

FUNDACIÓN W. K. KELLOGG

ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
FACULTADES DE MEDICINA

ANALIZADA FECHA: 19890901
GRABADA FECHA: 19890901

PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

asefome
CENTRO DE DESARROLLO EDUCACIONAL
CALLE 45A No. 9-77 PISO 2o. TEL: 2857670
BOGOTÁ, COLOMBIA

BOGOTÁ, D.E., ENERO DE 1.985

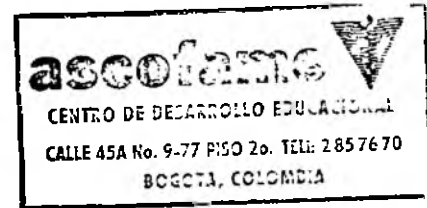
614.9
A815p

0048

FUNDACION W.K.KELLOGG

ASOCIACION COLOMBIANA DE
FACULTADES DE MEDICINA

PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD



Bogotá, D.E., Enero de 1.985

A - LA ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA -ASCOFAME-

1. CONDICIONANTES HISTORICOS =

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha ocupado durante cinco lustros una posición histórica de relevancia dentro del engranaje y desenvolvimiento de la educación médica y salud en Colombia. No hay duda de que ella ha sido uno de los condicionantes del desarrollo de un proceso positivo que el Estado Colombiano acaba de testimoniar o certificar en la Ley 5 del 17 de Enero de 1.984, expedida por el Parlamento colombiano con la aprobación o sanción del Presidente de la República y los Ministros de Salud, Educación y Hacienda. En esa Ley se reconoce a la Asociación como entidad asesora del Gobierno en materia de Salud y Educación Médica y se legitima y asegura su existencia. Extractando hechos, basta mencionar las metas que se han alcanzado con el liderazgo de ASCOFAME, en el campo socio-demográfico del país, en la acreditación de hospitales para programas docentes, en el ordenamiento de los programas de Post-grado, en el asentamiento de principios y práctica de la educación continua, en la realización por primera vez en el país de un "Estudio de Recursos Humanos" y en los cambios que se han venido operando en la educación médica desde finales de la década del cincuenta.

Estos aspectos de la vida de la institución constituyen un condicionante histórico que la lleva a trabajar en el presente con una visión y creatividad para lograr un futuro mejor.

2. ESTRUCTURA, ORGANIZACION Y FUNCIONES.

Actualmente cuenta la Asociación con 21 Facultades de Medicina. Además de las 21 Facultades de Medicina, la Asociación tiene como miembros afiliados los siguientes:

Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, Asociación Colombiana de Hospitales, Centro de Educación y Administración en Salud, Fondo Colombiano de Investigaciones Científicas, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar e Instituto Nacional de Salud. Está en trámite el ingreso de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología. Son miembros individuales de la Asociación todos los docentes en ejercicio en las Facultades de Medicina del país.

Los organismos directivos de la Asociación desde su fundación han sido la Asamblea General, el Consejo Directivo y la Dirección Ejecutiva. (Ver Organigrama).

La Asamblea General determina las políticas y programas de la Asociación y está integrada por representantes de las Facultades de Medicina, Instituciones Afiliadas, Representantes de los Ministerios de Salud y Educación, Representantes de las Universidades, del ICFES, y del Departamento Nacional de Planeación.

El Consejo Directivo de la Asociación está compuesto por los Decanos de las Facultades de Medicina, Miembros Institucionales, por un representante de los Miembros Afiliados, por dos representantes de los Miembros Individuales, por el Ministro de Salud, o su representante, por el Director de Recursos Humanos del Ministerio de Salud y por el Director Ejecutivo de la Asociación. Como se observa, la articulación con el Ministerio de Salud es permanente y vigorosa.

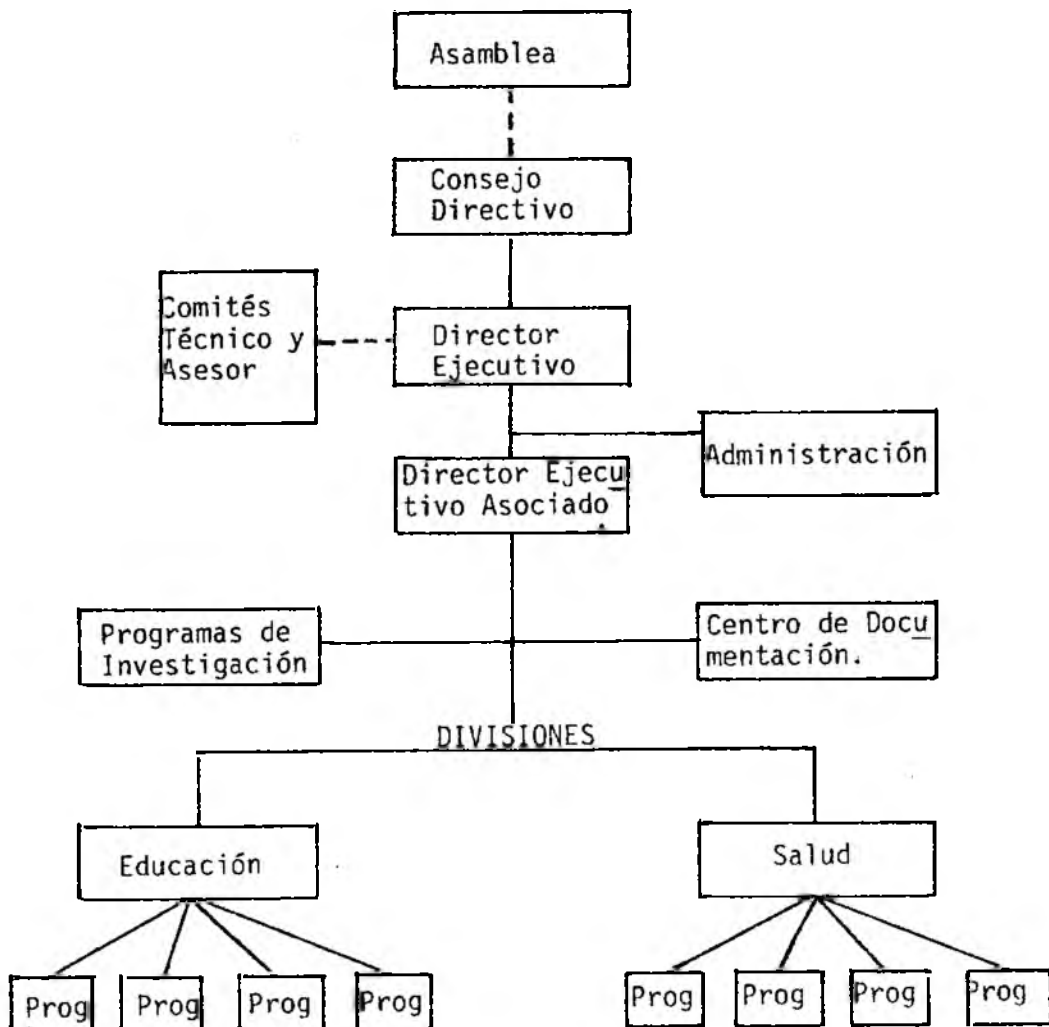
La Sede de la Asociación ubicada en Bogotá, está integrada por la Dirección Ejecutiva, la Dirección Ejecutiva Asociada y las Divisiones de Educación y Salud. Funciona en un edificio en donde ocupa 4 pisos con un total de 50 funcionarios todos de tiempo completo.

El Director Ejecutivo tiene como responsabilidad fundamental la organización, dirección y coordinación de las dependencias de la Asociación para la adecuada ejecución de los Programas aprobados por el Con

sejo Directivo y la Asamblea General. El Director Ejecutivo Asociado ejerce la coordinación técnica de los programas y reemplaza temporalmente al Director Ejecutivo.

La Asociación cuenta con Comités Asesores para adelantar sus actividades; los más importantes son el Comité Interno, el Comité Técnico Asesor, El Consejo General de Educación Médica, los Comités de Educación Médica y el Comité de Acreditación de Hospitales.

ORGANIGRAMA



3. LA ACCION DE ASCOFAME DURANTE SUS 25 AÑOS DE EXISTENCIA.

A continuación se enumeran los programas más importantes adelantados por la Asociación en sus 25 años de existencia en estrecha colaboración y con el apoyo financiero del Ministerio de Salud y de otras entidades oficiales y privadas, nacionales y extranjeras.

- Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia.
- Seminarios sobre curriculum y objetivos de la Educación Médica.
- Seminarios viajeros interfacultades.
- Seminarios sobre la enseñanza en diversas áreas.
- Definición de objetivos para la formación de médicos en Colombia.
- Estudio de Instituciones de Atención Médica.
- Programa Nacional de Internado.
- Inventario Nacional de Programa para la formación o adiestramiento de personal de salud.
- Becas nacionales para formación de docentes en Ciencias Básicas.
- Becas suplementarias para formación de personal de salud.
- Programas de desarrollo educacional: Talleres de Tecnología Educativa para docentes de Ciencias de la Salud.
- Programas de Educación Continuada: cursos y visitas de trabajo en hospitales regionales y locales, programas de adiestramiento individual y producción y distribución de material educativo (Boletín de Medicamentos y Terapéutica).
- Evaluación de Facultades de Medicina.

- Definición de requisitos mínimos para acreditación de hospitales.
- Evaluación de hospitales universitarios, regionales y locales para acreditación de programas docentes.
- Evaluación de proyectos de creación de nuevas Facultades de Medicina.
- Determinación de requisitos mínimos para programas de especialidades médicas.
- Normas para certificación de especialistas.
- Evaluación y acreditación de programas de especialidades en el país.
- Registro de especialistas.
- Estudios para concepto sobre títulos de médicos obtenidos en el exterior.
- Investigaciones en los campos de fertilidad, aborto, planificación familiar y estudios socio-demográficos.
- Seminarios sobre la enseñanza de la demografía y educación sexual.
- Encuesta Nacional de Fecundidad.
- Estudios de migración, urbanización y marginalidad.
- Estudios experimentales de Servicios de Salud.
- Programas de atención materna en el post-parto.
- Talleres sobre atención materno infantil.
- Programa de educación nutricional para profesionales.
- Programa de instrumental médico básico para estudiantes de medicina.
- Investigaciones sobre creación de Facultades de Medicina y Enfermería, sus características y el desempeño de los profesionales.
- Diseño de nuevos modelos de evaluación.
- Definición de funciones, actividades y tareas del médico general en los niveles de atención médica.

- Seminarios sobre formación del médico general.
- Programas de Integración Docente-Asistencial.
- Talleres sobre Planeamiento Curricular.
- Talleres sobre Estrategias Educativas.
- Talleres sobre Educación Abierta y a Distancia.
- Programa de Educación Continua para profesionales de Salud del Instituto de Seguros Sociales.

