, videodiscos, etc, a las facilidades que ofrece el computador.

Ya son bastantes los programas aplicados en las ciencias básicas. En Anatomía, existen trabajos elaborados por médicos y morfologistas franceses basados en la informática gráfica; uno en particular, desarrolla el conocimiento acerca de la anatomía y relaciones estructurales del hueso esfenoides.(6) Actualmente se diseñan programas similares en el área de la Histología, la Patología y la Radiología básica a través de videodiscos e imágenes con muy alta resolución. Otros programas como el de electrocardiografía básica asistida por computador, han sido evaluados con resultados más halagadores, objetivos y perennes, con respecto a seminarios y clases semanales acerca del mismo tema.

Se han creado softwares como el Explorér-2, el cual es un poco más amplio en el sentido de integración de conocimientos básicos, permitiendo observar determinado problema desde el punto particular de cada ciencia; por ejemplo, la fisiología, la bioquímica, la anatomía, etc. Contiene adaptaciones de capítulos del texto guía y de otras referencias, imágenes gráficas y simulaciones, las cuales son desarrolladas por el estudiante a través de una guía práctica sencilla.(7)

La Fisiología y la Bioquímica tampoco escapan de estos avances; en la universidad de Harvard se creó un programa acerca de la regulación del equilibrio ácido-base, en el cual

el estudiante aprende a caracterizar con sus conocimientos básicos adquiridos, una gran variedad de anormalidades ácido-básicas y, aún más, seleccionar las terapias adecuadas para cada una de ellas.

Los procesos de obtención y elaboración de historias clínicas fueron prácticamente las primeras aplicaciones de la informática en la medicina; estos programas realzan la importancia de la adquisición selectiva de datos, y de su utilización e integración eficiente.(8) El Planalyzer, es un sistema instructivo para microcomputadores con la capacidad de resaltar y también de criticar el enfoque hacia el diagnóstico dado por el estudiante según los datos que se van obteniendo. En el área de la Salud Pública y la Epidemiología se han utilizado recientemente por su fácil aplicación. Programas como el Microstat, Epistat, y otros, una vez que se han recopilado los datos, permiten su integración de acuerdo a múltiples variables, cuantificándolos y laborándolos aritméticamente, obteniendo porcentajes, etc.

En cuanto al área clínica, son un poco mayores los progresos. Hay una gran variedad de programas para Medicina Interna; el primero de ellos y elaborado en 1970 se denominó Proyecto Internista - 1, el cual servía exclusivamente como programa para diagnóstico general, pero, debido a su rigidez y sencillez, pasa a un segundo plano quedando de él solamente la base de conocimientos. Este programa fue perfeccionado

posteriormente con el programa QMR/KB, que aprovechando los datos del anterior, obtiene mayores beneficios de tipo clínico y educativos. Sirve como libro guía electrónico de fácil acceso, permite elaboraciones y exploraciones de más sobre diagnósticos simples y también como sistema experto de consulta.

Hay también otros programas orientados en diferentes sentidos: Obtención de datos, emisión de diagnósticos diferenciales, protocolos para enfoques terapéuticos (ej. dolor torácico, abdominal, etc.), técnicas para el monitoreo continuo de pacientes (ej. control hemodinámico, renal, etc. del paciente crítico), integración de datos de laboratorio realizados según el diagnóstico de trabajo, aprendizaje de técnicas invasivas (ej. cateterismos, mediciones de PVC, etc.).

Existen otros varios en Ortopedia, Oncología, Farmacología, Cirugía y Cardiología. En Chile, han tenido experiencias recientes en el área de la Ginecología y Obstetricia con el desarrollo del programa Pilot para estudiantes, y otro sobre simulación de problemas posibles durante el trabajo de parto. Finalmente, uno de los objetivos que debe perseguir la educación informática en medicina es proveer al estudiante de aptitudes y medios que le hagan más fácil el acceso y manejo de la información médica; específicamente, el manejo de sistemas o programas como el Medline o diferentes versiones comerciales como el Dialog, BRS, Paper-Chase, Medbase, Sci-Mate, Empires,

etc, algunos de los cuales permiten obtener el artículo en su totalidad. De esta manera, fácil, rápida, selectiva y efectiva, se permitirá la actualización del futuro médico.

Los anteriores datos son suficientes para considerar e incluir en las renovaciones curriculares actuales, la ciencia básica de la informática médica. Además, se debe pensar en la creación de modelos o programas adaptados para nuestros currículums y para nuestro medio, al igual que el surgimiento de departamentos interdisciplinarios (sistemas, administración, ciencias sociales, medicina, pedagogía, etc.), encargados de poner en marcha diversos programas y evaluar las aplicaciones de ésta tecnología en el campo médico de nuestro medio.

B I B L I O G R A F I A

Barnett, Octo. Information technology and undergraduate medical education. Academic Medicine. 1.989 Abril; 64 (4). Págs: 187-90.

Constantin, B. Application to the teaching of sphenoid bone anatomy. Anatomy Association. 1989; Dic.; 73 (223). Págs. 15-7.

Clayden, GS. CAL in medical education. Medical Education. 1988; Sept. 22 (5). Págs: 456-67

Detore, AW. Medical Informatics. American Journal of Medicine. 1.988 Septiembre; 86 (3). Págs: 399-403.

Greenes, RA. Desktop knowledge. Informatics Medicine. 1989; Nov; 28 (4). Page: 332-9.

Kaufman, DR. Expertise in the clinical interview. Conf. Anual Medical Education. 1988; 27. Págs. 167-72.

Piemme. TE. Computer-Assisted learning and evaluation in Medicine. JAMMA; 1988, Julio 15; 260 (3). Págs. 367-72.

Proud, VK. Teaching human genetics in biochemistry by computer licenciature searching. American Journal Genetics. 1989; Abril; 44 (4). Págs. 597-604

Rey de Astaíza, Nelsa B. La Renovación Curricular. Ascofame, 1991.

Voon, FC. The Integration of knowledge through interactive CAL. Academic Medicine. 1990; Sept; 19 (5). Págs. 752-7.

Walton, R. Application of computers in obstetrics and gynecology education. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. 1990; 55 (1). Págs.: 24-9

**PROGRAMA DE INTEGRACION Y PREPARACION PARA LOS
ESTUDIANTES DE ULTIMO AÑO - CURSO PRE-INTERNADO**

**Dr. JORGE DAZA BARRIGA
Jefe Educación Médica
Universidad Libre - Barranquilla**

UNIVERSIDAD LIBRE - SECCIONAL ATLANTICO

Dr. JORGE DAZA BARRIGA

PROGRAMA DE INTEGRACION Y PREPARACION PARA LOS ESTUDIANTES DE ULTIMO AÑO CURSO PRE-INTERNADO

I. INTRODUCCION:

La Oficina de Educación Médica consciente de la necesidad de integrar los conocimientos adquiridos durante la formación académica en la facultad de medicina, cree pertinente discutir y establecer pautas de manejo en las patologías más frecuentes en nuestro medio y sobre todo las que tienen que ver con urgencias.

La modalidad de programación académica que se desea imprimir es la orientación de problemas, en el cual tanto los docentes como los estudiantes estudien, discutan y dejen bases establecidas de terapéutica en nuestra facultad.

Este programa se desarrollará en X semestres y es de naturaleza eminentemente teórico, en las modalidades de seminarios, talleres, mesas redondas en donde los profesores serán los moderadores y los estudiantes deben preparar con antelación el tema; la asistencia es de carácter obligatorio y el curso tendrá evaluaciones de acuerdo a los módulos establecidos y a las relatorias, será rehabilitable en caso de que el estudiante pierda la materia.

Las directivas de la facultad aspiran contar como el apoyo de los docentes con una actitud positiva dentro del marco de la disciplina y responsabilidad para lograr los objetivos propuestos.

La división de Educación Médica tendrá las puertas abiertas para el día logo tanto con los estudiantes como con los profesores.

II. OBJETIVOS GENERALES:

Lograr una integración de los conocimientos clínicos adquiridos por el estudiante durante su formación académica, para entregarlo mejor preparado a la realización del año de internado rotatorio y cubrir en esta forma, las posibles deficiencias que se puedan encontrar.

III. OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. Permitir que nuestros estudiantes a través de seminarios, mesas redondas y/o talleres puedan adquirir una actitud crítica frente a los problemas médicos frecuentes.

2. Lograr establecer pautas uniformes de manejo en un estudiante que ya tiene una maduración académica.
3. Que el estudiante aprenda a manejar bajo la visión de urgencias los problemas médicos frecuentes en nuestro medio.
4. Que adquiera bajo una rectitud crítica en la formulación de estrategias diagnósticas, terapéuticas, y preventiva en los problemas de mayor consulta en la urgencia.
5. Elaborar al finalizar el curso un manual de internos con base en las relatorias entregadas por cada grupo de estudiantes, el cual se editará y distribuirá.

IV. METODOLOGIA:

1. SEDE

Los temas serán dictados por docentes de lunes a jueves en el Auditorio del Hospital Universitario de Barranquilla a la 7:00 P.M. y tendrá una duración de dos horas.

2. DESARROLLO DEL PROGRAMA:

El programa contará con cuatro módulos:

- a. Medicina Interna
- b. Cirugía
- c. Pediatría
- d. Gineco-obstetricia

3. CRONOGRAMA DE LOS MODULOS:

PRIMER MODULO: MEDICINA INTERNA

FECHA DE INICIACION: Julio 30 de 1991
 FECHA DE FINALIZACION: Agosto 29 de 1991
 SON: 14 Temas

SEGUNDO MODULO: CIRUGIA

FECHA DE INICIACION: Septiembre 3 de 1991
 FECHA DE FINALIZACION: Septiembre 26 de 1991
 SON: 11 Temas

TERCER MODULO: PEDIATRIA

FECHA DE INICIACION:
 FECHA DE FINALIZACION:
 SON: 14 Temas

CUARTO MODULO: GINECO-OBSTETRICIA

FECHA DE INICIACION: Noviembre 5 de 1991
FECHA DE FINALIZACION: Noviembre 28 de 1991
SON: 12 Temas

DESARROLLO DEL PRIMER MODULO: MEDICINA INTERNA

1. Hemorragias de las vias digestivas
2. Dolor abdominal + fiebre: abdomen agudo
3. Paludismo
4. Shock septico
5. Infecciones respiratorias
6. Infarto agudo del miocardio
7. Cetoacidosis diabética
8. Intoxicaciones
9. Ofidio toxicosis
10. Insuficiencia cardiaca
11. Crisis hipertensivas
12. Enfermedad vascular cerebral
13. Epilepsia: Status epileptico y crisis única
14. Insuficiencia renal aguda.

DESARROLLO DEL SEGUNDO MODULO: CIRUGIA

1. Politraumatismo
2. Trauma abdominal y vascular
3. Trauma craneoencefálico raquimedular
4. Abdomen agudo quirurgico
5. Fracturas y luxaciones
6. Urgencias oftalmológicas
7. Litiasis renal
8. Enfermedades venéreas
9. Otomastoiditis
10. Hemorragias de vias digestivas bajas y altas: vistas desde el punto de vista quirurgico.
11. Conceptos básicos de anestesia general y local y local indicaciones y complicaciones.
12. Deontología Médica
13. Deontología Médica

TERCER MODULO: PEDIATRIA

1. Enfermedad diarreica
2. Infecciones respiratoria agudas

TERCER MODULO: PEDIATRIA

3. Status asmatico
4. Reanimación cardiopulmonar
5. Quemaduras
6. Deshidratación: métodos de hidratación
7. Dermatosis más frecuentes
8. Otomastoiditis
9. Síndrome de insuficiencia respiratoria del recién nacido
10. Síndrome nefrítico
11. Meningoencefalitis
12. Abdomen agudo visto por el pediatra
13. Infecciones respiratoria superiores

CUARTO MODULO: GINECO-OBSTETRICIA

1. Dismenorrea
2. Leucorrea
3. Hemorragia uterina disfuncional
4. Anexitis
5. Eclampsia
6. Hemorragias del primer trimestre
7. Hemorragias del segundo trimestre
8. Parto y puerperio patológico
9. Embarzo gemelar
10. Deontología Médica
11. Deontología Médica
12. Antibioticos de uso común

ESQUEMA DE EVALUACION

1. EVALUACION DE LOS MODULOS:

- a. Cada docente evaluará el curso o a los estudiantes tan pronto finalice el tema. Esto es el tiempo dedicado a su tema debe establecer un periodo en el cual se realice la evaluación.
- b. Los estudiantes que esten en turnos o en obligaciones académicas entregarán al docente el desarrollo del tema en forma escrita y esta será la nota correspondiente a ese tema.
- c. Las notas de cada tema se promediarán en cada módulo y el promedio de los módulos constituirá el 80% de la evaluación.
- d. El 20% del curso será los temas correspondientes a las rotaciones.
- e. Los docentes deben:
 1. Entregar en plazo no mayor de diez días hábiles la nota correspondiente a su tema.
 2. Dar informe de la presentación de las relatorias por parte del grupo correspondiente.
 3. Entregar al estudiante una revisión de la literatura y que sirva de marco de referencia a los estudiantes.
 4. En caso de que el docente no pueda realizar el tema por fuerza mayor, debe dictarlo el lunes siguiente.

