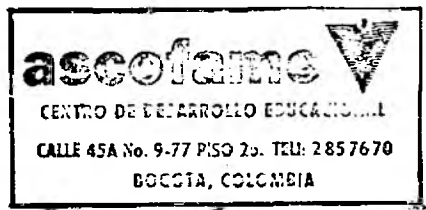


AS
0049

ASCOFAME
ACOFAMEN
ACFO

W. K. KELLOGG

PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE LA
ATENCION PRIMARIA DE SALUD



SUBPROGRAMAS

- 1) EL PROCESO EVALUATIVO DE LAS FACULTADES DE CIENCIAS DE LA SALUD.
- 2) SALUD FAMILIAR (MEDICINA FAMILIAR).
- 3) LA DOCENCIA ASISTENCIA EN EL NIVEL PRIMARIO: MODELO OPERATIVO.

DOCUMENTO No. 1 - PRELIMINAR -(PRIMERA ETAPA MARZO 1/JUNIO 15, 1985)

BOGOTÁ, JUNIO 15, 1.985

INTRODUCCION

El nuevo enfoque y las estrategias innovadoras de la Educación en Medicina, Enfermería y Odontología en Colombia

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME) ha venido desde la segunda mitad de la década del setenta desplegando con insistencia una serie de estrategias y actividades para contribuir, por una parte, a la incorporación de Colombia en el movimiento universal de renovación de la educación médica, y por otra, para colaborar en el proceso de consolidación y desarrollo del Sistema Nacional de Salud cuyo funcionamiento se inició en el país en 1975.

Ambos procesos, el desarrollo de un nuevo modelo de prestación de servicios de salud y la introducción de elementos innovadores en la formación de recursos humanos para la salud, han sido convergentes e inmersos el uno dentro del otro.

Ha ido así adquiriendo vigor en el país el movimiento de la Integración Docente-Asistencial que apunta cada día con más fuerza hacia la realidad de formar al futuro médico en función con su desempeño profesional futuro.

Concomitantemente en el universo se han ido haciendo más categóricos e inductivos los planteamientos, consignas y utopías para encarar la revolución de expectativas que exige al finalizar el milenio una comunidad cada día progresivamente consciente de sus derechos, responsabilidades y deberes.

La "Salud para todos en el año 2,000" como un reto para ir mejorando el grado de salud en todos los habitantes del planeta a fin de que sean progresivamente más productivos desde el punto de vista social y económico, se convirtió en una meta de referencia para los Estados del mundo; la "Atención Primaria" cuya vigencia se inició en Colombia en los años 50, adquirió en Alma Ata instancias innovadoras y connotación de una estrategia universal para llevar la equidad y la justicia social a los servicios de salud y extenderlos con el aporte de otros sectores y en confluencia con distintas disciplinas a todas las poblaciones del mundo, prioritariamente las marginadas.

La educación médica y la atención en salud que estuvieron focalizadas hacia el cuidado tradicional curativo del individuo viró más tarde en compensación hacia el modelo globalista de la promoción comunitaria para ahora al finalizar el siglo buscar el justo medio de una atención integral que tiene como eje la FAMILIA pero que involucra como centro de interés el individuo y como fin el bienestar comunitario.

Estamos pasando así como dice Mario Chaves de los movimientos pendulares a los "movimientos de renovación", entendiendo por movimientos de renovación aquellos esfuerzos que permiten no solo mejorar lo existente sino introducir periódicamente innovaciones saludables y positivas que generen de manera permanente en planos de movilización ascendente, progreso y desarrollo.

De manera concreta las Asociaciones Colombianas de Facultades de Medicina (ASCOFAME), de Facultades de Enfermería (ACOFAEN), de Facultades de Odontología (ACFO), han tratado de asimilar y canalizar la concepción de los "movimientos de renovación" a través de las siguientes estrategias:

- 1o. Desarrollo de la Atención Primaria, para lo cual se consideró que se requería en Colombia de una definición clara del marco conceptual, teórico y operativo de ella, de acuerdo con las características del país. El desarrollo de la

atención primaria se consideró que solo era posible mediante la formación de un Médico General y un equipo de salud con una visión moderna y prospectiva de los servicios de salud que involucre un enfoque sico-social, biológico y ecológico.

- 2o. La Articulación Docencia-Servicio que incorpora el concepto fundamental de que en la formación del Médico, de la Enfermera, del Odontólogo y el Equipo de Salud, tiene que jugar papel preponderante el nivel primario de la salud como escenario del evento enseñanza-aprendizaje donde se espera cumplirá el egresado su rol de profesional en el futuro. La articulación docencia servicio se convierte así en instrumento primordial para el desarrollo de la atención primaria.

- 3o. La Medicina Familiar (Salud Familiar) concepto y esquema operativo que debe servir de fundamento para la formación del Médico General, la Enfermera, el Odontólogo y del equipo de salud, con el objeto de que el enfoque sico-social, biológico y ecológico tenga un verdadero micro-cosmos donde actuar y lograr cambios de actitudes y estilo de vida de la gente.

La Medicina o Salud Familiar conduce per se a una ampliación de coberturas con su enfoque social de promoción y fomento de la salud, de articulación interdisciplinaria e intersectorial sin descuidar los aspectos de recuperación y rehabilitación.

La Medicina o Salud Familiar es así igualmente un componente inductor del desarrollo de la Atención Primaria. Nuestro enfoque es así el de la formación del Médico, la Enfermera y el Odontólogo en el Pregrado dentro de la filosofía, fundamentación y campo operativo de la Medicina Familiar.

- 4o. Auto-evaluación y Revisión Curricular para que el proceso de la atención primaria no se detenga o pierda su capacidad innovadora, Ascofame ha hecho cambiar el viejo

concepto de Evaluación-Autoevaluación y de la Revisión Curricular.

En efecto, estos eran eventos que se sucedían esporádicamente en el pasado en medio de conmociones institucionales, huelgas y protestas exentas de violencia.

Hoy tratamos de incorporar en las Facultades de Medicina, Enfermería y Odontología ~~como~~ una Metodología, reflexión y acción continua, la necesidad de autoevaluarse y revisar los currículos para estar de manera permanente abiertas las instituciones al cambio.

De allí que Ascofame, Acofaen y Acfo hayan considerado pertinente el diseño de un esquema o modelo de autoevaluación que permita a las instituciones conocer su situación actual para enfocar sus prospectos de progreso. Así mismo, para analizar estos prospectos Ascofame ha creído necesario realizar con las Facultades de Ciencias de la Salud la tarea de diseñar y poner en práctica un modelo de Metodología de la Revisión Curricular.

Ambos modelos, el de Auto-evaluación y Revisión curricular se espera que queden incorporados en el quehacer permanente de las Facultades de Medicina, Odontología y Enfermería.

50. La Interrelación entre las disciplinas y carreras de Ciencias de la Salud. No se puede concebir el desarrollo de la Atención Primaria, ni de la integración docente-asistencial ni de la Salud Familiar, sin una articulación entre todas las disciplinas de ciencias de la salud, hecho que debe iniciarse precozmente en el período de formación para que se llegue al cumplimiento del propósito y objetivo del "trabajo en equipo".

Por ello Ascofame ha planteado el trabajo conjunto con las Asociaciones de Facultades de Odontología y Enfermería, y en un período

posterior con otras Asociaciones, disciplinas o carreras del área académica de las Ciencias de la Salud.

La articulación histórica de Ascofame y la Fundación Kellogg como generadora del Proyecto de "Desarrollo de la Atención Primaria en Colombia".

Como lo hemos expresado en otros documentos, la Fundación Kellogg ha sido un organismo internacional que se ha destacado en Colombia desde hace varios años por la colaboración decidida que ha prestado a la educación médica y a la salud en pro del desarrollo de ambos sectores.

Un factor positivo de trascendencia que le ha dado relevancia a la cooperación de la Kellogg es su actitud permanente de estimular la iniciativa nacional sin interferir en ningún momento con los sentimientos y realidad del país, sino al contrario exaltándolos en la mejor forma posible.

Con la cooperación de la Kellogg, Ascofame y Acofaen han venido desarrollando proyectos innovadores entre los cuales se destacan cinco que están siendo promovidos por CEPADS, también bajo los auspicios de la Kellogg y articulados en su acción con la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería.

Ante la coincidencia de criterios de Ascofame y de la Fundación Kellogg en el sentido de promover el desarrollo del trípode Atención primaria, Medicina familiar (Salud familiar) e Integración docente-asistencial, Ascofame con la cooperación de Acfo y Acofaen elaboró un proyecto que presentó a la Fundación, el cual después de serios estudios y previa introducción de ajustes y correcciones, fue aprobado por esta última (Kellogg) a principios del presente año aportando la Fundación una cooperación significativamente importante.

Estado actual del Proyecto, Características.

El proyecto aprobado por la Fundación Kellogg bajo el título de "Proyecto para el Desarrollo de la Atención Primaria" cuyo contenido apareció en el documento correspondiente, consta de tres subprogramas:

Subprograma 1 = El proceso Evaluativo de las Facultades de Ciencias de la Salud,

Subprograma 2 = Salud Familiar (Medicina Familiar)

Subprograma 3 = La Docencia-asistencia en el nivel primario. Modelo Operativo.

Como se observará, los títulos de los subprogramas 2 y 3 han sufrido algún cambio para introducirles un factor más de motivación y convergencia entre las tres (3) Asociaciones.

El Proyecto entró en su Primera Etapa de organización y planeamiento a partir del 10. de Marzo del presente año con las siguientes características:

Estructura-Organización-Sistema de trabajo

Participan en el Proyecto, las tres Asociaciones de Facultades de Medicina, Enfermería y Odontología con la cooperación del Ministerio de Salud y CEPADS en la siguiente forma:

Existe un Director del Proyecto que es el mismo Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ya que se considera que este Proyecto y sus Sub-programas constituyen a su vez el Programa clave y bandera de Ascofame durante los próximos tres años. Toda Ascofame con su infraestructura deberá dedicar sus acciones al desarrollo de este Proyecto sin dejar que se constituya en un esfuerzo u organización paralela sino incorporada a la institución en un proceso compartido con las Asociaciones de Facultades de Enfermería y Odontología.

El Director del Programa tiene un Comité Asesor integrado por los Directores de las Asociaciones de las Facultades de Odontología y Enfermería y por el Secretario General del Ministerio de Salud, Este Comité permite vigorizar la interrelación e interacción de las tres Asociaciones de Facultades y del Gobierno para lograr el desarrollo del Proyecto dentro de una acción verdaderamente concertada.

Igualmente el Director del Proyecto recibe el apoyo de un "Comité Técnico" integrado por los tres Coordinadores Nacionales de los Subprogramas, un representante de cada una de las Asociaciones de Facultades de Odontología y Enfermería y por el Director de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Igualmente CEPADS funciona como un grupo Asesor permanente del Director del Programa,

Asimismo, de la Dirección del Proyecto depende una Asistente que coopera en los aspectos de organización central del Proyecto para que haya una movilidad de información ordenada y adecuada,

De la Dirección del Proyecto (Director Ejecutivo de Ascofame) depende la Oficina de Administración bajo cuya responsabilidad se encuentra el manejo administrativo (manejo de finanzas del programa) debidamente auditado por una Revisora Fiscal y por una firma externa de Auditores, denominada Liborio Cuéllar & Asociados)

En línea vertical, articulada con la Dirección General del Proyecto, cada Sub-programa tiene un Coordinador y un Coordinador Asociado que son responsables de orientar técnica y científicamente el diseño, implementación y desarrollo de Modelos Operativos que sirvan de esquema de referencia a las Facultades de Medicina, Odontología y Enfermería en los aspectos ya mencionados de Autoevaluación y Revisión curricular, Salud familiar y Docencia y servicio, dentro del marco de la promoción y el fomento de la Atención Primaria. Los Coordinadores y Coordinadores Asociados responden en primera instancia ante el Director General del Programa.

Cada Coordinador realiza su labor con un grupo de trabajo integrado a nivel nacional por las siguientes personas y expertos:

GRUPOS DE TRABAJO PROGRAMA KELLOGG-ASCOFAME

Coordinador General, Dr. Abel Dueñas Padrón

SUBPROGRAMA 1

Dr. Ricardo Galán, Coordinador
Soc. Diego Giraldo, Coordinador Asociado
Dr. Humberto Janer-Ruiz
Dr. Jorge Torres, ACFO
Enf. Gilma de Ospino, ACOFAEN
Dr. Hernando Medina
Ed. Nelsa de Astaiza
Enf. Jacqueline de Uriza
Estco. Manuel Leguizamón
Ed. Elsa Vargas, Asesora del Ministerio de Educación

SUBPROGRAMA 2

Dr. Diego Mejía, Coordinador
Dr. Hernando Medina, Coordinador Asociado
Dr. Humberto Janer-Ruiz
Od. Jorge Torres, ACFO
Enf. Gilma de Ospino, ACOFAEN
Soc. Diego Giraldo
Ed. Nelsa de Astaiza
Enf. Jacqueline de Uriza
Estco. Manuel Leguizamón
Ed. Elsa Vargas, Asesora del Ministerio de Educación

SUBPROGRAMA 3

Ed.D. Vicente Zapata, Coordinador
Ed. Nelsa de Astaiza, Coordinadora Asociada
Dr. Humberto Janer-Ruiz
Od. Jorge Torres, ACFO
Enf. Gilma de Ospino, ACOFAEN
Dr. Hernando Medina
Estco. Manuel Leguizamón
Ed. Elsa Vargas, Asesora del Ministerio de Educación

A nivel local de las Facultades cada Subprograma tiene un Coordinador, que es el Director de Educación Médica, y un grupo de trabajo integrado por líderes docentes y asistenciales según se expresará más adelante en cada uno de los mencionados subprogramas. La responsabilidad global de los subprogramas a nivel de las Facultades compete a los Decanos de las Facultades de Medicina, Enfermería y Odontología correspondientes, convenientemente articulados entre sí y con los Jefes Seccionales de Salud y Directores de Educación Médica respectivos. De esta coordinación estará pendiente y se hará responsable el Director General del Proyecto.

Como sistema de trabajo de los grupos se reúnen semanalmente durante varios días y en forma permanente para la tarea y división del trabajo existen subgrupos o comisiones de acuerdo con temas o tópicos.

Esta organización y estructura para el desarrollo del Proyecto, es la que ha permitido producir en forma ágil el documento que estamos acompañando para obtener la primera reacción de las directivas de la Fundación Kellogg, así como también de la Dirección Ejecutiva de FEPAFEM.

Asociación Colombiana de
Facultades de Medicina

Fundación W. K. Kellogg

PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN EN LAS FACULTADES DE
CIENCIAS DE LA SALUD
PARA EL ANÁLISIS Y REVISIÓN CURRICULAR (PRIMERA ETAPA)
SUB-PROGRAMA 1

GRUPO DE TRABAJO :

Dr. Ricardo Galán, Coordinador
Soc. Diego Giraldo, Coordinador Asociado
Dr. Humberto Janer
Od. Jorge Torres, ACFO
Enf. Gilma de Ospino, ACOFAEN
Dr. Hernando Medina
Ed. Nelsa de Astaíza
Enf. Jacqueline de Uriza
Estco. Manuel Leguizamón
Ed. Elsa Vargas, Asesora del Ministerio de Educación

BOGOTÁ - JUNIO - 1985

1. DEFINICION DEL PROBLEMA

1.1. Elementos del Problema

El problema objeto de estudio del Sub-programa 1 está compuesto por 5 elementos cada uno de los cuales se relaciona con la calidad en la formación de los recursos humanos para la salud.

Estos 5 elementos se pueden condensar así :

- a) El conocimiento escaso que se tiene sobre las características de los insumos, proceso y producto del sistema educativo;
- b) La deficiente información relativa a la manera como se desempeñan los egresados de ciencias de la salud en cumplimiento de las funciones propias de su ejercicio profesional en los organismos asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
- c) Las dificultades para llevar a cabo ajustes a los planes de estudio para la formación de estos recursos y la necesidad de entrenamiento técnico y metodológico de quienes tienen a su cargo el curriculum.
- d) La ausencia de procesos evaluativos y autoevaluativos de carácter informativo que permitan el seguimiento de los cambios que se llevan a cabo en los procesos de formación y
- e) La ausencia en la aplicación sistemática y periódica de la evaluación para la acreditación de los organismos del Sistema Nacional de Salud, donde se realiza el proceso docente-asistencial.

El Sub-programa 1 pretende aportar soluciones de carácter informativo, metodológico y científico a las situaciones deficitarias planteadas en el párrafo anterior. Ellas se traducen en la necesidad de recolectar la información -

crítica indispensable que permita la caracterización de las Facultades de Ciencias de la Salud, la necesidad de indagar el desempeño profesional de los egresados de ciencias de la salud; la necesidad de ajustar los planes de estudio de acuerdo con los análisis del desempeño del egresado y, finalmente, la necesidad de instaurar procesos de autoevaluación en las Facultades de Ciencias de la Salud con el fin de hacer la monitoría de los procesos de cambio.

1.2. Antecedentes.

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, ASCOFAME, ha realizado durante los últimos diez años una serie de esfuerzos tendientes a facilitar la evaluación de las Facultades de Medicina, los Servicios de Salud y los procesos de Integración Docente-Asistencial. (Galán 1980). Igualmente se aplicó un modelo de evaluación en las facultades de medicina de Bogotá (Leguizamón, 1984). De estos esfuerzos ha surgido una variedad de modelos que se han venido empleando con mayor o menor intensidad en varias Facultades de Medicina del país. Durante los años 1981 - 1983 se planteó por parte de ASCOFAME una investigación sobre desempeño de los profesionales egresados de las facultades de medicina del país para lo cual se generó un instrumento para recolectar información sobre el particular. (Giraldo 1983). La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) han venido trabajando en un modelo de evaluación de instituciones formadoras de personal de salud en América Latina (). El ICFES y ASCUN (1983) también han presentado

directrices de orden teórico y metodológico que orientan al nuevo proceso de la autoevaluación institucional universitaria. También el proyecto PNUD-UNESCO a través del ICFES ha sugerido un modelo de evaluación para los programas de Educación a Distancia en el país. (1.984)

Además existen algunos instrumentos de autoevaluación en diferentes Universidades y en algunas facultades de enfermería (U.I.S., 1.984) (U. Javeriana 1.984) y programa de educación a distancia (U. del Valle).

El Sub-programa 1, pretende tomar las experiencias y los instrumentos anteriores a fin de producir, por medio de estrategias que se plantearán en el capítulo sobre Metodología, información sobre el estado actual de la formación del recurso humano en salud en Colombia, sobre la manera como se desempeñan los egresados de Medicina, Odontología y Enfermería, sobre los cambios que deberán operarse en los planes de estudio de esas mismas facultades y sobre la metodología relativa al seguimiento de los procesos de cambio en el sector académico.

1.3. Justificación y Fundamentos del Sub-programa 1.

La realización del presente estudio tiene importancia desde varios puntos de vista. En primer lugar, es necesario que el país tenga elementos informativos de aplicación inmediata a la planeación educativa que le permita tomar decisiones acerca del tipo de recursos humanos que desea formar en los próximos años. Es de capital importancia tener claridad sobre las necesidades de formación de personal y acerca de los recursos humanos, físicos y económicos que están dedicados a esa formación. También es necesario

saber como se tipifican en este momento los planes de educación para la formación de recursos humanos de salud en Colombia, cuál es su estructura y cuáles las metodologías predominantes.

A pesar de que existen apreciaciones en general subjetivas sobre la calidad de los egresados de una u otra facultad, no se tienen instrumentos precisos ni mucho menos medidas actualizadas sobre el particular, sobre los cambios en el desempeño de los egresados de los programas de ciencias de la salud en el país. Tampoco conocemos con claridad en qué medida y en qué áreas son responsables los servicios de salud por las deficiencias en el desempeño de los egresados que en ellos laboran.

Lo anterior hace que la planeación educativa se realice haciendo caso omiso de información tan importante y que los diseños o rediseños curriculares dependan más de la voluntad de los líderes de la educación en salud o de la aparición de tendencias coyunturales.

Desde el punto de vista del funcionamiento diario de las facultades de Ciencias de la Salud, la evaluación de su quehacer está actualmente restringida a los requerimientos de la evaluación externa. Por ello es de capital importancia que ASCOFAME en colaboración con ACFO y ACOFAEN impulsen procesos de reflexión y análisis permanente de ese quehacer en las facultades de ciencias de la salud.

La importancia de generar mecanismos, instrumentos y metodologías para el análisis de los procesos y los productos en el sector de las ciencias

de la salud, podría ser aplicable a las necesidades que en este mismo sentido existen en otros países de América Latina y del Caribe.

El mejoramiento cualitativo de la educación en salud depende de la forma como se ejecutan los procesos de planeación, organización, desarrollo y evaluación que se refieren a los insumos, los procesos formativos y los productos del subsistema educativo.

El Sub-programa 1 pretende hacer aportes en el área de la información acerca de las características de las Facultades de Salud con relación a sus recursos, a los procesos formativos que en ella se dan y a la calidad de los egresados que ellas forman.

Por esta razón será necesario capacitar a los líderes y profesionales de ciencias de la salud para que sean capaces de autogestionar 3 procesos vitales para el mejoramiento cualitativo de la educación: La calidad del egresado, el diseño y rediseño del currículo y la evaluación académica.

Para el análisis de las características de las facultades de salud que participen en el estudio será posible aprovechar la experiencia obtenida en las aplicaciones del Modelo de Evaluación de Facultades de Medicina y algunas de enfermería, simplificando y precisando la selección de variables e indicadores útiles en el mejoramiento cualitativo de la formación de los recursos.

La investigación del Desempeño del Egresado se referirá específicamente a la observación y calificación del ejercicio de sus responsabilidades profesionales y actividades en términos tales como :

- a) qué actividades desempeña ?
- b) cuál es la relación entre el perfil de desempeño real y el perfil de desempeño ideal ?
- c) cuál es la relación entre el desempeño ideal y la formación ?
- d) cuáles son las causas de discrepancia entre los perfiles de desempeño real y la formación y
- e) cuáles de las deficiencias en el desempeño profesional corresponden a limitaciones presentes en los servicios de salud.

Las investigaciones que se realicen acerca del desempeño de los egresados deberán servir para el rediseño o diseño de los planes de estudio.

Esta secuencia permitirá a las facultades, cuando tengan a su disposición los datos sobre características generales, el análisis del desempeño de los egresados para tomar decisiones objetivas sobre las modificaciones que deben hacerse a los planes de estudio y sobre los contenidos de la educación continua de salud. Es decir, las deficiencias en el desempeño de los egresados deberían considerarse como punto de partida para la organización de cursos y experiencias prácticas de educación continua y para los ajustes o modificaciones que deban hacerse a los planes de estudio de quienes aún están en proceso de formación.

Los rediseños curriculares deben estar planteados en términos de proyectos de cambio en los cuales se considera la participación de la autoridad

académica, el consenso profesoral y la reeducación de quienes vayan a participar en el cambio. Tales proyectos deberán tener un rumbo de control y seguimiento que permita el análisis continuo de los cambios y la introducción de nuevas modificaciones a los planes de estudio en un proceso sistemático de análisis-toma de decisiones-análisis. La necesidad de tener este mecanismo de seguimiento a los procesos de cambio sugiere la realización de un plan de entrenamiento para quienes deban ejercer el liderazgo en el área de la autoevaluación universitaria en el nivel académico.

2. PROPOSITO Y OBJETIVOS

El propósito general del Sub-programa 1 es el de realizar en forma conjunta con la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, ACFO, y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería, ACOFAEN, acciones tendientes a la implementación e incorporación de los procesos de autoevaluación como medio para contribuir al mejoramiento de la calidad de la formación de los recursos humanos en salud. Este mejoramiento cualitativo, como hemos sugerido previamente, estará focalizado en el conocimiento del estado actual de la educación en Salud en Colombia, de la calidad profesional de los egresados y del estado de los procesos curriculares y evaluativos en las facultades de ciencias de la salud.

El Sub-programa N° 1 pretende lograr los siguientes objetivos específicos :

- 2.1 Obtener información básica que permita caracterizar el estado actual de los insumos, procesos y productos para la formación del médico general, el odontólogo y la enfermera en el país.

- 2.2. Identificar las deficiencias en el desempeño de los egresados de facultades de Ciencias de la Salud y sus posibles causas en relación al sector educativo y al sector de prestación de servicios.
- 2.3. Diseñar y promover la aplicación de instrumentos que permitan identificar causas de posibles deficiencias en el desempeño profesional.
- 2.4. Capacitar al personal de facultades de ciencias de la salud para realizar investigaciones sobre características de las Facultades, Desempeño de sus egresados y autoevaluación académica para el análisis y revisión curricular.
- 2.5. Orientar la utilización del proceso de autoevaluación como base para la revisión curricular en forma organizada y sistemática en las facultades de ciencias de la salud.

3. INTERROGANTES BASICOS DEL SP.1

A través de la realización de las diferentes actividades diseñadas para el logro de los objetivos, será posible para las Facultades que intervengan en el estudio contestar una variedad de las preguntas que se refieren a los 5 elementos del programa. Algunas son las siguientes :

- 3.1. En qué grado es atendida la demanda ejercida por los aspirantes a los programas de medicina, odontología y enfermería en las facultades de Ciencias de la Salud que participan en el estudio?
- 3.2. Cuáles son los recursos y la estructura organizacional destinada a la formación de los recursos humanos para la salud ?