4. POLITICAS Y PRIORIDADES DE ASCOFAME.

La posición de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en el presente ha sido clara en cuanto a orientar la formación del Médico General en función de 3 componentes articulados, atención primaria, integración docente-asistencial y medicina familiar, enmarcados dentro de los principios de innovación y calidad.

- Atención Primaria, considerado como un concepto en evolución a la luz de la realidad política, social, económica y cultural del país.
- Integración Docente-Asistencial, estableciendo que se trata de un proceso innovador que no solo se refiere a la formación del médico utilizando los organismos de salud del sistema, sino a los aspectos de producción (cantidad y calidad del médico), su utilización, distribución y evaluación.
- Medicina Familiar, que toma como centro de interés la atención en salud al individuo pero en función de la Dinámica de la Salud de la Familia y en proyección comunitaria.

Tomando como referencia este trípode, ASCOFAME ha sido concreta desde el punto de vista de su acción también en tres aspectos con prioridades que se han venido cumpliendo últimamente.

- Auto-evaluación de las Facultades de Medicina por medio de un modelo que elaboró la Asociación y que ha sido acogido para facilitar el análisis del proceso de integración docente-asistencial en el país.

El modelo ha llamado la atención a nivel de América Latina porque, como ya ha sido expuesto en diferentes ocasiones, contempla 5 componentes que llevan a una evaluación por segmentos y a una evaluación global o integral del proceso de la educación médica y salud, involucrando los condicionantes económicos, sociales y culturales. (Contexto, Demanda, Oferta, Proceso, Producto o Resultado e Impacto).

Diversas Facultades en el país han aplicado ya el modelo, aún cuando sin llegar al análisis del Impacto del médico en la comunidad, que constituye algo fundamental e innovativo en la tarea de indagar objetivamente sobre el desempeño profesional y calidad del egresado. Se plantea así mismo la auto-evaluación y evaluación como otro proceso de acción continua.

- Concatenando con lo anterior, revisión de los planes de estudio de las Facultades de Medicina del país, tarea que ha sido inducida por medio de talleres en los cuales se analiza toda la compleja intimidad de la red curricular y se definen técnicas de planteamiento para la introducción de innovaciones. Se plantea la Revisión Curricular como un proceso de reflexión permanente.
- Estudio y análisis del Perfil del Médico General para el país, profundizando por medio de seminarios y talleres, en los aspectos conceptuales de la Atención Primaria, Integración Docente-Asistencial y Medicina Familiar, a fin de identificar claramente el desempeño profesional del Médico General frente a este trípede conceptual, político y operativo.

- Identificación en el desenvolvimiento de la educación médica del país de áreas deficitarias y áreas críticas que requieren con urgencia de correcciones y mejoramiento. Esas áreas deficitarias y críticas ya han sido identificadas y se trabaja en ellas.

5. PLAN DE ACCION DE LA ASOCIACION.

- Con el Area Académica de Ciencias de la Salud. Existe un trabajo interrelacionado hasta el punto de que ASCOFAME preside el "Comité de Integración Docente-Asistencial" del cual forma parte las Asociaciones de Odontología y Enfermería. La Asociación Colombiana de Facultades de Odontología funciona a su vez dentro de las áreas físicas donde tiene ASCOFAME la sede y su Director Ejecutivo trabaja en articulación con el Director Ejecutivo de ASCOFAME.

Diferentes disciplinas del área académica de Ciencias de la Salud integran el Comité Asesor del ICFES (Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior) y allí ASCOFAME interacciona de la manera más armónica con todos ellos.

- Con el Ministerio de Salud. Ya se pusieron de presente dos hechos importantes: en virtud de la Ley 5 de 1.984, ASCOFAME pasó a ser legal y formalmente asesora del Ministerio de Salud; a su vez, el Ministro de Salud y el Director de Recursos Humanos forman parte del Consejo Directivo de ASCOFAME. El Director Ejecutivo de la Asociación forma parte del Consejo Nacional de Recursos Humanos para la Salud que presiden el Ministro de Salud y el Ministro de Educación.

Existen diversos programas que ASCOFAME realiza con el Ministerio de Salud y éste le asigna aportes en el presupuesto nacional.

- Con el Ministerio de Educación. ASCOFAME es asesora por Ley del Ministerio de Educación y tiene con dicho Ministerio también en desarrollo varios programas que comparte con el ICFES.
- Con FEPAFEM. Nunca como en el presente ha existido un vínculo tan estrecho entre FEPAFEM y ASCOFAME que llegó a su punto cimero el pasado año con la celebración de la X Conferencia Panamericana de Educación Médica que organizaron las dos instituciones.

La revitalización que ha experimentado FEPAFEM en los últimos y recientes años ha contribuido a la cooperación mutua en diferentes acciones.

ASCOFAME considera que debe fortalecerse así misma y contribuir con una colaboración vigorosa al desarrollo de FEPAFEM para bien de la educación médica en las Américas.

- Con Organismos Internacionales. La Asociación trata de fortalecer sus vínculos con este tipo de organismos y en especial con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y con la Fundación Kellogg compartiendo con ellos principios, políticas y objetivos en pro de nuestra comunidad. De allí la trascendencia de este proyecto que ahora presenta a la Fundación Kellogg.
- Con la Fundación Kellogg en particular. Desde hace mucho la Fundación Kellogg viene apoyando programas tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida, la salud y el desarrollo comunitario en América Latina. En Colombia la Kellogg ha venido específicamente apoyando a la Asociación, en la realización de seminarios viajeros, seminarios educativos sobre diferentes tópicos y en otras actividades afines. Además a nivel nacional ha venido apoyando el estudio de áreas experimentales de atención primaria y desarrollo en las siguientes regiones del país:

1. Valle del Cauca - Universidad del Valle -
2. Costa Atlántica - Universidad del Norte -
3. Región Andina Central - Universidad Javeriana -
4. Antioquia - CES -
5. Región Andina Oriental - Universidad Industrial de Santander -

Se considera que estas áreas experimentales donde se desarrollan programas y actividades apoyados por la Fundación Kellogg, constituyen campos ideales para la aplicación de estrategias propuestas en este documento que puedan ser replicadas por las restantes Facultades de Medicina y por las Escuelas de Ciencias de la Salud.

Como se puede deducir la contribución de la Fundación W. K. Kellogg que ha venido de tiempo atrás se proyectaría en un continuum hacia el futuro mediante el apoyo del programa sobre "Desarrollo de la Atención Primaria de Salud", objeto del presente proyecto.

En el país se tiene la experiencia de 5 grupos de investigación auspiciados por la Fundación Kellogg de tiempo atrás que son los programas Docencia-Asistencia de la Universidad del Valle, el Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) de la Universidad Javeriana, el Programa de Regionalización Docente-Asistencial (PREDas) de la Universidad del Norte, el Programa de Integración Operacional de Servicios de Salud Materno-Infantil (PIOSSMI) de la Universidad Industrial de Santander y el Programa de Salud Familiar del Instituto de Ciencias de la Salud -CES- de Medellín.

Estos programas han tratado de establecer la articulación entre el sector educativo y de salud y con base en las experiencias de integración docente-asistencial, efectuar la revisión del currículum mé

dico, odontológico y de enfermería que permita el aumento de cobertura y mejoramiento de la calidad de la asistencia médica y odontológica.

El Programa de Docencia-Asistencia de la Universidad del Valle ha evaluado el curriculum médico y entrado a comparar el perfil ocupacional con el Servicio de Salud del Valle buscando las relaciones inter-institucionales entre los dos sectores y analizando el desarrollo del post-grado en ciencias básicas médicas.

En este proyecto se destaca la participación activa de los estudiantes con la comunidad, en diversos programas haciendo énfasis en que la meta de ellos es la integración misma de los servicios asistenciales y educativos, mejorando la calidad de salud de la comunidad y no únicamente la formación de recursos y la necesidad de jerarquizar los problemas de salud de las comunidades para plantear diferentes enfoques y alternativas de solución.

El Programa de Atención Materno Infantil (PAMI) de la Universidad Javeriana fué iniciado en 1975 mediante un convenio entre el Servicio de Salud de Bogotá y la Universidad Javeriana con el patrocinio de Kellogg para experimentar metodologías en la atención primaria de salud con el grupo materno-infantil. Se utilizaron dos estrategias: el enfoque de riesgo y la acción multidisciplinaria en equipo de salud con los siguientes principios básicos: atención integral, altas coberturas, reasignación de funciones, participación de la comunidad, regionalización de servicios, coordinación inter-institucional y evaluación.

El Programa de Regionalización Docente-Asistencial (PREDas) de la Universidad del Norte, es un proyecto conjunto de esta Universidad con el Seguro Social y el Servicio Seccional de Salud del Atlántico, que tiene como objetivo la formación del médico y la enfermera con énfasis en la atención primaria, el establecimiento de la integración docente-asistencial dentro de un sistema regionalizado de ser-

vicios, la formación multidisciplinaria, la innovación en la prestación de los servicios y la generación de un sistema ágil de información, metodológicamente la Universidad mediante la investigación epidemiológica, detecta los problemas de salud, los analiza, propone mejoras a la prestación de servicios, asigna funciones al personal de salud y produce cambios curriculares.

Los estudiantes participan tempranamente en las diversas actividades de los programas existiendo además una articulación curricular entre medicina y enfermería hasta el quinto semestre.

El Programa de Integración Operacional de Servicios de Salud Materno Infantil (PIOSSMI) de la Universidad Industrial de Santander, es un programa conjunto entre la Universidad y el Servicio Seccional de Salud de Santander iniciado en 1979 y cuyo objetivo fue diseñar modelos de atención simplificada en materno infantil, promover la participación comunitaria, capacitar personal no profesional, estimular la integración docente-asistencial y establecer sistemas de control. Como indicadores cualitativos del éxito del programa, se mencionan: el incremento de la demanda, mejoría en el trato de los pacientes, énfasis en las acciones preventivas, participación de los estudiantes, establecimiento de asignatura de salud comunitaria y revisión curricular.

Programas de Salud Familiar, Instituto de Ciencias de la Salud -CES- de Medellín. Este programa se inició con una acción integral de la programación académica de medicina, odontología y enfermería, define un conjunto de programas y actividades de asistencia, docencia, investigación, que busca una atención integral de la familia, la cual requiere un manejo multidisciplinario en virtud de su propia dinámica y los factores que influyen sobre ella. La participación de los estudiantes se hace durante tres semestres con responsabilidades de complejidad creciente, impartándose la enseñanza con base en las normas del Sistema Nacional de Salud y en una atención familiar y comunitaria en oposición a la enseñanza individualista tradicional.

Dentro de las responsabilidades del estudiante con las familias, está la de seleccionar y capacitar a los "colaboradores de salud" para dar atención primaria. (Trabajadores Comunitarios).