CONSTITUCION DE LOS GRUPOS DE RELATORIA:

Se entiende por relatoria al grupo de estudiantes que se designe para que describa y complemente con la literatura correspondiente los temas precisados.

1. Se establecen grupos de tres estudiantes para que desarrollen el tema tratado.
2. Los temas se presentarán cada semana, es decir el primer tema se presentará en los 10 minutos iniciales de la cuarta mesa redonda o taller y así sucesivamente.
3. Los temas escritos por los estudiantes deben ser entregados en la Jefatura de Educación Médica, quien lo someterá a juicio del docente respectivo para su evaluación final.

La intención es recoger todos estos temas, editarlos y entregarlos al finalizar el curso a todos los estudiantes.

PARAGRAFO: El docente podrá regresar el tema al grupo de estudiantes para su perfeccionamiento.

4. El número de las páginas de cada relatoria no podrá ser superior a 10 páginas. .
5. La Metodología empleada para desarrollar dichos temas será:
 1. Definición del problema :
 2. Objetivos
 3. Procedimientos, diagnosticos y terapeuticas
 4. Qué cosas no deben hacerse
 5. Recomendaciones generales y de consulta externa.
 6. Referencia bibliográficas

TALLER DE INTEGRACION CLINICA PARA LOS ESTUDIANTES DE ULTIMO AÑO

CURSO DE PRE-INTERNADO

FECHA DE INICIACION: JULIO 30 DE 1991
FECHA DE FINALIZACION: NOVIEMBRE 29 DE 1991
DICTADO A: DECIMO SEMESTRE
LUGAR: AUDITORIO H.U.B.
COORDINADOR: JORGE DAZA BARRIGA
NUMERO DE DOCENTES QUE INTEGRAN EL CURSO: 82

PROGRAMA

PRIMER MODULO: MEDICINA INTERNA

30 DE JULIO DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO

PARTICIPANTES:

EDUARDO NUÑEZ BOTERO, MD
GILDARDO AZZA, MD

31 DE JULIO DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 P.M.

Mesa redonda sobre "SHOCK SEPTICO"

PARTICIPANTES:

ALVARO VILLANEUVA C, MD
MANUEL GONZALEZ H, MD

1o. DE AGOSTO DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 P.M.

Mesa redonda sobre "ABDOMEN AGUDO"

PARTICIPANTES:

ROBERTO RODRIGUEZ MD
ALEJANDRO ARIZA R, MD

6 DE AGOSTO DE 1991 (MARTES)

HORA: 7.00 P.M.

Mesa redonda sobre "HEMORRAGIA DE LAS VIAS DIGESTIVAS ALTAS

PARTICIPANTES:

MANUEL MOJICA MD
ALEJANDRO ARIZA R, MD

8 DE AGOSTO DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7;00 P.M.

Mesa redonda sobre "INFECCIONES RESPIRATORIAS"

PARTICIPANTES:

CARLOS JARAMILLO, MD
JOSE MARIA GARI MD

13 DE AGOSTO DE 1991 (MARTES)
HORA: 7:00 P.M. Mesa redonda sobre "PALUDISMO Y FIEBRE TIFOI
DEA
PARTICIPANTES: FELIPE GONZALEZ MD
FREDDY TRUJILLO DADA MD

14 DE AGOSTO DE 1991 (MIERCOLES)
HORA: 7:00 P.M. Mesa redonda sobre "OFIDIOTOXICOSIS"
PARTICIPANTES: ROBERTO VARGAS MD
MANUEL GONZALEZ MD

15 DE AGOSTO DE 1991 (JUEVES)
HORA: 7:00 P.M. Mesa redonda sobre "INTOXICACIONES"
PARTICIPANTES: AGUSTIN GUERRERO MD
YOLANDA CORZO DE PERTUZ MD

20 DE AGOSTO DE 1991 (MARTES)
HORA: 7:00 P.M. Mesa redonda sobre " INSUFICIENCIA RENAL
AGUDA
PARTICIPANTES: JOAQUIN CUETO, MD
YOLANDA CORZO DE PERTUZ MD

21 DE AGOSTO DE 1991 (MIERCOLES)
HORA: 7:00 P.M. Mesa redonda sobre "CETOACIDOSIS DIABETICA"
PARTICIPANTES: JOAQUIN ARMENTA MD
VLADIMIR PENA MD

22 DE AGOSTO DE 1991 (JUEVES)
HORA: 7:00 P.M. Mesa redonda sobre INSUFICIENCIA CARDIACA
EDEMA PULMONAR
PARTICIPANTES: GILDARDO AZZA, MD
EDUARDO NUNEZ BOTERO MD

27 DE AGOSTO DE 1991 (MARTES)
HORA: 7:00 P.M. Mesa redonda sobre ENFERMEDAD VASCULAR CERE
BRAL- ISQUEMIA Y HEMORRAGIA"
PARTICIPANTES: MANUEL QUIN MD

28 DE AGOSTO DE 1991 (MIERCOLES)
HORA: 7:00 P.M. Mesa redonda sobre EPILEPSIA: STATUS Y CRISIS
EPILEPTICA UNICA"
PARTICIPANTES: EDUARDO USTA AGAMEZ MD

PROGRAMA PRE-INTERNADO

29 DE AGOSTO DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 P.M.

Mesa redonda sobre MENINGITIS BACTERIANA VIRAL

PARTICIPANTES:

JORGE DAZA BARRIGA MD

SEGUNDO MODULO: CIRUGIA

FECHA DE INICIACION:

SEPTIEMBRE 3 DE 1991

FECHA DE FINALIZACION:

SEPTIEMBRE 27 DE 1991

3 DE SEPTIEMBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda Sobre "POLITRAUMATISMO"

PARTICIPANTES:

ENRIQUE ESCORCIA MD

PEDRO MUSKUS MD

JULIO LORA MD

4 DE SEPTIEMBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "TRAUMA ABDOMINAL Y VASCULAR"

PARTICIPANTES:

MARCOS MENDOZA ROMERO MD

EFRAIN GAINES MD

5 DE SEPTIEMBRE DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "TRAUMA CRANEOENCEFALICO Y RAQUIMEDULAR"

PARTICIPANTES:

MANUEL SANCHEZ MD

ALVARO JURADO MD

JULIO LORA MD

10 DE SEPTIEMBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "ABDOMEN AGUDO QUIRURGICO"

PARTICIPANTES:

ROMOALDO FONSECA MD

NELSON ZUNIGA MD

11 DE SEPTIEMBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 P.m.

Mesa redonda sobre "FRACTURAS Y LUXACIONES"

PARTICIPANTES:

LUIS PADILLA DRAGO MD

PEDRO MUSKUS MD

PROGRAMA DE PRE-INTERNADO

12 DE SEPTIEMBRE DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre "URGENCIAS OFTALMOLOGICAS"
PARTICIPANTES: MILCIADES OSORIO MD

17 DE SEPTIEMBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre "OTOMASTOIDITIS"
PARTICIPANTES: TULIO VALDEZ MD
ALVARO GARCIA MD

18 DE SEPTIEMBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre "LITIASIS RENAL"
PARTICIPANTES: OMAR ESCORCIA MD

24 DE SEPTIEMBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre "ENFERMEDADES VENEREAS"
PARTICIPANTES: ALVARO VILLANUEVA C. MD
OMAR ESCORCIA MD

25 DE SEPTIEMBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre "HEMORRAGIAS DE VIAS DI
GESTIVAS ALTAS Y BAJAS VISTAS POR EL CIRUJA
NO"
PARTICIPANTES: HERBERT ACOSTA MD
ENRIQUE ESCORCIA MD

26 DE SEPTIEMBRE DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre " CONCEPIOS BASICOS EN
ANESTESIA GENERAL: INDICACIONES Y COMPLICACIONES"
PARTICIPANTES: JOSE LEON ESMERAL MD
TEOBALDO CORONADO MD

PROGRAMA DE PRE-INTERNADO

TERCER MODULO: PEDIATRIA

FECHA DE INICIACION: 1o. DE OCTUBRE DE 1991

FECHA DE FINALIZACION: 30 DE OCTUBRE DE 1991

1o. DE OCTUBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA"

PARTICIPANTES:

VICENTE FERRER MD

GUADALUPE DE ACOSTA MD

2 DE OCTUBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "DESHIDRATACION: METODOS DE HIDRATACION"

PARTICIPANTES:

LUIS SANCHEZ MD

JOAQUIN MARENCO MD

3 DE OCTUBRE DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "QUEMADIRAS"

PARTICIPANTES:

CARLOS HERNANDEZ TORRES MD

VICTOR FERRIGNO MD

8 DE OCTUBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS"

PARTICIPANTES:

JORGE DAVILA SANJUAN MD

RAFAEL FULLEDA MD

9 DE OCTUBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "STATUS ASMATICO EN PEDIATRIA"

PARTICIPANTES:

LUIS SANCHEZ MD

BETTY LLANOS DE BLANCO MD

10 DE OCTUBRE DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "REANIMACION CARDIOPULMONAR"

PARTICIPANTES:

IVAN TORRES NADJAR MD

CARLOS TACHE ZAMBRANO MD

PROGRAMA DE PRE-INTERNADO

15 DE OCTUBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "SINDROME NEFRITICO"

PARTICIPANTES:

CRISTINA MUNOZ MD

NEIDE DIAZ ACOSTA MD

16 DE OCTUBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "MENINGOENCEFALITIS EN
PEDIATRIA"

PARTICIPANTES:

CECILIA ALGARIN MD

GUADALUPE DE ACOSTA MD

17 DE OCTUBRE DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "ABDOMEN AGUDO EN PEDIATRIA"

PARTICIPANTES:

CARLOS HERNANDEZ T. MD

IVAN TORRES MD

22 DE OCTUBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "DERMATITIS MAS FRECUENTES"

PARTICIPANTES:

JAIRO FUENTES MD

23 DE OCTUBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "INFECCIONES RESPIRATORIAS
SUPERIORES"

PARTICIPANTES:

MARIA RAGO CASTILLA MD

24 DE OCTUBRE DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "OTOMASTOIDITIS"

PARTICIPANTES:

ALVARO GARCIA MD

MILCIADIS OSORIO MD

CURSO PRE-INTERNADO

CUARTO MODULO: GINECO-OBSTETRICIA

FECHA DE INICIACION: 29 DE OCTUBRE DE 1991
FECHA DE FINALIZACION: 28 DE NOVIEMBRE DE 1991

29 DE OCTUBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre "DEONTOLOGIA MEDICA"
RELACIONES INTERPERSONALES- INTERNO INSTI
TUCION. INTERNO-PACIENTE. INTERNO-INTERNO

PARTICIPANTES: TEOBALDO CORONADO MD
PATRICIO GARCIA CARO MD

30 DE OCTUBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre "LA LEY 10" Vista por
el Médico

PARTICIPANTES: HUMBERTO CAIAFFA MD

5 DE NOVIEMBRE DE 1991 (MARTES)

HORA 7:00 p.m. Mesa redonda sobre "DISMENORREA"
PARTICIPANTES: FRANCISCO BERNAL MD

6 DE NOVIEMBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre "LEUCORREA"
PARTICIPANTES: BETTY VIMOS DE GAINES MD

7 DE NOVIEMBRE DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre "HEMORRAGIA UTERINA DIS
FUNCIONAL"

PARTICIPANTES: JULIO LLINAS ARDILA MD

12 DE NOVIEMBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre ANEXITIS"
PARTICIPANTES: RAFAEL ALGARIN MD

13 DE NOVIEMBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 p.m. Mesa redonda sobre "HEMORRAGIA DEL PRIMER TRI
MESTRE DEL EMBARAZO"

PARTICIPANTES: REMBERTO RACEDO MD

CURSO PRE-INTERNADO

14 DE NOVIEMBRE DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "HEMORRAGIS DEL SEGUNDO
TRIMESTRE DEL EMBARAZO"

PARTICIPANTES:

VICTOR WILCHES MD

19 DE NOVIEMBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "PARTO Y PUERPERIO PATO
LOGICO"

PARTICIPANTES:

PEDRO FLOREZ DE AGUAS MD

20 DE NOVIEMBRE DE 1991 (MIERCOLES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "ECLAMPSIA"

PARTICIPANTES:

ANTONIO BELTRAN GALINDO MD

21 DE NOVIEMBRE DE 1991 (JUEVES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "EMBARAZO GEMELAR"

PARTICIPANTES:

HUGO MEDINA MEZA MD

26 DE NOVIEMBRE DE 1991 (MARTES)

HORA: 7:00 p.m.