- 3.3. Cuál es la distribución cuantitativa y cualitativa y la utilización de los recursos humanos para la formación de médicos, odontólogos y enfermeras en las facultades que participan en el estudio ?
- 3.4. Cuáles son las características básicas demográficas y de morbi-mortalidad de la población del área de influencia de la facultad y cuál su utilización en relación con la formación del recurso humano ?
- 3.5. Cuáles son la estructura, recursos y suficiencia de los organismos de salud utilizados por las facultades para la formación y adiestramiento de sus estudiantes de pre-grado?
- 3.6. Cómo se seleccionan estos organismos de salud?
- 3.7. Cómo funciona la integración docente-asistencial en ellos ?
- 3.8. Cuáles son los diferentes tipos de estructura curricular que existen en las facultades que participan en el estudio y cuáles son los procesos actuales que se utilizan para la revisión y desarrollo del curriculum ?
- 3.9. Cuál es el grado de productividad de los programas en relación con los parámetros nacionales e internacionales ?
- 3.10. Cuál es el grado de productividad de los programas en relación con :
 - a) el número de admisiones y
 - b) las tasas de crecimiento poblacional en Colombia ?
- 3.11. Cuál es la calidad del desempeño profesional de los egresados de los programas de enfermería, medicina y odontología en relación con el perfil profesional óptimo definido por las Escuelas y Asociaciones ?
- 3.12. Cuáles son las deficiencias preponderantes en el desempeño de los egresados de estos programas ?

- 3.1 Cuáles son las causas de las deficiencias en el desempeño profesional de estos egresados? Cuáles de ellas se refieren a la formación y cuáles situaciones deficitarias se deben a los servicios ?.
- 3.1 Cuáles resultados y mecanismos permiten la autoevaluación y garantizan su permanencia ?

4. METODOLOGIA

- 4.1 Diseño del modelo de autoevaluación integral para los programas de medicina, odontología y enfermería.
 - 4.1.1. Revisión bibliográfica sobre la evaluación.
 - 4.1.2. Fundamentación teórico-práctica de la autoevaluación integral.
 - 4.1.3. Delimitación de los objetivos de la autoevaluación integral de los programas de medicina, odontología y enfermería.
 - 4.1.4. Instrumentación del modelo (selección de variables e indicadores).
 - 4.1.5. Diseño de formatos de recolección de información.
 - 4.1.6. Discusión crítica de los instrumentos, (panel de expertos).
- 4.2 Aplicación del modelo por parte de las Asociaciones y/o Facultades respectivas.

- 4.2.1. Preparación de documentos técnicos y metodológicos sobre autoevaluación para ser entregados a las facultades de salud.
 - 4.2.2. Planeación de las actividades necesarias para desarrollar el programa conjuntamente con las facultades.
 - 4.2.3. Preparación del entrenamiento de los equipos que irán a ejecutar el programa en cada facultad.
 - 4.2.4. Selección de Coordinadores en cada Facultad.
 - 4.2.5. Entrenamiento de los equipos de auto-evaluación mediante la realización de seminarios-taller regionales.
 - 4.2.6. Asesoría y supervisión de ASCOFAME, ACFO y ACOFAEN a las Facultades para la realización de la investigación de acuerdo a las propuestas concretas que presenten las Facultades.
- 4.3. Análisis y evaluación del programa.
 - 4.3.1. Entrega de resultados generales por parte de las facultades
 - 4.3.2. Análisis de resultados generales.
 - 4.3.3. Preparación de informes (parciales y versión final).
 - 4.3.4. Presentación y publicación del informe .
 - 4.4. Proceso para la orientación de la revisión curricular (en preparación)

5. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA EVALUACION

La construcción de un modelo de evaluación supone adoptar una concepción clara y explícita sobre lo que se considera evaluación. En ese sentido este Sub-programa considera que la evaluación es antes que todo un proceso de carácter sistémico que como tal, estructura y articula integralmente en el análisis de información significativa relacionada con los componentes comunes al proceso de formación de recursos humanos para la salud para permitir la planeación y toma de decisiones .

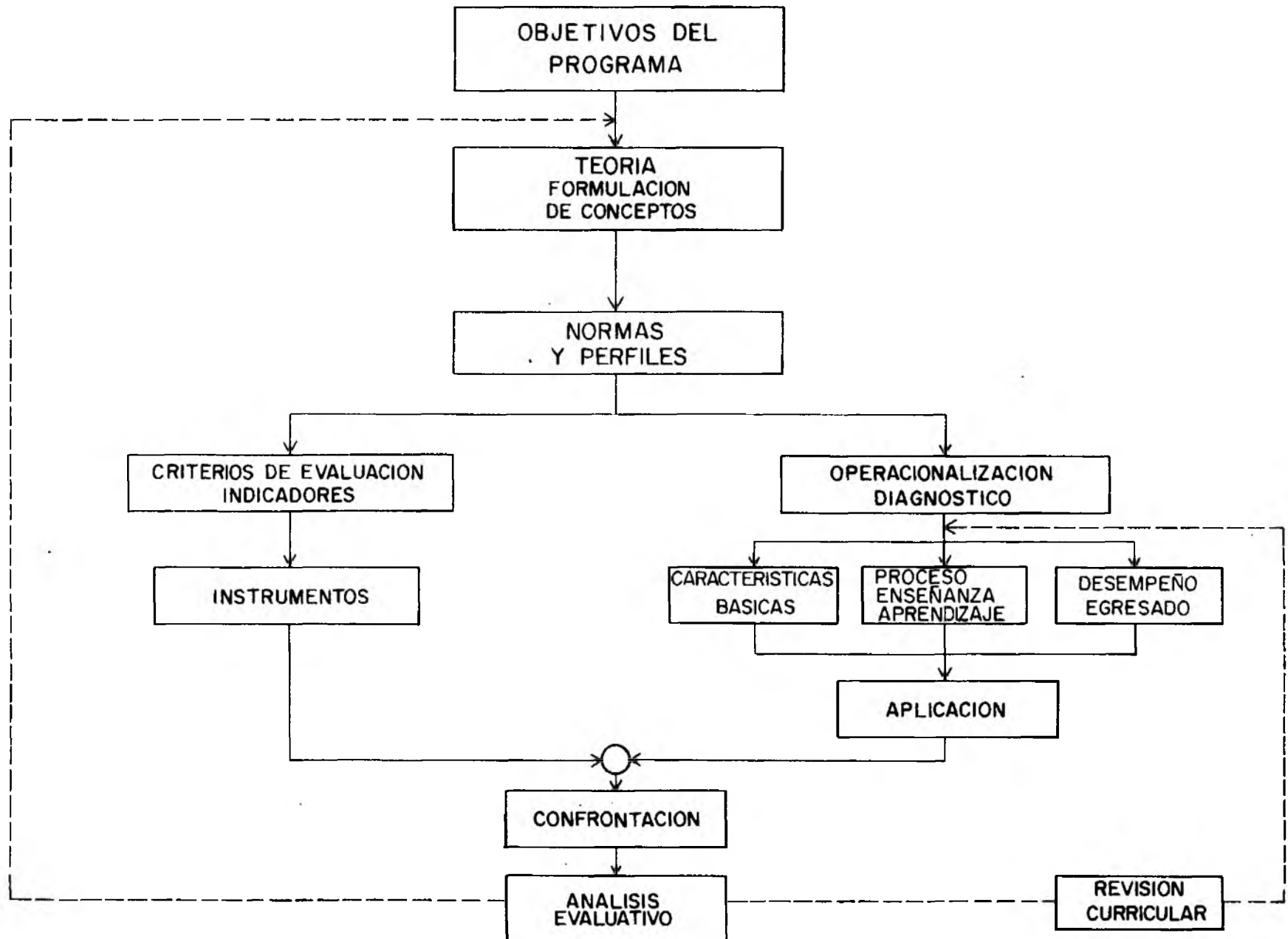
Estos componentes se entienden como "las unidades estructurales cuya integración provoca las peculiaridades del sistema" (1) y se denominan como el contexto, las necesidades y demandas, la oferta, el proceso, su producto e impacto .

En función de estos componentes se busca evaluar los elementos y resultados obtenidos en el proceso de formación de los recursos humanos a partir de la comparación entre unos objetivos previstos y los resultados obtenidos por los diferentes programas de educación .

Considerando los respectivos perfiles educativos y asistenciales para cada una de las profesiones es necesario seleccionar conjuntos de variables e indicadores para cada uno de los componentes, de tal forma que su operacionalización y medición permitirá la evaluación de las diferentes actividades docentes-asistenciales en los programas de medicina, odontología y enfermería .

El proceso evaluativo que se sugiere para este Sub-programa opera en cinco grandes fases, las cuales se presentan en el siguiente flujograma. Una pri-

ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD:
PROCESO DE AUTO-EVALUACION



mera corresponde a toda la etapa de planeación donde se desarrollan las siguientes actividades.

- a- Definición de los objetivos del proceso evaluativo en razón del programa o actividad que va a ser objeto de estudio. En nuestro caso las facultades de ciencias de la salud, el proceso de enseñanza aprendizaje y el desempeño de los egresados.
- b- Formulación de los fundamentos teóricos y conceptuales con los cuáles se intentará enfocar el proceso evaluativo.
- e- Establecimiento y definición de las normas, parámetros y perfiles sobre los cuáles se va a realizar el proceso evaluativo, en nuestro caso referidos a los sectores docente y asistencial en medicina, odontología y enfermería.

La segunda y tercera fases, correspondientes al Diseño y Aplicación del modelo si bien analíticamente se presentan como líneas de acción separadas, corresponden a acciones que se deben ir realizando en forma interactuante y se describen así.

Etapa de Diseño

- a- Selección y definición de los indicadores que van a ser utilizados para la evaluación.
- b- Establecimiento de los estándares de referencia contra los cuales se va a evaluar.
- e- Elaboración y diseño de los instrumentos para la recolección de información.

Etapa de Aplicación del Modelo

- a- Planeación de las actividades necesarias para la implementación del modelo. Viabilidad de la aplicación en las facultades de ciencias de la salud, preparación de materiales, especificación de los procedimientos y operaciones necesarias para su implementación, adiestramiento de equipos evaluadores, establecimiento de mecanismos de coordinación y asesoría, prueba de instrumentos, ajuste de instrumentos. Resumen de los efectos esperados de la aplicación del modelo.

- b- Recolección de información.

La cuarta fase integra las dos anteriores para producir la Confrontación de los resultados obtenidos en la aplicación del modelo con los criterios, normas y perfiles previamente diseñados y adoptados.

Por último se procede a realizar el Análisis Evaluativo donde se procederá a:

- a- Identificar los comportamientos, actividades, resultados y todos aquellos elementos en términos de sus diferencias (positivas y negativas) en relación con las normas, criterios y perfiles previamente adoptados, buscando sus posibles factores explicativos o condicionantes.

- b- Recomendaciones sobre los ajustes y correcciones a corto, mediano y largo plazo que deben ser introducidos a nivel docente-asistencial.

- c - Retroalimentación de información sistemática que permita el control de las acciones establecidas en los procesos de planeación en las facultades.
- d - Revisión de los procesos teóricos-metodológicos adoptados en la evaluación.

o o o o o o o o o o o o

NOTA BENE : Una segunda parte de este documento hace relación al proceso para la revisión curricular, el cual está en preparación y se hará llegar oportunamente.

12-VI-85
/irs.-

INDICADORES PROPUESTOS

Para el modelo de auto-evaluación en atención primaria en salud, se proponen indicadores referidos a los programas de formación de Recursos Humanos en Medicina, Odontología y Enfermería, su ambiente de trabajo y el desempeño de su egresado.

Para tal fin, se especifican cuatro áreas básicas de aplicación: Las condiciones de salud de la población, los recursos asistenciales, el desarrollo curricular y el desempeño de su egresado. Los criterios de evaluación se refieren a los siguientes aspectos generales:

- a) Las características básicas demográficas y de morbi-mortalidad de la comunidad;
- b) Las características básicas de disponibilidad, cobertura, eficiencia y productividad de los recursos asistenciales;
- c) El proceso del desarrollo curricular del que se destacan sus insumos, sus recursos humanos, económicos, organizacionales, los rendimientos académicos, la estructura del currículo, el desarrollo de programas, identificación de perfiles, organización de planes de estudio, estructuras académicas y el proceso enseñanza-aprendizaje.
- d) Los conocimientos, actividades y habilidades identificados durante el desempeño del egresado.

Geográficamente la aplicación de los indicadores se limita al área de influencia de las facultades, lo que representa una viabilidad operativa para el modelo y la posibilidad de hacer un análisis comparativo entre áreas y facultades.

**ATENCION PRIMARIA EN SALUD:
PROCESO DE AUTO-EVALUACION
INDICADORES**

FACULTADES CIENCIAS DE LA SALUD			
MEDICINA	ODONTOLOGIA	ENFERMERIA	
AREA DE INFLUENCIA			
CONDICIONES DE SALUD DE LA POBLACION	RECURSOS ASISTENCIALES	DESARROLLO CURRICULAR	DESEMPEÑO EGRESADO
CARACTERISTICAS BASICAS		PROCESO ENSEÑANZA APRENDIZAJE	CONOCIMIENTOS ACTIVIDADES Y HABILIDADES

C R O N O G R A M A D E A C T I V I D A D E S S . P . I .

ACTIVIDADES	1 9 8 5									1 9 8 6							
	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGTO.	SEPT.	OCT.	NOV.	DIC.	ENER.	FEB.	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOST.
Elaboración del Documento guía.	XXXX	XXXX	XX														
Presentación del Documento ante ACFO y - ACOFAEM.	XX																
Presentación del documento Consej. Direct.		X															
Revisión Documento y elaboración final.		XX	XX														
Diseño del Modelo de Autoevaluación integral para los programas de Medicina, - Odontología y Enfermería.	XX	XXXX	XXXX	XXXX													
Revisión Bibliográfica.	XX	XX	XX														
Selección y definición de normas, parámetros y perfiles.			XXX														
Selección y definición de indicadores			XXX	XX													
Diseño de formatos de Recolección de Inf.				XXXX													
Discusión y crítica de instrumentos.				XX													
Aplicación del Modelo por parte de la Asociación y/o Facultades.					YXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX							
Preparación de documentos técnico y metodológicos.					XXXX												
Planeación del trabajo con las Facultades					XXXX												
Capacitación de los equipos de auto evaluación (Seminarios-taller)						XXXX											
Presentación de propuestas por parte de las Facultades.							XXXX										
Asesoría y supervisión de ASCOFAME, ACFO, ACOFAEM a las Facultades.								XXXX	XXXX	XXXX							
Análisis y Evaluación del Programa.											XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX	XXXX
Entrega resultados por parte de las Facultades.											XXXX						
Procesamiento de los Resultados generales											XX	XXXX					
Análisis de resultados generales.													XXXX	XXXX			
Preparación de Informes parciales.													XX	XXXX			
Discusión del Informe.																XX	
Revisión de Informes y elaboración del Informe Final.																	XX
Presentación y Publicación del Informe - al.																	XX XXXX
Proceso de revisión curricular en las Facultades.																	XXXX XXXX (y año 1987)

Asociación Colombiana de
Facultades de Medicina

Fundación W. K. Kellogg

PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

EL PROCESO DE AUTOEVALUACIÓN EN LAS FACULTADES DE
CIENCIAS DE LA SALUD
(RESUMEN)

SUB-PROGRAMA 1

GRUPO DE TRABAJO :

Dr. Ricardo Galán, Coordinador
Soc. Diego Giraldo, Coordinador Asociado
Dr. Humberto Janer
Od. Jorge Torres, ACFO
Enf. Gilma de Ospino, ACOFAEN
Dr. Hernando Medina
Ed. Nelsa de Astaíza
Enf. Jacqueline de Uriza
Estco. Manuel Leguizamón
Ed. Elsa Vargas, Asesora del Ministerio de Educación

BOGOTÁ - JUNIO - 1.985

1. DEFINICION DEL PROBLEMA

1.1. Elementos del Problema:

El problema objeto de estudio del Sub-programa 1 está compuesto por 5 elementos los cuales se pueden resumir así:

- a) El conocimiento escaso que se tiene sobre las características de los insumos, proceso y producto del sistema educativo;
- b) La deficiente información relativa a la manera como se desempeñan los egresados de ciencias de la salud en cumplimiento de las funciones propias de su ejercicio profesional en los organismos asistenciales del Sistema Nacional de Salud.
- c) Las dificultades para llevar a cabo ajustes a los planes de estudio para la formación de estos recursos y la necesidad de entrenamiento técnico y metodológico de quienes tienen a su cargo el currículum y;
- d) La ausencia de procesos evaluativos de carácter informativo que permitan el seguimiento de los cambios que se llevan a cabo en los procesos de formación.
- e) La ausencia en la aplicación sistemática y periódica de la evaluación para la acreditación de los organismos del Sistema Nacional de Salud, donde se realiza el proceso docente-asistencial.

1.2. Justificación y Fundamentos del Sub-programa 1

En primer lugar, es necesario que el país tenga elementos informativos de aplicación inmediata a la planeación educativa que le permita tomar decisiones acerca del tipo de recursos humanos que desea formar en los próximos años.

En segundo lugar a pesar de que existen apreciaciones en general subjetivas sobre la calidad de los egresados de una u otra facultad, no se tienen instrumentos precisos ni mucho menos medidas actualizadas sobre el particular, sobre los cambios en el desempeño de los egresados.

Por lo tanto, el Sub-programa 1 pretende hacer aportes en el área de la información acerca de las características de las Facultades de Salud con relación a sus recursos, a los procesos formativos que en ella se dan y a la calidad de los egresados que ellas forman, fundamentándose el programa en el análisis de las características de las facultades de salud que participen en el estudio lo cual permitirá aprovechar la experiencia obtenida en las aplicaciones del Modelo de Evaluación de Facultades de Medicina y algunas de enfermería, simplificando y precisando la selección de variables e indicadores útiles en el mejoramiento cualitativo de la formación de recursos.

Por otra parte la investigación del Desempeño del Egresado se referirá específicamente a la observación y calificación del ejercicio de sus responsabilidades profesionales y funciones en términos tales - como: a) qué actividades desempeña? b) cuál es la relación entre el perfil de desempeño real y el perfil de desempeño ideal c) cuáles son las causas de discrepancia entre los perfiles de desempeño real y la formación y d) cuáles las deficiencias en el desempeño profesional corresponden a limitaciones presentes en los servicios de salud.

Las investigaciones que se realicen acerca del desempeño de los egresados deberá servir para el rediseño o diseño de los planes de estudio. Esta secuencia permite a las facultades que ya tienen a su disposición la base de datos y el análisis del desempeño de los egresados tomar decisiones objetivas sobre las modificaciones que deben hacerse a los planes de estudio y sobre los contenidos de la educación continua de salud. Es decir, las deficiencias en el desempeño de los egresados deberán considerarse como punto de partida para la organización de cursos y experiencias prácticas de educación continua y para los ajustes o modificaciones que deban hacerse a los planes de estudio de quienes aún están en proceso de formación.

Los rediseños curriculares deben estar planteados en términos de proyectos de cambio en los cuales se considera la participación de la autoridad académica, el consenso profesoral y la reeducación de quienes vayan a participar en el cambio. Tales proyectos deberán tener un rumbo de control y seguimiento que permita el análisis -- continuo de los cambios y la introducción de nuevas modificaciones a los planes de estudio en un proceso sistemático de análisis toma de decisiones-análisis. La necesidad de tener este mecanismo de seguimiento a los procesos de cambios sugiere la realización de un plan de entrenamiento para quienes deban ejercer el liderazgo en el área de la autoevaluación universitaria en el nivel académico.

2. PROPOSITO Y OBJETIVOS

El propósito general del Sub-programa I es el de realizar en forma conjunta con las Asociaciones de Ciencias de la Salud, con la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología, ACFO, y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería ACOFAEN acciones tendientes al mejoramiento de la calidad de la formación de los recursos humanos en salud.

OBJETIVOS.

- 2.1. Obtener información básica que permita caracterizar el estado actual de los insumos, procesos y productos para la formación del médico general, el odontólogo y la enfermera del país.
- 2.2. Identificar las deficiencias en el desempeño de los egresados de facultades de Ciencias de la Salud.
- 2.3. Establecer las posibles causas de las deficiencias del desempeño del egresado en relación al sector educativo y al sector prestación de servicios.
- 2.4. Diseñar y promover la aplicación de instrumentos que permitan identificar causas de posibles deficiencias en el desempeño profesional.
- 2.5. Capacitar al personal de facultades de ciencias de la salud para realizar investigaciones sobre características de las Facultades, Desempeño de sus egresados y autoevaluación académica para el análisis y rediseño curricular.

3. METODOLOGIA

Las tres grandes actividades que comprende el sub-programa son:

3.1. Diseño del modelo de autoevaluación integral.

3.2. Aplicación del modelo por parte de las Asociaciones y Facultades respectivas.

3.3. Análisis y evaluación del programa.

4. FUNDAMENTOS TEORICOS DE LA EVALUACION

El proceso evaluativo que se sugiere para este Sub-programa opera en cinco grandes fases. Una primera corresponde a toda la etapa de planeación donde se desarrollan las siguientes actividades: a) Definición de los objetivos del proceso evaluativo en razón del programa o actividad que va a ser objeto de estudio. b) Formulación de los fundamentos teóricos y conceptuales y c) Establecimiento y definición de las normas, parámetros y perfiles sobre las cuáles se va a realizar el proceso evaluativo.

La segunda corresponde a la etapa de diseño y corresponde: a) Selección y definición de los indicadores. b) Establecimiento de los estándares de referencia, c) Elaboración y diseño de los instrumentos para la recolección de información.

La tercera etapa de Aplicación del Modelo comprende: a) Planeación de las actividades necesarias para la implementación del modelo. b) Recolección de información.

La Tercera fase integra las dos anteriores para producir la Confrontación de los resultados obtenidos en la aplicación del modelo con los criterios, normas y perfiles previamente diseñados y adoptados.

Por último se procede a realizar el Análisis Evaluativo.

DGS/mdr.

Asociación Colombiana de
Facultades de Medicina

Fundación W.K. Kellogg.

PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCION

PRIMARIA

Sub-Programa No. 2

MEDICINA GENERAL/FAMILIAR

Plan General para el Desarrollo del Sub-Programa No.2

GRUPO DE TRABAJO:

Dr. Diego Mejía, Coordinador
Dr. Hernando Medina L. Coordinador Asociado
Dr. Humberto Janer-Ruíz
Od. Jorge Torres, ACFO
Enf. Gilma de Ospino - ACOFAEN
Soc. Diego Giraldo -
Ed. Nelsa de Astaíza
Enf. Jacqueline de Uriza
Estco. Manuel Leguizamón
Ed. Elsa Vargas - Asesora Ministerio de Educación

Bogotá, D. E. Junio 12 de 1.985

C O N T E N I D O

Pág. No.

INTRODUCCION

I -	OBJETIVOS DEL SUBPROGRAMA No. 2	1
II -	FUNDAMENTACION DEL ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR	3
III -	ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION	19
IV -	PASOS PARA LA ELABORACION DEL MODELO EN SALUD DE LA FAMILIA	30
V -	ORGANIZACION DEL SUB-PROGRAMA No. 2	53

I N T R O D U C C I O N

La Medicina de Familia ha contribuído, en muchos países, a enfocar la atención de una manera integral, continua, orientada a la comunidad y teniendo como foco de cuidado la familia.

Para ver de qué manera este movimiento ha producido cambios positivos debemos considerar dos aspectos a saber: la práctica de la salud familiar y los nuevos aportes de esa disciplina.

- A) Práctica de la Salud Familiar: en realidad fue un resurgimiento de actitudes contra la fragmentación de la atención, contra la despersonalización del paciente y contra las acciones individualistas, más que todo en el campo curativo del cuidado médico. Los adelantos científicos y tecnológicos habían deformado las prioridades de los profesionales de la salud y se hacía necesario encontrar enfoques de atención más integrales, de más compromiso con las personas y familias teniendo en cuenta además de los procedimientos curativos aquellos aspectos de educación, prevención, rehabilitación que tuvieran en cuenta el entorno y el es-

tilo de vida así como el trabajo en equipo para la solución de los problemas más prevalentes y para la atención de las necesidades detectadas en comunidades bien definidas.

- B) Por otra parte, se ha ido desarrollando una nueva filosofía, un nuevo enfoque de la salud, un nuevo cuerpo de conocimientos, unas nuevas áreas de investigación, que han causado impacto y que deben conocerse y practicarse por los nuevos profesionales de la salud.

A lo largo de la historia de nuestras facultades de salud se han producido cambios tendientes a la producción de nuestro recurso humano, siempre con la idea de que trabajen en equipo para una atención integral. Algunos intentos han sido exitosos y ello ha estimulado la necesidad de fortalecer ciertas actitudes, habilidades y conocimientos que permitan atender las demandas de salud de la comunidad de una manera más satisfactoria.

Una de las dificultades encontradas es la concentración de la docencia a nivel de las facultades y de los hospitales universitarios. En estos sitios los modelos humanos para identificación son los subespecialistas que atienden problemas complejos y poco representativos de realidad epidemiológica más común de la comunidad.

Estos profesionales en las áreas básicas y clínicas sirven de mentores y crean actitudes concientes o inconcientemente en los futuros profesionales. Sin negar la importancia de la influencia positiva en el campo de la enseñanza y la investigación por los especialistas ni en la necesidad del hospital terciario para el aprendizaje de actitudes, habilidades y conocimientos, se hace necesario que se creen más modelos de atención de la salud en la comunidad que permitan a los estudiantes conocer más de cerca las necesidades prioritarias de las familias y que sirvan de ejemplos de un cuidado integrado de los pacientes y sus familias. Esto daría un balance más real a la formación del profesional de la salud y lo estimularía a trabajar en equipo y con los problemas más frecuentes, teniendo en cuenta todos los niveles de atención de la salud.