6. AMBITO DENTRO DEL CUAL SE MUEVE ASCOFAME.

- Geográfico.

Colombia se encuentra ubicada en la parte noroccidental de América del Sur y por su orografía, aspectos climáticos y ecología en general, se divide el territorio en cinco grandes regiones, Caribe, Pacífica, Andina, Orinoquía y Amazonía, cada una de ellas con características que le son propias y que sociológicamente repercuten sobre el modo de ser y actuar de las gentes.

Los países limítrofes son Panamá al Nor-oeste, Ecuador y Perú al sur y Venezuela y Brasil al oriente.

- Situación de Salud.

- Aspectos demográficos.

La población del país es de 28.050.000 habitantes. En el lapso del último decenio el crecimiento vegetativo ha disminuído de 3.2% a 2.0% marcando un descenso poblacional significativo entre las naciones en vía de desarrollo de América Latina; la tasa de natalidad ha pasado de 41% en 1968 a 27% en 1984.

Actualmente el 37.7% de la población es menor de 15 años y el 4.8% es de 60 y más.

- Nivel de Salud:

- Mortalidad general y Expectativa de Vida.

entre los diez primeros problemas de morbilidad y mortalidad.

Para mejor información remitimos al lector a los documentos anexos.

- Recursos Humanos para la Salud.

	No.
Médicos	21.500
Odontólogos	7.500
Ingenieros Sanitarios	417
Lic. Enfermería	4.170
Enfermeras Generales	2.649
Lic. en Nutrición y Dietética	1.527
Promotores de Saneamiento	1.832
Promotores de Salud	4.480
Auxiliares de Enfermería	10.658
Veterinarios	110

Existen en la actualidad 21 Facultades de Medicina vs. 7 que funcionaban en 1960 y están egresando 1.800 médicos en comparación con 650 hace 5 años; hay 12 programas de formación de licenciadas en enfermería, 12 de enfermeras generales y 51 de auxiliares.

En los últimos 10 años ha habido un incremento más allá de lo esperado en la creación de Facultades en todas las áreas de Ciencias de la Salud. Este incremento, ascendente cada vez más está ya controlado a través de políticas y acciones de Gobierno.

- Sistema Nacional de Salud.

- Generalidades.

En Colombia, desde 1975 funciona un Sistema Nacional de Salud

cuyas características son las siguientes:

- . Es un sistema piramidal que consta de 3 niveles operativos (Primario, Secundario y Terciario) con una prestación de servicios elementales en la base de la pirámide que se hacen cada vez más complejos hacia el vértice.
- . El nivel primario está compuesto por tres eslabones o sub-niveles; en el primer eslabón están ubicadas las Promotoras de Salud - 1 por cada 200 familias - extraídas de la misma comunidad y adiestradas en cursos de dos meses; en el segundo eslabón está la Auxiliar de Enfermería adiestrada en 18 meses y ubicada en el Puesto de Salud; en el tercer eslabón está el médico general, enfermera, odontólogo y agentes sanitarios que se desplazan fundamentalmente a los otros dos subniveles.
- . El nivel secundario tiene como organismo operativo el Hospital Regional con las cuatro grandes especialidades: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía General y Ginecología y Obstetricia y algunas sub-especialidades.
- . El nivel terciario tiene como eje el Hospital Universitario con todas las especialidades y sub-especialidades.
- . Cada nivel tiene definidas - teóricamente - sus actividades, el tipo de personal que necesita y la dotación locativa e instrumental que requiere.
- . Es un sistema integrado, para el cual se ha definido también una íntima relación y coordinación entre un nivel y sus inmediatos superior e inferior.
- Desde el punto de vista Administrativo el Sistema está así

La tendencia de la mortalidad general en el país ha sido descendente y se ha reducido en un 25% en los últimos 10 años en contrándose actualmente una tasa del 6.‰

En igual forma ha descendido la mortalidad infantil de 135‰ en 1963 a una cifra aproximada de 55‰ en 1984 lo cual indica un decrecimiento significativo.

Sin embargo, el promedio no revela altas tasas de mortalidad infantil que se observa en cierto tipo de población pobre. La primera causa de mortalidad en los niños menores de 1 año son ciertas afecciones originadas en el período prenatal.

Al revisar, sin embargo, las primeras 10 causas de muerte en el país por todas las edades se observa el fenómeno de que las enfermedades que prevalecen en las naciones desarrolladas escalaron los primeros puestos en nuestro país, tales como tumores malignos (1a.), cardiovasculares, cerebro-vasculares (2°, 3°, 4°) y homicidios (5°), mientras las infecciones intestinales persisten pero pasaron a ocupar el 7° lugar. Colombia se encuentra así en una encrucijada epidemiológica en que tiene que hacer frente a problemas comunes de los países en desarrollo y también a aquellos propios de los desarrollados.

La expectativa de vida en el presente es de 64 para el hombre y 66 para la mujer.

- Morbilidad.

El 41% de la población percibe algún problema de salud en un período de dos semanas; el 11.5% de la población consulta en dos semanas también y el 0.2% se hospitaliza.

Para el conjunto de las edades, las infecciones respiratorias agudas, las infecciones intestinales y los accidentes aparecen

mismo dividido en tres niveles: el Nacional (Ministerio de Salud), el seccional (Servicios Seccionales de Salud y el Regional (Unidades Regionales de Salud).

Al Sistema Nacional de Salud le corresponde atender un 75% de la población pero su cobertura real aproximada es de 55%.

Los trabajadores de Empresas Privadas reciben atención médica del Instituto de Seguros Sociales y los Empleados de los Organismos Oficiales de las Cajas de Previsión y Seguridad Social. Estos dos servicios de salud cubren aproximadamente el 15% de la población. La medicina privada atiende alrededor del 10%.

7. LEGISLACION, REGLAMENTOS Y NORMAS.

Los Decretos relacionados con la organización del Sistema Nacional de Salud definieron una serie de funciones, principalmente el 056 de 1975. Ellas fueron:

- a) Formular la política de salud del país.
- b) Dictar normas que regulen diferentes aspectos del sistema.
- c) Formular el Plan Nacional de Salud.
- d) Vigilar y controlar las entidades que presten servicios de Salud.
- e) Supervisar el funcionamiento de las entidades que constituyen el sistema.
- f) Asesorar y coordinar los organismos seccionales y locales de la realización de las campañas y los programas de salud.

Así mismo definió que la dirección del sistema a nivel seccional la ejercieran los servicios seccionales de salud en las capitales de los Departamentos, de las Intendencias y de las Comisarías y del Distrito Especial de Bogotá. Les definió como funciones las siguientes:

- a) Adoptar la política nacional de salud a las características de cada región.
- b) Formular sus planes y programas en materia de salud.
- c) Supervisar el funcionamiento de las entidades que presten servicios de atención médica en su jurisdicción, y
- d) Realizar las actividades que les deleguen el Ministerio de Salud y sus entidades adscritas y vinculadas.

Estableció también, que el nivel seccional dividido en Unidades Regionales de Salud correspondieran a una determinada área geográfica. En cada regional las instituciones ejecutoras de los programas de salud tienen una organización homogénea en el aspecto técnico y administrativo.

Las Unidades Regionales, las determina el Ministerio de Salud, de acuerdo con el respectivo Servicio Seccional y las funciones definidas a ellas son:

- a) Formular los planes y programas regionales de acuerdo con la política nacional de salud.
- b) Supervisar y coordinar las actividades de los organismos locales de salud.
- c) Realizar las actividades que les delegue el Servicio Seccional de Salud.
- d) Aplicar a los organismos locales de salud el régimen de adscripción o de vinculación que establece la Ley.

La Dirección de la Unidad Regional corresponde a uno de los Hospitales de la región (universitario o regional) y se denomina sede de la Unidad Regional.

En el país existen en la actualidad 107 Unidades Regionales, 97 de las cuales tienen su sede en un hospital regional. Hay 470 unidades locales de salud y 3.000 centros y puestos de salud.

B. PROPUESTA DE ASCOFAME.

1. OBJETIVOS GENERALES DEL PROYECTO.

Los objetivos generales son:

- Iniciar actividades que permitan lograr en Colombia la meta de "Salud para todos en el año 2.000", propuesta por la Organización Mundial de la Salud mediante acciones educativas dirigidas a docentes universitarios y a profesionales que trabajan en el área de la salud.

Estas actividades educativas estarán orientadas a mejorar la docencia, adecuar la cobertura e incrementar la calidad de servicios de atención primaria en los sectores geográficos y sociales menos desarrollados de la población colombiana, utilizando para ello estrategias innovativas: "Integración Docente-Asistencial" y Medicina Familiar.

- Obtener mediante la auto-evaluación bases objetivas para retroalimentar el proceso de revisión curricular que desarrolla en forma permanente la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-.
- Reforzar en el pre-grado la preparación del médico/general/familiar.
- Promover la colaboración intersectorial de diversas agencias e instituciones públicas y privadas para fomentar el desarrollo de dichos sectores utilizando para ello como estrategia la pro

visión, extensión y mejoramiento de los servicios de "Atención Primaria de Salud", en Colombia.

2. ESTRUCTURA DEL PROCESO.

Al elaborar el Proyecto se ha partido de dos premisas que se plantean tentativamente como postulados para la acción y cuya validez puede ser verificada o impugnada al desarrollar el proyecto:

- La organización y mejoramiento de servicios de atención primaria en salud, provee una base operativa aprovechable para suministrar "Salud para todos en el año 2.000".
- La integración de servicios de asistencia con actividades educativas (Integración Docente-Asistencial) provee una base operativa para:
 - a) Organizar servicios de atención primaria de salud.
 - b) Revisar y mejorar el currículo de pregrado en las carreras de salud, basado en mecanismos y sistemas de AUTOEVALUACION.

Sub-proyectos:

Como se mencionó anteriormente el Proyecto está integrado por tres Sub-proyectos:

- SP1: Auto-evaluación y Revisión Curricular en Medicina, Odontología y Enfermería, utilizando como estrategia la Integración Docente-Asistencial.
- SP2: Fortalecimiento de la Enseñanza de la Medicina Familiar en el Pre-grado.

- S.P.3: Desarrollo de Métodos de Enseñanza en el área clínica y su aplicación en la Docencia-Asistencia a través del entrenamiento en servicio y servicios de apoyo pedagógico a docentes.

A continuación se especifica la metodología a seguir y el presupuesto correspondiente de cada uno de los sub-proyectos antes mencionados.

3. S.P.1 - AUTOEVALUACION Y REVISION CURRICULAR EN MEDICINA, ODONTOLOGIA Y ENFERMERIA, UTILIZANDO COMO ESTRATEGIA LA INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL.