Mesa redonda sobre "ANTIBIOTICOS DE USO
FRECUENTE EN CONSULTA EXTERNA"

PARTICIPANTES:

CARLOS BARRERA GUARIN MD

NUEVOS ENFOQUES EN LA ENSEÑANZA DE CIENCIAS DE LA SALUD A LA LUZ DE NUEVA CONSTITUCION POLITICA DE COLOMBIA Y DE LA LEY 10 DE 1990 PARA ALCANZAR LA SALUD BASICA PARA TODOS EN EL AÑO 2.000

DR. JORGE SANTIAGO DAZA BARRIGA
JEFE DE EDUCACION MEDICA, UNIVERSIDAD LIBRE, BARRANQUILLA

La Salud y la Educación constituyen dos pilares fundamentales del desarrollo, de ahí que todas las acciones que emprendamos en beneficio de estos dos sistemas contribuyen de manera directa, al mejor estar de la nación.

El fenómeno de autenticidad nacional y local ha sido racionalizado. El pensamiento y el fenómeno de globalización, articulado con la descentralización y con la trascendencia del hombre como unidad vital, constituyen un nuevo esquema para la atención en salud, requiriendo para ello el desarrollo de recursos humanos para la salud como modalidad importante de cambio, el cual debe conjugarse con una serie de estrategias intersectoriales orientadas hacia un mismo objetivo o fin.

La Constitución Política de Colombia de 1991, es una de las herramientas mas importantes que se nos halla entregado a los Colombianos, para alcanzar esa meta de " SALUD BASICA PARA TODOS EN EL AÑO 2.000"; pero ésto se logrará con el concurso de todos, con la reglamentación de las leyes que permitan alcanzar al final la meta propuesta; la implementación que se le dé a la Ley 10 de 1.990, y a los cambios de las políticas económicas, sociales y educativas en los diferentes estamentos de nuestra nación, que permitan una mayor estabilidad, con igualdad y libertad para todos. El artículo 42 de nuestra Constitución Política reza: " La familia es el núcleo de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla.... El Estado apoyará de manera especial a la mujer cabeza de la familia. Artículo 44 " El adolescente tiene derecho a la protección y a la formación integral...." Artículo 45 : El Estado, la sociedad y la familia concurrirán para la protección y la asistencia de las personas de la tercera edad y promoverán su a la vida activa y comunitaria. El Estado les garantizará los servicios de la seguridad social integral y el subsidio alimentario en caso de indigencia"; artículo 47 " El Estado adelantará una política de previsión, rehabilitación e integración social para los disminuidos físicos, sensoriales y psíquicos, a quienes se prestará la atención especializada que requieran"; artículo 48 " La Seguridad Social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de la eficiencia, universalidad y solidaridad, en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la Seguridad Social. El Estado, con la participación de los particulares, ampliará progresivamente la cobertura de la Seguri-

**NUEVOS ENFOQUES EN LA ENSEÑANZA DE CIENCIA DE LA SALUD
A LA LUZ DE LA NUEVA CONSTITUCION DE COLOMBIA Y DE
LEY 10 DE 1990 PARA ALCANZAR LA SALUD BASICA
PARA TODOS EN EL AÑO 2.000**

**Dr. JORGE DAZA BARRIGA
Jefe Educación Médica
Universidad Libre - Barranquilla**

dad Social que comprenderá la prestación de los servicios Servicios en la forma que lo determine la Ley. La Seguridad Social podrá ser prestada por entidades públicas o privadas, de conformidad con la Ley...". Artículo 49 " La atención de la salud y el saneamiento ambiental son servicios públicos a cargo del Estado. Se garantiza a todas las personas el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la Salud.....Corresponde al Estado organizar, dirigir y reglamentar la prestación de los servicios de salud a los habitantes y de saneamiento ambiental conforme a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad. También establecer las políticas para la prestación de servicios de salud por entidades privadas, y ejercer su vigilancia y control.... Toda persona tiene el deber de procurar el cuidado integral de su salud y la de su comunidad. El artículo 50 reza " Todo niño menor de un año que no esté cubierto por algún tipo de protección o de Seguridad Social, tendrá derecho a recibir atención gratuita en todas las instituciones de Salud que reciban aportes del estado. La Ley reglamentará la materia".

Esta una concepción moderna y que a no dudarlo, preserva los derechos humanos, persigue la equidad y justicia social y borra el viejo esquema de salud, brindando una universalización en la Seguridad Social, encarnado en la concepción positiva de la privatización, favoreciendo de paso el funcionamiento y productividad del Estado.

Enfrentamos de ésta manera una colectivización del ejercicio del la medicina, en donde debe primar la concepción holística de la medicina, con nuevos enfoques y paradigmas de la atención ambulatoria, salud básica y salud familiar.

La difícil situación económica, el creciente presupuesto del sector salud, la deuda externa, la ausencia de líderes y de liderazgo en los sectores de la Educación, Salud y Seguridad Social, la limitada capacidad de gestión y de gerencia estratégica, la violencia y corrupción administrativa, la mala utilización y distribución del médico y su desempleo frente a las necesidades reales de la comunidad, las precarias condiciones del nivel primario de salud y la situación epidemiológica de nuestra nación, son flaquezas y puntos estratégicos en los cuales hay que ahondar y combatir, para evitar que sigan muriendo miles de personas por enfermedades prevenibles, curables o auto-infligidas y facilitar el acceso de millares de seres hacia la salud.

Las acciones deben orientarse hacia:

1. Una equidad en la atención en Salud, persiguiendo que se satisfagan las necesidades básicas de todo ser humano en su conjunto, esto es promoción de la salud en toda la población, teniendo en cuenta el contexto en que vive y el mas importante de todos es la familia, en el cual se deben identificar, caracterizar y solucionar los problemas de salud, alcanzandose una mejor

integración y mayor cobertura.

2. Un abordaje de las condiciones de salud, los factores y comportamientos de riesgo y articulación del conocimiento de lo biológico con lo social, destacando las intervenciones intersectoriales y no sólo médicas, para la solución de problemas de salud.

3. Desarrollo de la vigilancia epidemiológica moderna y de la medicina preventiva con esquemas actuales de Fomento de la salud y prevención de las enfermedades, diagnóstico clínico con el enfoque de "problemas" y rehabilitación como medio que garantice la calidad de la vida.

4. Aprendizaje sobre conocimientos básicos, propios y pertinentes de la Seguridad Social, Salud Ocupacional y Salud familiar

5. Aprendizaje sobre esquemas de descentralización municipal y participación comunitaria.

6. Articular en forma intersectorial a todos los entes prestadores de servicios, con los de promoción y desarrollo social y económico.

7. Preparación del recurso humano, con nuevos enfoques curriculares asegurando un perfil profesional acorde con las necesidades prioridades y realidades locales, regionales y nacionales.

La preparación del recurso humano es quizás el mas importante de todos los elementos para el desarrollo y progreso de un pueblo; y en él participan en forma directa las instituciones educativas en todos los niveles; éstas deben estar de frente a sus necesidades, a las necesidades de la región, a las cuales se deben. La sensibilización y el cambio de pensamiento y actitud se logra mediante de la formación de hombres con vocación de servicio a la comunidad. Nos imaginamos a esa gran masa estudiantil en los niveles primarios, secundarios y universitarios desplegados a su campo de acción en la búsqueda de la solución de los problemas de la comunidad en la cual se desenvuelve?. Este tipo de pensamiento bajo el influjo de tiempos pasados y de políticas diferentes a las que se respiran hoy, sonarían contrarias al régimen existente; ese ha sido uno de los factores que ha impedido el despegue de nuestra sociedad en el ambiente de equidad y justicia. La Educación superior debe ser concebida como la formación para la problematización, en la cual además de conservar y difundir el saber, exista valorización y desarrollo de una actitud crítica, para definir objetivos y conductas frente a la realidad; la función básica de ésta educación es la de formar hombres, fortalecer la investigación y la de extensión y servicio a la comunidad que le rodea; todo acto educativo se sitúa en un proceso que tiende a un fin, los cuales obedecen a finalidades generales y esas son

dictadas por la sociedad, por lo tanto el esquema de la formación de hombres, tiene que ser articulado con los componentes de la creatividad; de la ética, del campo científico y socio-humanístico, frente a un compromiso social y con el desarrollo de ella misma y adaptado al mercado de trabajo. Con ésta filosofía se lograría un perfil ocupacional adecuado y sin frustraciones contrario a como el existente hoy en donde el conglomerado de profesionales está en las grandes Ciudades, ocasionando por la mala distribución del recurso y de formación en campos amplios de profesión que le permiten desempeñarse con competencia en los campos administrativos y gerenciales, una pérdida enorme de recursos a nivel individual, familiar y del Estado.

La Salud es el resultado de un proceso sutil y continuo de adaptación del ser humano a un ambiente en constante transformación, la cual es una de las metas más importantes de toda sociedad. La Salud no es sólo la ausencia de enfermedad, sino un proceso dinámico del grupo social para reducir las anomalías físicas, psíquicas y sociales. Las condiciones de salubridad indiscutiblemente intervienen en el proceso de la salud. En nuestros pueblos estas condiciones de salud están limitadas; entre las características más importantes, encontramos:

1. La mayor parte de las personas no encuentran fácil acceso a los servicios modernos de salud, de manera especial quienes tienen bajos ingresos.
2. En términos comparativos las inversiones de los gobiernos destinados a proteger la salud son escasas.
3. Un alto porcentaje del gasto se dirige a la medicina curativa, hospitales costosos de sostener y personal médico de formación elevada.

La enfermedad no es sólo un fenómeno biológico y físico, sino que también es un evento que ocurre en un contexto socio-cultural y que refleja la íntima asociación de unas personas con otras. Cuando el interés se centra en la causa de la enfermedad o factores etiológicos o cuando lo central lo constituyen las reacciones del paciente frente a la enfermedad.

La Salud constituye uno de los pilares fundamentales del desarrollo.

La Salud de la persona representa por sí misma el producto de las interacciones del substrato biológico del organismo en su unidad con los factores socio-económicos y ecológicos naturales del medio. Esto quiere decir que la salud es un reflejo de la interacción de múltiples factores, los cuales hacen parte del proceso salud-enfermedad. La situación dada por éstos factores determina el bienestar integral de la familia y son los que en resumen definen su calidad de vida.

La Familia es un grupo humano que reunido intercambia afecto, valores, bienes materiales y otorga mutua protección; es la unidad social productiva, en la cual están presentes los papeles sociales y económicos de quienes la conforman. La familia es la unidad funcional básica y fundamental de la sociedad, alrededor de la cual están teniendo lugar los grandes cambios sociales que vive el mundo, razón de más para vitalizar sus papeles y profundizar en su estudio y análisis. La familia cumple varias funciones entre las que se destacan: función biológica, la cual permite la renovación de la especie, impidiendo así su extinción; función de seguridad vital, entre ellas se encuentran las de tipo: económico, social, educativo, cuidado y protección a los improductivos y contra extraños, a la recreación y descanso, a la transmisión del estatus familiar especial y a la transmisión de valores éticos y morales.

La integración biosico-social en la familia como unidad de análisis y de atención, facilita el abordaje del síntoma en su aproximación individual y colectiva, a la vez que se descubre la causalidad y se proyecta un plan de intervención en los diferentes niveles de prevención, priorizando el criterio de riesgo epidemiológico, sistémico y preventivo.

La Salud Familiar (Medicina Familiar) tiene sus raíces en concepciones antiguas que miran a los individuos como seres integrales interactuando con su entorno. Tiene relaciones con la ciencia y la tecnología moderna, lo cual busca un bienestar físico mental y social. La Salud Familiar implica una apertura a las innovaciones y a la creatividad para una excelente atención primaria.