En síntesis, con este proyecto Ascofame quiere reforzar la atención primaria de la salud, haciendo que los médicos, los odontólogos y las enfermeras, trabajando en equipo, con otros profesionales y personal auxiliar incorporen desde los años de formación las actitudes y conocimientos que la salud familiar y las otras disciplinas están aportando y estimulando para una mejor atención en salud.

1 - OBJETIVOS DEL SUBPROGRAMA No.2

OBJETIVO GENERAL

Diseñar, implementar y evaluar un Modelo de atención y enseñanza-aprendizaje de salud general familiar que pueda ser aplicado en el Pre-grado de las Facultades de Ciencias de la Salud.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Capacitar, mediante un sistema de Educación Permanente, equipos coordinadores del Programa de Salud Familiar en cada una de las Facultades de salud del país, con el fin de que estén en condiciones de implementar el modelo y por ende contribuir a la organización de estos programas en el pregrado y servir de agentes multiplicadores de los talleres de capacitación para llevar a cabo este proceso con los docentes.
- Capacitar mediante la acción de los equipos coordinadores, a los docentes de las facultades de Ciencias de la Salud (Medicina, enfermería, odontología) y a los funcionarios que cumplen labores docentes en los servicios de salud, en aspectos fundamentales de la salud Familiar para que los implementen en su práctica docente
- Asesorar a las facultades en el perfeccionamiento de los mecanismos de planeación ejecución y evaluación del programa de Salud Familiar en el Pre-grado.
- Promover modificaciones curriculares pertinentes para el desarro-

llo de los programas de salud familiar en el pre-grado de los estudiantes de ciencias de la salud.

- Desarrollar acciones interdisciplinarias que faciliten la atención integral de la salud de la familia en los diferentes campos de práctica.
- Evaluar la calidad de la capacitación y de los materiales empleados en el subprograma No. 2

II - FUNDAMENTACION DEL ENFOQUE DE SALUD FAMILIAR

DEFINICION DE FAMILIA.

Queremos trabajar con una definición amplia de familia. Para muchos proósitos de orden administrativo, sociológico o investigativo es necesario dar definiciones muy precisas de qué se entiende por familia. Sin embargo, cuando hablamos de salud y familia debemos ser laxos porque las interrelaciones, apoyos y conflictos a que nos referimos, pueden aplicarse aún a ciertos nichos no familiares como lugar y grupo de trabajo, escuela, etc. También, cuando se define muy precisamente la familia se llega a discusiones poco relevantes para nuestro campo de acción como el de que la familia "se está acabando". Lo que ha cambiado a través de los tiempos son las formas de asociarse las personas y por esto podemos adaptar la siguiente definición propuesta por Smilkstein (1980): "La familia es una unidad básica de la sociedad, en la cual los miembros tienen el compromiso de "nutrirse" emocional y físicamente los unos a los otros. El compromiso es usualmente el de compartir recursos tales como tiempo, espacio y dinero y se hace entre uno o más adultos, con o sin niños o también un adulto con niños. Los miembros de la familia frecuentemente funcionan en un lugar donde hay una sensación de hogar".

En esta sección vamos a distinguir dos aspectos importantes

Por un lado la práctica de la medicina general familiar (es decir, lo que ha-

ce el personal de salud cuando practica la medicina familiar) y por el otro los conceptos generales de la disciplina (es decir, la contribución teórica de los que piensan e investigan sobre las contribuciones de la especialidad).

A) PRACTICA DE LA MEDICINA FAMILIAR.

Dedicaremos poco espacio a esta fundamentación ya que los conceptos son más conocidos y fáciles de aceptar: Incluye una preparación adecuada en los conocimientos, habilidades y actitudes tomadas de todas las ramas de la salud y que permiten dar un cuidado integrado y continuo a una población definida por un equipo coordinado de salud. Para su mayor éxito se debe tener una unidad de atención a la familia, debidamente dotada de los recursos humanos y físicos para llevar a cabo funciones educativas, de promoción de la salud, de prevención de la enfermedad y de intervención para mejorar o curar a la población asignada así como la posibilidad de consulta y remisión a otros niveles. Parece obvio que estos modelos de servicio son necesarios para crear actitudes y entrenar a los futuros profesionales, que a su vez reciben otra formación útil y complementaria en las facultades y hospitales de otros niveles.

B) CONCEPTOS DE MEDICINA FAMILIAR.

En los últimos lustros se han desarrollado y complementado con la participación de otras disciplinas biológicas y del comportamiento una serie de ideas y de hechos que hacen importante la enseñanza de la salud familiar. Algunos de estos tópicos se nombran en las facull

tades pero la mayoría de las veces no se integran a una verdadera teoría de la producción de la enfermedad y de la recuperación de la salud.

De ninguna manera podemos incluir en esta presentación todos los documentos y materiales ya que se necesitan libros para presentar de una manera clara y completa todas estas ideas. Se puede correr el riesgo de simplificar demasiado. Sin embargo, esbozaremos algunos temas que, puestos juntos, nos van indicando la importancia que estos tópicos tienen en la formación de los profesionales de la salud.

Trataremos brevemente los siguientes puntos:

- a) Reduccionismo y teoría holística
- b) Enfoque por sistemas
- c) Modelo relacional
- d) La familia, sus ciclos vitales, riesgos, crisis e intervención
- e) Evidencias de que la familia puede contribuir a mejorar la salud de sus integrantes, ayuda a resistir los efectos del estrés, puede facilitar la iniciación de la enfermedad, puede favorecer la recuperación de la salud y el impacto de una enfermedad crónica de un paciente en toda la vida familiar.
- f) Necesidad de coordinación de la atención
- g) Principios universales de la medicina familiar

a) Teorías reduccionistas y holística

Aceptemos de una vez que el enfoque reduccionista de la segunda mitad del siglo pasado y la primera de este siglo ha contribuido al desarrollo científico y ha permitido conocer muchos factores que intervienen en la salud y la enfermedad. Este enfoque supone que las enfermedades son entidades causadas por agentes externos, con una existencia casi separada de la gente que la sufre. El control de muchas enfermedades de tipo infeccioso se logró mediante el estudio de una cadena de eventos que tenía que ver con la causa y el desarrollo de la enfermedad.

Sin embargo, en muchos casos, como se expondrá más adelante, este enfoque no explica muchos de los fenómenos relacionados con la salud y la enfermedad. El comportamiento de los procesos morbosos no siguen un patrón simple. Cada persona tiene una distinta susceptibilidad y las familias y los individuos tienen dolencias muy diferentes a las entidades nosológicas teóricas escritas en los textos. Hay una dinámica entre los factores agresores y la susceptibilidad genética del individuo. También, hay una relación entre la severidad del agente estresante, la apreciación de ese factor por la persona y la familia, los soportes o recursos de tipo cultural, social, religioso, económico, educativo y el resultado final de la superación de la crisis o la producción de la enfermedad.

La teoría holística implica que el individuo es más que la suma de sus órganos. También que la familia como entidad es más que la agregación de sus miembros.

b) Enfoque por sistemas.

Los conceptos anteriores se relacionan con la teoría de sistemas que actualmente se usa en todos los campos del conocimiento pero que en los aspectos biológicos han sido dadas a conocer particularmente por Von Bertalanfy . También en muchas de las obras de Arthur Koestler (1967, 1978) se presenta este concepto en forma magistral. Brevemente anotemos aquí que un sistema está compuesto de varios elementos, cada uno de los cuales es un subsistema del primero y un suprasistema que contiene otros. Cada uno de los siguientes elementos es un sistema contenido en otro en forma de una jerarquía de sistemas: átomo, célula, tejido, órgano, sistema orgánico, hombre, familia, sociedad, etc. Estos sistemas son abiertos, o sea que hay comunicación y cambios de energía entre uno y otro. Tienen límites que los definen pero a su vez tienen una permeabilidad selectiva. El trastorno de un subsistema puede llevar a cambios en todo el sistema que lo contiene, aunque en distinto grado. El daño completo de un subsistema en algunos casos lleva a la destrucción total del sistema y en otros casos el sistema establece

mecanismos adaptativos que le permiten sobrevivir.

En nuestro ejemplo, la familia se considera como un sistema que tiene su estructura y sus funciones. Cada individuo es un subsistema importante y sus interrelaciones y controles son elementos importantísimos en la patología, en la restauración de la salud y en la intervención de los profesionales de la salud.

c) Modelo relacional

El Doctor Lynn Carmichael hizo un estudio de las situaciones de consulta de los pacientes con sus médicos. El llamó modelo médico o clínico a aquel en el que se necesita una intervención diligente de tipo curativo tradicional porque de otra manera el proceso patológico continúa llevando a un deterioro importante o a la muerte. Esto corresponde aproximadamente al 15% de las consultas de los generalistas. Otros casos (85%) tienen que ver con entidades autolimitadas que necesitan una intervención de soporte, problemas psicosociales, aspectos educativos o de prevención, así como asuntos administrativos o de certificación. Ese modelo que el Doctor Carmichael llama Relacional y que, como lo hemos anotado, corresponde al 85% de la consulta, tiene mucho que ver con las áreas del comportamiento, con el conocimiento de las personas, de las familias y del mismo autococimiento del profesional de la salud. Es el prototipo de la

acción de los generalistas y del equipo básico de salud y allí es donde los conceptos de familia y de sus interrelaciones son básicos para una buena práctica. (Carmichael, 1980).

d) La familia, su ciclo vital, sus riesgos, sus crisis y las indicaciones para intervención.

Los riesgos de enfermedad en los distintos niveles difieren, así como es diferente la forma de interpretar los eventos estresantes y su forma de adaptarse. La diabetes mellitus es una entidad nosológica (o un grupo de enfermedades). Desde el punto de vista biológico, psicológico y social el significado y el comportamiento es diferente si la diabetes ocurre en un niño pequeño, en un adolescente, en un adulto o en un anciano.

La actitud de guía anticipatoria (es decir, de educar, aconsejar, prevenir de acuerdo con los riesgos previsibles) y de mantenimiento de la salud deben tenerse en cuenta de acuerdo con el ciclo vital de las personas y de la familia. La pareja recién formada tiene una serie de adaptaciones biológicas, psicológicas y sociales ocasionadas por factores distintos a los que afectan a una pareja mayor, cuyos hijos se han establecido en forma independiente. Todos estos aspectos del ciclo familiar, de sus riesgos y de sus procesos están resumidos en el libro Family Medicine, Principles and Applications de Jack H. Medalie (1978).

Sobre la definición de familia y sus funciones; los eventos estresantes que inciden en el balance familiar; la interpretación que hacen el individuo y la familia; los mecanismos de enfrentarse al estrés; las adaptaciones positivas y las malas adaptaciones que llevan a un desequilibrio o a un equilibrio patológico, son motivo de varias publicaciones que no podemos desarrollar en este breve recuento (Smilkstein, 1980; Spann, 1983).

Hay instrumentos sencillos y posibles de aplicar en la consulta usualmente limitada en tiempo de los médicos generalistas y que deben incluirse en los registros integrados (historias de familia) de los centros de atención. Los familigramas (modelos tomados de los cuadros genealógicos diseñados para enfermedades hereditarias) pueden mostrar relaciones no solo genéticas sino también psicológicas y sociales entre los miembros de la familia (Doherty, 1983). El APGAR familiar es un instrumento sencillo creado por el Doctor Smilkstein (1978) que sirve para detectar el grado de funcionamiento o desequilibrio familiar y que permite al médico conocer cuándo es necesario intervenir en forma especial en la dinámica de la familia.

Otros esquemas sugieren el árbol familiar con sus interrelaciones para detectar los síntomas o dolencias más predominantes en ciertas familias. (Prince-Embury, 1984). La terapia fami-

liar es una disciplina relativamente nueva que tiene su origen en la psiquiatría y el trabajo social. Estos profesionales encontraron que este sistema era el más exitoso en el manejo de algunos conflictos. El enfoque también es el de la familia como un sistema cuya alteración es muy difícil de corregir cuando con intervención a nivel de un solo de sus individuos (Minuchin, 1982) Doherty, 1983)

e) Evidencia de la interacción de la familia con la salud y la enfermedad.

Aunque a nivel intuitivo y por la experiencia clínica es fácil darse cuenta de las interacciones de la familia con los procesos de enfermedad y de recuperación, hay muchísimos estudios que demuestran que el enfoque de la familia como unidad de atención tiene un respaldo científico. Solo presentaremos algunos ejemplos, la mayoría de ellos citados en una excelente revisión del Doctor David Schmidt:

1. Los estudios de Dingle (1964) muestran cómo la estructura de la familia influye en el patrón y frecuencia de las infecciones del aparato respiratorio superior.
2. Un trabajo muy interesante (Meyer, 1962) demostró la relación entre el estrés familiar y la mayor incidencia de

infecciones por estreptococo y también la elevación de los títulos de antiestreptolisinas. No es solo el contacto con el germen sino que los eventos estresantes aumentan la vulnerabilidad a infecciones específicas en el seno familiar.

3. La mayor susceptibilidad a la enfermedad no solo ocurre en los procesos infecciosos. Un estudio muy bien llevado en Carolina del Norte (Neser, 1975) demostró que la fragmentación de la familia y la patología social llevó a un número mayor de accidentes cerebrovasculares en una población negra.
4. Es muy citado el trabajo de Nuckolls y Cassel (1972) en el cual se observó que el soporte familiar y social protegió a un grupo de embarazadas de presentar complicaciones por estrés. Se compararon mujeres en gestación pertenecientes a familias sometidas a eventos estresantes severos. Las que tenían buen apoyo familiar tuvieron una incidencia de complicación significativamente menor que las familias disfuncionales y con poco soporte entre sus miembros.
5. Otra forma de fragmentación de la familia es la ausencia de uno de los padres o de ambos. Hay varios estudios que

indican una alta frecuencia de problemas psiquiátricos mayores en estas familias. Hay más trastornos de personalidad sociopática (Earle, 1961); mayor número de intento de suicidio y depresión (Bowlby, 1968). También se demostró un déficit importante en el desarrollo físico e intelectual en niños privados de la presencia materna (Spitz, 1946).

6. Son muy conocidos los casos de personas adultas que han quedado solas, como viudos y separados, cuya vulnerabilidad a enfermedades muy diversas aumenta. La tuberculosis, el cáncer, los accidentes y el suicidio son más frecuentes en este tipo de individuos. (Schmidt, 1978).
7. Medalie (1973) hizo un seguimiento cuidadoso de 10.000 pacientes con enfermedades coronarias. Entre otros hallazgos encontró que la frecuencia de los dolores anginosos era mayor en aquellos pacientes que tenían problemas familiares o en los sitios de trabajo.
8. Otro estudio interesante muestra que muchos jóvenes a los 15 años han adoptado el tipo de personalidad A de sus padres. Este es considerado un factor de riesgo para enfermedad coronaria y sugiere que este patron de

comportamiento es aprendido en el ambiente familiar.

9. Por el otro lado, hay una serie de evidencias que muestran como el apoyo familiar contribuye a la recuperación de la salud. La rehabilitación de las secuelas por accidentes cerebrovasculares, por problemas ortopédicos y en alcohólicos es más rápida en familias funcionales que participan en el manejo de sus seres queridos. En otros casos se ha demostrado que las familias pueden ser decisivas en el cumplimiento de las indicaciones y prescripciones médicas, particularmente en el control adecuado de enfermedades crónicas (Schmidt, 1978).

10. La familia responde y se adapta en forma adecuada o patológica ante el impacto de una enfermedad severa de uno de sus miembros. En el caso de los diabéticos (juveniles y adultos) se crean rivalidades, celos y desequilibrios por las demandas que hacen sobre la familia. Las enfermedades fatales de los niños producen reacciones, muchas veces predecibles

en la familia (choque emocional- ansiedad y confusión - negación - rechazo al enfermo - críticas al profesional de la salud - sensación de culpa, etc.

Los niños hemofílicos crean ciertas reacciones en las madres (sobreprotectoras) y en los padres (temor a causar accidentes) y en ambos sentimientos ambivalentes.

11. En ocasiones las enfermedades crónicas en un miembro de la familia contribuyen al desarrollo de dolencias en otros miembros. Es frecuente encontrar síntomas somáticos en cónyuges de personas enfermas. Ciertas enfermedades crónicas como hipertensión, enfermedades circulatorias y artritis se encuentran con una mayor prevalencia en parejas de cónyuges. (Schmidt, 1978).

f) Necesidad de la coordinación en la atención de la familia.

Hay razones para pensar que las familias quieren tener un médico generalista a quien pueden acudir cuando alguno de sus miembros presenta un problema de salud. Sin embargo, en Colombia sería necesario hacer un estudio para demostrar esta hipótesis. Muchas familias tiene la

costumbre de llamar a un médico para la atención prima
ria aunque sea un subespecialista, debido a las experien-
cias previas y a la confianza de que recibieron la orienta-
ción adecuada.

Lo que si es posible identificar mediante distintos instru-
mentos, son las familias que requieren un enfoque sisté-
mico porque presentan problemas de función inadecuada.
Algunos autores (Pless,1973 Smilkstein, 1978) han dise-
ñado instrumentos sencillos que sirven para señalar las
familias disfuncionales cuyas relaciones deben ser mane-
jadas en forma especial y en las cuales no se va a lograr
cambios muy positivos con la intervención a nivel de uno
solo de sus miembros .

g) Principios universales de la medicina familiar .

Mc Whinney (1980) ha señalado una serie de principios,
habilidades y características que son universales. A con-
tinuación señalamos algunas ideas extractadas de su libro:
La medicina familiar implica la incorporación de una serie
de principios que llevan al personal de salud a compromete-
rse con la persona y con la familia sin distinción de edad,
sexo, órgano afectado o tecnología que se va a aplicar; el
agente de salud familiar mira al paciente en un contexto

biológico, psicológico y social, aprovecha los encuentros con los pacientes para llevar a cabo medidas educativas, de prevención de enfermedades, de promoción de la salud, así como curativas; piensa no solo en los pacientes que consultan, sino que busca medios para mantener la salud de los que no acuden a la consulta espontáneamente; utiliza los recursos de la comunidad para buscar el bienestar de las familias a su cargo; trabaja con un equipo de salud y consulta a los especialistas. El médico y los demás profesionales de la salud familiar practican una atención integral y en forma continua. Esto lleva a un conocimiento acumulativo del paciente y su familia. A su vez el encuentro frecuente en situaciones de alegría (p.e. la llegada de un nuevo hijo) o de tristeza (p.e la pérdida de un ser querido) lleva a una relación afectiva que permite un mayor compromiso y una mayor aceptación y credibilidad de las recomendaciones.

El grupo de atención familiar adquiere la habilidad para observar a cada familia en el ciclo vital que le corresponde y a cada persona en su etapa de vida, haciendo una guía anticipatoria que tenga en cuenta los riesgos más frecuentes y sugiriendo las medidas pertinentes para evitar problemas.

R E S U M E N

La familia es una unidad social, un grupo pequeño en estructura pero portador de una serie de elementos como una carga genética, unas creencias, valores, niveles educativos, patrones sociales, vicios, hábitos, comportamientos, riesgos. La familia tiene un origen, un desarrollo y un fin. La familia tiene una vida propia, dinámica que evoluciona con el tiempo y con las interrelaciones internas de sus miembros y con la sociedad que la circunda. La familia por su constitución biológica y por su ubicación psicológica y social puede ser un factor de riesgo para adquirir enfermedad o puede ser barrera para resistir el estrés. Puede aumentar los fenómenos de una adaptación inadecuada o puede reordenarse y tener roles flexibles para resistir las agresiones y mejorar la salud de sus componentes.

El conocimiento y la práctica de este sistema es primordial para el desempeño del equipo de salud y para mejorar el estilo de vida y el bienestar de la comunidad. Los profesionales de la salud deben adquirir la habilidad para enfocar los problemas al nivel que sea necesario, desde los procesos moleculares hasta los aspectos macrosociales, pero sus actitudes y habilidades deben incrementarse cada vez más hacia el manejo del ser humano integral y su familia.

III - ANTECEDENTES Y JUSTIFICACION

El enorme y constante desarrollo de las ciencias médicas y de la tecnología en atención médica han llevado mundialmente al fomento de los programas de especialización en centros médicos universitarios, con creación y desarrollo de numerosas especialidades y sub-especialidades que cada día restringen y circunscriben más el campo de acción del médico, impartiendo a su vez una mayor competencia profesional en este campo restringido.

Esta especialización creciente es sin duda una realidad inatajable del mundo moderno, que ha contribuido al mejoramiento constante de la atención médica en problemas concretos de salud.

Por otra parte, ha traído consigo los siguientes efectos críticos :

- 1) Despersonalización creciente de la atención médica.
- 2) Costos cada día mayores, que afectan los presupuestos de las personas, las familias, los países y las instituciones responsables de organizar o prestar servicios de atención médica, desviando los dineros disponibles hacia la atención de un porcentaje cada día más reducido de la población y de sus necesidades en salud.
- 3) Esta desviación y este cambio de énfasis en atención médica han afectado desfavorablemente los fondos y recursos físicos, tecnológicos y humanos requeridos para la atención de las necesidades en salud de la inmensa mayoría de la población en los países del mundo.

Diversas autoridades mundiales han estimado que estas necesidades representan el 90% de los problemas de Salud en los países desarrollados (OMS,)

La desviación en asignación de fondos y énfasis en organización de servicios - es aún más notoria y perjudicial en países pobres como Colombia y demás países del Tercer Mundo. En ellos es inmensa la proporción de gravísimos problemas de Salud que se pueden atender con tecnologías sencillas y recursos humanos debidamente preparados en programas de atención primaria.

La magnitud y gravedad de las necesidades en Salud en los países pobres fué probablemente un factor contribuyente para que la Organización Mundial de la Salud formulara su Plan y Estrategias para proveer "Salud para todos en el Año 2.000". ()

La compleja tecnología de la atención médica especializada está dirigida básicamente a la atención episódica de problemas físicos del individuo ; no hay en ella provisión para la atención de la unidad básica de toda sociedad, cual es la familia.

Especialmente desprovista está la familia en la atención de eventos y situaciones estresantes que llevan a desequilibrios del funcionamiento interno armónico y dinámico de la unidad familiar y repercuten muy desfavorablemente sobre la salud de sus integrantes, causando variados cuadros sintomáticos, cambios de comportamiento y aún enfermedades psico-somáticas nosológicamente bien caracterizadas y documentadas. (Jackson & Jalom, 1968)

La preocupación por todas estas circunstancias llevaron a los educadores y a los organizadores y proveedores de Servicios de Salud, a cuestionar los programas de formación y capacitación de recursos humanos para la Salud, tanto en los países industrializados como en el resto del mundo. A continuación describiremos brevemente los esfuerzos y realizaciones hechos en dos países desarrollados (Reino Unido y Estados Unidos de América) - así como en Colombia.

A) En el Reino Unido la Asociación Médica Británica constituyó en 1950 un grupo de trabajo para explorar el "entrenamiento vocacional" de médicos generales. (Brit. Med. Assn. 1950).

El Gobierno Británico constituyó la llamada Comisión Real de Educación Médica y el College of General Practitioners organizó varios grupos de trabajo. Como consecuencia de estos trabajos la Comisión Real de Educación Médica recomendó y aprobó en 1968 el entrenamiento "vocacional" de médicos generales en programas de post-gradó.

Tanto el Royal College of General Practitioners (RCGP) como la Asociación Médica Británica y la Fundación Nuffield han hecho numerosas publicaciones sobre atención médica y sobre el adiestramiento (enseñanza-aprendizaje) de médicos generales (Royal College of General Practitioners, 1969, 1972 y 1973).

Debe destacarse el énfasis que el RCGP ha dado siempre a la identificación y manejo de problemas de la esfera psico-afectivo-social, a las relaciones interpersonales y al auto-conocimiento, como elementos importantes del desempeño profesional del médico general.

Este énfasis es evidenciado en la definición del trabajo de este profesional, que se cita a continuación :

"El Médico General es un doctor que da cuidado médico personal, primario y continuado a individuos y familias, en sus hogares, en el consultorio, o en el hospital.

Acepta la responsabilidad de hacer una decisión inicial sobre todo problema que su paciente le pueda presentar, consultando con especialistas cuando considera apropiado hacerlo. Generalmente trabaja en grupo con otros médicos generales,..... con la ayuda de colegas para - médicos, personal de secretaría y el equipo físico que sea necesario. Hace su diagnóstico en términos físicos, psicológicos y sociales. Interviene educativamente, preventivamente y terapéuticamente para promover la salud de sus pacientes". (R.C.G.P., 1969)

Junto a estas actividades y cambios educacionales el RCGP generó cambios organizacionales en la prestación de servicios de atención primaria (por ejemplo, la "práctica de grupo" y la vinculación de estos grupos de práctica en la docencia universitaria de pre- y de post-grado).

Simultáneamente se dieron a conocer muy novedosas experiencias de psico-terapeutas británicos y de los Estados Unidos de América, sobre la identificación ,

prevención y manejo de problemas y situaciones estresantes en las áreas psicoafectiva y social, generados en el seno de la familia o en el ambiente de trabajo y que repercuten desfavorablemente en la salud de los miembros integrantes de la familia.

Mención especial merecen los avances en la aplicación de Técnicas Psicoterapéuticas en Medicina Clínica, logrados por el grupo dirigido por Michael y Enid Balint en la Clínica Tavistock de Londres (Balint, M., 1964; Balint et al., 1970, Marinker, M., 1970).