Teniendo en cuenta que la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME), con anuencia de sus 20 Decanos está utilizando el Modelo de Evaluación de Integración Docente-Asistencial desde hace aproximadamente dos años, se propone que el mencionado modelo se adapte en una primera etapa a las facultades de Odontología y Enfermería y en una segunda a las Escuelas de Nutrición y Dietética, Laboratorio Clínico y Terapias.

Por lo anterior, se ha previsto que a través de asesores especiales y de las Asociaciones de Facultades correspondientes, se realicen las siguientes fases:

- a) Adaptación del modelo;
- b) Impresión de los correspondientes formularios;
- c) Implementación a todas y cada una de las escuelas involucradas;
- d) Publicación de los informes correspondientes.

Adicionalmente la autoevaluación de las Facultades de Medicina y Ciencias de la Salud, incluye la valoración de los organismos de salud de las áreas de influencia de las Facultades de Medicina, para lo cual y dentro del Anexo No. 1 se especifica el tipo de información a recolectar en cualquiera de los organismos de salud, bien sean estos ambulatorios u hospitalarios y dentro de estos - últimos los ubicados en el nivel local, regional o universitario. La metodología a seguir se encuentra contenida dentro del documento titulado "Modelo de Evaluación de la Integración Docente-Asistencial".

Sub-Modelo de Evaluación en Medicina.

Este Sub-modelo integra seis componentes en su orden:

- El Contexto, que corresponde fundamentalmente a la orientación política en materia de educación y salud y los principios básicos que rigen la enseñanza médica y paramédica.

- La Demanda, que analiza las necesidades de formación de personal del equipo de salud a nivel nacional y regional y las características de los estudiantes en términos de aquellos factores que puedan incidir positiva o negativamente en el rendimiento académico, tales como la distribución por edad, sexo, condiciones socio económicas y motivación por la carrera. Igualmente se analiza el perfil profesional que desea la escuela del futuro profesional y que está plasmado en los objetivos, propósitos y principios básicos establecidos.
Por último se estudian las funciones, actividades y tareas del personal de salud.

- La Oferta, estudia la organización y funcionamiento de la facultad correspondiente y los recursos humanos docentes en términos de cantidad, calidad y dedicación; los recursos físicos en cuanto a instalaciones, dotación, equipos y los recursos financieros de funcionamiento y de inversión disponibles a corto, mediano y largo plazo. Así mismo, dentro de este componente se estudian los servicios de atención a las personas a través de los organismos ambulatorios u hospitalarios que tiene prevista cada facultad para la enseñanza de ciencias de la salud.

- El Proceso. Está dirigido a evaluar la marcha de los programas académicos; estudia las características del currículo en términos de su estructura, secuencia, intensidad, contenido y meto-

dología; técnicas internas de evaluación de programas, docentes y estudiantes; asuntos relativos a la productividad en términos de atrición general y por ciclos académicos; los costos de los programas, de los docentes y de los estudiantes; las interrelaciones en términos de integración, coordinación y la calidad de la enseñanza impartida y del aprendizaje realizado.

- El Producto o Resultados. Analiza el volumen en cuanto a cantidad de egresados y las características de ellos en términos de conocimientos, actitudes y destrezas que han podido desarrollar a lo largo de su capacitación. Así mismo, analiza la satisfacción personal y las tendencias o no hacia la especialización.
- El Impacto o Efecto. Se refiere a la evaluación del desempeño profesional en el año de servicio social obligatorio, relacionado fundamentalmente con las habilidades y actitudes que posea y los efectos que pueda producir en el medio de trabajo en cuanto a modificaciones en los riesgos de enfermar y de morir de la población, a los cambios de actitud de los usuarios de los servicios y a las expectativas de vida de la población colombiana.

A continuación se presenta una tabla resumen de las etapas básicas por cubrir en este sub-proyecto y el presupuesto estimado de gastos para la vigencia de 1.985-1986 (Tabla A).

Sub-Modelo de Evaluación en Odontología.

La Odontología y sus Facultades, como fuente primaria de recursos humanos, han venido observando la necesidad de adecuar el contenido, la secuencia y la metodología de la enseñanza para colocarla eficazmente dentro del contexto general de las necesidades de salud de la comunidad, a la cual debe servir y a los planes de salud establecidos para el país.

TABLA A

SUB-MODELO DE EVALUACION DE FACULTADES DE MEDICINA

1.985 - 1.986

Concepto	Sala- rio	Presta- cio- nes.	Contra- to.	Costo Anual		Costo total
				Directo	Indirecto	
1. Recolección de informa- ción. Un profesional (3 meses) - Viáticos y transporte	X	X		240.000 250.000		240.000 250.000
2. Procesamiento y análi- sis de información. Un profesional (4 meses) Materiales	X	X		320.000 50.000		320.000 50.000
3. Presentación de resul- tados. Un profesional (2 meses) Materiales	X	X		160.000 100.000		160.000 100.000
4. Gastos generales. Un secretaria (medio tiempo) (6 meses)				70.000		70.000
TOTAL				1.190.000		1.190.000

US\$ 11 018

=====

Esta adecuación implica, en primera instancia, una evaluación de lo que se está haciendo dentro de las Facultades de Odontología buscando medir su efectividad y evaluar el grado de cumplimiento.

Medir significa establecer criterios y elaborar escalas que tengan aplicación universal e, igualmente, sean aplicables a aspectos tales como la demanda comunitaria, la administración, el cuerpo docente, el programa educacional, las facilidades físicas y financieras y el producto o graduados. Además y no por mencionarse en último lugar se les resta su importancia, deben estudiarse, por un lado las características de la materia prima de una facultad, es decir, el bachiller que accede a ella para ser "transformado" en odontólogo, y de otro lado, los efectos que éste odontólogo va a producir en la salud oral de la comunidad cuando se encuentre en el ejercicio de sus funciones.

ASCOFAME ha presentado un modelo de evaluación del proceso de integración docente-asistencial en cuyo Sub-modelo de Evaluación de las Facultades de Medicina contempla aspectos como los arriba mencionados y por lo tanto, puede ser aplicado no solamente a las Facultades de Odontología sino a cualquiera de las disciplinas de las Ciencias de la Salud.

La aplicación de modelos similares de evaluación para Medicina y Odontología no solamente es posible sino que se hace conveniente cuando se piensa en progresiva integración de enseñanza de profesiones que hasta el momento han venido desarrollándose separadas una de otra y con diferencias apenas aparentes en su esencia. Por ello, un estudio evaluativo semejante, serviría así mismo, como paso inicial que permitiría la identificación de áreas de interés y objetivos comunes que constituirían el motivo de la enseñanza integrada y la identificación de áreas y objetivos específicos que requerirían tratamiento separado para cada profesión.

La Tabla B presenta las etapas básicas y el presupuesto estimado.

TABLA B

SUB-MODELO DE EVALUACION DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA.

1.985 - 1.986

Concepto	Sala- rio	Presta- ciones	Contra- to	Costo Anual		Costo Total
				Directo	Indirecto	
1. Programación. Un profesional (3 meses)			X	240.000		240.000
2. Recolección de Informa- ción. Un profesional (3 meses) Diseño y suministro de formatos.			X	240.000 10.000		250.000
3. Procesamiento y análi- sis de información. Un profesional (4 me- ses).			X	320.000		320.000
4. Presentación de resul- tados. Un profesional (2 me- ses) Edición			X	160.000 25.000		185.000
5. Gastos Generales. 1 Secretaria M.T. (6 meses).			X	70.000		70.000
TOTAL				1.065.000		1.065.000

US\$ 9 861

Los análisis sobre el perfil profesional y los programas educacionales, darían orientación para determinar su adecuación en el sentido de que con ellos se está produciendo el Odontólogo que participa en forma plena en el logro de los objetivos y en el cumplimiento de la función social de la Odontología.

La determinación de tal adecuación o inadecuación no es de ninguna manera fácil; sin embargo, es posible elaborar ciertos criterios que lleven lo más cercanamente al conocimiento de la realidad. Si se presentasen fallas protuberantes, se debe entrar entonces en cambios en los currículos; si tales fallas fuesen menores, se entraría secuentemente al desarrollo de programas de educación o capacitación continua para docentes.

De lo anterior se desprende la importancia de que en el programa se incluya un estudio específico en el ámbito odontológico, estudio que seguiría los lineamientos generales del sub-modelo de evaluación para medicina.

Metodología.

La realización de un proyecto de la naturaleza que se propone, tendría dos fases generales: la primera iría hasta la aprobación, improbación o modificación del proyecto por parte de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y la Fundación Kellogg. La segunda partiría de la aprobación del proyecto terminando en la presentación de resultados. Una o varias fases posteriores consecuentes, estarían para determinarse dentro del marco del proyecto general.

Sub-Modelo de Evaluación en Enfermería.

El Sub-modelo para autoevaluación en Enfermería adecuado en base al modelo de medicina pretende identificar las características de

las Facultades en términos estructurales y funcionales, de manera que se pueda identificar y evaluar los recursos humanos, físicos, económicos y la productividad global por períodos académicos.

De igual forma evalúa el cumplimiento de las normas fijadas por el Gobierno con base en las funciones que debe cumplir la enfermera.

Se analiza el curriculum académico vigente en cada Facultad y la calidad y cantidad de recurso docente; identificadas las características de cada programa se confrontan con el desempeño real de la enfermera y permite realizar ajustes en los programas.

Metodología.

Adecuado el modelo de evaluación para Facultades de Enfermería, se presentará en Asamblea de ACOFAEN para su distribución y explicación del manejo.

Un funcionario de ASCOFAME recolectará la información y en el Centro de Información se procesará y analizará la información que retroalimente la Facultad y la formación del recursos de enfermería.

La Tabla C incluye las etapas básicas y el presupuesto estimado de gastos para realizar este sub-proyecto.

REVISION CURRICULAR.

Este es uno de los puntos más importantes ya que de todos es conocida la necesidad de efectuar una revisión de los diferentes currículos teniendo en cuenta que las políticas nacionales de salud y educación han previsto la inclusión de nueve aspectos que sin duda mejorarán la calidad y el desempeño en el territorio nacional de los profesionales médicos y de ciencias de la salud.

TABLA C

SUB-MODELO DE EVALUACION DE FACULTADES DE ENFERMERIA

1.985 - 1.986

Concepto	Sala- rio	Presta- ciones	Contra- to.	Costo Anual		Costo Total
				Directo	Indirecto	
1. Recolección de Informa- ción. Un profesional (3 me- ses) Viáticos y transporte	X	X		240.000 250.000		240.000 250.000
2. Procesamiento y análi- sis de información. Un profesional (4 me- ses). Materiales.	X	X		320.000 50.000		320.000 50.000
3. Presentación de resul- tados. Un profesional (2 me- ses) Materiales.	X	X		160.000 100.000		160.000 100.000
4. Gastos generales 1 Secretaria M.T. (6 meses)				70.000		70.000
TOTAL				1.190.00		1.190.000

US\$ 11 018

=====

La propuesta de Revisión Curricular del presente Proyecto tiene en cuenta:

1. Integración Docente-Asistencial.
2. Atención Primaria de Salud y sus relaciones con la atención secundaria y terciaria.
3. Medicina Familiar.
4. Integración de Ciencias Básicas y Ciencias Clínicas.
5. Integración bio-psicosocial y administrativa
6. Integración de la Morfología, Fisiología, Patología y Terapéutica. (Farmacología Clínica)
7. Integración por sistemas o aparatos.
8. Integración temática.