El médico de familia, es aquel que sirve como médico de primer contacto del paciente y le prevee un medio de entrada al sistema; evalúa las necesidades totales del paciente, le prevee cuidados médicos personales y refiere a los pacientes, cuando es indicado, hacia recursos adecuados de cuidados de salud mientras preserva para sí la continuidad de dichos cuidados, integrando las acciones preventivas, curativas, rehabilitadoras, en la cual la familia es la unidad de la atención; esto permite un conocimiento acumulativo y relación afectiva mas estrecha, lo cual permite la detección de problemas incipientes, en la cual predomina el proceso educativo participativo. El estilo de vida, la intervención a nivel de los nichos ecológicos donde se desenvuelve el ser humano, como son la casa, la escuela, el lugar de trabajo y el vecindario, han llevado a entender mejor los factores de salud y enfermedad y a buscar una mayor participación de la comunidad para utilizar los recursos apropiados y optimizarlos.

El programa de Salud Familiar, estará comprometido con los aspectos de salud-enfermedad-bienestar con un grupo definido de familias, con una practica integral, lo cual implica conocer a la persona, a la familia y el entorno de trabajo o estudio, el

vecindario y demás nichos donde se mueven la persona y la familia. También implica la aplicación de modelo biopsicosocial y una dimensión que comprende cual es la educación, la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, "mantenimiento" de la salud y la guía anticipatoria según el riesgo, así como las acciones de curación y de rehabilitación.

Los profesionales del área de la Salud formados bajo éste paradigma de la Salud Familiar deben: Resolver con competencia un alto porcentaje de los problemas presentados por sus pacientes. Esto implica una buena formación en los componentes biológico y psicológico. Proporcionar un cuidado integral al paciente y a su familia; una adecuada obtención de la información sobre el paciente, la familia y la comunidad; un análisis y evaluación a niveles físico, biológico, psicológico y social; un plan educativo, preventivo, curativo y de rehabilitación. Que trabajen en equipo con otros profesionales de la salud. Para esto deben adquirir la habilidad de conocer y utilizar los recursos de la comunidad en beneficio de la misma. Que se comprometan con su comunidad. De esta manera no sólo tratarán los problemas muy manifiestos sino que establecerán estrategias para prevenir o para detectar los problemas más oportunamente. Que entiendan a la familia como unidad básica de la sociedad; las interrelaciones de la misma. Su desarrollo y dinamismo a través de su ciclo vital. Las funciones de la familia, su nicho en la respuesta al estrés, sus patrones de adaptación apropiados o inadecuados. Los recursos intra y extrafamiliares. La detección temprana de disfunción y las posibles estrategias de intervención. El profesional debe entender además los elementos de la Unidad de Cuidado Familiar, en donde se daría una situación de: Atención integral a una población definida, responsabilidad continua a través del cuidado personal y familiar; coordinación de un equipo de salud con profesionales y miembros de la comunidad y acciones educativas, preventivas y de curación, no sólo en el centro u hospital sino en los demás nichos ecológicos.

Frente a éstas realidades, nos corresponde a los educadores en el área de medicina, realizar una articulación flexible en los currículum tanto en el pregrado como en el post-grado; nuestro organismo rege: ASCOFAME, viene de tiempo atrás propendiendo por una organización, estructuración y unificación de los programas educativos.

En 1.988 se realiza en Edimburgo una conferencia mundial sobre educación médica y en ésta se puntualizan los siguientes hechos:

1. Ampliar la gama de escenarios en los cuales se conduzcan programas educativos que incluyan todos los recursos de salud de la comunidad, no solamente hospitales.
2. Asegurar la continuidad del aprendizaje a lo largo de la vida, cambiando el énfasis de los métodos didácticos tan difundidos

actualmente por un estudio auto-dirigido e independiente, así como métodos tutoriales.

3. Establecer currículos y sistemas de examen para asegurar el logro de la competencia profesional y el desarrollo de los valores sociales, no simplemente la retención y rememoración de la información.

4. Asegurar que el contenido curricular refleje las prioridades nacionales de salud y disponibilidad de recursos asequibles.

5. Capacitar a los docentes como educadores, no simplemente como expertos en contenido y recompensar la excelencia en este campo tanto como la excelencia en la investigación biomédica o en la práctica clínica.

6. Complementar la instrucción sobre el manejo de los pacientes aumentando el énfasis en la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

7. Integrar la educación en las ciencias y la educación práctica utilizando el método de solución de problemas en escenarios clínicos y de la comunidad, como base del aprendizaje.

8. En la selección de estudiantes médicos, emplear métodos que rebasen la habilidad intelectual y el logro académico, para incluir medidas de las cualidades personales.

9. Estimular y facilitar la cooperación entre los Ministerios de Salud, Educación, Servicios de Salud, de la comunidad y otros organismos pertinentes para el desarrollo de políticas conjuntas, la planeación, ejecución y revisión de programas.

Para alcanzar el cambio es importante, es importante formar hombres con:

1. Actitud y compromisos positivos hacia la sociedad.

2. Formación básica muy sólida que le permita autoformación y flexibilidad en su quehacer.

3. Capacidad de trabajar en equipo, de coordinar recursos y habilidad en conducir el trabajo participativo con las familias.

4. Actitud para trabajar con especialistas en el sector de la salud y en otros sectores.

5. Curiosidad científica y habilidad para la investigación-acción

La práctica de las ciencias de la salud ya no puede circunscribirse a la actuación en un consultorio o sala de hospital,

sino que debe proyectarse forzosamente a la familia. El ejercicio de éstas ciencias debe llegar al hogar, escuela, taller, fábrica y todos aquellos lugares donde se desenvuelven los grupos familiares.

Creemos que la promulgación de la Ley 10 de 1990 y la nueva Carta Magna, implican un nuevo enfoque, un nuevo esquema en la formación y desempeño de los profesionales de la Salud; la Seguridad Social obligatoria y la prestación de éstos servicios por el estado y Particulares, obligan de manera forsoza un replanteamiento en el campo ocupacional, en el cual tenemos que conformar empresas que defiendan al grupo médico, pero fundamentalmente a ampliar los espectros de su acción, de allí la flexibilidad de los currículos y la formación y actualización de los profesionales en los campos gerenciales y administrativos y fundamentalmente en el campo de la salud familiar, paradigma que desde tiempos inmemoriales ha sufrido diferentes cambios por el desarrollo de la tecnología, la cual debe estar al Servicio de ésta practica, para alcanzar la salud básica para todos y fundamentalmente para adquirir la equidad y justicia para todos.

LA ENSEÑANZA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA FACULTAD DE MEDICINA
DE LA UNIVERSIDAD LIBRE - SECCIONAL DE CALI

Dr. JORGE HERNANDO MARTINEZ
Director Educación Médica

LA ENSEÑANZA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE
LA UNIVERSIDAD LIBRE SECCIONAL DE CALI

Dr. JORGE HERNANDO MARTINEZ SERNA
Director Educación Médica

La enseñanza de Medicina Familiar se ha convertido en un nuevo reto para las Facultades de Medicina. De acuerdo a la información presentada recientemente a Ascofame, sólo el 19% de las Facultades de Medicina han incluido en su curriculum este nuevo enfoque de la prestación de servicios de salud.

Qué es realmente la Medicina Familiar?

Es identificar al paciente como un ser humano, cuerpo y mente, miembro de una familia, cuyas diversas y complejas relaciones coadyuvan a la presencia o ausencia de enfermedades y al alivio o agravación de las mismas.

Es además establecer un plan de mantenimiento de la salud de la persona y la familia, mediante educación continua del núcleo familiar, desarrollando un plan de acción específico con cada grupo.

Estos dos enunciados implican ciertos cambios en la estructura de la enseñanza de las Ciencias Clínicas, que permitan que el estudiante incorpore estos conceptos en el habitual ejercicio de su profesión.

Nuestra Facultad se ha esforzado en la superación del reto del cambio de actitudes y ha tenido algunas dificultades en el transcurso del desarrollo del programa. Queremos hoy presentar brevemente el enfoque que le hemos dado al programa con el fin de so-

licitar a ustedes su invaluable aporte y a la vez colaborar en el desarrollo de estas ideas en otras Facultades de Medicina.

En el desarrollo de lo expuesto anteriormente, la Medicina Familiar ha desarrollado una serie de instrumentos que deben hacer parte integrante de la Historia Clínica.

Estos instrumentos son:

El Familiograma.

El Ecomapa.

El Apgar Familiar.

El Análisis del Microambiente Familiar y el Macroambiente Social.

La única posibilidad de que el estudiante incorpore estos instrumentos en su habitual desempeño es cambiar la estructura de la historia clínica e incorporar estos instrumentos en ella.

En nuestra Facultad el estudiante en segundo año, inicia su contacto con pacientes en un programa que llamamos Atención Médica-Básica. Esto consiste esencialmente en permanecer 28 semanas en un Centro de Salud (ocupamos once Centros) del Municipio durante todas las mañanas, en grupos de 7 a 8 estudiantes acompañados por un docente, que conjuntamente con el personal del Centro de Salud, expone al estudiante a los programas básicos de Salud Pública (Crecimiento y Desarrollo, Control Prenatal, Diarreas, Hipertensión, Tuberculosis), mientras empieza a desarrollar habilidades para la elaboración de la historia clínica, en aspectos de anamnesis y control de signos vitales.

En este período el estudiante debe incluir los instrumentos enunciados atrás en dos familias que seleccione y en las cuales debe completar mediante visitas domiciliarias todos los aspectos concernientes a la misma. El estudiante realiza seis visitas en ca

da una de las familias asignadas, es supervisado por los docentes de Atención Médica Básica, con la asesoría de un médico familiar que a su vez supervisa el cumplimiento del programa por parte de docentes y estudiantes.

El proceso inicial de ejecución y control de estas visitas se dificultó mucho en los dos primeros años, especialmente por la falta de interés y colaboración de los docentes. Hubo que acudir a realizar cursillos y charlas de motivación entre ellos para que ejecutaran correctamente lo previsto.

En tercer año se continúan realizando historias clínicas en el programa de Semiología, que en nuestra Facultad dura un año, pero solo en las mañanas. Ya el estudiante debe incluir todos los instrumentos de Medicina Familiar en todas las historias clínicas que realice y debe continuar visitando las familias que seleccionó en segundo año con el fin de perfeccionar su capacidad de observación a lo largo del tiempo. Un médico familiar supervisa este proceso un día a la semana para cada subgrupo de estudiantes que se reúnen con él y en forma de talleres analiza todos los aspectos de la familia.

De cuarto en adelante, el estudiante debe incluir en todas sus historias clínicas el familiograma, ecomapa, apgar familiar, microambiente familiar, analizarlos y estudiarlos en el diagnóstico integral del paciente. Son supervisados por médicos familiares que hacen parte del equipo de salud de cada área clínica, así como epidemiólogos y sicólogos o psiquiatras que conjuntamente con los "clínicos" realizan las visitas de servicio o efectúan la consulta externa.

Ya en sexto año hemos diseñado un semestre de Medicina Familiar en el cual los estudiantes desarrollan toda su capacidad clínica

en un Centro Hospital de Cali, en donde le será asignado un grupo de 10 a 15 familias en las cuales tendrán que realizar visitas domiciliarias, historias clínicas individuales, realizar un plan de mantenimiento de salud y atender medicamente, supervisados por médicos familiares, con la colaboración del personal del Centro Hospital. En esta Institución pueden realizarse actividades como: Consulta externa, atención de urgencias, partos, legrados y cirugía ambulatorias, que el estudiante realiza en sus familias asignadas cuando sea necesario.

El Centro Hospital cuenta además con todos los programas preventivos de Atención Primaria (Control de Crecimiento y Desarrollo, vacunación, Cáncer de Cervix, etc, etc) de tal manera que se facilita el programa de mantenimiento de la salud de la familia.



JORGE HERNANDO MARTINEZ SERNA
Director Educación Médica

**RESULTADOS DE LA NUEVA METODOLOGIA PARTICIPATIVA
COMO UN MODELO DE APRENDIZAJE**

**Dr. ARTURO ACOSTA BENDEK
Vicedecano Programa de Medicina
Universidad Metropolitana**

UNIVERSIDAD METROPOLITANA - BARRANQUILLA

Dr. ARTURO ACOSTA BENDEK
Vicedecano Programa de Medicina

RESULTADOS DE LA NUEVA METODOLOGIA PARTICIPATIVA COMO UN MODELO DE APRENDIZAJE

Desde hace ya dos años en nuestra Universidad se ha implementado en la Facultad de Medicina, por parte de algunos Profesores, la nueva Metodología de la Enseñanza en la cual el estudiante participa activamente proporcionando un 50% de la enseñanza, dejando el otro 50% al docente.