Contribuciones importantes de este grupo fueron, entre otras, las siguientes :

- 1) La identificación del médico como agente terapéutico directo, con virtudes curativas propias y comparables en su eficacia con las de los agentes medicamentosos tradicionales. (Ver también Curry, Hiram B., 1980)
- 2) El reconocimiento de que muchos pacientes consultan por un síntoma, o llevan al médico un familiar -- como pretexto para presentar al terapeuta problemas personales o familiares "ocultos" pero que constituyen el motivo real de la consulta.
- 3) La organización de los llamados "Grupos Balint" o "Seminarios Balint" como valiosos instrumentos educativos en el adiestramiento de médicos, psiquiatras, psicólogos, enfermeras y otros profesionales de la Salud.

- B) En los Estados Unidos de América, el incremento de la formación y utilización de especialistas fué notorio durante y después de la II Guerra Mundial, especialmente a partir de 1950.

Desde la década de 1960-1970 fué apreciable la preocupación de varios Sectores del Gobierno, Servicios de Salud, Educación Médica y comunidades de usuarios -- por los problemas y efectos adversos generados por esta especialización excesiva y mencionados en la Introducción y en la justificación de este sub-programa.

Ejemplos de esta preocupación fueron los Informes Folson (1966), Millis (1966) y Willard (1966).

Desde mediados de 1950 varios comités solicitaron en repetidas ocasiones al Consejo de Educación Médica de la Asociación Médica Americana (AMA) la aprobación de la Medicina General (General Practice), como una nueva especialidad, sin obtenerla. Únicamente cuando se demostró que la nueva especialidad ofrecía un cuerpo de conocimientos y habilidades en Medicina Familiar, que permitían el diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno de problemas bio-psico-sociales de la familia y de sus miembros, -fué aprobada la nueva especialidad de Práctica Familiar, y se constituyó la certificación (Board) correspondiente.

Desde entonces se han creado numerosos programas, tanto en U.S.A. como en Canadá, habiendo actualmente 385 programas de adiestramiento de post-grado en la nueva especialidad en los Estados Unidos.

Este auge ha sido en parte debido al apoyo creciente de los gobiernos y en parte a mayor satisfacción personal y mejor status y acogida comunitaria a los especialistas en esta nueva disciplina.

La nueva tendencia hacia una atención primaria e integral de problemas bio-psico-sociales de la familia y de sus integrantes individuales, recibió un espaldarazo gubernamental en la 92a Reunión Anual de la Asociación Americana de Facultades de Medicina (AAMC) en Octubre-Noviembre de 1981. Durante la reunión, el Sr. Richard S. Schweiker, Secretario de Salud y Servicios Humanos de la primera administración Reagan, anunció un cambio radical en la asignación de fondos para investigación de los Institutos Nacionales de Salud -- dando prioridad a la financiación de investigaciones orientadas a la prevención de enfermedad y protección de la salud mediante mejoramiento de hábitos personales y otros factores controlables de la salud humana (Schweiker, R., 1982).

No hay duda de que entre estos factores se cuentan las crisis y situaciones estresantes que afectan el equilibrio de la familia.

- C) En Colombia, la posición de los educadores médicos y de los dirigentes de Servicios de Salud ha sido resumida por el Doctor Abel Dueñas, Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -- en los siguientes párrafos extractados de su presentación al Primer Simposio de Medicina Familiar (Bogotá, Abril 24 de 1981) :

"Con base en el principio, reconocido hoy universalmente de que la salud es un derecho humano, el Gobierno de Colombia definió la política de que los Servicios de Salud deben cubrir o proteger a toda la población del país, sin dejar marginado a ningún individuo o persona. Cuando hablamos del Gobierno de Colombia nos referimos con orgullo a un "continuum" que se ha sucedido a lo largo de varios años, con autoría de diferentes administraciones que vienen rigiendo el Estado.

... ..

" Para ir logrando la implementación de una política como la anotada y alcanzar de manera progresiva la meta de la cobertura total, hay que apelar a estrategias y a prioridades que hagan rendir al máximo los recursos disponibles.

"El Gobierno de Colombia ha puesto en marcha dos grandes estrategias y una prioridad clave.

"Las dos estrategias han sido : una Estructural, la creación del Sistema Nacional de Salud. Otra Operativa, el cuidado de la Salud dispensado por medio de ese Sistema en tres niveles interrelacionados de Atención Primaria, Secundaria y Terciaria, determinando con gran prioridad el desarrollo de la primera.

"Como proceso de articulación se ha dado especial énfasis a la integración docente-asistencial, entre cuyos objetivos está el de contribuir a formar un Médico General/Familiar que sea capaz de asumir las responsabilidau

des que serán descritas más adelante.

Simultáneamente con estas decisiones y políticas gubernamentales, las Facultades de Ciencias de la Salud de las Universidades Colombianas han venido implementando políticas educativas de integración docente-asistencial como una estrategia para fortalecer en la educación de pregrado la capacitación y actitudes hacia la atención primaria de los futuros profesionales de la Salud.

La Fundación W. K. Kellogg, que hace muchos años viene apoyando y promoviendo programas tendientes al mejoramiento de las condiciones de vida, el desarrollo comunitario, la salud y la educación en América Latina -- ha apoyado a estas iniciativas de los educadores en salud de las universidades colombianas y de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME).

Es así como ha venido prestando una generosa ayuda a seminarios de ASCOFAME tendientes a promover la atención primaria y la integración docente asistencial -- y a los siguientes programas universitarios que persiguen los mismos fines :

- 1) Universidad del Valle : Programas de Investigación y de docencia-asistencia.
- 2) Universidad Javeriana : Programa de Atención Materno-Infantil (PAMI).

- 3) Universidad del Norte : Programa PREDAS de Regionalización Docente-Asistencial en la Costa Atlántica.
- 4) Universidad Industrial de Santander (UIS) : Programa PLOSSMI de Integración Operacional de Servicios de Salud Materno-Infantil en la Región Oriental de Colombia.
- 5) Instituto de Ciencias de la Salud (CES, Medellín) : Programa Integral de Salud Familiar.

En estos programas docentes y estudiantes de carreras de Salud (Medicina, Enfermería y Odontología, en grado variable de colaboración interdisciplinaria) -- trabajan junto con profesionales y otros trabajadores de la Salud, en programas de atención primaria -- en organismos de salud de las zonas de influencia de las Universidades respectivas.

Los antecedentes y experiencia de otros países (descritos en páginas anteriores), han llevado a los educadores colombianos en salud al convencimiento de que los programas tradicionales de educación en salud, con su énfasis en los componentes meramente bio-físicos de la salud humana -- venían descuidando los importantes componentes emocionales y psico-sociales de la personalidad humana que, a través de alteraciones del equilibrio dinámico de la unidad familiar, pueden ser causa de trastornos de salud y enfermedades psico-somáticas.

A diferencia de otros países, en Colombia los educadores médicos consideran que en la educación de pre-grado se pueden impartir los conocimientos y

habilidades necesarios para transformar al estudiante en un profesional competente en Medicina General/Familiar, que cumpla con los desiderata formuladas por el Doctor Abel Dueñas, Director Ejecutivo de ASCOFAME, en su presentación al Primer Simposio de Medicina Familiar, ya citada (Dueñas 1981):

"El Médico de Familia (M.G.) debe servir de apoyo, consejero y consultor del individuo y de la familia. Debe tener un tercer oído que le permita escuchar problemas síquicos y sociales que el individuo y la familia no le cuenten de manera directa. Los problemas de alcoholismo, drogadicción, stress, depresiones, invalidez, vejez, pérdida de familiares y aspectos de patología social no compleja, son objeto de la atención del Médico de Familia (M.G.)".

Obviamente, la formación en pre-grado de este paradigma profesional requerirá la utilización, transferencia, diseño y experimentación de tecnologías educativas muy especiales, orientadas a la adquisición de las habilidades necesarias en un Médico General/Familiar competente, que reúna los desiderata arriba enunciados.

IV - PASOS PARA LA ELABORACION DEL MODELO
EN SALUD DE LA FAMILIA

En este capítulo presentaremos aquellos aspectos metodológicos que sirven de base para la elaboración del Modelo de Salud de la Familia, propósito fundamental del subprograma No. 2

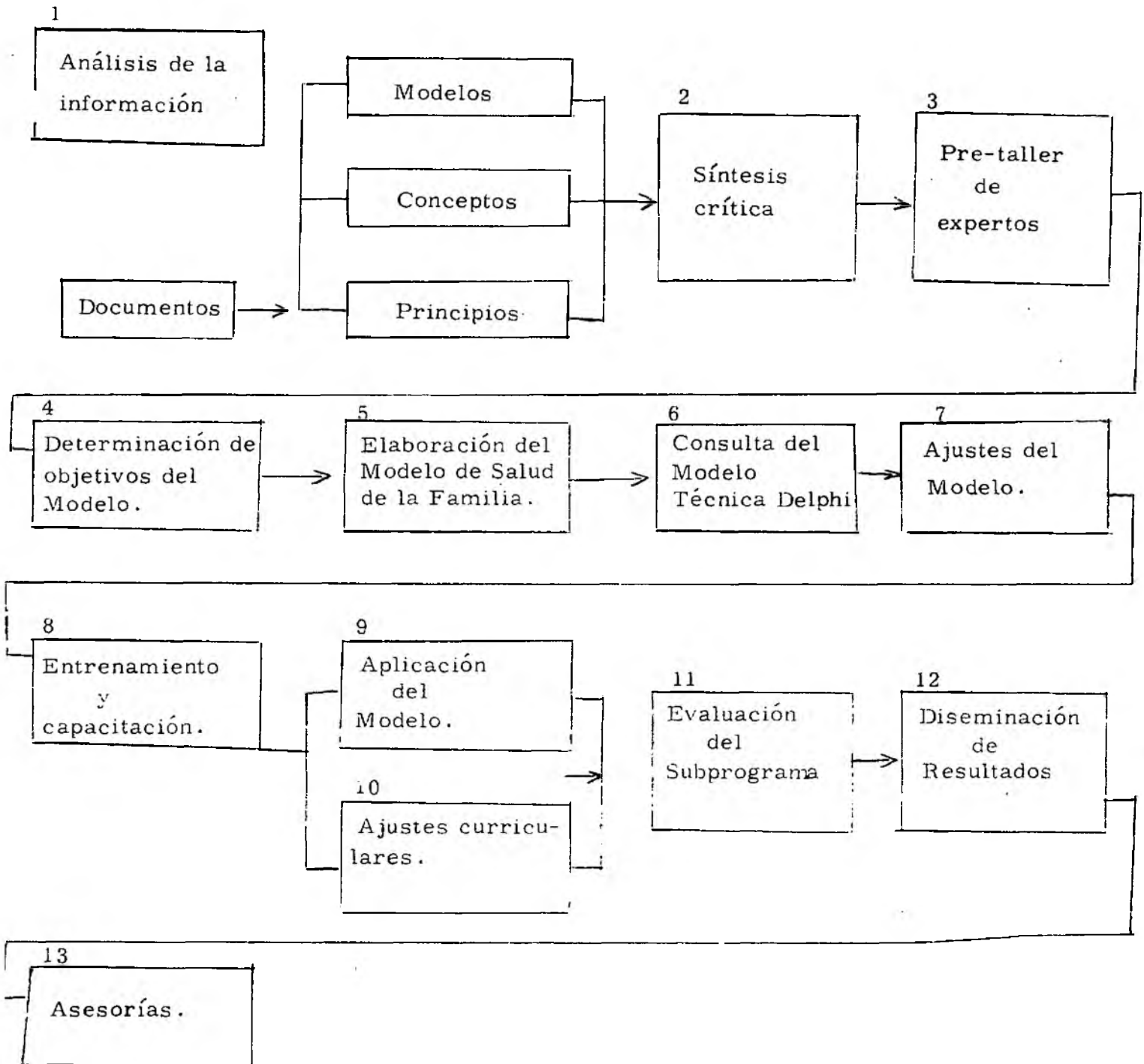
Se ha acordado un proceso metodológico de trece pasos:

- 1 - Análisis de la información
- 2 - Síntesis crítica
- 3 - Pre-taller de expertos
- 4 - Determinación de objetivos del Modelo
- 5 - Elaboración del Modelo de Salud de la Familia.
- 6 - Consulta del Modelo mediante la técnica Delphi.
- 7 - Ajustes al Modelo
- 8 - Entrenamiento y capacitación
- 9 - Aplicación del Modelo.
- 10- Ajustes curriculares.

- 11 - Evaluación del Subprograma
- 12 - Diseminación de resultados
- 13 - Asesorías.

PASOS PARA LA ELABORACION DEL MODELO

FLUJOGRAMA



El flujograma muestra la secuencia de pasos que se preveen como indispensables en el desarrollo de un Modelo de salud de la Familia - Cada uno de ellos se explica detalladamente en las siguientes páginas:

PASO 1 - ANALISIS DE LA INFORMACION

Esta parte considera la realización de una revisión bibliográfica sobre la teoría y las prácticas en relación con la salud familiar. La revisión bibliográfica cubre el análisis de modelos, conceptos y principios tenidos en cuenta a nivel nacional e internacional. Se considera pertinente tener suficientes elementos teóricos y prácticos con los cuales enriquece la propia experiencia para orientar estos procesos en las facultades de Ciencias de la Salud.

PASO 2 - SINTESIS CRITICA

Con base en la revisión bibliográfica se elaborará un documentos que condense la síntesis crítica en relación con las principales teorías planteadas al respecto; así como también, los principios y fundamentos que alimentan la práctica de salud familiar a nivel nacional e internacional.

PASO 3 - PRE-TALLER DE EXPERTOS

Este pre-taller tiene dos objetivos fundamentales:

1. Analizar, con expertos del país, las experiencias que en salud familiar se han realizado en Colombia para contribuir al diseño de un modelo de referencia para la enseñanza de la salud Familiar en Medicina, Odontología y Enfermería.

2. Elaborar el Programa específico para la enseñanza de la Salud Familiar en pregrado. Algunos de los temas que abordarán son los siguientes:

- Antecedentes históricos de la Salud Familiar .
- Bases científicas de la Salud Familiar
- Principios que fundamentan las acciones de Salud Familiar
- Modelo de Salud Familiar en el Pre-grado .
- El trabajo comunitario
- La familia como objeto de la atención
- Familiogramas .
- Ciclo vital de la familia
- La historia clínica de la familia orientada a problemas y al mantenimiento de la salud .
- Estudio socio-económico de familias .
- El estilo de vida .
- Educación en salud de la familia .
- Prestación de atenciones a la familia .
- El estrés y la salud familiar .

PASO 4 - DETERMINACION DE LOS OBJETIVOS DEL MODELO TENIENDO EN CUENTA LAS SIGUIENTES DIRECTRICES :

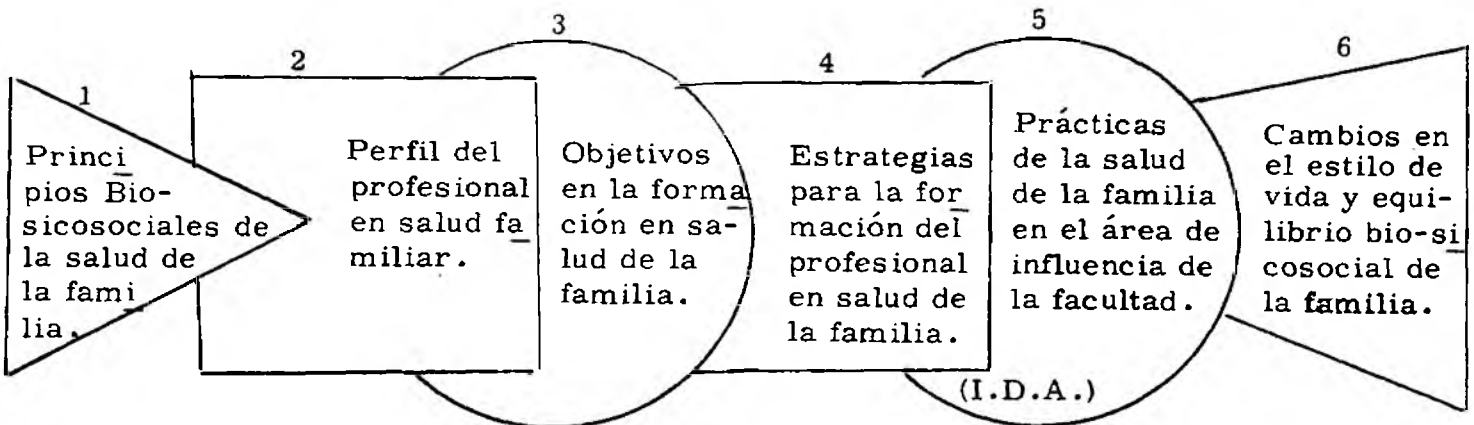
- a) Determinar los conocimientos, habilidades y destrezas que debe dominar el estudiante de Pre-grado desde el punto de vista de la salud

familiar .

- b) Diseñar estrategias que fortalezcan las prácticas de la salud familiar en el Pre-grado .
- c) Estimular las prácticas de la salud de la familia en el Pre-grado .
- d) Proponer los ajustes curriculares requeridos para las prácticas de salud familiar en el Pre-grado .

PASO 5 - ELABORACION DEL MODELO DE FORMACION EN SALUD DE LA FAMILIA EN PRE-GRADO

Con base en el Pre-taller en el análisis de la formación y de las experiencias obtenidas en programas nacionales e internacionales en medicina familiar, las Asociaciones Colombianas de Medicina, Enfermería y Odontología, entrarán a diseñar un Modelo de Salud de la Familia, teniendo en cuenta para el desarrollo curricular algunos elementos entre ellos, los siguientes:



PRIMER ELEMENTO DEL MODELO PRINCIPIOS BIO-SICO-SOCIALES DE

LA SALUD DE LA FAMILIA - En el Modelo se tendrán en cuenta los aportes de las ciencias del comportamiento en el manejo de los problemas de la familia, tales como la Psicología del desarrollo, la Psicología de la personalidad y la Psicología Social. Desde el punto de vista sociológico se facilitará el estudio de la realidad global de la familia teniendo en cuenta los fenómenos de causalidad y de relaciones entre los distintos miembros de la estructura familiar. Lo biológico apuntará al campo de la atención Primaria en la salud de la familia.

SEGUNDO ELEMENTO DEL MODELO. EL PERFIL. - Ascofame ha venido

trabajando en la formación de un profesional que contribuya al mejoramiento de la salud de la familia colombiana. "En efecto, la acción sobre los determinantes que inciden en la salud, sólo será positiva si se sistematiza dentro del microproceso que se desarrolla en el ámbito de la familia donde los factores determinantes (biológicos, ambientales y de comportamiento) concentren su interrelación multicausal. Es allí en el grupo o unidad familiar donde se puede hacer variar con anticipación el resultado de una posible situación indeseable del proceso de la salud, si se mantiene una observación y acción continua permanente y previsiva. Es lo que se ha denominado observación y acción sobre la dinámica de salud de la familia" (Dueñas, 1981). Dentro de esta acción dinámica, se aspira a que el profesional de la salud pueda cumplir entre muchas otras las siguientes funciones:

- Atender los problemas de salud que prevalecen en una área y que en

forma endémica y con diferentes grados de severidad, mantienen una cuota permanente y significativa de morbilidad en el grupo familiar y comunitario.

- Conservar y mejorar la salud de las personas y familias a su cargo
- Enseñar a la comunidad a ser responsable de su propia salud y aprender y practicar normas y reglas que le van a evitar enfermedades graves.
- Capacitar a la familia para que ella aplique normas de autocuidado.
- Capacitar a la comunidad para que ella sea capaz de intervenir en el diagnóstico y solución de sus necesidades de salud.
- Servir de apoyo, consejero y consultor del individuo y la familia. Debe tener un tercer oído que le permita escuchar problemas síquicos y sociales que el individuo y la familia no le cuenten de manera directa.
- Llevar un buen registro de los casos individuales y de los problemas de salud de las familias del área o de las que están bajo su responsabilidad
- Remitir el paciente al especialista cuando la naturaleza, características del problema, su magnitud y gravedad así lo requieran.
- Tomar la información necesaria de la persona, de la familia y de la comunidad y analizar los aspectos biológicos, psicológicos y sociales con el fin de realizar planes a nivel de educación, promoción, prevención, curación y rehabilitación.

- Manifestar una responsabilidad permanente por el cuidado de la salud de la familia.

TERCER ELEMENTO DEL MODELO. OBJETIVOS EN LA FORMACION EN SALUD DE LA FAMILIA. De acuerdo con el perfil se determinan los objetivos del Programa de la salud de la familia en el Pre-grado. Se puede para tal efecto, señalar objetivos nucleares que integren todas las acciones en relación con las familias, tales como:

- Identificar los datos básicos del paciente, la familia y la comunidad.
- Analizar los datos a nivel biológico, psicológico y sociológico de la familia y de la comunidad.
- Realizar planes a nivel promocional, preventivo y curativo con la familia y la comunidad.
- Manifestar un interés permanente por la atención integral de la familia.

CUARTO ELEMENTO DEL MODELO. ESTRATEGIAS PARA LA FORMACION DEL PROFESIONAL EN SALUD DE LA FAMILIA.

Dentro de este elemento se considerarán una serie de estrategias para el desarrollo de la formación del profesional en salud de la familia en el pregrado. Están incluidas las estrategias relacionadas con el diseño del contenido curricular y el proceso de enseñanza-aprendizaje

QUINTO ELEMENTO DEL MODELO - PRACTICAS DE LA SALUD DE LA FAMILIA EN EL AREA DE INFLUENCIA DE LA FACULTAD, mediante la organización de centros de Atención Familiar. - Estos centros deberán cubrir los siguientes aspectos:

- Atención integral a las familias.
- Equipo de salud funcionante
- Historias clínicas orientadas a la salud integral de cada familia.
- Posibilidad de visitas del equipo de salud al domicilio, a las escuelas, lugares de trabajo y a otros nichos ecológicos de im

portancia.

- Relaciones con la comunidad para acciones de salud y trabajo intersectorial hacia el bienestar.

SEXTO ELEMENTO DEL MODELO - CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA.

Las prácticas de la salud de la familia deberán conducir a cambios en el estilo de vida de las familias del área de influencia en cuanto atañe a prevencción de la salud, control de vicios y condiciones ambientales, fomento de hábitos y costumbres indicadas con el fin de lograr un equilibrio bio-sico-social del Núcleo familiar.

PASO 6. - CONSULTA DEL MODELO

Mediante la aplicación de la técnica Delphi se efectuará una consulta a un número reducido de expertos con el fin de recibir feed-back sobre el Modelo hipotético trazado en relación con el programa de salud de la familia en el Pre-grado.

PASO 7. AJUSTES DEL MODELO

Una vez analizada la información acumulada mediante el juicio de expertos se harán las modificaciones pertinentes al Modelo planteado

PASO 8. ENTRENAMIENTO Y CAPACITACION PARA LAS FACULTADES DE CIENCIAS DE LA SALUD.

La capacitación cubrirá dos niveles:

- Capacitación para los equipos coordinadores de los programas.
- Capacitación para los docentes de las facultades y centros asistenciales.

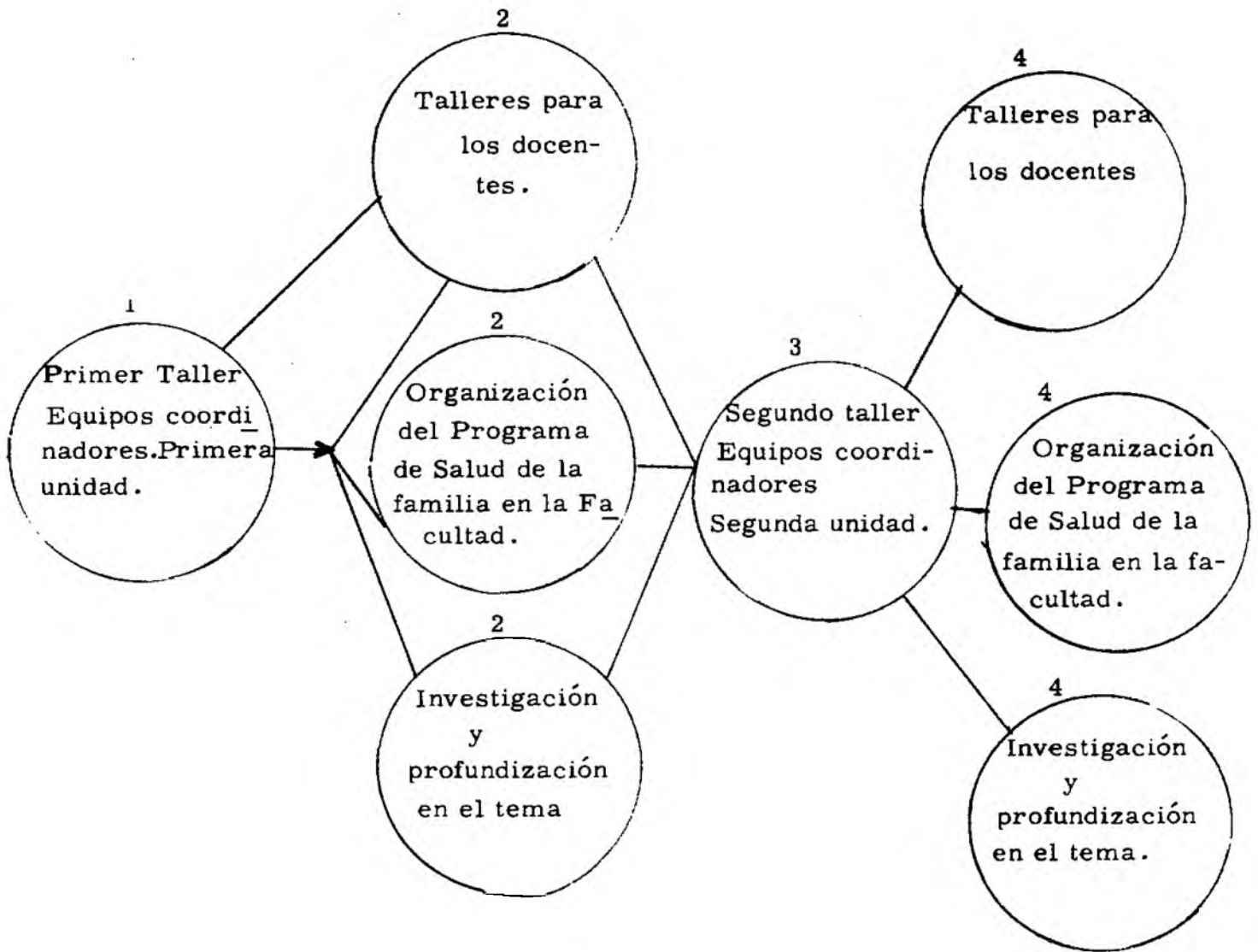
- 8.1 CAPACITACION PARA LOS EQUIPOS COORDINADORES DEL PROGRAMA DE SALUD FAMILIAR. Esta capacitación será permanente con el fin de crear una verdadera escuela en relación con la salud general/familiar y capacitar a los equipos para que estén en condiciones de diseñar, desarrollar y evaluar los programas de salud familiar en cada facultad.