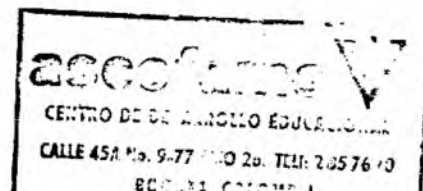
A continuación se conceptualizan cada uno de los términos antes mencionados, excepción hecha de los tres primeros ya que estos se definieron en el capítulo de Introducción.

Integración de Ciencias Básicas y Ciencias Clínicas.

Se supone que en la formación del médico, las ciencias básicas deben tener un alto contenido al comienzo de los ciclos académicos y que en la medida en que el tiempo avance este componente vaya disminuyendo a expensas de un incremento paulatino del componente clínico. En este aspecto la aproximación de los docentes clínicos debería ser bastante prematura, ojalá iniciándose el mencionado contacto con los estudiantes a partir del segundo ciclo académico.

Integración Bio-psico-social y administrativa.

Este punto se considera de la mayor importancia ya que supuestamente estos 4 elementos deben estar presentes en cualquier currículo y además deberían ir siempre juntos a lo largo de los ciclos académicos.



Integración de la Morfología, Fisiología, Patología y Terapéutica.

En este aspecto en nuestro país y posiblemente en América Latina y en el Caribe se pueden distinguir tres grandes tendencias:

- Aquellas escuelas denominadas clásicas que en forma de compartimientos introducen estas cuatro áreas del saber en forma sucesiva a lo largo de ciclos académicos, iniciándose con la enseñanza de la Morfología, seguida de la Fisiología, luego de la Patología y finalmente de la Terapéutica.
- En el otro extremo las denominadas Escuelas Dinámicas con modelos similares a los experimentados en Brasilia, cuyo contexto se puede definir en la integración de la Morfo-Fisiopatología y Terapéutica por sistemas o aparatos, dándole la oportunidad al estudiante de integrar todos estos cuatro aspectos en cada uno de los ciclos académicos, obteniéndose una integración de tipo vertical.
- El tercer enfoque o enfoque conciliador ha compatibilizado estos dos extremos del péndulo, conformando un currículo intermedio en que a través de enlaces primero de la Morfofisiología luego de la Fisiopatología y Semiología y posteriormente de la Patología y Terapéutica, logra imprimir en el estudiante este tipo de integración.

Integración por Sistemas o Aparatos.

Este tipo de integración se ha recomendado ampliamente y todas las Escuelas lo siguen suministrando a la formación médica como elementos de coordinación entre los diferentes aparatos o sistemas que integran el ser humano desde el punto de vista bio-psicosocial.

Integración Temática.

Se refiere a que el médico debe cumplir dos funciones fundamentales en su práctica profesional: el diagnóstico clínico y la formulación terapéutica. En este aspecto inicia su formación precisando los signos y síntomas de su paciente, seguidos en la práctica de exámenes de laboratorio y paraclínicos que le permitirá identificar síndromes dentro de las áreas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecología y Obstetricia, Psiquiatría, para finalmente establecer diagnósticos diferenciales de las entidades nosológicas, logrando en última instancia la integración por temas o patologías específicas con una visión integral en cuatro aspectos: avances clínicos, avances tecnológicos, farmacológicos y epidemiológicos; de esta manera se supone que el médico deberá al final integrar estos aspectos que le facilitarán el buen desempeño en su práctica profesional.

Para cubrir esta área de la revisión curricular se ha previsto la realización de 21 Seminarios para Facultades de Ciencias de la Salud cuyas directrices de carácter general incluyen información sobre los siguientes tópicos:

- Directrices universitarias a nivel mundial, latinoamericano y nacional.
- Modelo de Diseño y revisión curricular para las ciencias de la salud.
- Políticas y directrices de la educación superior.
- Políticas y directrices de la educación en salud.
- Marco teórico del curriculum.

- El perfil, los objetivos y la estructura curricular.
- Cambios curriculares que se pueden efectuar en el Plan de Estudios.

Después de realizado cada uno de los Seminarios en la diferentes Facultades de Ciencias de la Salud se efectuarán evaluaciones periódicas (cada 6 meses), tendientes a establecer el grado de cumplimiento de los cambios propuestos y que en último término buscan la integración del curriculum en los aspectos mencionados.

Cada Seminario cubre aproximadamente 40 profesionales y su costo se estima en \$300.000 cada uno, para un total de 21 Seminarios, y cuyo costo sería de US\$58 332.

4. S.P.2 - FORTALECIMIENTO DE LA ENSEÑANZA DE LA MEDICINA GENERAL/ FAMILIAR EN EL PREGRADO.

1. SITUACION.

El Médico General/Familiar ha sido definido en nuestro país, Colombia, como "el profesional que integra en armónico equilibrio los componentes biológico, psicológico, social-humanístico y programático-administrativo dentro del concepto de atención primaria de salud, bajo el ámbito de la integración docente-asistencial", y que asume tres funciones básicas:

- a) Diagnosticar y tratar pacientes con aquellas entidades de mayor prevalencia nacional, principalmente en lo que atañe a los servicios de consulta externa, urgencias, hospitalización y enfermedades transmisibles. Además conoce las formas de prevenir y de rehabilitar a sus pacientes para las mismas entidades.
- b) Efectuar un diagnóstico de la comunidad en términos: demográficos, condiciones de salud, necesidades y demandas de la población a la cual sirve.
- c) Evaluar la organización y los recursos disponibles de una pequeña institución de salud, a nivel local y ser capaz de programar, ejecutar y evaluar el plan de salud en ese organismo sanitario, donde asume funciones directivas.

2. PERFIL ACADEMICO.

El perfil académico del médico general/familiar está integrado por 4 elementos nucleares: biológico, psicológico, social-humanístico y programático-administrativo y cuenta con tres denominadores comunes: la investigación, la docencia y la integración docente-asistencial.

Componente Biológico:

El componente biológico incluye: la promoción, prevención, asistencia y rehabilitación de la salud. Este componente suministra al futuro profesional las herramientas necesarias para atender a sus pacientes a nivel del domicilio, de la consulta externa o de la institución hospitalaria a la cual se halle vinculado.

Este componente ha sido tradicional en la formación del médico en nuestro país y de aquellos profesionales que ingresaron hace 15 o 20 años constituyó por si solo el ingrediente fundamental del plan de estudios.

Componente Psicológico.

El componente psicológico permite al profesional médico integrar a las áreas biológicas y sociales, los elementos estructurales, de funcionamiento, patologías y terapéuticas del área psicológica; por lo tanto, este componente para algunas facultades se combina con el componente biológico constituyendo de esta manera el área psico-biológica y en otras con el componente social, denominándose entonces área psico-social.

Algunas escuelas de medicina, integran dentro de sus planes de estudio este componente, iniciando con la parte de psicología general, siguiendo con psicología evolutiva y psicopatología, para terminar con la unidad psiquiátrica.

Habitualmente algunas introducen la parte estructural y de dinámica de la familia, como elemento y sustrato básico de la formación del médico. En este sentido, hay diferentes conceptos pero el que se está utilizando más en nuestro país es la defini

ción de "Familia Epidemiológica" es decir "la que incorpora aquellas personas que comparten techo y alimentación en el diario que hacer".

Componente Social:

Este componente es relativamente nuevo en nuestras escuelas de medicina y se vino incorporando desde 10 o 15 años a la mayoría de ellas. Actualmente incluye características demográficas en términos de estructura y crecimiento de población; condiciones de salud de la comunidad medidas a través de los indicadores tradicionales de morbilidad, mortalidad e incapacidad y los factores causales, condicionantes, relacionados o asociados, de estas características. Además suministra información al nuevo profesional sobre las necesidades y demandas de la población en el área de influencia.

Se considera que este componente social y humanístico facilita al futuro profesional efectuar el diagnóstico socio-epidemiológico de la comunidad que le permite posteriormente orientar su plan de acción.

Componente Programático-Administrativo:

Este componente es relativamente nuevo en los planes de estudio de las facultades de medicina colombianas. Solo en la última década se ha hecho presente y afortunadamente las diferentes escuelas, tienen en mayor o menor dimensión, disciplinas programáticas o administrativas para sus egresados.

Este componente incluye la organización y funcionamiento del hospital local donde va a actuar el futuro profesional; la identificación de los recursos humanos en términos cuantitativos y cualitativos; los recursos físicos en cuanto a instalaciones, dotación,

equipos e instrumental disponible y los recursos financieros, tanto de funcionamiento como de inversión, de la entidad a la cual está vinculado.

Además el componente programático-administrativo incluye el sistema de información vigente y la elaboración, ejecución y evaluación del plan de salud local.

Con su inclusión, se pretende suministrarle al profesional, elementos que le permitan actuar a nivel del hospital en acciones relacionadas con el aumento de cobertura y el mejoramiento de la calidad de los servicios preventivo-asistenciales.

El perfil académico del médico además de los cuatro elementos nucleares antes mencionados, posee tres denominadores comunes: el primero, relacionado con la investigación, el segundo con la docencia, y el tercero con diferentes tipos de integración que facilitan o adecúan el cumplimiento de las políticas y la articulación del "perfil académico" con los perfiles profesionales y de "salud" de la comunidad a la cual sirve.

Componente Investigativo:

El componente investigativo trata de proporcionarle al nuevo profesional elementos de observación, planteamiento de hipótesis y comprobación de ellas en los mismos campos de la parte nuclear es decir: investigación biológica, psicológica, social, programática y administrativa.

Necesariamente y de acuerdo con las experiencias nacionales los médicos que actualmente se forman tienen más experiencia en lo biológico, menos en lo social y menos en lo administrativo.

Componente Docente:

Este componente, está orientado a suministrar herramientas que permitan al médico general/familiar dirigir charlas al equipo de salud y a la comunidad en general que facilite incentivar actividades de fomento y prevención de la salud y adecuar la educación sanitaria como elemento fundamental en el control de las enfermedades prevalentes en el medio.

Componente de Integración:

El componente de integración es el sustrato que aglutina los cuatro elementos nucleares (biológico, psicológico, social-humánistico y programático-administrativo) y los dos denominadores comunes antes mencionados (investigación y docencia) del plan de estudios y que hace factible el cumplimiento de las políticas en la formación del médico familiar de pregrado.