Hasta ahora tenemos el modelo de dos Docentes de nuestra Facultad que han llevado a cabo esta metodología, que no ha sido fácil porque a la mayoría de los docentes no les gusta desprenderse de su famosa "Catedra Magistral" en la cual se le enseñaba todo al estudiante siendo éste un ente pasivo que se limitaba a copiar todo lo que escuchaba sin participar en el tema haciendo preguntas. Con el resto de los profesores ha habido algunos tropiezos porque han creído que esta nueva Metodología de la Enseñanza significa dejarle todo el trabajo a los estudiantes o sea el 100% (Seminarios) y ellos no aportan nada en la docencia; tampoco es esto lo que se pretende.

Quiero presentarles a ustedes dos modelos que a mi modo de ver son lo más cercano a lo ideal, son la Cátedra de Semiología Clínica a cargo del Dr. Alfredo Calderón Lombana y la Cátedra de Pediatría a cargo del Dr. Ramiro Párras Burgos. El primero de ellos en la Clínica Semiológica le dedica al primer mes charlas magistrales sobre como realizar una Historia Clínica con su anamnesis y examen físico completo, continuando con los signos y síntomas de cada aparato o sistema. A partir del primer mes y hasta el final del semestre las clases diarias se convierten en mesas redondas en la cual el Profesor es un moderador y los estudiantes se dividen grupos de a seis. El Profesor relata un caso clínico en la cual incluye síntomas, signos y exámenes de laboratorio de un paciente en particular pero sin decir el diagnóstico. A continuación cada grupo de estudiantes discute, interpreta y asimila todos los datos y al final emite un diagnóstico presuntivo que se enfrenta con los otros diagnósticos de los demás grupos de estudiantes; al final el profesor confirma el diagnóstico definitivo, resuelve todas las dudas que tuvieron los estudiantes durante el Taller y finaliza la clase con una discusión general sobre el tema.

Esta Metodología se realiza diariamente en la Clínica Semiológica con una intensidad horaria de 10 horas semanales.

Los resultados obtenidos han sido satisfactorios observando un mayor interés de los estudiantes por la investigación, quitándole al maestro esa aureola de omnipotencia que no se dignaba a responder las inquietudes de los estudiantes enviándolos siempre a investigar, y dándole mayor dinamismo a la clase, donde el estudiante dejó de ser un "ente escritor" para convertirse en una pieza fundamental para el engranaje de la docencia.

En la Cátedra de Pediatría, coordinada por el Dr. Ramiro Párias Burgos se está llevando a cabo en base a los siguientes puntos:

1. Orientación al estudiante para conocer el problema.
2. Métodos Audiovisuales.
3. Actividades didácticas por parte del estudiante.
4. Prácticas en la Sala de Pediatría.

El curso se divide en varios subgrupos de estudiantes coordinado por un Pediatra el cual se encargará de programarles todas las actividades docentes a ese subgrupo de estudiantes aboliendo de esta manera las clases magistrales, de esta forma se evita que el Profesor tenga que manejar un promedio de 100 estudiantes y por el contrario

se encarga de la docencia de un grupo de 12 Estudiantes los cuales sacarán un mejor provecho del docente. A pesar de esta magnífica metodología el área pediátrica en frente problemas extracurriculares que en un momento da do dificultan este tipo de docencia, y son los factores demográficos, sociales, culturales, geofísicos y los ha bituales factores políticos y económicos. Sin embargo creemos que esta nueva metodología educativa terminará imponiéndose en todos los semestres de nuestra Facultad de Medicina para de esa manera colaborar con la renovación que aconseja ASCOFAME para el mejoramiento de la ca lidad médica Colombiana.



DR. ARTURO ACOSTA BENDEK
Vice-Decano Programa de Medicina
Universidad Metropolitana.-

COMO DICTAR UNA CONFERENCIA

**Dr. DIEGO ANDRES ROSSELLI COCK
Vicedecano Programa de Medicina
Escuela Militar de Medicina**

CÓMO DICTAR UNA CONFERENCIA

Diego Andrés Rosselli Cock

Vicodoccano Escuela Militar de Medicina
Médico Neurólogo Instituto Neurológico de Colombia
Liga Colombiana Contra la Epilepsia
Profesor Facultad de Psicología Universidad Javeriana

Ilustraciones:

Dr. Mauricio Restrepo Alvarez

Banco de la República

Héctor Iván Valbuena Gómez

Escuela Militar de Medicina

- I- Introducción
- II- Cómo prepararse
- III- Cómo empezar la conferencia
- IV- El curso de la conferencia
- V- El lenguaje
- VI- Las ayudas audiovisuales
- VII- Cómo terminar



I- Introducción

Muchas veces durante la carrera universitaria y el ejercicio profesional, los médicos y los profesionales de la salud se ven enfrentados a un auditorio que con mayor o menor interés se apresta a escuchar un nervioso orador. Este temor a hablar en público es una de

las fobias más comunes del gremio, y el estudiante universitario debe aprender por sí solo a vencer ese miedo. A partir del ejemplo de sus docentes, que no por bien intencionado es siempre apropiado, el futuro profesional perpetúa errores comunes y no logra el mejor provecho de sus intervenciones como profesor, como conferenciante o como expositor.

Este breve manual pretende proporcionarle algunos consejos que permitan diseñar mejor sus presentaciones orales y hacer más efectiva la comunicación de ideas en el complejo mundo de las ciencias de la salud. Pocas de estas normas deben aceptarse de una manera dogmática. Son simples orientaciones que cada expositor, según su estilo personal y las circunstancias, debe considerar y adaptar.

Primer consejo: **NO** haga todo lo que se dice aquí. ¡Sea usted mismo!



Las sugerencias que se ofrecen, con algunas modificaciones, según sea el caso, se aplican al salón de clase, a la presentación de pacientes en las no siempre amenas reuniones médicas, o a las intervenciones en auditorios internacionales colmados de especialistas aún más inquisitivos y exigentes.

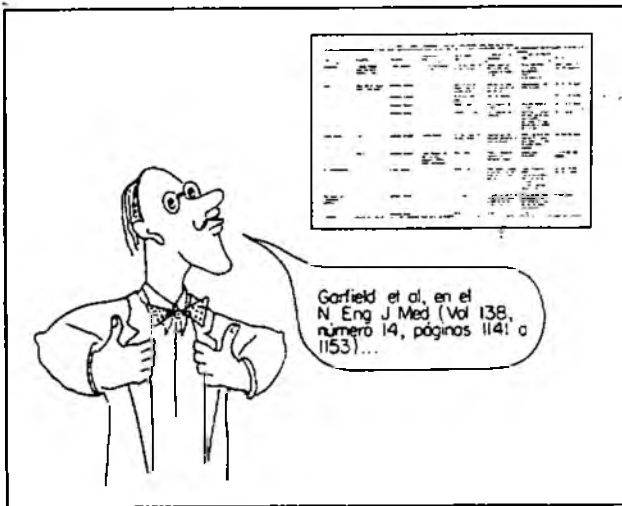
II- Cómo prepararse

Son varios los interrogantes que es necesario aclarar antes de iniciar la preparación de una charla. El primero de ellos es el título de la conferencia. Este debe ser lo más breve posible, y debe dar una idea precisa del tema. **No se lo deje imponer.**

Conocer la fecha, el lugar, y las características del evento (los otros temas, por ejemplo) son datos que van a ayudar mucho en la preparación del contenido. Se necesita prever el número y el tipo de asistentes, ya que se debe adaptar la conferencia a los participantes y no esperar que sean ellos los que se adapten a la semántica, la fonética o el nivel de complejidad del expositor.

Si el público es heterogéneo, como ocurre en la mayoría de los eventos importantes, es necesario asegurarse que el nivel no sea demasiado elevado para los menos preparados, pero se debe buscar material que beneficie incluso a los más expertos en el tema.

Una vez aclarados estos detalles preliminares, póngase a pensar qué dirá. Sea sincero: si no tiene nada que decir, rechace la invitación. Dos consejos útiles: en lo posible hable sólo de lo que conoce, y de eso escoja sólo lo que le interese.



Haga un plan de contenidos. No trate de decirlo todo. Escoja los puntos más relevantes para el auditorio. Adáptese al tiempo que le asignaron.

Las partes de una conferencia que requieren más preparación son el principio y el final. Dedíqueles el mayor tiempo. Si va a buscar la participación activa del auditorio, técnica muy conveniente en la docencia a grupos pequeños pero difícil de manejar en auditorios de dos mil personas, planee muy bien las preguntas que les dirigirá.

Decida qué ayudas audiovisuales va a emplear. Prepárelas con cuidado y conózcalas bien.

Ensaye. Ensaye solo, con un espejo, con una grabadora, con alguien de confianza... o en la ducha (sin la grabadora, claro). Pero ensaye. Un consejo práctico es preparar la conferencia una semana antes, representarla 24 horas antes, y, cuando falte una hora, hacer los ajustes que las circunstancias y el auditorio obliguen.

Uno de los grandes temores al hablar en público es el de sufrir un bloqueo; quedar con la mente en blanco. Se siente más confianza si lleva preparados unos apuntes. Una ficha bibliográfica en donde figuren los puntos principales a tratar, es suficiente. Algunos prefieren además el respaldo del manuscrito completo... e incluso bibliografía de referencia. Es poco probable que tenga el tiempo de consultarlos.

El día de la conferencia llegue temprano. Familiarícese con el sitio, conozca de memoria la escalera que sube a la tarima (y los cables que siempre hay por ahí atravesados), aprenda a encender y apagar el micrófono, revise el control del proyector, las luces ambientales, el señalador... el baño. No olvide conversar con el personal auxiliar que controla la iluminación, el sonido y los audiovisuales. Explíqueles cómo desea usted que ellos le ayuden. Recuérdelo: pueden, por lo menos de momento, convertirse en sus peores enemigos si se lo proponen. O si no se lo proponen.

Si con todos estos preparativos, y la tensión emocional que precede a toda presentación en público, logra poner atención a los conferenciantes que le preceden, evitará repetir conceptos innecesarios, contradecir con torpeza y sin argumentos al expositor anterior o utilizar nomenclatura inadecuada que cinco minutos antes consideraron obsoleta.

Si es posible, antes de empezar retire todos los elementos distractores que puedan restarle atención a su exposición. Eso incluye mover el gigantesco florero que está en la mesa, correr la enorme bandera un poco a la derecha, y, sin herir susceptibilidades, pedir a los colegas de la mesa principal que atiendan su conferencia sentados entre el público.

III- Cómo empezar la conferencia

Alguno de los manuales para aprender a hablar en público dice que hay tres partes en todo discurso: 1- Introducción: diga qué va a decir; 2- Cuerpo de la conferencia: dígalo; 3- Cierre: diga qué dijo. ¿Suena fácil?

Toda introducción debe incluir, no necesariamente en este orden, los siguientes puntos:

- Presentación del expositor: hágalo usted mismo sólo si nadie se ha tomado el trabajo de hacerlo. En este caso no se eche muchos elogios.

- Saludo: sea breve.

- **Presentación del contenido:** ¿De qué hablará este tipo? No sólo es conveniente especificar el tema, sino cómo va a desarrollarlo.

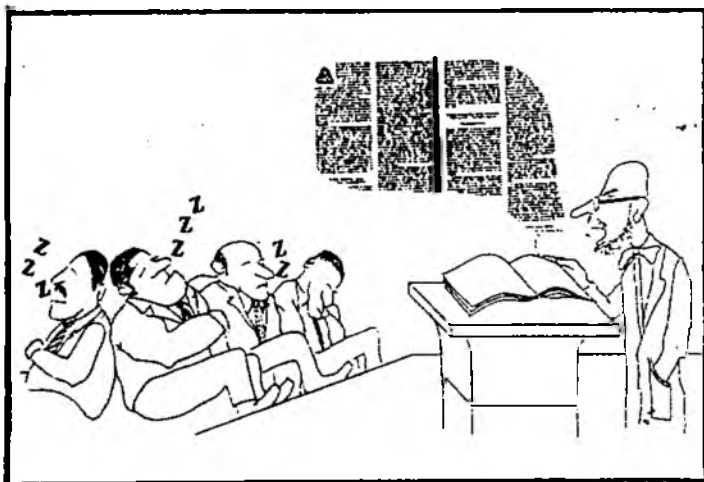
- **Motivación:** ¿Y eso para qué me sirve? Aquí es útil traer ejemplos de aplicación práctica de los contenidos de la conferencia. Los objetivos de la charla deben quedar claros.

- **Establezca un punto de partida:** una su presentación con las de expositores previos o dele una dimensión histórica a su tema.

- **Rompa el hielo.** Establezca un ambiente adecuado a su estilo de presentación. Un comentario de actualidad o una anécdota graciosa pueden ser de gran utilidad. Pero ¡cuidado!, ésta es un arma peligrosa que puede volverse en su contra. Si el auditorio está serio y usted no es gracioso, no corra riesgos.