El proyecto total tendrá un coordinador general que será el Jefe de Educación Médica. El equipo coordinador del subprograma dos estará integrado por un médico, una enfermera y un odontólogo representantes de las respectivas facultades.

La capacitación para este personal, como ya se dijo antes, será permanente y se estructurará en una primera fase en 3 unidades con 3 talleres periódicos y secuenciales. Se requiere que el personal que asista sea el mismo para los tres talleres. A su vez los equipos coordinadores tendrán la responsabilidad de replicar al interior de cada facultad, el taller recibido, lo cual implica que para cada unidad se llevarán a cabo por lo menos 21 talleres. También tendrán la responsabilidad de organizar el programa de salud familiar en la institución respectiva.

En resumen, se seguirá la siguiente secuencia.

PROCESO DE CAPACITACION PARA LOS EQUIPOS COORDINADORES.



La anterior gráfica demuestra que los equipos coordinadores después de recibir el primer entrenamiento intensivo, salen con tres tareas concretas: desarrollar el mismo taller al interior de la Facultad, organizar el programa de salud familiar y profundizar en el tema. Después de un semestre, se volverán a reunir bajo la dirección de Ascofame para rendir

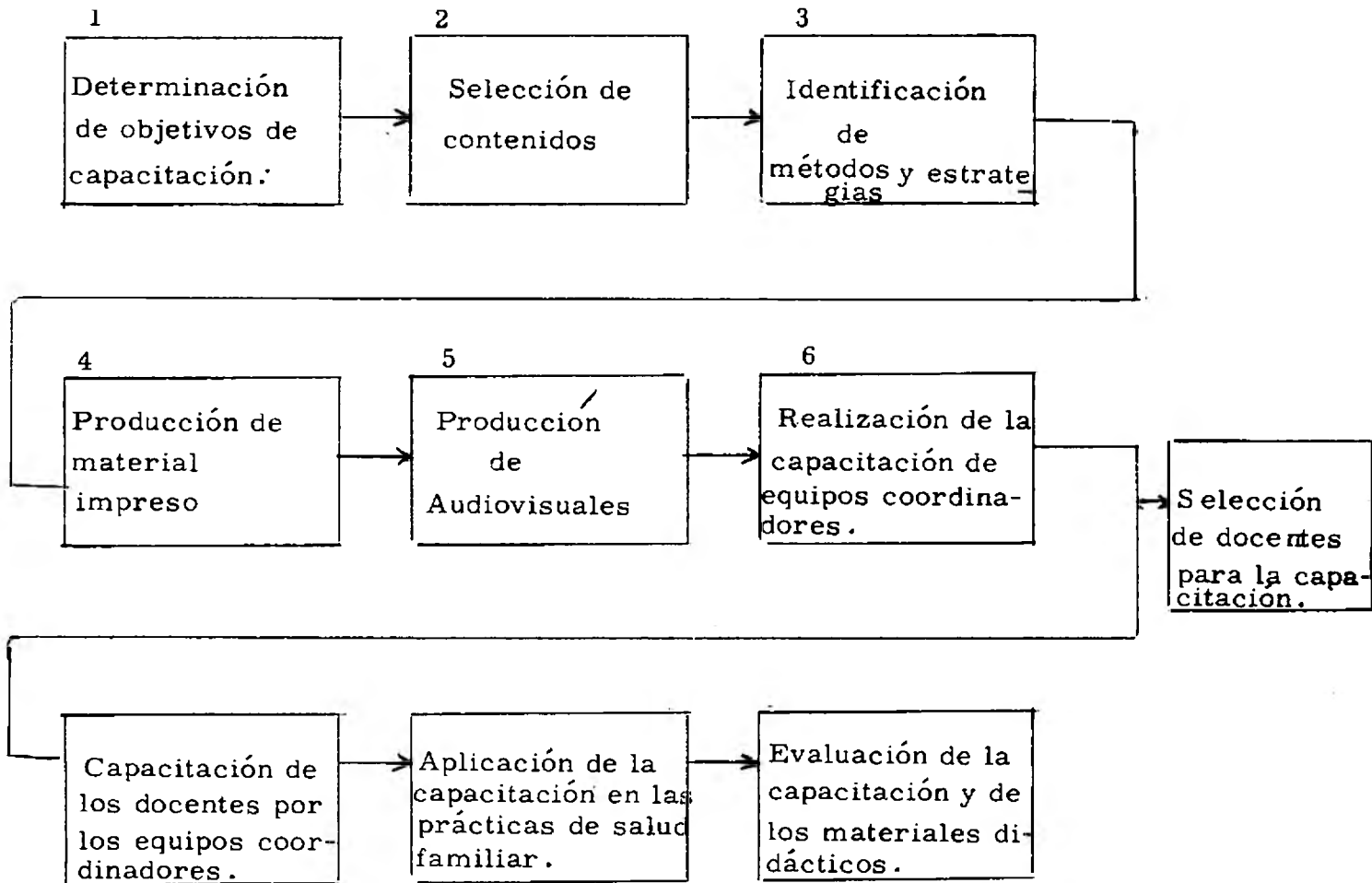
informe de las actividades desarrolladas, presentar ponencias sobre las profundizaciones hechas al tema y recibir información sobre la siguiente unidad. Se espera pues, que para el segundo taller los equipos coordinadores lleguen también con aportes personales y con una participación más activa en el evento. De esta manera, se cubrirá un proceso de tres unidades en una primera fase con el fin de retroalimentar en forma continua a los líderes y ejercer un seguimiento y control sobre las actividades llevadas a cabo en cada institución. Entre una unidad y otra se establecerá un proceso permanente de comunicación con los equipos coordinadores para estimular su trabajo y prestar la asesoría requerida.

8.2 CAPACITACION PARA LOS DOCENTES DE LAS FACULTADES Y DOCENTES DE CENTROS ASISTENCIALES.

Los docentes a su vez recibirán los talleres organizados por los equipos coordinadores en relación con cada unidad desarrollada en la sede central - Además Ascofame reforzará directamente este entrenamiento con talleres regionales sobre temas de interés para los respectivos docentes. Esta capacitación será complementada con trabajos prácticos en relación con la salud familiar.

Para la planeación de la capacitación la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Acfo y Acofaen tendrán en cuenta el siguiente proceso:

PROCESO PARA LA PLANEACION DE LA CAPACITACION



La secuencia muestra que cada equipo coordinador con la ayuda del material didáctico elaborado, llevará a cabo la capacitación de los docentes.

OBJETIVOS Y TEMAS DEL PROGRAMA DE CAPACITACION

PARA EQUIPOS COORDINADORES DOCENTES

PRIMERA UNIDAD

OBJETIVOS	CONTENIDOS
1. Analizar el Modelo de Salud Familiar en el Pregrado para las Facultades de Ciencias de la Salud.	Elementos del Modelo de Salud Familiar en el Pre-grado. Estrategias para implementación.
2. Identificar principios básicos de la salud de la familia.	a) Salud familiar - Recuento histórico Orígenes Evolución en países de desarrollados y en América Latina. b) Salud familiar: definiciones conceptos - principios - características de la práctica. c) Salud familiar - Bases intelectuales y científicas Teorías reduccionista y holística - conceptos de sistema y su aplicación a la salud de la familia Modelo relacional.
3. Identificar definiciones y funciones en relación con la familia.	Familia - Definiciones - Funciones - Ciclo vital de la familia - Elementos para la guía anticipatoria - Factores de riesgo a nivel de cada etapa del desarrollo de la familia. La familia como factor que influye en la salud y en la enfermedad, importancia de la familia como unidad de atención.
4. Analizar factores de distribución familiar.	Factores estresantes. Significado del estrés para la persona y la familia - Recursos intra y extrafamiliares en la crisis de la familia. Modos de adaptación - Instrumentos para detectar disfunción familiar - Manifestaciones sintomáticas APGAR familiar - Familiograma - Introducción a la terapia familiar.
5. Analizar sistemas para la elaboración de las historias clínicas de la familia	Historia clínica de la familia integral y orientada por problemas. Diseños para el mantenimiento de la salud.

OBJETIVOS	CONTENIDOS
6. Analizar estrategias para implementar la salud familiar en el Pre-grado	Justificación de los programas de salud de la familia en el Pre-grado-Objetivos de la salud de la familia en el Pre-grado - Contenidos de los programas de salud de la familia en el Pre-grado - Distribución académica por semestres - Organización de los programas de salud de la familia en el Pre-grado.
7. Analizar el trabajo de revisión curricular en las facultades.	Organización de los comités curriculares - Actividades desarrolladas en relación con la actualización del currículo. Planes para el futuro.
8. Identificar importancia de la educación permanente.	Conceptos de Educación Permanente Modalidades operativas de la educación permanente - Importancia y necesidad de la Educación Permanente
9. Analizar la importancia del trabajo interdisciplinario en los programas de salud de la familia.	Conceptos de Interdisciplinariedad Supuestos de la interdisciplinariedad Tipos de Interdisciplinariedad. Estrategias para el trabajo interdisciplinario en el Programa de salud de la familia.
10. Analizar la importancia de la comunicación en las relaciones familiares.	La comunicación en la familia. Relaciones entre padres e hijos. Estrategias para mejorar la comunicación familiar.

SEGUNDA UNIDAD

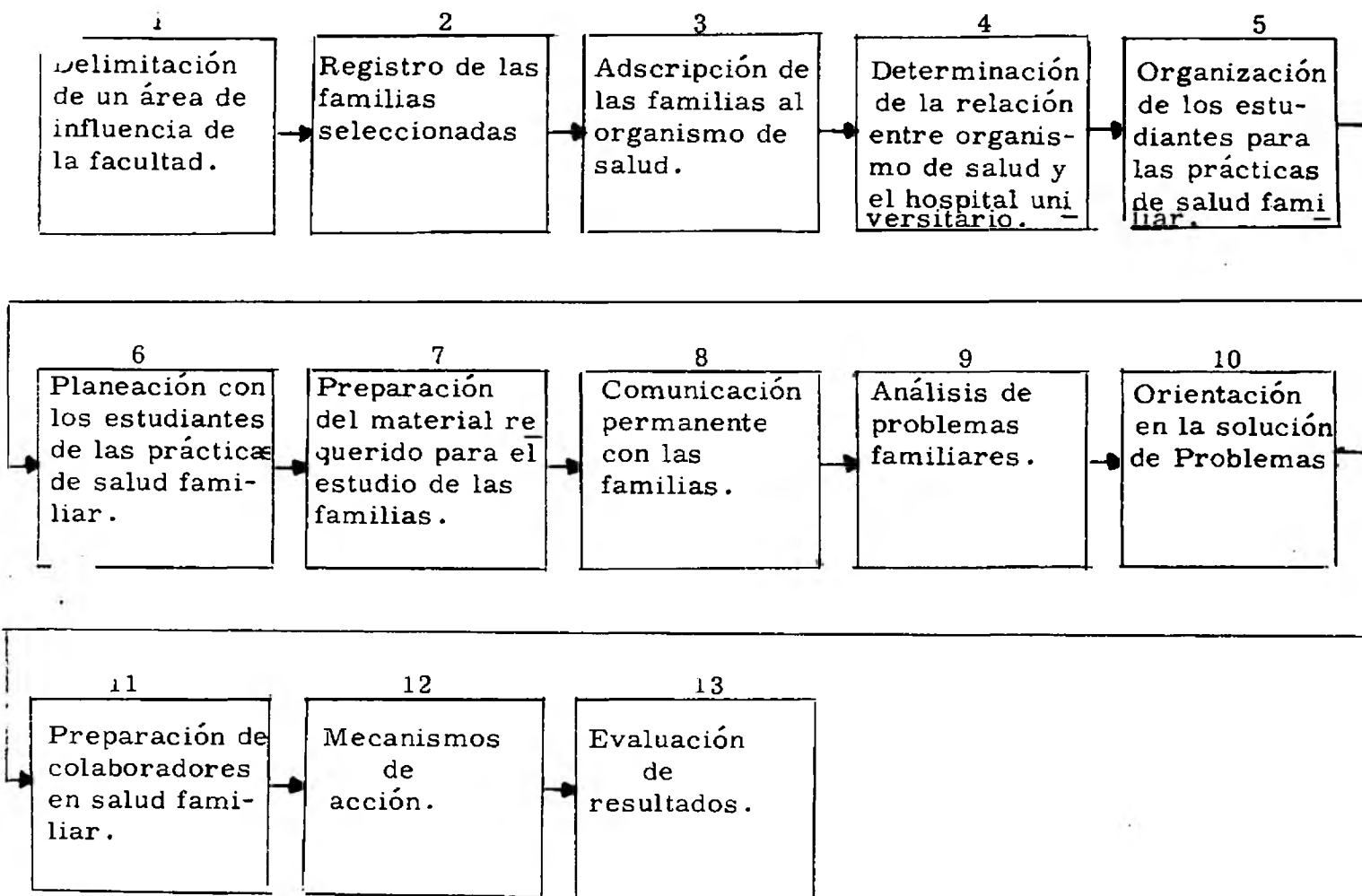
OBJETIVOS	CONTENIDOS
1. Analizar estrategias en relación con las prácticas de salud familiar.	Perfiles de la práctica familiar. Trabajo en un centro de atención familiar - Auto cuidado - Relación del Médico con los pacientes y su equipo de salud. Autoconocimiento. Seminarios Baliut.
2. Identificar estrategias para el fomento de la salud.	El estilo de vida y su influencia en la salud y la enfermedad. Hábitos - Utilización de los de protección - Contaminación ambiental.
3. Analizar estrategias para el trabajo comunitario.	Educación con la comunidad. Investigación participativa.
4. Analizar Metodologías para la revisión curricular.	Sistemas de revisión curricular empleados por las Facultades. Mecanismos de auto-evaluación curricular.
5. Identificar sistemas motivacionales para el trabajo con los estudiantes.	Conceptos de motivación - Teorías de la motivación - Estrategias motivacionales.
6. Analizar sistemas para la formación de valores y actitudes en los estudiantes.	Teorías y estrategias para facilitar la formación de valores y actitudes.
7. Identificar estrategias para el desarrollo de la creatividad.	La creatividad - Teorías - Estrategias para desarrollar la creatividad en los alumnos.
8. Analizar elementos fundamentales de la Psicología Social en el trabajo de salud familiar.	Estudio socio-económico de familias - Medicina folklórica y familia - Seguimiento de familias activas y no activas - Casos clínicos socio-epidemiológicos.
9. Analizar los trabajos de profundización elaborados por los equipos orientadores.	Presentación de diversos temas relacionados con la problemática de la salud de la familia.

TERCERA UNIDAD

OBJETIVOS	CONTENIDOS
1. Evaluar Modelos para una atención integrada de salud familiar .	Presentación de los distintos modelos adoptados por las facultades con sus lo <u>gos</u> y debilidades .
2. Evaluar los programas desarrolla <u>dos</u> en las facultades .	Análisis crítico de las diversas experien <u>cias</u> .
3. Evaluar Método para la educación en salud .	Análisis de diversas Metodologías para ofrecer educación en salud . Estrategias para la salud del individuo por ciclos de edad .
4. Investigar problemas epidemiol <u>ógicos</u> .	La investigación epidemiológica .
5. Analizar problemas administrati <u>vos</u> en el desarrollo de los progra <u>mas</u> .	Administración en salud .
6. Presentar los temas investigados por los equipos coordinadores .	Presentación de diversos temas investi <u>gados</u> por los equipos coordinadores .
7. Evaluar los mecanismos de autoe <u>valuación</u> .	Análisis crítico de los diferentes siste <u>mas</u> de autoevaluación .
8. Analizar proyecciones de la facul <u>tad</u> hacia el futuro	La facultad hacia el futuro .
9. Analizar innovaciones de la educa <u>ción</u> médica .	Principales innovaciones de la educación médica .

PASO 9 APLICACION DEL MODELO

Con las bases del entrenamiento y la capacitación de los comités coordinadores y de los docentes, se aplicará el modelo en las respectivas facultades, haciendo las adaptaciones pertinentes. Para facilitar la aplicación del Modelo, las facultades tendrán en cuenta los siguientes procesos:



Como puede observarse en el diagrama existiría una íntima interacción entre la facultad, el organismo de salud y el barrio o área de influencia seleccionada. En la facultad se ha formado anterior-

mente el equipo coordinador que serviría como su nombre lo indica, de orientador de las prácticas de salud familiar. El organismo de salud serviría de sede local para ubicar la unidad de salud familiar y de puente entre el barrio y el hospital universitario y demás instituciones que se requieran. Otro aspecto que se visualiza en el diagrama es todo el proceso de preparación del estudiante para realizar las prácticas y finalmente, los mecanismos de acción con las familias.

En esta práctica de salud familiar se aplicará un enfoque sistemático de solución de problemas; es decir, que el elemento integrador de la salud familiar estará dado a partir de la solución de problemas desde diferentes perspectivas:

- a) Estudiante ↔ Familia
- b) Estudiante ↔ Docente
- c) Prácticas de salud ↔ Currículo
- d) Docente ↔ Capacitación.

- a) Estudiante ↔ Familia. El estudiante estudiará la problemática familiar en forma integral con el fin de guiar a la familia en la búsqueda de alternativas de solución.
- b) Estudiante ↔ Docente. A la luz de los problemas prioritarios indentificados por los estudiantes, el docente orientará

el proceso de síntesis requerido por el estudiante en su formación integral con miras a lograr el perfil esperado.

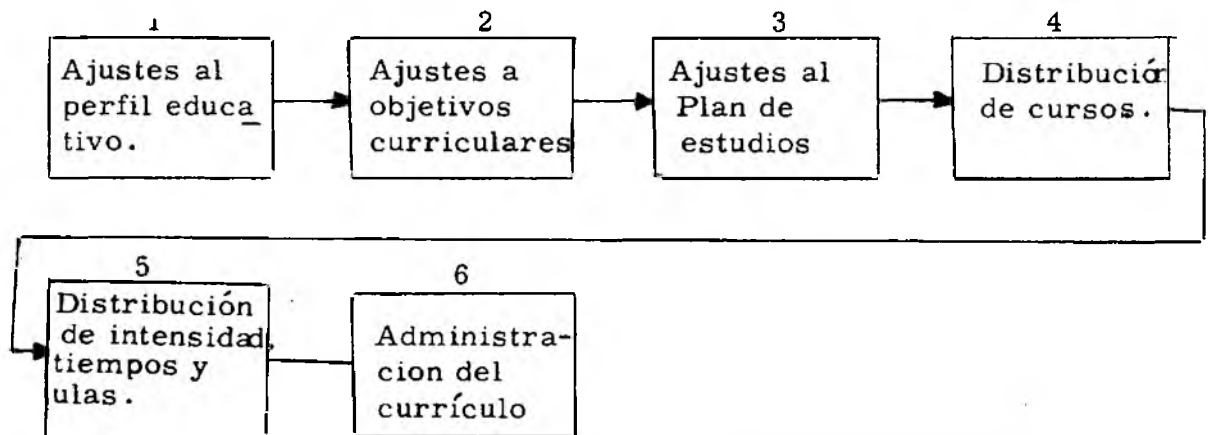
- c) Prácticas de salud ↔ Currículo. La salud familiar se convertirá en un eje transdisciplinario que atraviesa e integra todo el currículo en torno a la solución de problemas concretos que se generan en la familia y la comunidad.

- d) Docente ↔ Capacitación. Los docentes recibirán capacitación en Salud Familiar de acuerdo con la problemática detectada en cada facultad en relación con el tema objeto de estudio.

PASO 10 - AJUSTES CURRICULARES

Para facilitar la implementación del Modelo, los comités coordinadores trabajarán conjuntamente con los comités curriculares en las revisiones curriculares necesarias para la implementación del Modelo de salud de la familia.

Estos ajustes tendrán en cuenta el siguiente proceso:



- 1.- Los ajustes al perfil tendrán como objetivo incluir aquellas características y funciones propias del profesional general/familiar .
- 2.- Los ajustes a los objetivos curriculares permitirán incluir aquellos objetivos que atañen a la salud familiar .
- 3.- Los ajustes al plan de estudios facilitarán la inclusión de las asignaturas pertinentes a la salud familiar .
- 4.- La distribución de los cursos permitirá determinar la forma como se va a desarrollar el programa de salud de la familia .
- 5.- La organización en aulas, intensidad y tiempos determinará la dedicación que se le va a dar al programa de salud familiar .
- 6.- La administración del currículo ofrecerá mecanismos para la organización de docentes y estudiantes en el desarrollo de los programas de salud familiar, así como también, la determinación de otros recursos necesarios para el logro de los objetivos propuestos .

PASO 11. EVALUACION GENERAL DEL SUBPROGRAMA

El sub-programa No. 2 de salud familiar tendrá un componente sistemático de evaluación que cubre los siguientes aspectos:

Evaluación de contexto:

Características socio-demográficas del área de influencia seleccionada para implementar el Plan de Salud Familiar y estudio de políticas a ni-

vel nacional en cuanto atañe a la salud familiar .

Evaluación de Demanda: Incluye

- . Necesidades de la población objetivo del área de influencia.
- . Necesidades de capacitación de los docentes .

Evaluación del Proceso .

- . Marcha del Plan de Salud Familiar .
- . Calidad de la capacitación de los docentes

Evaluación del Producto .

- . Calidad del Programa implementado.
- . Desempeño de los docentes en el área de Medicina Familiar .
- . Evaluación del desempeño de los estudiantes
- . Impacto en la comunidad .

PASO 12 . DISEMINACION DE RESULTADOS

Una vez evaluado el Modelo como los resultados del mismo, serán puestos a disposición de otras Asociaciones de la Salud a través de artículos, in formes, documentos y eventos internacionales .

PASO 13 . ASESORIAS

La sede central de Ascofame estará lista para prestar asesoría al interior de las Facultades con el fin de fortalecer los programas de salud de la familia y a nivel internacional en acciones de extensión del modelo .

V- ORGANIZACION DEL SUBPROGRAMA No. 2

En este capítulo describiremos algunos aspectos de orden administrativo particularmente aquellos que se refieren a la organización del subprograma. Debemos aquí recordar los principales eventos y personas que participan en el subprograma en las diferentes etapas del proceso.