Este aspecto de integración por considerarse de especial trascendencia e importancia en la formación académica del nuevo profesional, será retomado al final de la presentación después de comentar aspectos inherentes al plan de estudios.

3. PLAN DE ESTUDIOS.

En el diseño del plan de estudios se seguirá obviamente la misma secuencia del perfil académico teniendo en cuenta los cuatro elementos nucleares y los dos denominadores comunes, que hacen coherente la propuesta que se está analizando con la realidad existente.

La sustentación teórica se basa en la experiencia colombiana, anotando sí, que las disciplinas o materias que van a ser comentadas corresponden al sustrato común de las diferentes fa-

cultades o escuelas de medicina que actualmente posee el país y que quedan por fuera aquellos aspectos que cada facultad en forma autónoma introducen dentro de los pensum de estudios y que conforman el sello particular o marca que cada facultad imprime a su egresado.

En esta forma se considera que los siguientes aspectos que se analizan, constituyen los requisitos estándares mínimos que una facultad debe poseer para dar una adecuada formación en medicina familiar de pregrado.

Componente Biológico:

El componente biológico se inicia con dos canales paralelos de formación:

- a) El constituido por la morfología (macro, micro y embriología) seguido de la enseñanza de la fisiología y de la semiología.
- b) El integrado por la biología, la química (bioquímica o biología molecular) y la microbiología, que convergen más adelante y facilitan la enseñanza de la patología, la farmacología y terapéutica.

Finalizando con las prácticas en las áreas clínicas: Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Psiquiatría.

Se debe recalcar que el área psiquiátrica debe conformar el quinto pilar dentro de la formación del médico general de pregrado. Dependiendo de cada facultad o escuela de medicina se puede iniciar el aprendizaje de la nutrición en forma integral o aislada haciendo parte del curriculum en cualquier etapa de la formación.

Componente Psicológico.

Este segundo componente de la formación del médico general/familiar podría iniciarse con la enseñanza de la psicología general, seguida de la psicología evolutiva y la psico-patología, para finalizar con la enseñanza psiquiátrica que se compagina con el componente biológico.

Componente Social y Humanístico.

El componente social puede iniciarse con la enseñanza de la historia de la medicina, adicionada de la filosofía de las ciencias (epistemología) y de la enseñanza de la sociología en aspectos tales como estructura social, funcionamiento de las sociedades y lo que es más importante la patología social vigente. Este último componente debe encajar o articularse con la enseñanza de una cátedra supremamente importante que es la de ética médica.

Componente Programático-Administrativo.

Puede iniciarse con la enseñanza de la bio-estadística, entendiéndose que dentro de esta disciplina debe ir incorporado el aspecto demográfico ya que la población es sujeto y objeto de la programación en salud.

Esta área de bioestadística debería continuarse con la enseñanza de la epidemiología y el saneamiento ambiental para posteriormente iniciar la enseñanza de la administración general, de la administración hospitalaria y finalizar con la enseñanza de aspectos relacionados con la seguridad social.

Componente Investigativo.

Este componente debe hacer énfasis en la "metodología de la investigación" principalmente en el manejo adecuado por parte del estudiante, de las cinco etapas básicas de la investigación: el diseño, la recolección de información, el procesamiento de datos, el análisis de resultados y la presentación de ellos. Después puede continuarse con la aplicación de estos conocimientos en el diseño y ejecución de investigaciones en el área epidemiológica, seguida más adelante de prácticas en investigación administrativa e investigación evaluativa, para finalizar en el año de internado, con investigación en el área clínico-epidemiológica. Igualmente a este componente investigativo se pueden sumar elementos diferenciados que faciliten al futuro profesional el manejo adecuado de la "Investigación en Salud".

Componente Docente.

El componente docente debería iniciarse con la enseñanza de la "metodología del estudio", es decir cuales deberían ser los principales aspectos que debe tener en cuenta el estudiante para lograr mejorar el sistema de aprendizaje, seguida de técnicas combinadas en la metodología de la enseñanza-aprendizaje para finalizar luego con la metodología en la presentación de los trabajos escritos. Igualmente este componente docente, puede ser adicionado de otras áreas o disciplinas que a manera de elementos indiferenciados puedan participar en la formación del médico en este importante aspecto.

4. POSICION DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA.

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina tiene como una de sus principales directrices el fomento de la enseñanza

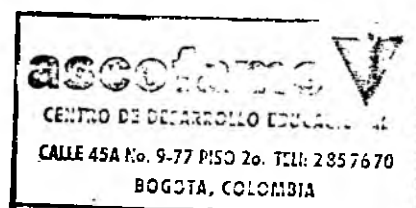
de la medicina general familiar en el pregrado. Se considera que en el Post-grado se debe esperar a que las experiencias vividas por otros países y de las experiencias que está haciendo Cali, den orientaciones sobre la bondad de esta especialización en nuestro medio.

En este sentido, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en el momento actual considera que es fundamental el fortalecimiento de la enseñanza de la medicina familiar en el pregrado de acuerdo con el desempeño profesional de los médicos estableciendo la necesidad o no de ser complementada con la especialidad.

Las diferentes facultades de medicina están de acuerdo en la inclusión o modificación de sus currículos de medicina familiar general en el pregrado; esta posición no es unánime en relación con la especialidad en el post-grado.

En principio se considera que con un régimen o un curriculum académico básico de 7 años sería suficiente para producir un médico general/familiar, de adecuado desempeño profesional.

En este sentido los puntos 1 y 2 anteriormente mencionados constituyen la propuesta de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina para apoyar a las 21 escuelas a nivel nacional considerando que los elementos que se mencionan en los diferentes componentes sería el sustrato mínimo y común para todas las escuelas y que cada una de ellas de acuerdo a su autonomía y filosofía le adicionen otros elementos especiales en la formación del médico general en el pregrado.



5. EL ESFUERZO DE CALI.

La Universidad del Valle ha venido desde el mes de Enero preparando o iniciando el programa de medicina familiar de post-grado con 17 profesionales médicos que están auspiciados por el Instituto de Seguros Sociales Seccional del Valle.

El curriculum o contenido del plan de estudios incluye aspectos biológicos, psicológicos, sociales, humanísticos y programático-administrativos y está contenido dentro de una duración de tres años.

Las experiencias se llevan a nivel local del Seguro Social, Dispensario o CAIP denominado la Selva y recientemente la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y el ICFES efectuaron una visita de observación al programa y efectuaron una serie de sugerencias y recomendaciones que se espera se cumplan por él y en este sentido se considera que hay que esperar los tres años de duración del programa y luego efectuar una evaluación de desempeño profesional para analizar y evaluar el perfil académico con el perfil ocupacional y la situación de salud de la población beneficiaria.

Este programa ha sido dirigido por un becario de la Fundación Kellogg el Dr. Diego Mejía y recibe el apoyo fundamental del grupo de CEPADS.

6. PARTICIPACION DE LA ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA EN PANAMA.

En fecha reciente, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina fue invitada a participar a una reunión que sobre medicina familiar se efectuó en la ciudad de Panamá y tuvo la

oportunidad de presentar un documento sobre "Medicina Familiar de Pregrado" que previamente había sido sustentado en República Dominicana.

El mencionado documento presenta en primer lugar la definición del médico familiar en nuestro país, en segundo lugar establece el perfil del médico familiar de pregrado identificando los componentes biológico, psicológico, programático-administrativo, social humanístico, investigativo y docente y menciona diferentes estrategias relacionadas con integración o articulación-asistencial de ciencias básicas con las ciencias clínicas de los componentes que constituyen el plan de estudios y en relación con las ciencias fisiológicas, morfológicas, patología, terapéutica, clínica e integración de tipo temático. El documento constituiría la esencia fundamental del Programa S.P.2 en lo cual se ofrecería a las Facultades de Medicina el apoyo de la Asociación en el sentido de fortalecer el sustrato básico de la formación del médico en estos componentes y que cada una de las facultades adicione elementos indiferenciados en su formación.

7. OBJETIVOS.

7.1 Objetivo General.

El objetivo general del Programa S.P.2 está dirigido a estimular en las 21 Escuelas de Medicina, la medicina familiar en el pregrado con base en las experiencias vividas a nivel nacional e internacional.

7.2. Objetivos Específicos.

1. Apoyar a las diferentes Facultades y Escuela de Medicina existentes a nivel nacional para que efectúen en forma secuente la auto-evaluación, la revisión curricular y la adaptación del currículo hacia la enseñanza del médico general familiar de pregrado. Este aspecto estará de acuerdo con las necesidades del sistema nacional de salud y hará énfasis en la atención primaria de salud.
2. Desde el punto de vista de contenido del enfoque de la medicina general familiar de pregrado se considera que este gira sobre componentes biológicos, psicológicos, sociales, humanísticos, programáticos administrativos, investigativos y docentes y que utilizan como estrategia fundamental la integración docente-asistencial. En este sentido, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina puede ofrecer diferentes seminarios a nivel de Bogotá o a nivel de las diferentes regiones del país en las cuales se especifican en forma clara los diferentes elementos constitutivos del plan de estudios básico de medicina general familiar de pregrado.
3. Participación activa de los profesionales en las áreas clínicas dentro de los contenidos fundamentales definidos en la formación del médico general familiar con enfoque de atención primaria de salud teniendo en cuenta que estos proyectos tendrán innovaciones fundamentalmente en la calidad y en la articulación o relación docente-asistencial.
4. Debe mencionarse que este apoyo a las escuelas de medicina será en forma continua y permanente para ir en función de auto-evaluación y revisión del currículo reprogramando permanentemente los curriculum con base en las

experiencias de terreno que se hayan observado. Igualmente en este apoyo debe mencionarse que se identificarán médicos jóvenes que se preparen como docentes sirviendo como "modelos de identificación" y al mismo tiempo que actúen en modelos prácticos de medicina familiar como parte integrante de los servicios no olvidando las relaciones fundamentales con el seguro social colombiano, por ejemplo la participación observada a nivel de la ciudad de Barranquilla con la experiencia del Seguro Social y la Facultad de Medicina del Norte. Además se apoyará la participación en líneas de investigación de servicios de salud de tipo clínico, epidemiológico, operacional y evaluativo en el sentido de costo-efecto que permita la retroalimentación de los currícula en forma permanente.

5. Se estimulará el trabajo conjunto del médico, la enfermera, la nutricionista, el asistente social y en general de los equipos de salud en los modelos de práctica tal como se ha efectuado con el proyecto PIOSSMI de la ciudad de Bucaramanga.
6. Se seleccionarán, se adaptarán y se prepararán materiales de interés para el médico general familiar para uso de las diferentes escuelas de medicina que estén realmente adaptando este enfoque.