No comience con disculpas como "no soy buen orador", "no tuve tiempo para preparar esta charla" o mencionando los defectos de su conferencia. Así bajará el interés de sus oyentes.

Por favor no lea su conferencia. Es un irrespeto con el auditorio que preferiría, en ese caso, leerla.



Se recomienda hacer la introducción con las luces encendidas, de esa manera se inicia el contacto visual con el auditorio. Luego se pueden apagar e iniciar la proyección.

No apague todas las luces. Se fatiga más la visión, es más difícil tomar apuntes (o leer sus notas), pierde buena parte del contacto con la audiencia, facilita la ensoñación y los ronquidos y además pondrá en problemas a los que entran tarde... o salen temprano (nunca faltan).

IV- El curso de la conferencia

"Tres cosas importan en un discurso, y son:
quién lo dice, cómo lo dice, y qué dice.
De las tres la última es la menos importante."
Lord Marley

Es frecuente en el gremio científico que se brinde mucha importancia a la profundidad de los conocimientos restando énfasis a la forma como éstos se presentan. Todos hemos oído abstrusas explicaciones de grandes sabios que parecen no haber hecho esfuerzo alguno por hacer comprensible su mensaje.

CONTENIDO: Es difícil dar consejos sobre cómo organizar el contenido de una conferencia. Sin embargo recuerde que debe diseñar un plan ¡y seguirlo! Debe notarse coherencia y lógica en la secuencia del discurso.

Además del conocimiento del tema (sin él la charla puede resultar divertida, pero no instructiva), se requiere organización y claridad. **ENTUSIASMO.** Si usted no siente verdadero interés en el tema que expone, no espere despertarlo en ninguno de sus oyentes.

ATENCIÓN: Esfuércese en mantener la atención del auditorio. Utilizar ejemplos prácticos de su experiencia personal es una forma de hacer más atractiva la conferencia. Así estará hablando de algo que nadie conoce mejor que usted, y que además es aplicable a la vida real. Fragmente su conferencia. Al final de cada bloque de ideas resuma. Los puntos más importantes repítalos, redactando la idea en otros términos. Recuerde: utilice otras palabras para repetir las ideas principales. Repita la frase idéntica sólo cuando se dirija a oligofrénicos, repita la frase idéntica sólo cuando se dirija a oligofrénicos.

Otra técnica empleada para recuperar la atención perdida, es introducir en el discurso una palabra de connotación sexual. No falla. Pero cuidado, no es siempre bien visto hablar de posiciones sexuales en una conferencia sobre prótesis del omoplato.

Algunos intentan un apunte gracioso para tratar de salvar una conferencia perdida... pero aténgase a las consecuencias. Puede acabar de arruinar el pobre concepto que tienen de usted.

Otros términos menos efectivos de recuperar la atención dispersa, son aquellos que indican que su elocuente participación está por concluir. Use el: "Para terminar..." con sinceridad (es decir, termine).

Por último, recuerde que la interacción que establezca con cada asistente, y con el grupo en general, es fundamental para lograr una adecuada transmisión de ideas.

¿HACER PREGUNTAS? Son varias las razones por las que un docente puede querer, en medio de una charla, dirigir una pregunta a los presentes. Una pregunta puede servir para conocer el nivel de conocimientos previos, para que los asistentes busquen una aplicación a los conceptos nuevos en la solución de problemas, y para que ellos se sientan activos.

Acostúmbrase a hacer preguntas en toda presentación larga, o siempre que enfrente un mismo auditorio en varias ocasiones.

El principal temor al hacer preguntas es perder el control de la situación. Esto no debe ocurrir si usted sigue las siguientes indicaciones:

- Planee bien sus preguntas, y en qué momento las dirigirá.
- Evite preguntas cerradas (aquellas que se pueden responder con una sola palabra o frase).
- Haga una sola pregunta a la vez.
- Haga una pausa después de la pregunta, antes de solicitar un voluntario que desee responder.
- No escoja al "voluntario" antes de hacer la pregunta.
- Escuche atentamente la respuesta.
- No sea hiriente o sarcástico con las respuestas que recibe. En cambio alabe las respuestas adecuadas.

V- El lenguaje

Es la voz la portadora de su mensaje. Trate de darle energía, sin gritar. Haga énfasis en los puntos importantes y deje que ella delate sus sentimientos.

Utilice la primera persona del plural sólo cuando esté haciendo referencia a un grupo de personas (y que eso le quede claro a los asistentes). Este trato pastoral es común en los altos prelados de la iglesia pero suena pretencioso en nosotros (me estoy refiriendo a los laicos). Si no siente la seguridad necesaria para hablar en primera persona singular, "yo hice un estudio", queda la alternativa de expresarse en tono impersonal: "se hizo un estudio" (como verá, eso me obligó a hacer mi correctora de estilo en este manual).

MULETILLAS (o "lugares comunes"): El lenguaje médico está plagado de frases de cajón que se emplean sin detenerse a pensar en su poca originalidad, o en su falta de sentido. Además de estereotipos como: "Paciente de x años de edad con cuadro de n días de evolución consistente en..." es frecuente escuchar:

Desde el punto de vista, es decir, mejor dicho, a nivel de..., en un momento dado, por decir algo, ¿no cierto?, por ejemplo, ¿sí?, o sea, básicamente, específicamente, única y exclusivamente (y muchas otras mentes), etcétera (esa es muy usada)... y etcétera, etcétera, etcétera.

EXTRANJERISMOS: Todos los siguientes términos tienen una traducción apropiada al castellano. Usándolos no eleva su cultura ¿O.K.?:

Average, background, binding, compliance, córtex, chance, chequear, feedback, fellow, master, missing, pin and plaster, poster, rash, rating, report(e), scanner, score, software, surmenage, turnover, o uptake.

Algunos anglicismos ya han entrado a formar parte del vocabulario español, como: estrés (y no "stress"), estándar y escanografía.



PALABRAS MAL EMPLEADAS: Es frecuente que algunos términos sean indebidamente utilizados en el vocabulario médico: injuria (no es lo mismo que lesión), disturbio o desorden (por trastorno), patología (no debe utilizarse como sinónimo de enfermedad o afección), implementar (neologismo), persistir, artefacto, giro (por circunvolución), álgido, rata, medicación (se refiere al conjunto de medicamentos).



Los adverbios terminados en mente no se consideran muy elegantes (¿sabía que García Márquez no incluyó ni siquiera uno en "El general en su laberinto"?).

Otros vocablos que pueden ponerlo en apuros son los gerundios. Es conveniente usarlos sólo para indicar simultaneidad de dos acciones (llegó sangrando). Nunca para acciones mediatas (le realizaron laparotomía presentando ocho días después infección...) o desempeñando (y aquí está bien usado) una función de adjetivo

(paciente presentando dolor precordial). Algunos prefieren evitarlos del todo.

Muchos términos médicos tienen un sentido peyorativo. Debe, por tanto, tener precaución al emplearlos. A nadie le gusta el apelativo de epiléptico, esquizofrénico, neurótico, parálitico, prostático, retrasado mental, sidoso, sífilítico o tuberculoso.

NO OLVIDAR LA ERRE EN:

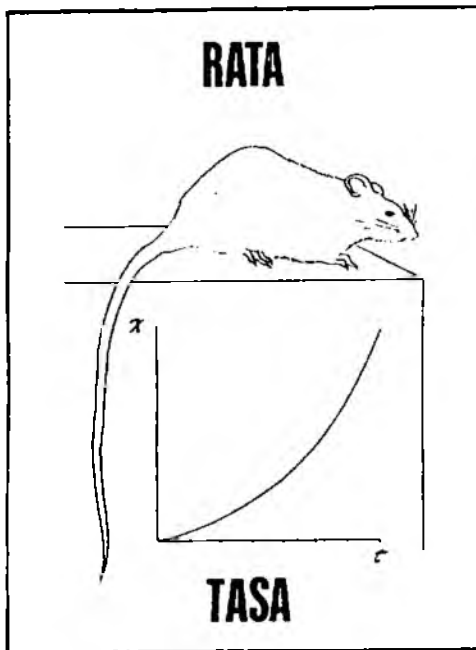
Barorreceptor, vicerrector, neurorradiología, suprarrenal, miorrelajante, prerequisite.

ES PREFERIBLE:

influir
traumatismo
hernia
conferenciante
decimocuarto
cognoscitivo
terapeuta
torácico
ciento por ciento
infortunado

QUE:

influenciar
trauma
herniación
conferencista
catorceavo
cognitivo
terapista
torácico
cien por ciento
desafortunado



VI- Las ayudas audiovisuales

La ayuda audiovisual más importante en toda conferencia es...usted! Su actitud, sus movimientos, mímica, gesticulación, contacto visual, el énfasis y la entonación de sus palabras, son armas más poderosas que cualquier video. Uselos y entrénelos para mostrar del contenido verbal de sus palabras la importancia y el sentimiento que encierran. Cuidese de no exagerar. Utilice una

videgrabadora (en último caso un crítico sincero) para tratar de reducir los movimientos innecesarios que sólo sirven para distraer a los asistentes.

Su postura debe denotar entusiasmo y seguridad. Su mirada debe buscar la de los presentes y no vagar sin rumbo por el fondo del salón o el techo del edificio.

Evite jugar con el señalador o con el micrófono, llevarse las manos a la cara o a los bolsillos... No se coloque de espaldas al público mirando sus diapositivas (se supone que usted ya las vió).

Las diapositivas

De los métodos audiovisuales, el más empleado en las conferencias científicas es el proyector de diapositivas. Sus ventajas son numerosas: las diapositivas permiten mostrar ilustraciones de gran complejidad como preparaciones histológicas, fotografías de pacientes o gráficos elaborados. Aunque pueden ser usados para presentar texto, su principal utilidad radica en la capacidad para mostrar con gran detalle material no verbal, o una combinación de ilustración y texto. En lo posible utilíce el proyector de diapositivas para mostrar imágenes. Lo que se pueda expresar en palabras ...;dígalos!

Como regla general, el número de diapositivas debe calcularse de acuerdo con los minutos que dispone para su conferencia. Una relación de una a uno suele ser recomendable.

No coloque diapositivas a las que no haga referencia, tampoco deje una foto mucho tiempo mientras habla de temas que no tienen que ver con la ilustración. En ese caso es preferible apagar el proyector y encender las luces (recomendable en intervenciones prolongadas, así lo maldigan por interrumpir el sueño de algunos).

Sea cuidadoso con el orden de colocación de las fotografías; debe coincidir con la trama de la conferencia. No es bien vista la costumbre de hacer adelantar y retroceder las proyecciones.

Recuerde que las ilustraciones deben servir de apoyo para que los presentes entiendan el mensaje que usted quiere dejar. No están ahí para recordarle al expositor qué debe decir. Forme con ellas una secuencia pulida y encadenada. No una historia fragmentada con un salto entre una y otra foto.

Una diapositiva debe ser simple y clara. Es cierto que una imagen vale más que mil palabras. Pero por favor no trate de acomodar mil palabras en la imagen. Una regla sencilla al respecto es: "7 por 7". El texto no debe sobrepasar los siete renglones, ni debe haber más de siete palabras por renglón (se excluye un título o una nota al pie). Los detalles de las ilustraciones deben ser visibles a veinte metros. No se recomienda usar más de tres colores.



Trate de unificar el formato de las diapositivas. Es preferible que se coloquen todas horizontales, y en lo posible tengan tipos de letra, colorido y presentación similar. Que no parezcan retazos de pasadas conferencias.

Las diapositivas que se toman directamente de textos o de las tablas de las revistas rara vez son adecuadas.

No muestre diapositivas en idiomas extranjeros. Excepto, quizás, cuando se refiera a trabajos "clásicos".

**ИЗУЧЕНИЕ ПРОЦЕССОВ АКТИВАЦИИ
ВО ВРЕМЯ ПРОИЗВОЛЬНОГО
ЗАПОМИНАНИЯ СЛОВ В НОРМЕ
И У БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЕМ ЛОБНЫХ
ДОЛЕЙ МОЗГА**

А. Ардига, Е. Д. Хомская

При описании поведения в целом (или определенной деятельности) многие авторы различают не только его направление, но и его интенсивность, уровень активации или функциональное состояние центральной нервной системы (ЦНС). Уровень активации рассматривается как некий общий физиологический фактор, зависящий от определенных характеристик ответа организма! (В. Гомп,

Lea sus diapositivas sólo si se está dirigiendo a un auditorio de analfabetos. Excepto en citas célebres o breves estrofas poéticas, no es necesario escribir toda una frase. Basta con las palabras claves.

Evite las abreviaturas no aceptadas y la división de palabras.