PRIMERA ETAPA: Pre-taller de expertos - Se organizará un pre-taller con representantes de programas que se vienen desarrollando en el país y expertos en esta área. Los participantes deberán presentar sus ponencias por escrito y trabajar en la elaboración de un programa de salud familiar en el pre-grado con sus estrategias para implementarlo

SEGUNDA ETAPA: Formación permanente para los equipos orientadores del programa de salud de la familia el cual estará organizado de la siguiente manera:

1. Sesiones presenciales con los equipos orientadores concentrados en un sitio tranquilo con el fin de adquirir la orientación requerida para dirigir los programas de salud de la familia. En cada sesión presen

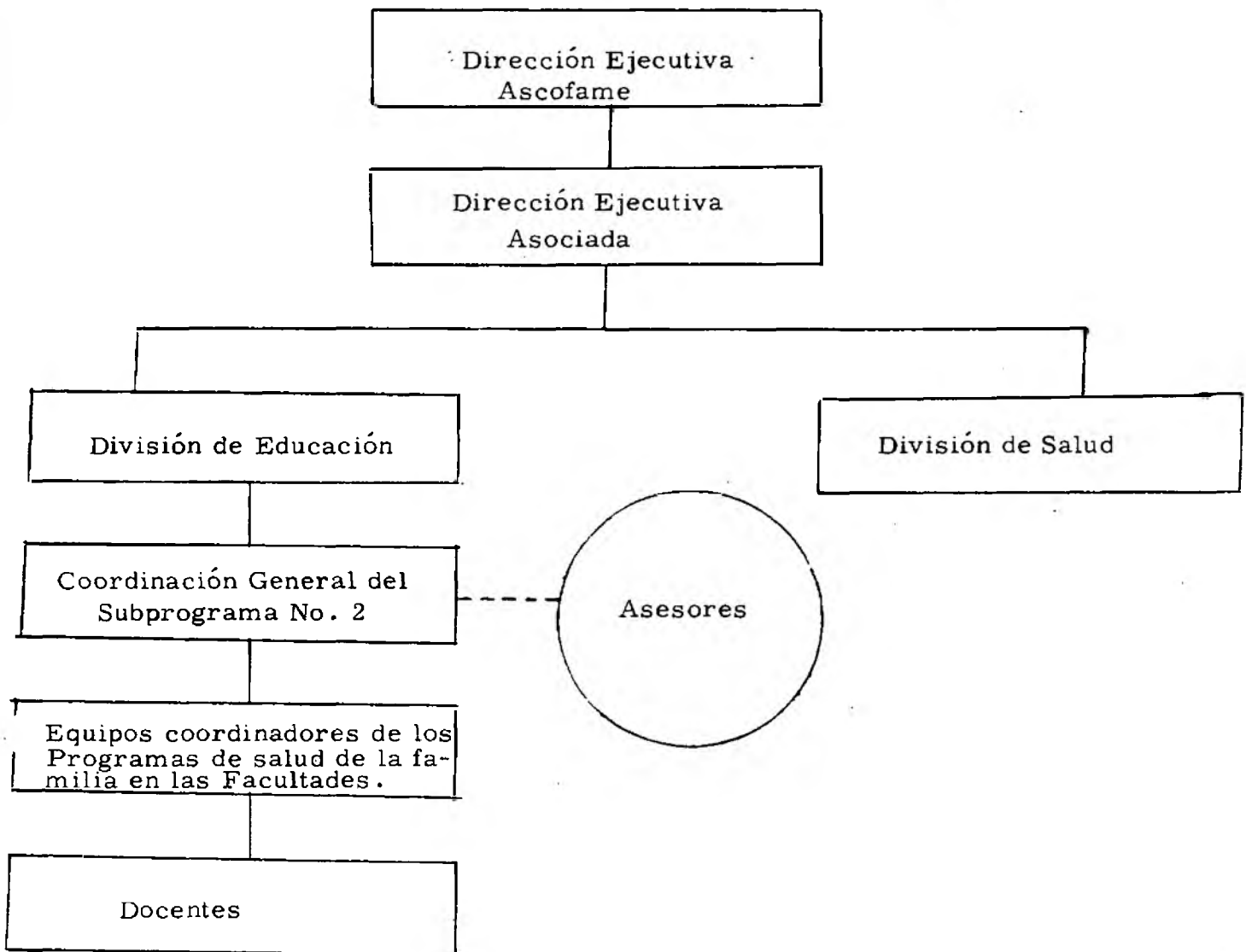
cial se cubrirá una unidad.

2. Estos equipos orientadores se reunirán periódicamente a nivel regional para continuar con la profundización de los temas y coordinar las actividades relacionadas con los programas de salud de la familia.
3. Con base en el estudio realizado y el trabajo de campo, cada equipo coordinador preparará un trabajo monográfico o ponencia para ser presentados en la unidad siguiente.
4. Los equipos coordinadores dirigirán al interior de sus respectivas facultades el Programa de salud de la familia.
5. Los equipos coordinadores tendrán también la responsabilidad de replicar los talleres recibidos con el fin de capacitar a los docentes en todo lo concerniente al programa de salud de la familia.
6. Los equipos coordinadores deberán presentar informes permanentes sobre las actividades desarrolladas en Ascofame.

TERCERA ETAPA - Capacitación de docentes. Los docentes serán capacitados por los equipos orientadores con el apoyo del material didáctico preparado para tal efecto. Ascofame organizará también talleres regionales en los sitios donde se considere necesario con el fin de complementar la capacitación.

ORGANIGRAMA

El organigrama en el cual se inscriben los funcionarios, equipos orientadores y docentes puede describirse de la siguiente manera



El organigrama muestra las siguientes relaciones de dependencia.

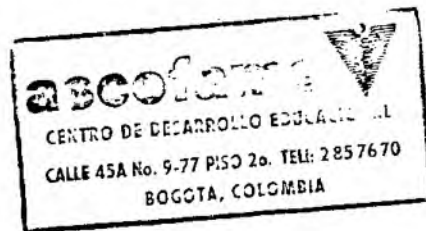
1. El Director Ejecutivo de Ascofame es el responsable general del

programa de atención primaria de salud Ascofame-Kellogg, en donde se encuentra el subprograma No. 2

2. El Jefe de la División de Educación es el directo responsable del subprograma No. 2 ante la Dirección Ejecutiva y es el asesor interno del subprograma
3. El coordinador general del subprograma No. 2 tiene bajo su responsabilidad la planeación, ejecución y evaluación de todas las actividades del mismo.
4. Los equipos coordinadores de las Facultades tienen bajo su responsabilidad dirigir los programas de salud de la familia en la respectivas instituciones y capacitar a los docentes sobre el mismo tema.

VI-85

mdeh.



BIBLIOGRAFIA

- Bowlby J: Effects on behaviour of disruption of an affectional bond. E
Eugenics Soc. Symp 4:94, 1968
- Carmichael, LP. The Relational Model A. Paradigm of Family Medicine
J. Florida M.A. 67: 860, 1980
- Dingle, JH, Badger GF, Jordon WS: Illness in the Home. Cleveland.
The Press of Case Western Reserve University, 1964
- Doherty, W.J.; Baird, MA Family Therapy and Family Medicine. The
Guilford Press, 1983
- Earle AM. Earle BV: Early maternal deprivation and later psychiatric
illness. Am J. Orthopsychiatr 31: 181, 1961
- Koestler, A. Janus: A Summing up Picador Pan Books London 1978
- Koestler, A. The Ghost in the Machine. Picador Pan Books London 1967
- Mcwhinney, IR. An Introduction to Family Medicine Oxford University
Press. 1981
- Minuchin, S. Fishman HC. Técnicas de Terapia Familiar. Ed. Paidós
Buenos Aires 1984
- Minuchin, S. Familias y Terapia Familiar. Ed. Gedisa. Buenos Aires
1982
- Meyer RS, Haggerty RJ: Streptococcal infections in families: Factors
altering individual susceptibility. Pediatrics 29: 539, 1962
- Medalie J.H, Snyder M, Groen J.J. et al Angina Pectoris among 10.000
men: Five-year incidence and univariate analysis. Am J. Med.
55: 583, 1973
- Medalie JH, Family Medicine. Principles and Applications. The Williams
& Wilkins Co. Baltimore. 1978
- Neser W.B. Fragmentation of black families and stroke susceptibility. En
Kaplan BH, Cassel JC: Family and Health. Chapel Hill University
of North Carolina, 1975

- \ Nuckolls, KB; Cassel J; KAPLAN BH. Psychosocial Assets, Life Crisis and the Prognosis of Pregnancy. Am. J. Epidemiol. 95:431, 1972
- \ Pless, IB, Satterwhite BB. A measure of family functioning and its implication Soc. Sci Med. 7:613, 1973
- \ Schmidt, DD. The Family as the Unit of Medical Care J. Fam. Pract. 7:303, 1978
- \ Smilkstein, G: The Cycle of Family Function: A Conceptual Model for Family Medicine. J. Fam. Pract 11:223, 1980
- \ Smilkstein, G. The Family APGAR. A. Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians. J. Fam. Pract 6: 1231, 1978.
- \ Spann, SJ. Conferencia en las Segundas Jornadas de Medicina Familiar. Panamá. 1983
- \ Prince- Embury, S. The Family Health Tree: A for Identifying Physical Symptom Patterns Within the Family. J. Fam. Pract 18:75, 1984

Asociación Colombiana de
Facultades de Medicina

Fundación W.K. Kellogg

PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

SINTESIS SUBPROGRAMA No. 2

MEDICINA GENERAL/FAMILIAR

GRUPO DE TRABAJO :
Dr. Diego Mejía, Coordinador
Dr. Hernando Medina, Coordinador Asociado
Dr. Humberto Janer
Od. Jorge Torres , ACFO
Enf. Gilma de Ospino, ACOFAEN
Soc. Diego Giraldo
Ed. Nelsa de Astaíza
Enf. Jacqueline de Uriza
Estco. Manuel Leguizamón
Ed. Elsa Vargas, Asesora Ministerio de
Educación

Bogotá, D.E. Junio 12 de 1985

INTRODUCCION.

El subprograma No. 2 denominado "Fortalecimiento de la enseñanza de la salud general/familiar en el pre-grado" está determinado como el conjunto de estrategias encaminadas a la incorporación y mejoramiento de los programas de salud familiar en las Facultades de Ciencias de la Salud con miras a formar al profesional General/Familiar.

II - OBJETIVOS DEL SUBPROGRAMA No. 2

Objetivo General.

Diseñar, implementar y evaluar un Modelo de atención y enseñanza-aprendizaje de salud general familiar que pueda ser aplicado en el Pre-grado de las Facultades de Ciencias de la Salud.

Objetivos Específicos.

- Capacitar mediante un sistema de Educación Permanente, equipos coordinadores del Programa de Salud Familiar, con el fin de que estén en condiciones de organizar estos programas en el pregrado y servir de agentes multiplicadores de los talleres de capacitación para llevar a cabo este proceso con los docentes.
- Capacitar mediante la acción de los equipos coordinadores, a los docentes de las facultades de Ciencias de la Salud (Medicina, enfermería, odontología) en aspectos fundamentales de la Salud Familiar para que los implementen en su práctica docente.
- Asesorar a las facultades en el perfeccionamiento de los mecanismos de planeación, ejecución y evaluación del programa de Salud Familiar en el Pregrado.
- Promover modificaciones curriculares pertinentes para el desarrollo de los programas de salud familiar en el pre-grado de los estudiantes de ciencias de la salud.

- Desarrollar acciones interdisciplinarias que faciliten la atención integral de la salud de la familia en los diferentes campos de práctica.

- Evaluar la calidad de la capacitación y de los materiales empleados en el subprograma No. 2.

III - FUNDAMENTACION DE LA SALUD FAMILIAR.

Dentro de la fundamentación del subprograma se tienen en cuenta las siguientes tendencias : Las teorías holísticas, el modelo relacional, la familia, sus ciclos vitales, riesgos, crisis e intervención, la coordinación de la atención y los principios universales de la Medicina Familia.

IV - PASOS PARA LA ELABORACION DEL MODELO DE SALUD DE LA FAMILIA.

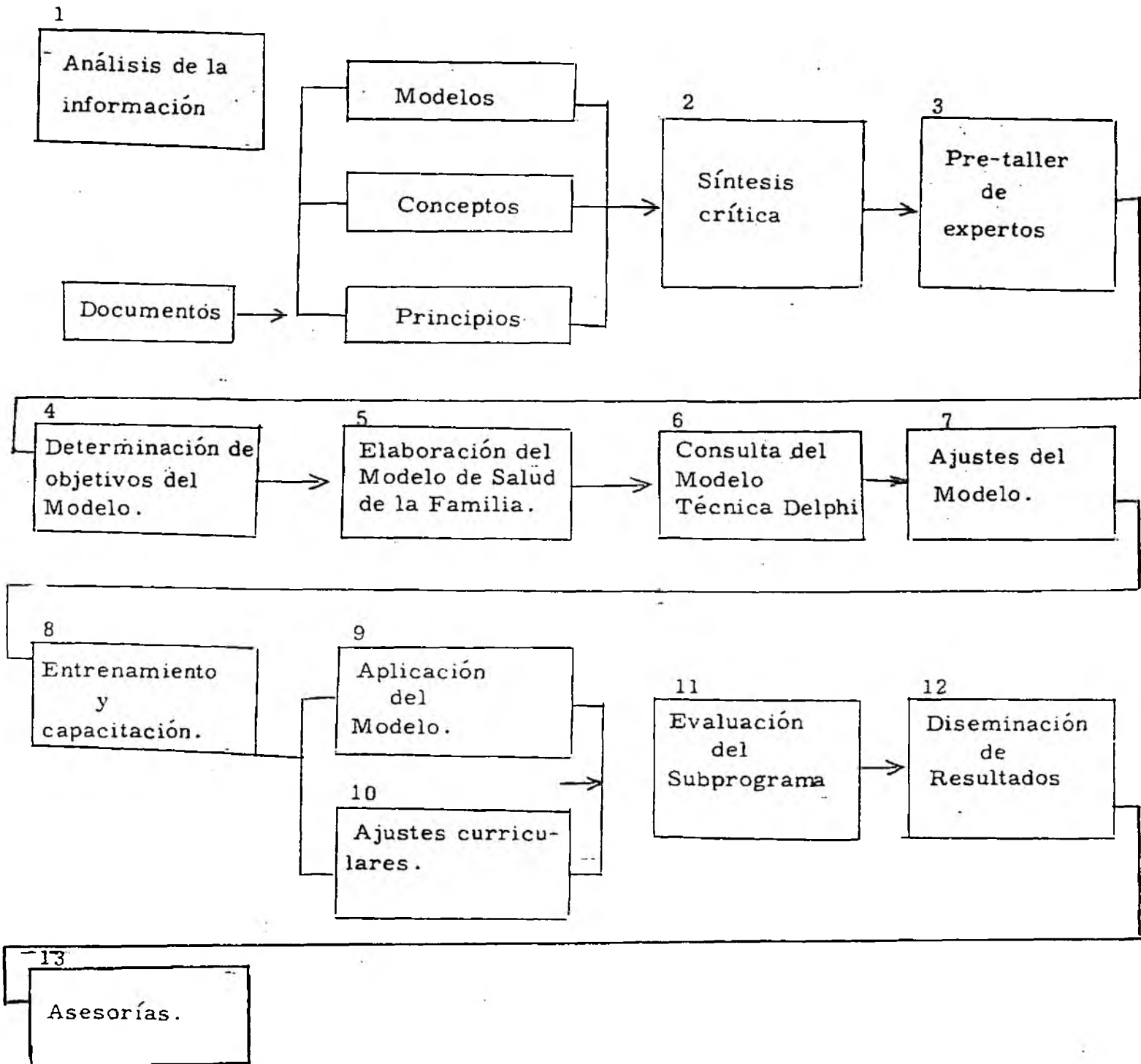
En este capítulo presentaremos aquellos aspectos metodológicos que sirven de base para la elaboración del Modelo de Salud de la Familia, propósito fundamental del subprograma No. 2.

Se ha acordado un proceso metodológico de trece pasos :

1. Análisis de la información.
2. Síntesis crítica.
3. Pre-taller de expertos.
4. Determinación de objetivos del Modelo.
5. Elaboración del Modelo de Salud de la Familia.
6. Consulta del Modelo mediante la técnica Delphi.
7. Ajustes al Modelo.
8. Entrenamiento y capacitación.
9. Aplicación del Modelo
10. Ajustes curriculares.
11. Evaluación del Subprograma.
12. Diseminación de resultados.
13. Asesorías.

PASOS PARA LA ELABORACION DEL MODELO

FLUJOGRAMA



El flujograma muestra la secuencia de pasos que se prevén como indispensables en el desarrollo de un modelo de salud de la familia. Cada uno de estos se explica a continuación :

Paso 1 - Análisis de la Información.

Esta parte considera una revisión bibliográfica sobre las teorías y prácticas en relación con la salud familiar.

Paso 2 - Síntesis Crítica.

Con base en la revisión bibliográfica se elaborarán documentos que condensen las principales teorías y experiencias analizadas al respecto.

Paso 3 - Pre-taller de Expertos.

En este Pre-taller se debatirán los temas fundamentales que van a ser tratados posteriormente en la capacitación de los docentes y se diseñará una propuesta de programa de salud de la familia para el Pre-grado.

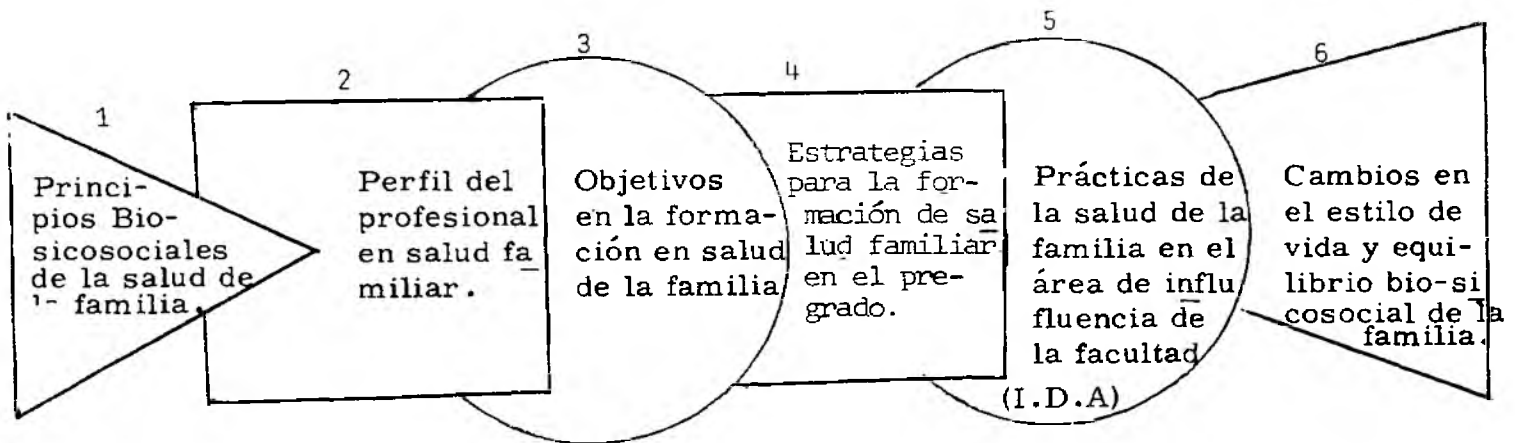
Paso 4 - Determinación de los Objetivos del Modelo.

- Estimular las prácticas de la salud de la familia en el Pre-grado.
- Determinar los conocimientos, habilidades y destrezas que debe dominar el estudiante de Pre-grado desde el punto de vista de la salud familiar.
- Diseñar estrategias que fortalezcan las prácticas de la salud de la familia en el Pre-grado.
- Proponer los ajustes curriculares requeridos para las prácticas de

salud de la familia en el Pre-grado.

Paso 5 - Elaboración del Modelo de la Salud de la Familia en el Pre-grado.

Con base en el pre-taller y el análisis de la información, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en colaboración con ACFO y ACOFAEN elaborará un modelo de salud de la familia, teniendo en cuenta 6 elementos básicos :



Paso 6 - Consulta del Modelo.

Mediante la aplicación de la técnica Delphi se efectuará una consulta a un número reducido de expertos con el fin de recibir feed-back sobre el Modelo hipotético trazado en relación con el programa de salud de la familia en el Pre-grado.

Paso 7 - Ajustes al Modelo.

Una vez analizada la información acumulada mediante el juicio de expertos se harán las modificaciones pertinentes al Modelo planteado.

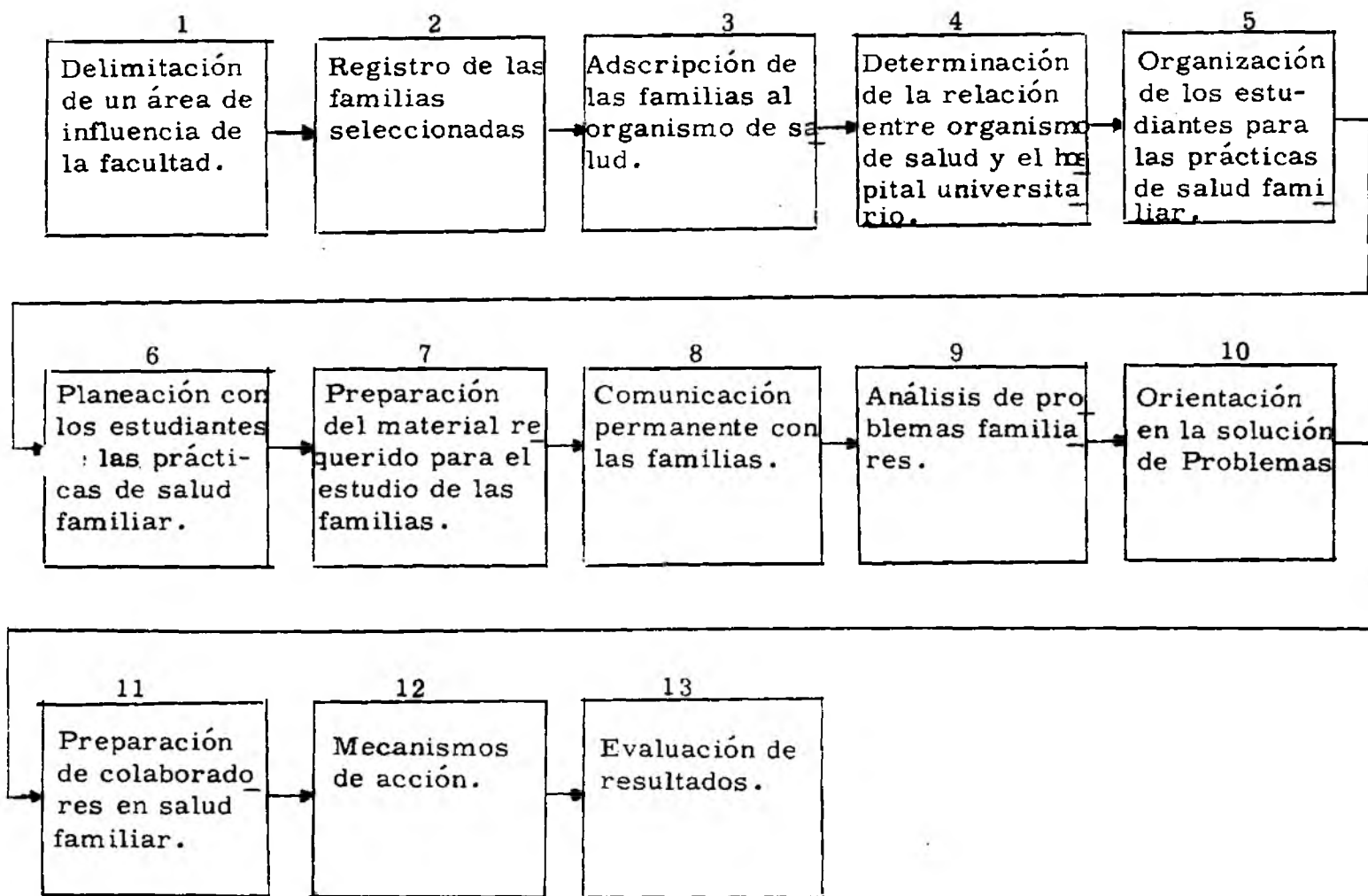
Paso 8 - Entrenamiento y Capacitación.

La capacitación cubrirá dos niveles :

- Capacitación para los equipos coordinadores de los programas.
- Capacitación para los docentes de las facultades y centros asistenciales.

Paso 9 - Aplicación del Modelo.

Con las bases del entrenamiento y la capacitación de los comités coordinadores y de los docentes, se aplicará el modelo en las respectivas facultades, haciendo las adaptaciones pertinentes. Para facilitar la aplicación del Modelo, las facultades tendrán en cuenta los siguientes procesos :



Como puede observarse en el diagrama existirá una íntima interacción entre la facultad, el organismo de salud y el barrio o área de influencia seleccionada. En la facultad se ha formado anteriormente el equipo coordinador que servirá como su nombre lo indica, de orientador de las prácticas de salud familiar. El organismo de salud serviría de sede local para ubicar la unidad de salud familiar y de puente entre el barrio y el hospital universitario y demás instituciones que se requieran. Otro aspecto que se visualiza en el diagrama es todo el proceso de preparación del estudiante para realizar las prácticas y finalmente, los mecanismos de acción con las familias.

Paso 10 - Ajustes Curriculares.

Para facilitar la implementación del Modelo, los comités coordinadores trabajarán conjuntamente con los comités curriculares en las revisiones curriculares necesarias para la implementación del Modelo de salud de la familia.

Paso 11 - Evaluación General del Subprograma.

El subprograma No. 2 de salud familiar tendrá un componente sistemático de evaluación que cubre los siguientes aspectos :

Evaluación de contexto :

Características socio-demográficas del área de influencia seleccionada para implementar el Plan de Salud Familiar y estudio de políticas a nivel nacional en cuanto atañe a la salud familiar.

Evaluación de Demanda : Incluye.

- . Necesidades de la población objetivo del área de influencia.
- . Necesidades de capacitación de los docentes.

Evaluación del Proceso.

- . Marcha del Plan de Salud Familiar.
- . Calidad de la capacitación de los docentes.

Evaluación del Producto.

- . Calidad del Programa implementado.
- . Desempeño de los docentes en el área de Medicina Familiar.
- . Evaluación del desempeño de los estudiantes.
- . Impacto en la comunidad.

Paso 12 - Diseminación de Resultados.

Una vez evaluado el Modelo como los resultados del mismo, serán puestos a disposición de otras Asociaciones de la Salud a través de artículos, informes, documentos y eventos internacionales.

Paso 13 - Asesorías.

La sede central de Ascofame estará lista para prestar asesoría al interior de las Facultades con el fin de fortalecer los programas de salud de la familia y a nivel internacional en acciones de extensión del Modelo.

PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE LA ATENCIÓN
PRIMARIA DE SALUD

SUB-PROGRAMA No. 3

LA DOCENCIA ASISTENCIA EN EL NIVEL PRIMARIO:

MODELO OPERATIVO

GRUPO DE TRABAJO:

Ed.D. Vicente Zapata, Coordinador
Ed. Nelsa de Astaiza, Coordinadora Asociada
Dr. Humberto Janer
Od. Jorge Torres, ACFO
Enf. Gilma de Ospino, ACOFAEN
Dr. Hernando Medina
Estco. Manuel Leguizamón
Ed. Elsa Vargas, Asesora del Ministerio de Educación.