8. Operacionalización.

Para la operacionalización del proyecto S.P 2 se tendrán en cuenta las siguientes acciones.

- Establecimiento de una repartición a nivel de ASCOFAME que programe y evalúe las actividades educativas de medicina familiar general de pregrado.

- Se conformará un grupo de trabajo el cual podrá incluir por ejemplo al médico director de la experiencia de postgrado en la ciudad de Cali Dr. Diego Mejía con otros profesionales de diferentes regiones del país.
- El proyecto se podrá iniciar con dos tercios de su contenido y se irá aumentando progresivamente de acuerdo al desarrollo del trabajo hasta obtener los cinco componentes sub-regionales.
- El grupo de trabajo deberá ser representativo y procurará el ensamblaje de profesionales jóvenes que permitan la interrelación de dos generaciones.
- Deberá suministrarse a los miembros del grupo de trabajo una misión especial de desarrollo en sus regiones y de apoyo a las escuelas que conforman cada uno de los conjuntos seccionales.
- Las experiencias de la medicina general familiar deberá tener en cuenta las experiencias de Cali, de México para proyectarse en el tercer año hacia el Grupo Andino utilizando para esto el Convenio Hipólito Unanue.

Se realizarán 21 Seminarios sobre Medicina Familiar de Pregrado dirigidos a todas y cada una de las Facultades de Medicina que actualmente existen en el territorio nacional. Diez de ellos serán dictados en 1985 y los once restantes en 1986. El costo de cada uno de los Seminarios-Talleres es de \$300.000 lo cual sustenta un presupuesto global de US\$58.332.

5. S.P.3 - DESARROLLO DE METODOS DE ENSEÑANZA EN EL AREA CLINICA Y SU APLICACION EN LA DOCENCIA ASISTENCIA A TRAVES DEL ENTRENAMIENTO EN SERVICIO Y EL APOYO PEDAGOGICO A DOCENTES.

La necesidad de aproximar la docencia a los servicios y viceversa, ha sido un t3pico ampliamente discutido durante los 3ltimos diez a3os. Muchos estudios se han realizado con el fin de identificar y clarificar diferentes aspectos de este proceso en el cual se hallan empe3adas tanto las instituciones del sector formador de los recursos humanos para la salud como el sector de prestaci3n de esos servicios. (Noack, 1977; Eklundh y Kalvemmark, 1977; Parchimovicz y Dawydzik en WHO 1980; Zafra, 1978, Gonz3lez, 1980). Posiblemente la conclusi3n m3s importante de todos estos estudios, trabajos y experiencias ha sido la de que la interacci3n, coordinaci3n o integraci3n de diferentes estados del proceso de interrelaci3n constituyen un problema al cual convergen una variedad de elementos que incluyen los mismos componentes de la prestaci3n de servicios y los curriculares, metodol3gicos y administrativos de las instituciones de educaci3n.

Los objetivos m3s claramente identificados por diferentes grupos para la interacci3n docente-asistencial han sido:

- Identificar y dise3ar estrategias y mecanismos que aseguren una mejor comunicaci3n y colaboraci3n a diferentes niveles entre los sistemas de salud y educativo a fin de hacer la educaci3n y el entrenamiento m3s relevante a las necesidades presentes y futuras de la sociedad.
- Hacer la educaci3n y el entrenamiento m3s relevante a las necesidades en el campo de la atenci3n primaria, con el fin de promover una orientaci3n comunitaria y hacia la promoci3n de la salud. (WHO, 1980).

En Colombia, la prestación de los servicios de salud y la docencia han estado tradicionalmente interconectados en el nivel terciario de prestación. Solo en algunos casos particulares la docencia y los servicios estuvieron conectados a niveles secundario y primario de atención, antes de la aparición del Decreto 1210 de Integración Docente-Asistencial (Minsalud 1978), que normatizó la actividad docente asistencial en el país.

Hoy en día, un gran volumen de los programas de pregrado y de post-grado en ciencias de la salud, se lleva a cabo con la participación activa del personal asistencial ya sea bajo la figura de "docente adjunto" o como resultado de convenios suscritos entre los servicios de salud locales y regionales con las universidades en cumplimiento del decreto mencionado.

El énfasis puesto en la atención primaria, muy particularmente a partir de la Declaración de Alma Ata, suscrita por la Asamblea Mundial de la Salud en 1977, y apoyado por las resoluciones subsecuentes (1979(y (1979) ha creado, por su parte, situaciones particulares de interacción docente-asistencial, haciendo evidente la necesidad de atender al sector salud en cuanto sus miembros, en los niveles primario y secundario, se convierten en docentes para los diferentes programas de pregrado y post grado de las instituciones de educación superior y tecnológica.

Otro tanto puede decirse de la corriente actual de formación del médico general-familiar. Esta nueva tendencia exige, entre otras soluciones, la formación de docentes que sean capaces de introducir el modelo integral de actuación de este tipo de médico y llevar a cabo con renovado expertismo y eficacia todos los procesos educacionales modernos que garanticen la formación de un médico general-familiar acorde con las necesidades de la sociedad.

En Colombia, durante los últimos quince años se han realizado esfuerzos tendientes al mejoramiento de la docencia en las facultades de ciencias de la salud, particularmente para el desempeño docente en el área de ciencias básicas.

La participación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) y de las Oficinas de Educación Médica de las Universidades a pesar de haber sido constante en su propósito de llevar a los docentes universitarios las herramientas metodológicas, curriculares e instruccionales para un mejor desempeño de la labor docente, no ha llegado a un nivel de generalización tal que haya podido transformar algunas de las prácticas educativas más tradicionales que forman parte del recurso permanente de los docentes de ciencias de la salud.

El Sub-programa No. 3 del presente proyecto, está dirigido a la concertación de esfuerzos y estrategias a nivel nacional que permitan canalizar los recursos educacionales de manera tal que se pueda desarrollar en un período de tres años un programa de entrenamiento en servicios para los docentes de ciencias clínicas y para los docentes asistenciales cuyos resultados se hagan evidentes a través del uso de modernos métodos y técnicas docentes y mayor eficiencia en el aprendizaje.

Uno de los subproductos más importantes del programa es la generación de un modelo de trabajo que pueda ser transferido por líderes y por mecanismos de diseminación a otras regiones de América Latina a través de las Facultades de Ciencias de la Salud, especialmente aquellas que están conectadas con la Federación Panamericana de Facultades/Escuelas de Medicina del Continente (FEPAFEM).

La canalización de esfuerzos tanto para el diseño del modelo de

entrenamiento, como para el uso mismo de los recursos existentes incluye la participación de personas y programas a nivel nacional a través de la coordinación de ASCOFAME, y a nivel internacional con el apoyo de la Kellogg a fin de aprovechar las experiencias de otros países: (Brasil NUTES; México CEUTES y Estados Unidos TIPS).

En el momento de presentar esta propuesta, ASCOFAME cuenta con personal entrenado en diferentes áreas de la metodología docente universitaria en ciencias de la salud. Un miembro de su staff fue entrenado en la Universidad de Kentucky dentro del programa Teaching Improvement Project System for the Health Professions (TIPS). Así mismo, la experiencia obtenida durante los últimos diez años en la conducción de talleres para el desarrollo de la docencia en diferentes facultades de salud del país, coloca a la Asociación en situaciones privilegiadas en este campo. La colaboración que se obtendrá de las demás instituciones de educación superior que tiene recursos en el área del desarrollo docente será asegurada mediante su contratación a través del presente subprograma.

5.1 Objetivos.

El Suprograma S.P.3 persigue alcanzar, durante su vigencia, los siguientes objetivos específicos:

- Diseñar, desarrollar y evaluar un programa de educación permanente para fomentar el mejoramiento de los métodos de enseñanza-aprendizaje en áreas clínicas con énfasis en las situaciones en servicio.
- Crear un centro a nivel nacional con Sede en ASCOFAME que sirva de apoyo al programa de Integración Docente-Asistencial y permita el reforzamiento tecnológico educativo de

la red de proyectos docente-asistenciales que operan en Colombia promovidos por las diferentes facultades.

- Crear cinco sub-centros con sede en algunas de las facultades de medicina existentes, que permitan la expansión del programa de educación continua para el mejoramiento de la enseñanza clínica en las áreas prioritarias de las cinco regiones geográficas del país.
- Diseñar un modelo de educación continua que facilite la capacitación permanente del personal de integración docente-asistencial en aspectos educativos.
- Tomar decisiones acerca de una serie de metodologías y tecnologías apropiadas que constituyan el paquete de entrenamiento para ser aplicado a través del sistema de educación en servicio que se adopte.
- Revisar y adecuar modelos y materiales para el desarrollo de la docencia y para la implementación y apoyo a los programas de medicina general familiar, existentes en centros del continente tales como: CED; Illinois; NUTES; Brasil; CEUTES; México; TIPS; Kentucky.
- Elaborar los materiales necesarios para el desarrollo del subprograma.
- Conformar equipos de líderes locales multiplicadores del programa dentro de su área de influencia docente-asistencial.
- Entrenar los equipos de líderes multiplicadores en la aplicación del programa a través de mecanismos de educación en servicio.

- Experimentar y validar la efectividad de los materiales y estrategias del subprograma y diseminar los resultados de su aplicación a través de las redes de proyectos a nivel Latinoamericano y del Caribe.

La efectividad de los materiales se probará selectivamente, por áreas temáticas específicas de la medicina general familiar, tales como la medicina interna, la pediatría, la ginecología, etc., así como aquellas de interés específico en los servicios tales como la evaluación del desempeño profesional, el uso de tecnología y los costos de los servicios.

5.2 Metodología.

La metodología de trabajo encierra dos grupos de actividades diferentes: aquellas conducentes a la organización del mecanismo central de dirección, producción y coordinación, y aquellas orientadas a la aplicación del Subprograma en cinco Subcentros ubicados en cinco regiones geográficas del país.

Estrategias para la creación del Centro.

- a) Selección del director y de los recursos humanos responsables del programa con sede en ASCOFAME.
- b) Organización logística de la oficina del Subprograma: espacios, equipamiento y materiales, secretaría, etc.
- c) Conformación del equipo a nivel nacional para el planeamiento, desarrollo, control y evaluación del sub-programa S.P.3, con la participación de las facultades de medicina y otros organismos vinculados al proyecto.

- d) Diseño del plan de acción y mecanismos operativos. Definición de estrategias métodos y responsabilidades de los miembros del equipo de trabajo.
- e) Selección de las sedes de los subcentros mediante la aplicación de los criterios de selección previamente establecidos.
- f) Presentación del proyecto a los subcentros. Contactos iniciales a nivel de universidades y proyectos.
- g) Análisis de materiales y métodos de apoyo existentes en el país y en el exterior, tanto a nivel continental como en otros países del mundo, para ser incluidos en el modelo del sub-programa.
- h) Definición del modelo y de la estrategia de aplicación del mismo; esquema de educación continuada.