UTILICE LAS MAYUSCULAS CON DISCRECION. UN TEXTO ESCRITO TODO EN ESTE TIPO DE LETRA LE TOMA AL LECTOR UN CUARENTA POR CIENTO MAS TIEMPO. LIMITELAS A TITULOS O CUANDO MAS A FRASES BREVES.

Las figuras oscuras sobre un fondo claro, al aumentar la iluminación, permiten mayor contacto visual y facilitan la toma de apuntes. Si son muchas, termina por ser molesto.

La técnica de dos proyectores permite la presentación simultánea de texto, en un lado, e imagen en el otro. Requiere más esfuerzo en su preparación y puede ser

difícil de controlar si se desordenan las fotos (o las ideas).

Finalmente, evite atravesarse en el camino de la proyección.

El **retroproyector** (o proyector de acetatos) es un instrumento didáctico subutilizado en nuestro medio. En los encuentros científicos de alto nivel es, a veces injustamente, desplazado por el proyector de diapositivas.

Los acetatos son un método menos rígido para exponer un tema, su orden es más fácil de modificar que las diapositivas. El retroproyector se puede utilizar con las luces encendidas, y el expositor puede permanecer mirando en dirección al auditorio. Las ilustraciones grabadas en acetato son, por lo general, más simples que las de diapositivas, pero se pueden modificar en el curso de la charla, ya sea escribiendo directamente sobre ellas, o superponiendo varios acetatos.

Debe conocerse el mecanismo y la técnica del retroproyector, que reemplaza al tablero y la tiza, en especial en grandes auditorios. Recuerde apagarlo cuando no se esté usando.



El micrófono: es importante aprender a manejar este artefacto, que bien empleado es un arma valiosa para facilitar la labor del expositor, pero en malas manos se convierte en instrumento de tortura para los oyentes.

Observe a qué distancia se colocan de él los expositores que le preceden. Utilice su oído como retroalimentación para juzgar la calidad del sonido de su voz. Aprenda a mantener una distancia constante de él, sobretudo al girar la cabeza. No señale con él (¿muy obvio?). Evite toser o aclarar la garganta muy cerca del micrófono (trauma acústico).

El señalador: limite su uso a lo estrictamente necesario. Es fácil que se convierta en un elemento distractor y que además delate la inseguridad de su pulso. Por favor no se quede haciendo círculos con él en cada diapositiva. Si está temblando mucho sosténgalo con las dos manos.

EVITE LAS DIAPOSITIVAS RECARGADAS

VII- Cómo terminar

El cierre de su conferencia es la parte más importante de toda su intervención. No permita que sus palabras se diluyan en un final imprevisto, en que los oyentes no sepan si deben aplaudir ya, o esperar otro rodeo. Recuerde que la última impresión es la más duradera. Es aquí cuando deben quedar claras las conclusiones de toda su presentación.

La parte final de toda conferencia debe incluir:

- Avise que va a terminar.
- Resuma en pocas palabras los puntos más importantes de su intervención, así como su aplicación práctica. **NO** aporte material nuevo.

En una situación informal, es este el mejor momento para contestar preguntas del auditorio.

- Regrese a la situación inicial, al marco histórico que utilizó al comienzo, mencione las nuevas perspectivas del tema.

Haga que el énfasis de sus palabras y el curso pausado de su voz acompañen las palabras finales. Se puede, sólo si viene al caso, citar alguna frase célebre o un fragmento de poesía.

Si usted ha seguido estos consejos es probable que los asistentes al abandonar el salón, sientan la satisfacción de haber enriquecido su visión de la vida y de la enfermedad, y no lamenten haber perdido su tiempo en una conferencia vacía que haya sido como una de esas cartas de amor que, según palabras de Rousseau, empiezan sin saber qué van a decir y terminan sin saber qué han dicho.

¡Gracias!

PLAN DE ESTUDIOS PARA LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

Dr. EDGAR BELTRAN SALAZAR
Director Ciencias Clínicas
Dra. LUZ TERESA HORTA VASQUEZ
Docente Facultad de Medicina

PROYECTO

PLAN DE ESTUDIOS PARA LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

1.991.

INTRODUCCION:

Este documento es un proyecto para la elaboración del plan de estudios de la Facultad de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira, con parte del trabajo durante el seminario Permanente de Educación Médica organizado y dirigido por ASCOFAME en 1.991.

ANTECEDENTES:

A partir de 1.987 se inició en la Facultad de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira la revisión del Currículo con el fin de adecuarlo a las necesidades futuras de salud de la región y del país teniendo en cuenta las tendencias de la educación médica y el avance científico y tecnológico.

El proceso tuvo varias etapas y niveles de discusión.

Una primera etapa de evaluación se realizó con docentes de otras facultades del país, que visitará la Facultad, conocieron el currículo y dieron su opinión. En la siguiente, el cuerpo de directivos (Decano, directores, coordinadores) examinaron el currículo y sacaron conclusiones. En otra etapa un grupo de profesores (25) realizaron una exhaustiva evaluación y elaboraron un documento con hallazgos y propuestas. Por último y por medio de encuestas, se conoció la opinión de estudiantes y egresados.

Como resultado de las anteriores evaluaciones del currículo, los hallazgos se resumen en lo siguiente:

1. En los contenidos.

No hay complementariedad en los contenidos de las asignaturas; se repiten temas y contenidos; faltan asignaturas para una formación integral (ética, antropología, historia de la medicina, etc) no hay integración de conocimientos entre los departamentos de básicas, Comunitarias y Clínicas.

2. En los métodos y Técnicas docentes.

A nivel de Básicas y comunitarias la actividad docente está centrada en la adquisición de conocimientos con base en la teoría. En el nivel clínico las prácticas se realizan exclusivamente en atención terciaria; los internos tienen poca asesoría y supervisión de los docentes.

3. En los Medios.

Hay escasez de ayudas didácticas, de material bibliográfico, de equipos de laboratorio y de instalaciones físicas.

4. En la evaluación.

Se realiza para conocer la cantidad de conocimientos del estudiante, sin dar importancia a las actitudes y a adquisición de destrezas y habilidades.

5. En el personal docente.

Sólo el 18% de los docentes tienen vinculación de tiempo completo la vinculación se hace sin ningún proceso de inducción.

6. En los Recursos Económicos.

El presupuesto es mínimo en lo relacionado con la dotación de biblioteca, investigación y capacitación de los docentes.

Los egresados detectaron similares problemas a los descritos antes y su opinión es que falta mayor compromiso y mística de directivos y docentes con la facultad y que falta más proyección a la comunidad.

CONCLUSIONES.

Como resultado de todo el proceso de evaluación del currículo, se llegó a las siguientes conclusiones:

- Se han logrado parcialmente los objetivos postulados en el currículo de la Facultad.
- La Facultad carece de fundamentaciones que le den el marco conceptual a su razón de ser.
- Hay predominio del modelo biomédico sobre el psicológico y el social.
- Hay disociación entre los niveles de Ciencias básicas, comunitarias y clínicas.

- Hay desgregación del conocimiento médico.
- Predominio de lo teórico sobre lo práctico.
- Las prácticas clínicas se realizan exclusivamente en el nivel terciario.
- El plan de estudios tiene las asignaturas verticalizadas y sin correspondencia entre ellas.
- La educación es informativa.

RESULTADOS

Como consecuencia de la evaluación se vió la necesidad de modificar varios componentes del currículo y elaborar otros que noque no existían, para dar respuesta a las necesidades de salud con una pedagogía que forme médicos dentro de un enfoque biopsicosocial y ético.

Con este fin se consultó y se obtuvo una información básica del diagnóstico de salud en el ámbito nacional, regional y local y se elaboraron las fundamentaciones en salud, psicológica y sociológica de la facultad que le dieron piso conceptual al currículo. Luego se modificaron los objetivos a la luz de las conceptualizaciones elaboradas, para cristalizarse en los perfiles profesionales y ocupacionales del médico egresado de la Universidad Tecnológica.

En anterior trabajo se encuentra plasmado en los documentos se escribieron por comisiones de profesores y que se anexan a este proyecto.

Hasta aquí avanzó el proceso que se suspendió temporalmente a fines de 1.990 para reiniciarlo en 1.991 en la parte correspondiente al Plan de estudios y así culminarlo.

JUSTIFICACION

Uno de los problemas que enfrenta la Educación Médica , es el de encontrar una adecuada correspondencia entre el Plan de Estudios y el perfil ocupacional del médico que requieren los servicios para suplir las necesidades de salud de la población.

Siendo el Plan de Estudios una herramienta de trabajo educativo, adecuada a ciertos fines, y destinada a la formación del profesional para el ejercicio de ciertos roles, está condicionado por múltiples factores. En consecuencia las respuestas a las preguntas en que se desenvuelve el Plan de Estudios, tales como: Qué se debe enseñar? a quiénes? para qué? cuándo? cómo? son válidas en la medida en que correspondan a unos fines sociales de una época y momento histórico preciso.

Por lo tanto toda modificación que se introduzca en el Plan de Estudios es determinada por cambios que ocurren en la sociedad en general y que se traducen en una demanda de profesionales debidamente calificados para el cumplimiento de roles necesarios al funcionamiento de la sociedad.

La no correspondencia entre el perfil del médico y las necesidades de salud de la población, ha llevado a las facultades de medicina de las diferentes universidades del país, a experimentar innovaciones en el Plan de estudios, adoptando el modelo Biopsicosocial a fin de cubrir las necesidades cambiantes de atención de la salud.

Nuestra Facultad ha realizado un esfuerzo de evaluación del currículo. Así mismo ha definido y caracterizado el perfil profesional y ocupacional del médico con base en el diagnóstico de salud y las políticas nacionales en el área de la salud (factores extra-universitarios), aunados a los conocimientos de las disciplinas en que se fundamenta la práctica de la medicina, al concepto actual del proceso salud enfermedad en el hombre y las funciones de la medicina moderna.

No obstante aún no se ha determinado la organización académica del Plan de Estudios acorde a las necesidades planteadas en dicho perfil y que su vez, presente alternativas de solución a los problemas detectados en la evaluación del currículo.

La estructuración del Plan de estudios con base en el enfoque Biopsicosocial, requiere no sólo de cambios en los objetivos, contenidos, métodos y sistemas de evaluación, sino también en la organización y articulación, de las asignaturas, definiendo la relación la relación de cada asignatura con las demás.

Sin embargo, la determinación de lo que debe saber el médico, cómo, cuándo y dónde lo deben aprender, no es suficiente ya que la implementación del modelo requiere de un conjunto de condiciones que involucra no sólo a los agentes del proceso curricular, sino también a las instituciones que deben facilitar los recursos físicos, materiales y financieros suficientes para la puesta en ejecución del nuevo diseño curricular, a fin de que el modelo cobre validez y pueda ser implementado tanto teóricamente como prácticamente.

La meta de la Facultad de lograr una adecuada correspondencia entre el Plan de Estudios y el ejercicio profesional mediante la adopción del modelo Biopsicosocial sólo podrá ser viable en la medida en que se encuentre una explicación correcta, realista y detallada de lo que se hará de lo contrario no pasará de ser un enunciado de buenos propósitos.

OBJETIVO GENERAL

Adoptar un plan de estudios para la Facultad de Medicina de la Universidad Tecnológica de Pereira con base a las fundamentaciones, objetivos y perfiles del nuevo currículo que se iniciará en 1.992.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Elaborar los objetivos curriculares en cuanto a los dominios cognitivos, afectivos y psicomotores que debe adquirir el estudiante durante su etapa de formación profesional
2. Establecer el objetivo terminal de la carrera.
3. Formular los objetivos curriculares en su componente administrativo, psicológico, investigativo, docente, social y humanístico.
4. Proponer y seleccionar los componentes de formación en cuanto a conocimientos, destrezas, habilidades y actitudes.
5. Seleccionar e integrar las asignaturas en una articulación que logre los objetivos curriculares
6. Establecer la metodología de aprendizaje
7. Establecer los métodos de evaluación integral del estudiante.
8. Determinar los recursos humanos y materiales que requiere el nuevo currículo
9. Proponer la estructura académica acorde al nuevo currículo
10. Planear las estrategias de implementación del nuevo currículo.

METODOLOGIA

Para tener una organización y continuidad en las actividades para llevar a cabo el proyecto, habrá dos estrategias de acción. Una es la conformación de un equipo curricular que tendrá a su cargo la responsabilidad directa de impulsar y dirigir en toda la facultad la revisión y el diseño del plan de estudios, además de que elaborará los documentos que se requieran durante el proceso. El equipo estará conformado por 8 personas: el Decano, un profesor de ciencias básicas, un profesor de ciencias clínicas (participantes del Seminario del Seminario de Educación Médica), la asesora de Educación Médica, un Representante del sector de salud y el Jefe de Educación Médica quien será el Coordinador.