Bogotá, mayo 31 de 1985

C O N T E N I D O

CAPITULO I

LA DOCENCIA ASISTENCIA

CAPITULO II

FUNDAMENTOS TEORICOS PRACTICOS DEL SUBPROGRAMA

CAPITULO III

METODOLOGIA

CAPITULO IV

ORGANIZACION DEL SUBPROGRAMA

CAPITULO I

LA DOCENCIA ASISTENCIA

" La Integración Docente Asistencial (IDA) es el proceso mediante el cual, a partir del conocimiento de la comunidad, se vinculan los esfuerzos docente, asistencial y de investigación en forma dinámica, con el propósito de formar recursos humanos para la salud, ampliar la cobertura de los servicios, elevar la calidad de los mismos, promover una mejor asistencia y mejorar los niveles de salud" (Chaves et al.Pag.52).

1.0 El Problema

En la primera parte del presente capítulo nos referimos a tres aspectos teórico prácticos que contribuyen a la aclaración del problema objeto del Subprograma No.3 ASCOFAME-W.K.KELLOGG: Desarrollo de Métodos de Enseñanza en el Area Clínica y su Aplicación en la Docencia-Asistencia a través del entrenamiento en Servicio y el Apoyo Educacional a Docentes. Estos tres aspectos son : (a) la definición del problema, (b) las justificaciones para abordar el estudio del problema (c) los elementos constitutivos del problema.

En la segunda parte presentaremos los objetivos y preguntas que desea lograr y responder el subprograma y algunos aspectos de orden teórico que fundamentarán las acciones del mismo.

1.1 Definición del problema

El problema que nos ocupa es el de la formación de los docentes que participan en el entrenamiento de profesionales de ciencias de la salud, dentro del esquema de docencia-asistencia, sean estos los profesores de las facultades o profesionales dedicados a la asistencia. El objeto de nuestro trabajo se centra en la indagación de la situación docente asistencial, en el análisis de sus elementos y mecanismos operativos, en el ensayo de estrategias de orden metodológico y en el empleo de materiales y esquemas de entrenamiento que conduzcan a la elaboración de un modelo de docencia-asistencia que se adecúe a las condiciones y presupuestos teóricos y prácticos de la Integración Docente Asistencial en el país y en América Latina.

El problema se puede enunciar de diferentes maneras: (a) la capacitación de los profesionales de los servicios de salud y en general de los docentes del área profesional y clínica en métodos de enseñanza, que incluyen la planeación, la evaluación y la comunicación de experiencias de aprendizaje para los estudiantes que acuden a los centros asistenciales en busca de entrenamiento, es deficiente; (b) el apoyo tecnológico-educacional para la realización de los programas de docencia asistencia, que incluyen la creación de condiciones favorables a la docencia y el aprendizaje, tales como el uso de medios y materiales audiovisuales y de estrategias eficaces de comunicación y demostración, es escaso; (c) no existe suficiente claridad por parte de las instituciones educativas y asistenciales sobre los papeles, responsabilidades, modos de interacción y supervisión de los procesos educativos que se llevan a cabo en las instituciones de servicio con el apoyo y reconocimiento de las facultades de ciencias de la salud; y (d) las experiencias obtenidas en los programas de docencia-asistencia no afectan como deberían la evaluación de los planes de estudio de las facul-

tades que participan en ellos ya que los mecanismos de comunicación de tales experiencias son escasos o ningunos.

En resumen, el problema objeto de estudio es una situación deficitaria que aparece en los programas docente-asistenciales, caracterizada por desfases en la planeación educativa, la informalidad de los procesos educativos, la falta de información sobre los resultados logrados en los estudiantes, la escasez de recursos para apoyar la docencia asistencia y la preparación deficiente de los docentes asistenciales para dirigir las experiencias educacionales.

Las anteriores consideraciones acerca de la naturaleza del problema nos obligan a introducir una definición del término que hemos venido usando: "docencia-asistencia". Ya hemos incluido en la introducción del presente capítulo la definición de IDA.

Sin embargo, una parte de este proceso en el cual se aunan esfuerzos docentes, asistenciales e investigativos con el propósito de formar recursos humanos para la salud, ampliar la cobertura de los servicios y mejorar su calidad, está constituida por el "evento docente asistencial" en si mismo. Este podría definirse como el planeamiento, ejecución y evaluación de estrategias educativas dirigidas a la adquisición, por parte de estudiantes de pregrado de ciencias de la salud, de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes necesarias y propias de su futuro desempeño profesional. El evento docente asistencial puede ocurrir como es obvio, en cualquiera de los tres niveles de atención de salud. Tradicionalmente lo ha sido en el nivel terciario, correspondiente al hospital universitario. En nuestro caso, el interés primordial está en el evento docente asistencial - que ocurre en el nivel primario.

En conclusión podemos anotar que el problema objeto de estudio es la docencia-asistencia con sus características y modalidades regionales y locales, en busca de un modelo operativo que permita un mejoramiento

to cualitativo de la formación de los recursos humanos en salud, (médicos, odontólogos y enfermeras) al tiempo que influya en el mejoramiento de la prestación de los servicios y de la interacción entre el sector educativo y el asistencial para la planeación ejecución y evaluación de los programas docente-asistenciales.

1.2 Justificaciones

La necesidad de ubicar al estudiante de pregrado en ciencias de la salud, particularmente el de medicina, enfermería y odontología, en contacto con los problemas de salud más cercanos a su futuro de sempaño profesional, ha sido reconocida por los educadores en salud durante los últimos veinte años. Esta necesidad no está solamente determinada por la urgencia de un contacto con la patología prevalente en el futuro medio ambiente de trabajo del agente de salud, sino también por la búsqueda de du desarrollo como administrador de los servicios, como epidemiólogo y como agente educativo de la comunidad.

La formación que se recibe en el nivel primario de atención tiene mayores posibilidades de producir los resultados esperados ya que tipifica mejor los elementos de la problemática de salud que el estudiante abordará como parte central de su futuro desempeño profesional.

La prestación de los servicios de salud en Colombia ha venido evidenciando cambios que surgen a partir de la creación del Sistema Nacional de Salud y sus diferentes esquemas operativos (regionaliización, referencias, etc). Estos cambios han afectado y continuarán afectando la estructura de la demanda de los servicios de salud en los hospitales universitarios, tradicionalmente dedicados a la formación de los recursos humanos para la salud con una es-

estructura de demanda variada en la que era posible una muestra de todos los niveles de complejidad de los problemas de salud.

Por esta razón, y por fuerza de la legislación sobre docencia y asistencia, las facultades de ciencias de la salud envían cada año un mayor número de estudiantes a centros asistenciales que tipifiquen mejor la estructura de los problemas de salud de la comunidad.

Desde otro punto de vista, las facultades de salud se han fortalecido en su capacidad formadora de recursos a nivel especializado tanto del área clínica, como de la básica y social, incluyendo en esta la administración de salud. A medida que el hospital universitario se torna más especializado en su doble carácter docente y asistencial, disminuye las condiciones y posibilidades como centro para el desarrollo de la capacitación a nivel de pregrado. De esta manera surgen los convenios de docencia asistencia encaminados a llevar al estudiante a otros centros de interés para su formación profesional.

La facultad contribuye eficazmente en la capacitación del estudiante de pregrado en el área de su formación básica y clínica pero es en los centros docente-asistenciales donde con mayor asiduidad, se hacen contribuciones decisivas en la formación clínica y social de estos mismos estudiantes. Por ello, un adecuado desarrollo de los programas de entrenamiento clínico y social de pregrado supone la aplicación de mecanismos educativos que mejoren las condiciones del medio ambiente en que se realizan.

Una proporción muy escasa de programas docente-asistenciales en el nivel primario de atención, goza de los recursos para su adecuado desarrollo. Una de las limitaciones más evidentes es la poca preparación de los docentes asistenciales en aspectos críticos de la docencia y el aprendizaje que ellos deben manejar con los estudiantes

de pregrado que llegan al centro asistencial para su entrenamiento. A esta condición se añade una serie de limitaciones del medio ambiente asistencial que no contribuye a un adecuado desarrollo de las experiencias educacionales de los estudiantes. Entre ellas está el escaso apoyo tecnológico-educativo y científico a las instituciones de servicios para ejercer adecuadamente la docencia-asistencia.

En resumen, el subprograma 3 se ubica en el medio ambiente de la docencia asistencia de nivel primario en su fase de búsqueda de un modelo que sea reproducible para los otros dos niveles en donde esta se realiza. Es allí donde se anudarán los recursos de la Universidad y de los servicios para decifrar una variedad de maneras para abordar el proceso de formación de manera sistemática y con el apoyo de los recursos de la tecnología educativa. Las facultades de salud - prestarán su concurso a través del personal docente y de su capacidad para generar materiales y estrategias. Los servicios aportarán la - realidad asistencial que les es propia, los docentes asistenciales - que en ellos laboran y los recursos logísticos existentes. El subprograma realizará sus aportes a través del concurso técnico de su equipo central y por medio de la capacitación apoyo técnico necesario para hallar, entre todos, una respuesta en términos de un modelo de docencia-asistencia adecuado a las necesidades del país y de la región.

No debemos dejar de hacer claridad sobre los subproductos de orden práctico que se espera resultarán del trabajo que desarrolle el subprograma : (a) aportes a la clarificación de los esquemas de relación entre universidad y servicios cuando se trata de la formación de recursos humanos; (b) contribuciones a la metodología de la capacitación docente en servicio, (c) un modelo de docencia-asistencia con aportes de diferentes regiones del país que comporten elementos variados de la misma problemática, (d) entrenamiento de los docentes de las facultades y de los servicios con una variedad de metodolo-

gías y de materiales instruccionales, (e) reforzamiento de la educación en salud en cinco polos de desarrollo a través de la capacitación de líderes en ese campo, y (e) contribuciones a la aclaración de mecanismos para retroinformar al currículo de las facultades de ciencias de la salud a partir del análisis de la docencia-asistencia.

1.3 Elementos del Problema.

A medida que el estudio de la situación docente asistencial avance, será posible visualizar una variedad de elementos aún no reconocibles. Sin embargo, los aspectos más destacados de la problemática - que nos ocupa son los siguientes: (a) las relaciones entre facultad y servicios en cuanto a la planeación, ejecución, evaluación y supervisión y control de los programas docente asistenciales; (b) la manera como se llevan a cabo los procesos instruccionales y de aprendizaje en la situación docente-asistencial; (c) la situación del medio ambiente asistencial; (c) la situación del medio ambiente asistencial para llevar a cabo su misión formadora y (d) el papel de los subcentros (Ver 4.0) en la generación de respuestas a los problemas que presentan los tres aspectos anteriores.

2.0 Objetivos del Subprograma

Objetivo General:

- Diseñar e implementar, con base en el análisis y enriquecimiento de varias experiencias de docencia en los servicios de salud, un modelo de docencia asistencia que pueda ser aplicado conjuntamente por las instituciones educativas y asistenciales en la formación de recursos humanos para la salud.

Objetivos Específicos:

- Identificar por medio de investigación las necesidades críticas de la docencia asistencial en cada uno de cinco subcentros en los que se desarrollará el subprograma.
- Realizar una serie de intervenciones de carácter tecnológico-educativo en la situación docente asistencial con el fin de potenciar los procesos de docencia y aprendizaje que en ella ocurren.
- Asesorar a las instituciones educativas y asistenciales en el perfeccionamiento de los mecanismos de planeación, ejecución y evaluación de la docencia asistencial con el fin de sistematizar los procesos educativos.
- Evaluar las intervenciones, los métodos, materiales y el impacto de estos sobre la situación docente asistencial con el fin de sintetizar los elementos claves para un modelo de docencia-asistencia.

3.0 Preguntas que se desea contestar

El subprograma desea dar respuesta a preguntas como las siguientes:

- Cuáles deberían ser los elementos básicos para el establecimiento de un modelo operativo para la docencia-asistencia?
- Cuáles son las necesidades básicas de los docentes asistenciales en términos de capacitación y recursos indispensables para llevar a cabo la docencia-asistencia?
- Cuáles son las funciones de los perfiles profesionales y ocupacionales que entran en juego en la situación docente asistencial del nivel primario?

- Cuál es el impacto de un programa de intervenciones sobre la situación docente asistencial en términos del mejoramiento en la calidad de los procesos docentes y de aprendizaje que en ella ocurren?
- Cuál puede ser un esquema generalizable para llevar a cabo el planeamiento, ejecución y evaluación de los procesos docente-asistenciales?

4.0 Actividades Básicas del Subprograma.

Para cumplir con los objetivos propuestos, el subprograma desarrollará en los tres años de su vigencia, una variedad de actividades entre las cuales se destacan las siguientes:

- Crear un centro nacional con sede en ASCOFAME, que sirva de apoyo al subprograma 3 y permita el reforzamiento tecnológico para la docencia-asistencia a través de la red de subcentros que operarán en Colombia promovidos por las diferentes facultades de salud.
- Crear cinco subcentros para el desarrollo de la docencia-asistencia constituidos por facultades de medicina, odontología y enfermería con un organismo de salud a nivel primario, en el que ellas tengan programas de docencia-asistencia.
- Conformar cinco equipos de líderes locales multiplicadores en cinco áreas de influencia docencia-asistencial para desarrollar con ellas intervenciones de tipo tecnológico educativo en las instituciones docente asistenciales.
- Realizar acciones de educación permanente en servicio para la capacitación de líderes del subprograma y usuarios del mismo.
- Seleccionar estrategias y producir (adaptar) materiales para el entrenamiento de líderes y usuarios del subprograma.

- Ejecutar y evaluar el programa de intervenciones sobre la situación docente asistencial para el análisis y concreción de un modelo de docencia-asistencia.

RESUMEN.

En este capítulo hemos planteado el problema objeto de estudio: la docencia-asistencia para la formación de médicos, odontólogos y enfermeras. El análisis de este proceso, la aplicación de estrategias para mejorar su eficacia educacional y el uso de mecanismos de carácter organizacional permitirán la aclaración de un modelo de docencia-asistencia que surja de sub-centros ubicados en cinco regiones geográficas del país y que pueda tener aplicación en el nivel nacional y regional.

CAPITULO 2

FUNDAMENTOS TEORICO - PRACTICOS DEL SUBPROGRAMA

2.1 Introducción:

En el presente capítulo nos ocuparemos de algunos elementos de orden general que constituyen el marco de referencia del SP-3. Partiendo de lo general hacia lo específico nos referiremos, en primer lugar, a la atención primaria de salud que enmarca los tres subprogramas ASCOFAME-KELLOGG. Enseguida, trataremos el tema de la formación profesional haciendo particular énfasis en aquellos aspectos de la misma que son evidentes y de importancia en la situación de docencia-asistencia. En tercer lugar dedicaremos algunas páginas a la descripción de las características y modos de operar la interacción docente asistencial. En una cuarta parte revisaremos conceptos básicos sobre la tecnología educativa dentro del contexto de la formación profesional y dentro del marco de la docencia-asistencia. Finalmente nos referiremos a la metodología de la investigación-acción que es el marco de referencia del proceso de trabajo que llevará a cabo el grupo del SP-3.

2.2 La Atención Primaria de Salud. (APS)

Diferentes definiciones se han intentado acerca de la APS según el enfoque que se emplee para su interpretación. La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como: "Asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar" (OMS, UNICEF, 1978).

Se define también la Atención Primaria de Salud como "una estrategia para prevenir, curar, rehabilitar y fomentar la salud en toda la población mediante el empleo de métodos y tecnologías sencillas que hacen que los servicios sean factibles de financiar" (Convenio Colombo-Holandés de Salud, 1981).

El concepto de atención primaria de salud lleva implícitas varias connotaciones que definen sus características:

- La atención primaria de salud es mucho más que la simple extensión de los servicios asistenciales de salud; es parte del desarrollo social y económico de la comunidad.
- La atención primaria de salud se centra en la solución de los principales problemas sanitarios de la comunidad, con el fin de atender no solo las necesidades básicas de salud física y mental del individuo sino también las necesidades relacionadas con el medio que los rodea y que afectan la salud individual y colectiva.
- La atención primaria de salud debe ser accesible a todos los miembros de la comunidad, lo cual implica la contribución de la misma con su máximo esfuerzo para su propio desarrollo sanitario.
- La atención primaria de salud requiere de la participación activa de la comunidad en la detección y solución de los problemas que la aquejan (planificación de los servicios) y en la ejecución y control de las actividades programadas para modificar la patología de la comunidad (organización y administración de la atención primaria).
- La atención primaria de salud, por ser parte integrante del proceso de desarrollo socio-económico, requiere que sus actividades se apoyen necesariamente en la debida coordinación, en todos los niveles con otros sectores de desarrollo social como el educativo, el agrícola, la vivienda, los servicios públicos, las comunicaciones y la industria.

En tal virtud, la atención primaria requiere que el personal de salud que trabaja en ese nivel sea formado y capacitado de tal manera que esté en condiciones de ejercer su desempeño profesional de acuerdo con las demandas de morbilidad propias de la población objeto de los programas y sea capaz de solucionar problemas y tomar decisiones de acuerdo con las

características del medio y del nivel de atención de la salud en que le corresponde actuar. Es por esta razón que el concepto de la Atención Primaria de Salud guarda estrecha relación con el proceso de docencia-asistencia, si se tiene en cuenta que este proceso permite que el aprendizaje se obtenga como resultado de la vicencia directa del desempeño real.

2.2.1 Evolución histórica del concepto de Atención Primaria.

El concepto de atención primaria de salud entendida como la estrategia para extender la prestación de servicios básicos de salud, ha ido evolucionando a través de los distintos períodos históricos, tal como se anota en el estudio "Experiencias en Atención Primaria", (Convenio Colombo Holandés de Salud, 1981). La APS, se describe en ese documento, como una forma de prestación de servicios de salud que evoluciona a lo largo de tres períodos claramente identificables.

- Período precolombino, caracterizado por los rituales mágicos ejercidos por brujos y curanderos en las culturas primitivas y una mezcla evidente entre religión y salud.
- Período conquista - colonia en el cual es evidente el incremento de las enfermedades importadas como la viruela y el debilitamiento general de la salud de los indígenas y negros por condiciones precarias de alimentación y salubridad. Los servicios de salud son prestados a los españoles por médicos de la península y a los indígenas por los sacerdotes católicos. Este es el comienzo de los servicios de beneficencia.
- Período republicano. Alrededor de 1930 aparecen los servicios de salud y seguridad social con el objeto de proteger la fuerza laboral. Aparecen los dispensarios de salud, con estudios y políticas acerca de las relaciones del sector salud con otros del desarrollo general de la sociedad.

Justamente se amplía el énfasis en la cobertura, como una política estatal y diferentes estrategias de planificación que concluyen en

la ambiciosa meta de salud para todos en el año 2.000.

2.2.2 La Política de Salud Actual y la APS.

- La política actual del gobierno sobre la salud en Colombia se encuentra expresada en el documento "Hacia la Equidad en Salud", Plan Nacional de Salud 1983-1987 y se sintetiza en:

"Modificar el nivel de estructura de la morbilidad y mortalidad de la población del país, con énfasis en los grupos y riesgos más vulnerables, para obtener su mayor bienestar mediante acciones concertadas sobre los factores condicionantes especialmente críticos de tipo socio-cultural, de comportamiento de la población, del medio ambiente y de oferta y funcionamiento de los Servicios de Salud, para estimular el desarrollo económico y social del país".

De aquí que el Gobierno se encuentre interesado en impulsar una política de (a) disminución de la morbimortalidad, (b) educación en salud y participación comunitaria, (c) ampliación de la cobertura de salud por medio de la APS, (d) mejoramiento de la estructura organizacional de los servicios y (e) aplicación técnica y científica del sector.

2.2.3 Estrategias Generales.

Para poner en práctica las políticas anteriores, el gobierno se propone aplicar, entre otras las siguientes estrategias:

- Reforzar procesos de planificación del recurso humano del sector a través de la cuantificación de necesidades de personal de salud, la revisión y actualización de los planes de formación y capacitación y el reforzamiento de los programas de capacitación en las áreas de administración y mantenimiento; la integración docente-asistencial en todos los niveles de regionalización; el impulso de la delegación de funciones, particularmente en personal auxiliar, para aumentar la calidad y la cantidad de la oferta y mejorar la distribución geográfica de los servicios y el establecimiento de programas masivos de educación a distancia para personal auxiliar.

- Fortalecer la integración de sistemas de educación en salud para toda la población.
- Desarrollar tecnología apropiada mediante el estímulo de la investigación, diseño y aplicación de métodos, técnicas y procedimientos sencillos y de bajo costo.
- Desde el punto de vista de la calidad se ha propuesto, en tercer lugar, revisar los perfiles académicos, los requisitos mínimos para creación de nuevas escuelas de medicina y los principios básicos de la enseñanza señalados por organismos internacionales como la OPS/OMS y comentados en diferentes reuniones de nivel internacional.
- En cuarto lugar se considera muy importante promover la educación continua en diferentes áreas haciendo énfasis en: la planificación universitaria, la tecnología educativa, los sistemas de información, la evaluación académica y la integración docente-asistencial.

De todo lo anteriormente dicho acerca de la APS podemos concluir que ella, como marco general de referencia del subprograma 3, y como medio ambiente de aprendizaje para la docencia-asistencia, será fuente de información valiosa en los siguientes campos de interés:

- La definición de aquella parte del perfil profesional del médico, la enfermera y el odontólogo a la que la APS hace aportes definitivos y la relación que existe entre estos aportes en términos reales y las expectativas de formación planteadas por la institución educativa.
- Información acerca de la capacitación que alcanza a recibir el estudiante durante los períodos de aprendizaje asistencial y las expectativas de dominio de habilidades, destrezas y actitudes propuestos por la respectiva facultad.

Los dos aspectos anotados corresponden a las estrategias en el sentido de dar respuestas dentro del sector salud a algunos de los interrogantes sobre la formación del recurso humano.

2.3 La Integración Docente Asistencial.

Una de las funciones básicas de la Universidad es la del servicio a la comunidad como un medio de adecuación de la formación del futuro profesional a la realidad, así como de promoción del desarrollo de la comunidad y de mejoramiento de la calidad de los bienes y servicios que en ella se prestan.

"La crisis actual de la formación profesional hunde sus raíces en el divorcio entre la escuela y el mundo real, en la ruptura entre educación y trabajo, en el abismo entre la salida del universo estudiantil y la entrada en la vida productiva, entre la formación recibida y el primer empleo, entre el sistema de valores del estudiante en la universidad y los del joven en el trabajo, los conflictos entre el deseo de innovación y la resistencia por parte de los docentes. Es decir que los dos universos: el educativo y el laboral permanecen radicalmente indiferentes el uno del otro" (UNESCO, 1980).

La tendencia actual de la educación y particularmente en el nivel superior, es la de vincular al estudiante, durante su formación, con el mundo real del trabajo y con la sociedad a la cual debe servir para lograr el "aprender haciendo y hacer aprendiendo", mediante la práctica realizada en las instituciones de servicio propias del sector para el cual el estudiante se prepara.

Una relación adecuada entre formación y trabajo permite establecer y mantener la coherencia entre el diseño y desarrollo del currículo, los perfiles educacionales y los perfiles ocupacionales, con lo cual se garantiza el desempeño eficiente de los futuros egresados en el campo laboral.

"El gran problema es el de la articulación entre el proceso educativo y el mundo laboral, articulación que había que determinar, establecer e instaurar en la práctica educativa". Los esfuerzos de la comunidad internacional reflejan las grandes tendencias de las diversas acciones para que tanto en con

textos de opulencia como de penuria se puedan sentar las bases que requiere la elaboración de modelos de articulación educación-trabajo" (UNESCO, 1980).

En el campo de las ciencias de la salud, se busca hacer realidad la tendencia anterior con la estrategia denominada "Integración docente asistencial (IDA)", como un medio de promover el aprendizaje en servicio, de adecuar el proceso de formación de recursos humanos a las características de salud de la población y de mejorar la calidad de la atención de la salud tanto en el nivel primario, como secundario y terciario.

Entre las definiciones de IDA merecen destacarse las siguientes:

- . Se considera la IDA como la coordinación de diferentes actividades de los sectores o sistemas de salud y educación en sus diferentes niveles para asegurar el funcionamiento armónico entre ellos y lograr una tarea coherente a través de un proceso de responsabilidades conjuntas (Dueñas, 1979).
- . Se define como la articulación de los sectores de educación y salud en cuatro actividades fundamentales: planificación de recursos, formación de personal, evaluación del producto formado y vinculación de ese producto a las actividades laborales en los sectores sociales (Galán, 1981).
- . La IDA es el proceso mediante el cual, a partir del conocimiento de la comunidad, se vinculan los esfuerzos docente-asistencial y la investigación en forma dinámica, con el propósito de formar recursos humanos para la salud, ampliar la cobertura de los servicios, elevar la calidad de los mismos, promover una mejor asistencia y mejorar los niveles de salud (Chaves et. al., 1983).
- . IDA puede ser entendida como el establecimiento de una relación de trabajo entre una institución de enseñanza y una institución prestadora de servicios de salud, relación de carácter continuo y prolon-

gado que permite a los profesores y alumnos de la primera trabajar en conjunto con el personal de la segunda, en una área de común acuerdo y que de ahí en adelante se llama área docente-asistencial. (Kisil, 1983).