5.3 Estrategias para la aplicación del modelo.

- a) Diseño del modelo de entrenamiento para líderes del sub-programa en los subcentros.
- b) Diseño de los materiales para el entrenamiento de líderes del subprograma.
- c) Programación de actividades de entrenamiento para los líderes del subprograma.
- d) Identificación y clasificación de materiales y métodos por áreas temáticas de la formación y del servicio.
- e) Desarrollo de los eventos de entrenamiento para los líderes.

- f) Planeación y ejecución de asesorías para el equipo nacional con sede en ASCOFAME y para los líderes locales de los sub-centros.
- g) Desarrollo del programa de aplicación del modelo a través de los líderes locales, asesoría, supervisión y control.
- h) Elaboración de informes de resultados de la aplicación del modelo. Ajustes a través de la retroinformación.
- i) Diseminación de materiales, métodos y resultados a través de FEPAFEM y otros mecanismos de comunicación a nivel continental.

5.4 Instituciones Participantes.

Se espera que los resultados así como las acciones directas de este subprograma lleguen a afectar a todas las facultades de medicina del país a través del proceso difusor que lleven a cabo los subcentros en las áreas geográficas de su influencia.

Es de esperarse también, que otras facultades de ciencias de la salud en el país tengan acceso a los resultados, métodos y materiales del subprograma y los apliquen realizando las adaptaciones que consideren necesarias. Por ellos se estimulará la amplia participación de las facultades de ciencias de la salud en el uso de los subproductos de este programa.

5.5 Monitoría y Evaluación.

El programa de desarrollo de la docencia asistencial utilizará el mecanismo de monitoría, seguimiento y evaluación tales como los siguientes:

1. Evaluación previa de los sujetos del programa en sus diferentes niveles (líderes y usuarios).
2. Evaluación final post-intervención para conocer la retención cognitiva inmediata y la aplicación mediata de las técnicas, métodos y procedimientos del programa.
3. Supervisión participante de los eventos de entrenamiento dirigidos por los líderes del programa y elaboración de informes de resultados sobre su gestión.
4. Informes evaluativos sobre la aplicación y aplicabilidad de los materiales del programa.
5. Evaluaciones sobre la intervención de las asesorías externas y nacionales.
6. Informes de progreso de los grupos locales (subcentros).

5.6 Presupuesto.

	AÑO I	AÑO II	AÑO III
1. PERSONAL			
1.1 Director	6 000	6 000	6 000
1.2 Director Asociado	4 800	4 800	4.800
1.3 Coordinador de producción.	4 800	4 800	4 800
1.4 Secretario de T.C.	3 600	3 600	3 600
1.5 Grupo de trabajo nal. Bonificaciones por participación específica. (5 personas).	5 000	5 000	5 000

	Año I	AÑO II	Año III
2. MATERIALES Y EQUIPOS			
2.1 Equipo básico para los centros (5)	15.000	15 000	15 000
2.2 Equipo y materiales del Centro Coordinador ASCOFAME Oficina.	5 000	5 000	5 000
2.3 Compra, copia, alquiler de materiales en áreas temáticas MF-MG.	5 000	5 000	5 000
3. PUBLICACIONES.			
3.1 Manuales para el entrenamiento de líderes del programa	2 000	2 000	2 000
3.2 Boletines para información local, nacional e internacional.	3 000	3 000	3 000
3.3 Catálogos de materiales y recursos humanos para asesoría	2 000	2 000	2 000
3.4 Informes Años I, II, y III	1 000	1 000	1 000
3.5 Otros impresos para difusión y entrenamiento.	2 000	2 000	2 000
4. ASESORIAS Y VISITAS.			
4.1 Servicios de asesoría internacional.	5 000		3 000
4.2 Viáticos y transporte para director y equipo.	4 000	2 000	2 000
4.3 Pasajes internacionales para director u otro miembro del equipo.	7 000	3 000	3 000

	Año I	Año II	Año III
5. MONITORIA Y EVALUACION.			
5.1 Contrato de Evaluación externa del programa.	3 000	3 000	3 000
6. MISCELANEOS.			
Gastos eventuales no considerados en otros rubros aproximadamente 5 % del costo total.	3 800	3 800	3 800
TOTALES	US\$ 80 000	79 000	77 000
GRAN TOTAL	US\$ 236 000		
	=====		

5.7 Explicación del Presupuesto.

1. Personal.

Este es el equipo de trabajo del Director del Programa. El Director Asociado de ASCOFAME estará a cargo de todo el proceso de supervisión y control del programa en las sedes. El Coordinador de producción es un tecnólogo a cargo del proceso de recopilación, análisis y evaluación, así como del de reproducción y producción de materiales para el programa.

Los dos directores serán de medio tiempo y el coordinador de tiempo completo en la sede central.

Estipendios. Como estímulo a la participación en el programa se espera dar a cada uno de los coordinadores locales en los subcentros, el equivalente a US\$ 1 000 por cada uno por año.

2. Materiales y Equipos.

Se pretende dotar cada subcentro con una infraestructura básica de equipos y materiales de apoyo al programa. Se ha calculado un promedio de US\$3 000 por Sub-centro por año. Cada uno de los Subcentros así dotados se convierte en centro de referencia para su respectiva área de influencia y en recurso del cual se pueden beneficiar diferentes programas de ciencias de la salud.

También se espera dotar adecuadamente la unidad central en ASCOFAME para que pueda servir de sede en la generación de materiales, informes, estrategias y metodologías para su uso en los subcentros.

Finalmente se ha calculado la compra o alquiler para estudio previo y copiado de materiales de apoyo en áreas temáticas de la Medicina General y de la Medicina Familiar: Medicina Interna, Gineco-obstetricia, Pediatría, etc., así como referidos a áreas de interés de los Servicios: tecnología apropiada, costo beneficio, sistemas de atención de salud, etc. Este costo es de US\$5 000 por año.

3. Publicaciones.

En este rubro se han incluido tanto los materiales impresos que pueden ser diseminados a nivel nacional y continental en forma de boletines, catálogos e informes, así como aquellos impresos propios del entrenamiento de docentes asistenciales en el programa de educación en servicio, así como aquellos para el entrenamiento de los líderes del programa.

4. Asesorías y Visitas.

Un total de US\$ 29 000 se han reservado para las asesorías que presten organismos o personas que el programa requiera y para visitas del staff del programa a sitios de interés para el estudio de materiales, métodos y procedimientos así como estrategias de entrenamiento en servicio ya probadas en el continente.

5. Monitoría y Evaluación.

Se espera contratar los servicios de un grupo de reconocida prestancia en la evaluación de programas para que realice la evaluación externa del mismo al finalizar cada año.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	TIEMPO	AÑO I	AÑO II	AÑO III
1 Contratación de director. Definición de funciones y esquema administrativo		■		
2 Organización logística de la oficina		■		
3- Diseño de mecanismos de trabajo		■		
4- Conformación del Equipo Nacional		■		
5 - Selección de subcentros		■		
6- Contactos y acuerdos iniciales		■		
7- Análisis de materiales y métodos		■		
8- Definición del modelo y la estrategia de aplicación		■	■	
9- Diseño del modelo de entrenamiento de líderes			■	
10- Diseño de materiales para el entrenamiento			■	
11- Programación del entrenamiento			■	
12- Clasificación de materiales por áreas temáticas			■	
13- Desarrollo del entrenamiento			■	
14- Planeación y ejecución de asesoría		■	■	■ ■ ■ ■ ■ ■
15- Ampliación del modelo				■
16- Informes - Diseminación		■	■	■

7. PRESUPUESTO GENERAL

(Dólar calculado al cambio de \$108.00)

SUB-PROYECTOS.	A Ñ O S			TOTAL
	(1985)	(1986)	(1987)	
<u>SP1 "Autoevaluación"</u>				
- Medicina	11 018	-	-	11 018
- Odontología	9 861	-	-	9 861
- Enfermería	11 018	-	-	11 018
<u>SP1 Revisión Curricular</u>	27 777 (10 sem.)	30 555 (11 sem.)	-	58 332
<u>SP2 Medicina Familiar</u>	27 777 (10 sem.)	30 555 (11 sem.)	-	58 332
<u>SP3 Métodos de Enseñanza</u>	80 000	79 000	77 000	236 000
DIRECCION GENERAL Y COORDINACION				
Director General	12 000	12 000	12 000	36 000
Coordinadores suprogra mas SP1 y SP2 (SP3 ya incluido)	6 000	6 000	6 000	18 000
Secretaría SP1 y SP2	3 600	3 600	3 600	10 800
Monitoría y Evaluación SP1 y SP2	3 000	3 000	3 000	9 000
Misceláneos SP1 y SP2	3 000	3 000	3 000	9 000
TOTAL	195 051	167 710	104 600	467 361

8. COOPERACION Y RESPONSABILIDADES DE ASCOFAME EN EL DESARROLLO DEL CONVENIO.

La Asociación orientará y dirigirá todo el desarrollo del proyecto y para este efecto concretará su responsabilidad en la siguiente forma:

1. Participación directa en el proyecto de los siguientes directivos:

1.1 Dr. Abel Dueñas Padrón - Director Ejecutivo -

1.2 Dr. Ricardo Galán Morera - Director Ejecutivo Asociado -

1.3 Dr. Humberto Janer-Rufz -Jefe División de Educación-

2. Participación del personal técnico:

2.1 Dr. Diego Giraldo Samper - Jefe de Programas de Investigación.

2.2 Lic. Manuel Leguizamón -Jefe del Programa de Información y Sistemas.

2.3 Lic. Jacqueline Molina de Uriza -Jefe del Programa de Enfermería y Planificación Familiar.

3. Personal Administrativo:

La oficina de administración de ASCOFAME con 8 funcionarios se encargará de los aspectos pertinentes a la administración del programa. Se incluyen además tres secretarías, 1 conductor, 1 mensajero y 3 funcionarios del Centro de Documentación.

4. Planta Física.

Se destinará una oficina especial en ASCOFAME para sede del

proyecto, además de cubículos para los coordinadores y sus secretarías. Uno de los coordinadores será el Dr. Manuel Rozental quien terminó sus estudios de especialización en Medicina Familiar en el Canadá bajo los auspicios de la Fundación W. K. Kellogg.

Bogotá, Enero de 1985
RGM/izdep.

	Año I	Año II	Año III
5. MONITORIA Y EVALUACION.			
5.1 Contrato de Evaluación externa del programa.	3 000	3 000	3 000
6. MISCELANEOS.			
Gastos eventuales no considerados en otros rubros aproximadamente 5 % del costo total.	3 800	3 800	3 800
TOTALES	US\$ 80 000	79 000	77 000
GRAN TOTAL	US\$ 236 000		
	=====		