La segunda estrategia es la participación activa de todos los docentes de la Facultad en la elaboración de los componentes del currículo que aún faltan por diseñar y que están señalados en los objetivos específicos.

Las diferentes actividades se desarrollarán por etapas a partir del 23 de septiembre de 1.991 hasta el 20 de febrero de 1.992.

PRIMERA ETAPA: Semanas 1 y 2

Asignación de funciones y responsabilidades de cada uno de los integrantes del equipo, revisión y elaboración de documentos.

SEGUNDA ETAPA: Semanas 3 y 4

El equipo informará y explicará en cada una de las áreas de los tres departamentos el porqué del rediseño curricular, qué se espera obtener, cómo se va a hacer y cuáles el perfil de los docentes. Se buscará motivar y entusiasmar a los docentes para la participación activa, por medio de charlas y debates de altura con el equipo.

TERCERA ETAPA: SEMANAS 5, 6, 7 Y 8.

Se hará el análisis del actual plan de estudios para reformar sus diversos componentes dentro de los nuevos delineamientos. Se tendrán reuniones del equipo con el docente o docentes que tienen a su cargo cada uno de los temas de las asignaturas y se inician por el departamento de Ciencias clínicas y luego en Ciencias Básicas y Comunitaria para establecer los prerrequisitos cognitivos de cada nivel.

(mire

CUARTA ETAPA: Semanas 10,11,y 12.

Elaboración de documentos que plasmen la propuesta total del rediseño curricular de la Facultad.

Vacaciones de fin de año.

QUINTA ETAPA: Semanas 13, 14 y 15.

Presentación de la propuesta del nuevo currículo a los docentes para una última revisión y dar los ajustes requeridos.

SEXTA ETAPA: semana 16.

Presentación de la propuesta al Comité de Currículo de la Facultad de Medicina.

SEPTIMA ETAPA: Implementación del nuevo currículo en la Facultad con la orientación y supervisión de Educación Médica.

AMENAZAS DE LA EDUCACION MEDICA

Dr. EDGAR BELTRAN SALAZAR
Director Ciencias Clínicas
Universidad Tecnológica de Pereira

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA DE PEREIRA

AMENAZAS DE LA EDUCACION MEDICA

Dr. EDGAR BELTRAN

La planeación y puesta en acción de los currículos, tienden a anclarse en los aspectos puramente académicos como los objetivos, los componentes, el plan de estudios, la evaluación, etc. y tiende a dejar a un lado la parte de los recursos y en especial los humanos. Si se tiene en cuenta es en razón a la selección, la capacitación y poco en su gratificación y condiciones de bienestar, vemos como en la universidad estatal el docente ha venido perdiendo adquisiciones salariales y gratificaciones académicas, que paulatinamente lo han colocado en posición de asalariado de segunda categoría, llevando a una frustración permanente. Si el docente no tiene satisfechas sus necesidades sociales, de salud y económicas, difícilmente estará dispuesto a entregarse con mística y ardor a su trabajo como educador.

Lo más grave de todo es que el docente está llegando a tener como su mayor vinculación a la universidad el salario, dejando a un lado todo lo demás que implica ser docente universitario.

El ejemplo palpable se ve en la Universidad Tecnológica de Pereira donde la universidad estuvo en paro durante 7 semanas por problemas eminentemente salariales.

Es de tener en cuenta que en las propuestas de renovación curricular, en el recurso docente debe estar incluido el tipo de vinculación, la remuneración y un estatuto docente que haga un reconocimiento justo al trabajo investigativo y de capacitación.

EXPERIENCIA CON EL SEMINARIO INVESTIGATIVO EN LA FACULTAD
DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

Dr. MARCO ALFONSO NIETO GARCIA
Director Programa de Medicina

UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

EXPERIENCIA CON EL SEMINARIO INVESTIGATIVO EN LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

Dr. MARCO ALFONSO NIETO GARCIA
Director Programa de Medicina

Con el objetivo de multiplicar la información obtenida en el Seminario de Etica por los docentes que participaron en él, y ante la dificultad para hacerlo extensivo a toda la Facultad de Medicina, decidimos los docentes ubicarlo como una actividad dentro del programa de Medicina y Salud que es el eje integrador de toda la Facultad y además como no existía un espacio para la formación humanística y sobre la Universidad; determinamos a través del Comité de Currículo montar un Seminario abierto, permanente y progresivo para formar docentes voluntarios en estos campos, obtener material bibliográfico y elaborar documentos para multiplicarlo dentro de los estudiantes en una segunda etapa, también como Seminario Investigativo; entonces así nació EL SEMINARIO SOBRE ETICA, HISTORIA DE LA MEDICINA Y UNIVERSIDAD. Esta actividad la comenzamos hace un año y empezamos con los docentes de Ciencias Básicas y Medicina y Salud; vale la pena mencionar que para muchos fué muy llamativo darse cuenta, que el Seminario que ellos rutinariamente hacían con los estudiantes y docentes no era más que la revisión de un tema de una forma superficial e informativa, pero que no producía mayores efectos posteriores;

entonces comenzamos con una gran motivación que aún se mantiene, pese a que no se avanza con la agilidad y siguiendo un cronograma muy exacto como se planteó inicialmente, ya que las deliberaciones se hacen muy interesantes y polémicas demorando varios días la discusión de un tema; pero sin embargo, la experiencia ha sido enriquecedora puesto que se ha profundizado en todos los temas del área y se ha obtenido un material muy útil para los docentes y los estudiantes.

Siguiendo la mecánica del Seminario; debidamente programados cada uno de los docentes trae material para el grupo el cual luego de leído se discute; así hemos revisado entre otros temas; aspectos éticos e históricos de la semiología, la anatomía, la farmacología y la fisiología; se ha profundizado en la Medicina Hipocrática, China, India y Precolombina verificando todos los aspectos; también hemos revisado algunas investigaciones científicas analizando sus aciertos y sus fallas; pero lo más importante es que estamos reconociendo el valor del hombre en el Universo y su trascendencia.

Para lograr una continuidad y cubrir toda la facultad hemos establecido como estrategia que a medida que avancen los estudiantes en la carrera, ir involucrando a los docentes del área correspondiente; para que dentro de las actividades asistenciales en clínicas logremos por lo menos que los docentes de estos niveles se interesen por los aspectos humanísticos, éticos e históricos de su área pues creemos que al colocar esta luz encenderemos la necesidad de ampliar sobre el tema en cada uno de los docentes y

lograremos que miren a sus pacientes como también a los colegas, miembros del equipo de salud y a sus familias con una lente diferente dándoles la trascendencia que tienen.

ADMINISTRACION EN SALUD EN EL PROGRAMA DE MEDICINA

**Dr. HUGO DE JESUS CASTAÑO H.
Docente Departamento de Medicina
Social y Comunitaria
Universidad Surcolombiana**

INTRODUCCION

Con base en la reorganización del Sistema Nacional de Salud, Ley 10 del 10 de Enero de 1.990 se plantea la necesidad de reestructurar y hacer cambios de fondo en las asignaturas de Administración en Salud en el Programa de Medicina de la Universidad Surcolombiana.

Nuestra facultad tiene las asignaturas de Administración en Salud I, II y III en los semestres IX, X y XI de la carrera. En total tenemos 260 horas que pienso son suficientes para darle otra alternativa de formación al médico general de nuestros tiempos.

Vemos que en nuestro territorio huilense, cuando nuestro médico sale de la universidad, uno de sus primeros contactos es con la Administración Hospitalaria: se desempeñará como médico director de una institución de salud en su año social obligatorio.

Me parece que no seríamos sensatos si no le damos herramientas de administración a nuestros egresados, sabiendo de los avances que se viven en la actualidad como son la descentralización municipal, descentralización en salud, nueva Constitución, apertura económica, Ley 10 del 10 de Enero de 1.990.

Además pienso que en los actuales momentos la administración hospitalaria practicada por los médicos está muy deteriorada por el enriquecimiento ilícito; la deshonestidad, la pérdida de valores, el dios dinero, etc., lo cual nos obliga a ofrecer otras alternativas de solución como la que pretendo ofrecer en este documento.

JUSTIFICACION

La Ley 10 del 10 de Enero de 1.990 exige como requisito en la dirección de las instituciones de salud que se sea profesional en el área de la salud, pero que además tenga experiencia y capacitación en Gerencia hospitalaria o Administración en Salud.

La Ley 10 establece también 3 niveles de atención : Nivel I, II y III de acuerdo a la complejidad de las instituciones. En el nivel I se consideran los puestos de salud, centros de salud y hospitales locales. En el nivel II los hospitales regionales y en el nivel III los hospitales universitarios. Por esto planteo que las asignaturas en administración en salud, se pueden plantear en relación a estos tres niveles.

OBJETIVOS

1. Con base en las reformas político-administrativas y fiscales de la Descentralización Municipal se pretende que el estudiante de Medicina conozca y participe en el proceso de descentralización en salud y se incorpore al proceso de la democracia participativa.
2. Que conozca en detalle el proceso de Reforma del Sistema Nacional de Salud, con base en la Ley 10 del 10 de Enero de 1.990 y sus diferentes decretos reglamentarios.
3. Que el estudiante se interese en trabajar con la comunidad participando en el proceso de la Conformación de los C.P.C. según los Decretos 1216 y 1416 de 1.990.
4. Que participe en los procesos administrativos y que no los delegue, como se ha hecho por ignorancia hasta el momento, en el personal administrativo de las Instituciones de Salud.

5. Que las instituciones de salud puedan ser dirigidas con una visión empresarial proyectándolas al futuro para buscar una mejor eficiencia y eficacia, tanto de los recursos humanos, económicos, financieros y de servicios a la comunidad.
6. Desarrollar en el estudiante de medicina una visión presencial con el único fin de optimizar los servicios para proyectarse a la comunidad.
7. Romper o intentar romper el círculo de la deshonestidad, inmoralidad, "serrucho" del manejo administrativo de nuestras instituciones.
8. Hacer énfasis en estimular y fomentar destrezas, habilidades y actitudes para el desempeño en la administración de las diferentes instituciones, despertando en los alumnos el espíritu investigativo e infundir la necesidad de liderazgo en la comunidad y dentro de la misma institución.

MEIODOLOGIA

Se buscará que el estudiante de medicina en los 3 semestres de administración en salud maneje en forma sucesiva los organismos de salud del I, II y III niveles.

Se dictarán conferencias magistrales, se harán seminarios, talleres y se impulsará para que en la PRACTICA se presenten trabajos sobre conformación de los C.P.C.; conformación de las Juntas Directivas, elaboración de presupuestos, organización, programación de actividades.

Para dichas prácticas se tendrá como sede el centro-escuela I.P.C. y el Hospital General de Neiva. Se buscará en la parte investigativa que tanto para el Centro Escuela I.P.C. como para el Hospital General, se presenten proyectos que tiendan a dar alternativas de manejo en la

administración, estadística, suministros, costos, morbimortalidad, ser vicios a la comunidad.

Esperamos que el estudiante al final, se pueda desenvolver con más libertad y propiedad los procesos administrativos, preventivos, y participe así de una forma más activa a la solución de los problemas de salud de las comunidades.

ASIGNATURAS Y SUS COMPONENTES

I Administración en Salud I
 Intensidad: 80 horas semestre IX

COMPONENTES:

1. Teorías administrativas.
2. - Descentralización municipal.
3. Régimen municipal.
4. El alcalde
5. El Concejo municipal
6. Decretos 1216 y 1416
7. Atención Primaria en Salud y sus implicaciones
8. Generalidades de la Ley 10

II. Administración en Salud II *
 Intensidad : 80 horas semestre X

COMPONENTES:

1. Ética administrativa módulo IV
2. Características del director de hospitales.
3. Ley 10 y sus decretos reglamentarios básicos:
 - Decreto 1335
 - Tarifas
 - Vigencias.
 - Seguro obligatorio de accidentes
 - Carrera administrativa.
4. Fallas en administración pública:
 - Peculados
 - Concusión
 - Enriquecimiento ilícito
 - Participación en política
 - Abuso de autoridad
 - Etc.
5. Subsistemas en el S.N.S.
 - Suministros : Programa modelo
 - Financiera
 - Costos
 - Personal

III. Administración en Salud III
Intensidad : 100 horas semestre XI

COMPONENTES:

1. Gerencia administrativa.
2. Planeación estratégica.
3. Proyectos especiales:
 - a. Vigencia
 - b. Departamento de enfermería
4. Régimen organizacional y evaluativo.