La realidad docente asistencial muestra una variedad de estados de relación entre las instituciones formadoras y de servicios de salud, todos ellos como puntos intermedios en la búsqueda de esquemas de integración.

A pesar de que la IDA, desde un punto de vista conceptual persigue objetivos de (a) planeación del recurso humano, (b) formación de personal, (c) evaluación del producto formado y (d) vinculación del producto al mercado laboral (Galán, 1981) es evidente que el énfasis actual se ha manifestado más claramente en el área de formación de personal.

Para el subprograma es de particular interés el análisis de la situación docente asistencial en cuanto constituye un mecanismo de formación a fin de clarificar los elementos que facilitan e inhiben dicha capacitación. El subprograma, al buscar un modelo operativo, funcional y transferible de docencia-asistencia realizará aportes que tiendan a remover las condiciones inhibitorias de un proceso adecuado de capacitación para el desempeño profesional en el nivel primario de atención. Tales contribuciones tenderían a crear mecanismos de relación más perfectos entre los sectores educativo y de servicios para la planeación, ejecución y evaluación de los programas docente-asistenciales.

Las acciones previstas en el desarrollo del proyecto en los sub-centros contribuirán a identificar las discrepancias existentes entre formación y desempeño y por tanto facilitarán la adecuación de los currículos de ciencias de la salud a los requerimientos de la demanda de servicios de salud.

2.3.1 Participación y responsabilidad de los sectores de educación y salud.

La articulación de los dos sectores requiere para el logro de los obje

tivos de la IDA, la definición de responsabilidades con el propósito de buscar claridad en las funciones y aportes que tanto el sector salud como el de formación deben realizar.

Es así como se asigna mayor responsabilidad al sector salud en la definición de las características de la demanda de recursos humanos en términos cualitativos y cuantitativos, lo cual es objeto de la planificación de formación de personal.

La ubicación y vinculación laboral del recurso humano al terminar sus estudios es mayor responsabilidad del sector que dispensa los servicios de salud, ya que la distribución y la utilización del personal de salud desde el punto de vista geográfico y ocupacional es un elemento que incide en el equilibrio de la cobertura de los servicios sanitarios.

El sector educativo tiene mayor responsabilidad en la formación de los recursos humanos, teniendo en cuenta entre otros aspectos: la definición de los perfiles educacionales acordes con los perfiles ocupacionales, las características e indicadores del estado de la salud de la población, las características socioculturales de la comunidad, los avances científicos, los aportes de la tecnología y de las ciencias del comportamiento. Es aquí donde cobran especial importancia, dentro de la IDA, los eventos docentes que le permiten al alumno aprender por el ejercicio de la acción y desempeño de roles ocupacionales reales. Por esto es también responsabilidad del sector salud proveer los recursos y apoyo logístico para que el aprendizaje se dé en las mejores condiciones.

Los dos sectores tienen igual responsabilidad en la evaluación de los profesionales formados, lo cual permite establecer relación entre los resultados o niveles de salud y la prestación de determinados tipos y niveles de calidad de servicios (Hall y Mejía, 1979).

2.3.2 Niveles de articulación.

La implementación de la IDA requiere pasar por una serie de niveles de

aproximación mucho más profundos que la simple relación entre las instituciones educativas y las de prestación de servicios de salud. Es así como se han identificado tres diferentes niveles: la cooperación, la coordinación y la integración (Chaves, 1982) los cuales exigen diferentes grados de delegación de poder, de autoridad y de responsabilidad entre las instituciones y por tanto dan como resultado diferentes posibilidades acción para cada una de las partes. En algunos de los programas objeto de estudio de PROAIDA (Programas de Análisis de Integración Docente Asistencial, Chaves et. al., 1984) se identificaron por falta de claridad en los niveles de articulación, problemas generados en expectativas que no pudieron ser satisfechas.

En el caso colombiano la IDA se ha traducido en términos de convenios de colaboración entre la universidad y los servicios. Esta colaboración supone la participación -en algunos casos- de los profesores universitarios en la docencia asistencial y en otros, su colaboración con el docente asistencial en la misma. En otras situaciones los asistenciales tienen la totalidad de la responsabilidad docente, incluyendo las evaluaciones que se hacen del desempeño de los estudiantes en las respectivas rotaciones.

2.3.3 Marco Legal.

La implementación de una estrategia que incluye elementos tan innovadores como la integración educación-trabajo no puede traducirse en cambios reales, aunque haya unanimidad de los resultados por parte de los investigadores sino existe la firme voluntad de plasmar las decisiones políticas en acciones concretas dentro del marco social (Faure, 1980)

En Colombia se ha dado apoyo legal y se han creado mecanismos operativos para el funcionamiento de la estrategia IDA así:

- . El Consejo Nacional de Recursos Humanos: "Integrado por Ministros de Salud, Educación y Trabajo, ICFES y ASCOFAME" para normar sobre creación de facultades y requisitos mínimos para la formación de profesionales en Colombia.
- . "La Comisión de Integración Docente-Asistencial" para promover y vigilar la aplicación de la IDA.

Entre las normas jurídicas se destacan:

- El Decreto Ley 1210 de 1978, que establece las normas que rigen el proceso de integración docente-asistencial.
- La Resolución 10210 de 1969 del Ministerio de Salud, por medio del cual se establece el modelo de contrato entre Universidades, Servicios de Salud y Facultades de Medicina.
- La Resolución 4082 del Ministerio de Salud, donde se definen y asignan las áreas de influencia de las Escuelas de Medicina del país.

2.3.4 Experiencias en la aplicación de la IDA.

La Federación Panamericana de Asociación de Facultades (Escuelas) de Medicina -FEPAFEM- la OPS/OMS y la Fundación Kellogg realizaron un estudio con el fin de analizar las experiencias innovadoras en educación médica, en América Latina, a partir de 1970, que utilizaron la IDA, la medicina familiar y la atención primaria de Salud. (Chaves et. al., 1980)

"Se trató de correlacionar los eventos educativos y asistenciales de los programas con los parámetros de calidad, que constituyen requisitos mínimos para el desarrollo de la formación de médicos, tomando como instrumento el análisis del desempeño que se espera lograr por parte de los egresados".

El estudio cubrió 33 proyectos así: 19 en Brasil, 5 en Colombia, 3 en México y uno en Bolivia, Venezuela, Guatemala, Jamaica y Nicaragua. El análisis del estudio mostró puntos débiles y fuertes, oportunidades y amenazas que existen alrededor de la IDA.

El estudio identificó que en la aplicación de la estrategia se presentaron tres tipos de problemas:

. Problemas político institucionales:

Surgidos de las relaciones de poder entre el programa y las instituciones comprometidas, de la oposición al cambio que conlleva toda innovación, por parte de algunos docentes y de la falta de coordinación entre los sectores de salud y educación y al interior de cada uno, lo cual originó diferentes niveles de participación en las varias instancias de decisión y en algunos casos la inclusión de nuevas disciplinas en el currículo lo cual rompe el equilibrio del mismo, o demanda aumento de profesores.

Por esto los programas no logran arraigarse en un cambio significativo en las condiciones de salud y se quedan solo como vitrinas de demostración académica.

. Problemas organizacionales:

Relacionados con la institucionalización del programa, su estructura organizativa, asignación presupuestal y el manejo gerencial de la gestión administrativa. El enfrentar estos problemas requiere según los autores de una definición de responsabilidades específicas de cada sector, administración gerencial adecuada a las características propias de la IDA, conducida por un nuevo tipo de administrador y nuevas formas de administración que contemplen la participación comunitaria, la de la participación de los dos sectores en las decisiones y se ajuste a la descentralización.

. Problemas técnico-operativos:

Relacionados con las actividades diarias de los proyectos son una consecuencia de los problemas político-institucionales y organizacionales. Son frecuentes las dificultades para el trabajo en equipo, la carencia o inadecuación de materiales, las grandes distancias entre las áreas de trabajo y las instituciones participantes, los docentes deficientemente preparados para la docencia en servicio, las fallas en la supervisión de las acciones y las dificultades presupuestales.

2.3.5 Ventajas y Desventajas de la IDA.

Ventajas. La Integración Docente Asistencial, según los autores ya citados:

- . Facilita proponer nuevos modelos que permitan la utilización de los recursos humanos durante su formación y la mejor utilización del personal auxiliar con la consiguiente ampliación de coberturas, lo cual es aspecto crítico para el sector salud.
- . Favorece la democratización de los servicios de salud mediante la participación del individuo y la comunidad.
- . Permite racionalizar los recursos humanos atendiendo así a la actual crisis económica del sector salud.
- . Mejora en forma continua la organización y funcionamiento de los servicios asistenciales mediante la supervisión y ordenación de las instituciones existentes de acuerdo con su infraestructura, organización y rendimiento.
- . Asegura el cumplimiento del personal asistencial que conforma el equipo de salud y aumenta su rendimiento y productividad hasta en un 50%.

- . Permite evaluar y mejorar la calidad del personal asistencial.
- . Ubica al nuevo profesional en el campo donde va a trabajar en el futuro.
- . Identificar las fallas en la prestación de servicios asistenciales.
- . Mejora la calidad de los servicios.
- . Adecúa la formación del personal de ciencias de la salud como equipo interdisciplinario a la realidad nacional.

Desventajas. Chaves et. al. (p.) citan como algunas de las desventajas de la IDA las siguientes:

- . Aumento de costos de la medicina vs. mejoramiento de la calidad de la atención brindada.
- . Dificultades operativas en el desarrollo del proceso enseñanza-aprendizaje en servicio.
- . El modelo de docencia asistencia no está totalmente desarrollado ni definido, y las acciones existentes no han sido evaluadas en términos de los desempeños esperados del egresado.
- . Poca aceptación de los pacientes institucionales a que los estudiantes intervengan en procedimientos diagnósticos y terapéuticos.
- . Rechazo por parte de las estructuras que se oponen al cambio, ya que la IDA aparece como un proceso desestabilizador.
- . Dificultad para integrar la IDA a toda la actividad general de las facultades, por considerarse como actividad propia de algunos departamentos, generalmente de aquellos que iniciaron su aplicación.

- Se considera la IDA solo como una parte propia de la universidad y no como actividad conjunta con el servicio.

2.4 La Formación Profesional y la Docencia-Asistencia.

La universidad proyecta sus funciones y características a través de la docencia-asistencia. Sale de sus muros con el fin de realizar eventos educativos en los centros asistenciales. Universidad y Servicios se articulan para favorecer el desarrollo de la misión y funciones universitarias.

Docencia y asistencia comparten una serie de características que atañen a la razón de ser de la universidad: la corporatividad, la universalidad, la científicidad y la autonomía.

La corporatividad es la interacción estable entre docentes, asistenciales, directivos y estudiantes debidamente organizados para cumplir con eficacia las tareas de la formación en sus diversas manifestaciones. La generación de convenios entre la universidad y los servicios con el propósito de llevar a cabo las relaciones de comunicación necesarias para la docencia asistencia, es una expresión de la corporatividad.

La universalidad hace referencia al hecho de que el saber no puede estar circunscrito al interior de la universidad, sino que por el contrario, debe proyectarse hacia los servicios con el fin de que sus participantes se actualicen en los mismos principios y tendencias científicas, en nuestro caso las referentes a la formación de los recursos humanos en salud.

La científicidad parte del presupuesto de que tanto la universidad como los servicios deben convertirse en una fuente generadora de nuevos conocimientos - Actualmente cuando el conocimiento cambia vertiginosamente, universidad y servicios tienen un papel muy importante en la creación de nuevas fórmulas y modelos que permitan dar respuesta a la problemática de formar el recurso humano que aborde con eficacia la atención de salud de las comunidades.

El acertado manejo de la autonomía universitaria en la Integración Docente-Asistencial constituye otra característica que debe desarrollarse con creatividad e imaginación, Esta autonomía se ejerce en acciones concretas, tal como lo sugiere Díaz-Gonzalez (1974):

- a) La toma de decisiones relacionadas con la formación de los estudiantes.
- b) La adecuada selección de los recursos humanos académicos y administrativos para llevar a cabo dicha formación.
- c) La selección y estructuración de los programas académicos y metodologías para la docencia asistencial.

La docencia asistencial ofrece una gama rica de experiencias formadoras, centradas en la práctica, con el fin de que el estudiante se entrene a través de las actividades propias del campo asistencial.

"La atención de la consulta externa y de la consulta de urgencia son actividades de los organismos de salud, que en nuestro medio se emplean como estrategia excelente para el logro de objetivos de aprendizaje por parte de los estudiantes de pregrado. Toda consulta constituye en el fondo la solución de un problema de salud. Según el cono de experiencias de Dale, esta puede emplearse como una experiencia directa por parte del alumno o como una simple demostración del profesor ante el grupo de estudiantes. Puede adaptarse como un método de enseñanza individualizada o diversificada, donde se utilicen múltiples métodos con gran riqueza de interacción de resultados." (Barrera, 1981).

Otra de las estrategias para alcanzar objetivos de aprendizaje en la formación médica es la Revista del servicio como actividad docente.

"Esta actividad asistencial brinda al profesional amplia experiencia en cuanto al curso de las enfermedades y su respuesta al manejo médico

ya que facilita la confirmación de los diagnósticos o la detección de fallas en los procedimientos empleados. En todo paciente hospitalizado se encuentra un problema por resolver o en vías de solución y de la actividad del docente depende que el alumno aproveche al máximo su experiencia". (Barrera, 1981)

"La correlación clínico-socio-epidemiológica es una actividad académica que tiene como objetivo el análisis de un caso clínico a la luz de las condiciones sociales y epidemiológicas del paciente, con el fin de definir su influencia y/o causalidad para determinar intervenciones en estos niveles" (Barrera, 1981)

La correlación clínico-patológica es también otra actividad académica durante la cual los profesionales emiten sus conceptos sobre un caso de mortalidad donde se hace una relación de la clínica del paciente y los hallazgos de la patología con el fin de emitir conclusiones y recomendaciones.

En resumen, todas estas estrategias docentes y muchas otras de la docencia asistencia buscan un aprendizaje más persistente y directamente relacionado con la práctica médica. La más importante del proceso radica en encontrar los mecanismos más adecuados para dar una docencia eficaz a través de la actividad cotidiana del profesional de la salud, mejorando al mismo tiempo, la calidad de la asistencia.

La función de servicios o extensión ofrece el campo apropiado para proyectar las dos funciones anteriores a los Programas comunitarios. Cada día las universidades y los servicios están más interesados en vincular al estudiante a su entorno social mediante estos programas de extensión y de educación comunitaria.

Los estudiantes de Pre-grado no solamente van a los organismos de salud a recibir una docencia centrada en las actividades cotidianas de la Medicina, sino que también van a la comunidad a través de acciones de Me-

dicina Familiar y Educación en Salud para la comunidad.

2.4.1 La Docencia-Asistencia y su relación con las estructuras académicas de la Universidad.

En Colombia, las Facultades de Ciencias de la Salud poseen diversas formas de funcionamiento académico, lo cual incide en la articulación de los procesos de docencia-asistencia. Los esquemas más comunes de organización son los siguientes:

- "Las estructuras académicas dispuestas por facultades como esquemas administrativos agrupantes. En la Facultad de Salud" se integran por lo menos tres facultades: Medicina, Enfermería y Odontología. Este tipo de estructura tiende a facilitar la conformación de los equipos de salud que van a participar en los procesos de docencia-asistencia. Por otra parte, existen las estructuras académicas dispuestas por facultades y departamentos con varias alternativas. En la primera alternativa, todos los Departamentos se convierten en elementos de la estructura de la facultad. "En esta conformación puede ser posible que todos los Departamentos constitutivos de cada facultad configuren el currículo de un programa conducente a un título o que cada Departamento se identifique con el programa de un determinado título, mientras los restantes, sin configurar título alguno, simplemente apoyan el currículo de que se habla. En la segunda alternativa, hay departamentos que no forman parte estructural de facultad alguna - Son Departamentos de Servicio "(...) La tercera modalidad más compleja y de difícil administración académica, permite que todos los departamentos constitutivos de las Facultades se apoyen y entrecrucen para efectos docentes y no solo los Departamentos de la Facultad Matríz" (Borrero, 1982).

Desde otro punto de vista, la estructura académica dispuesta por facultades puede ofrecer tres modalidades por lo menos en el campo de la salud.

Cuando las facultades todas profesionales carecen de porción curricular orientada a la formación científica y humana; cuando cada facultad si dispone de porciones curriculares para este propósito y finalmente, cuando existe una facultad matriz orientada a ofrecer los currículos de orden formativo.

En resumen, todos estos tipos de modalidades inciden en la docencia-asistencia en varios aspectos:

- En la articulación de los currículos.
- En la calidad de la docencia asistencia.
- En los mecanismos administrativos de la interacción docente-asistencial.
- En la optimización de los recursos humanos, didácticos y financieros.
- En el manejo de los sistemas de autoridad.

Lo novedoso de la docencia-asistencia es el rompimiento de las estructuras académicas tradicionales para orientarse a la conformación de centros interdisciplinarios ubicados en las unidades básicas de salud con el fin de orientarse hacia la multicausalidad de los problemas del contexto social.

2.4.2 La docencia asistencia y su relación con el desarrollo curricular.

La docencia asistencia está encaminada a facilitarle al estudiante experiencias de aprendizaje directamente relacionadas con las prácticas de salud y por lo tanto con la problemática de salud-enfermedad de las comunidades en donde trabajarán una vez hayan egresado de su entrenamiento.

Paralelamente a estas directrices las facultades de ciencias de la salud han elaborado los perfiles profesionales atendiendo a cinco componentes básicos: (a) Psicobiológico, (b) social y humanístico, (c) investigativo, (d) docente y evaluativo, (e) programático.

Para cada uno de estos componentes, ASCOFAME con la colaboración de las Facultades de Medicina ha determinado las diversas funciones que debe cumplir el profesional de la salud con el fin de hacer sugerencias tendientes a acercar las diversas estructuras curriculares hacia el perfil trazado.

En los planes de estudio se ha puesto la mayor insistencia en los procesos de articulación desde la perspectiva interdisciplinaria e integrativa de las ciencias.

Dentro de este enfoque se plantean dos tipos de planes de estudio: El tradicional plan de estudios lineal donde las diversas asignaturas se presentan paralelamente sin ningún nexo. Cada docente dicta aisladamente su materia y el estudiante recibe en forma yuxtapuesta las múltiples asignaturas.

El plan de estudios integrado que busca la articulación de las diferentes disciplinas, mediante diversas formas de interdisciplinariedad que le permiten al estudiante captarlas en un todo organizado.

La interdisciplinariedad busca entre otros propósitos, la articulación e interacción de las ciencias o disciplinas con el propósito de abordar mejor los currículos y combatir de esta manera "Aquella disparatada yuxtaposición de asignaturas fruto del enciclopedismo positivista" (Borrero, 1982).

La docencia-asistencia se presenta precisamente como fórmula eficaz para lograr las articulaciones curriculares porque la práctica constituye una estrategia inductiva de procesos de síntesis y de integración acerca de los problemas de salud que afronta el estudiante.

Estas experiencias conforman una parte integral del currículo de las facultades de salud. Este en su concepto más amplio incluye todas las experiencias educacionales dirigidas por la institución educativa y que se orientan al logro de los objetivos de formación.

El currículo en su expresión ideal debe ~~comportar~~ características tales como la flexibilidad, la integración, la dinamicidad, la interdisciplinariedad, la secuencialidad y el acertado equilibrio entre la teoría y la práctica.

Los currículos, en ciencias de la salud están orientados por un marco conceptual que dirige las experiencias educacionales de acuerdo con los principios y directrices de los diferentes profesionales y por una ~~necesaria~~ coherencia con las necesidades del país.

En la mayor parte de los planes de estudio se menciona además la búsqueda de equilibrio entre:

- El fomento, la prevención, el tratamiento y la rehabilitación.
- La especialización vs la integración.
- Individuo, familia y comunidad.
- Los factores biológicos, psíquicos, sociales, investigativos y administrativos.
- Escuelas y servicios asistenciales.
- Atención primaria, atención secundaria y terciaria.
- Las ciencias básicas y ciencias clínicas.

- 2.4.3 Los campos de formación. Según la Ley 80 de 1980, todo plan de estudios postsecundarios debe integrar tres componentes:

"El campo de formación social y humanístico. Es aquel que contribuye a la formación integral del hombre al considerarlo como sujeto de conocimiento y de conciencia, como ser social y como creador de cultura.

El campo de fundamentación científica y metodológica. Es aquel que aporta los contenidos científicos y los métodos que le permiten al profesional no solamente servirse de los conocimientos, sino descubrirlos, crearlos, construirlos, manejarlos, comprobarlos, demostrarlos o invalidarlos.

El campo de la formación profesional específica. Es aquel que aporta los conocimientos y habilidades necesarios para el quehacer profesional sea éste instrumental o académico" (ICFES, 1.981).

En sus campos de práctica, se espera que el estudiante integre las diferentes áreas del saber, a través del abordaje del problema de salud, presentado como una totalidad, expresada tantas veces como "unidad bio-psico-social".

- 2.4.4 Integración entre contenidos curriculares y procesos. No se puede concebir un dominio pasivo de contenidos sin apuntar el desarrollo del proceso en el estudiante. Los planes de estudio deben desarrollarse de tal manera, que el alumno pueda afirmar sus potencialidades en una serie de procesos complejos como puede ser, por ejemplo, la captación de la estructura del problema de salud, que surge en una variedad de problemas y causas interrelacionadas. "Para atender la estructura es preciso captar cómo se relacionan las cosas" (Bruner, 1960). Esto implica ejercitarse en el establecimiento de relaciones, en el análisis de los fenómenos; interrelacionar lo

nuevo con anteriores conceptos, discernir las situaciones, adaptar la mente a nuevas situaciones y en una palabra, desarrollar el pensamiento.

2.4.5 Modalidades Integrativas.

"Por otra parte, entendida la Articulación Docente Asistencial como la utilización por parte del sistema educativo de todos los elementos estructurales y de funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, que permita a lo largo de la carrera la formación de un agente de salud que haya recorrido los caminos de la atención primaria, de la atención secundaria y de la atención terciaria o nivel de alta complejidad faltaría incluir diferentes mecanismos de coordinación o de integración que sumados a la integración docente asistencial, facilitarían el cumplimiento del desarrollo de los planes curriculares. (Galán, 1981)

ellos hacen relación a:

La integración básico-clínica. Se supone que en la formación del agente de salud, las ciencias básicas deben de tener un mayor énfasis 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 la aproximación de los docentes clínicos debería ser bastante temprana ojalá iniciándose al mencionado contacto con los estudiantes a partir del segundo ciclo académico.

La Integración de la Morfología-Fisiología-Patología y Terapéutica:

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

"Aquellas escuelas denominadas clásicas que en forma de compartimientos introducen estas cuatro áreas del saber en forma progresiva a lo largo de los ciclos académicos, iniciándose se 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 dinámicas con modelos similares a los experimentados en Brasilia, cuyo contexto se pue-

de definir en la integración de 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.

El tercer enfoque o enfoque conciliador compatibiliza estos dos extremos del péndulo, conformando un curriculum intermedio en que a través de enlaces primero de la Morfo-fisiología, 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. Se persigue suministrar a la formación médica elementos de coordinación entre los diferentes aparatos o sistemas que integran el ser humano desde el punto de vista de la morfología fisiología.

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 síntomas y signos de su paciente seguidos en la práctica de exámenes de laboratorio y para-clínicos que le permitirán identificar síndromes dentro de las áreas de Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Gineco-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 de laboratorio, farmacológicos y epidemiológicos; de esta manera se supone que el médico deberá al final integrar estos aspectos que le facilitarán el buen desempeño de su práctica profesional" (Galán, 1981).

En síntesis, puede decirse que la docencia-asistencia es una estrategia muy eficaz en la articulación de los currículos de Ciencias de la Salud por todos los elementos que se han expuesto anteriormente y es un mecanismo eficaz para encontrar un acertado equilibrio entre la teoría y la práctica.

2.5 La Teconología Educativa en la Docencia-Asistencia.

"El gran aporte de Francis Bacon a la historia del pensamiento fué el contribuir a acortar la distancia que antes del siglo XVII existía entre la ciencia y técnica, la primera tenida por liberal y prácticamente inútil, el juego intelectual de una minoría, y la otra, aunque útil de naturaleza inferior y servil. Bacon, en su tiempo, supo intuir esta función transformadora del conocimiento para cambiar las condiciones de vida del hombre, es decir, la fuerza política y social del saber científico" (Peña, 1981).

"La ciencia moderna está inseparablemente unida a la tecnología que es como la cara visible de la ciencia, su dimensión operativa, la ciencia en su expresión concreta y material. La tecnología, por su lado, recibe de la ciencia su creciente dominio sobre la naturaleza y la cultura. Este tipo de saber científico no es ni de tipo sapiencial, ni contemplativo, ni hermenéutico, sino eminentemente operatorio. En consecuencia, la ciencia se aproxima a la realidad por el proceso de modelización: el modelo conecta a la teoría con la experiencia y prescribe las intervenciones útiles que permitirán sostener o destacar las hipótesis y, por lo tanto, hacer progresar el conocimiento" (Ladrière, 1977).

La naturaleza eminentemente práctica de la docencia-asistencia a través de las actividades cotidianas de la salud plantea precisamente este carácter operativo del conocimiento científico y la relación estrecha entre el pensamiento y la acción. Las ciencias de la salud construyen teorías a partir de la experiencia pero a su vez las teorías se vuelven sobre la experiencia inicial para transformarla. Esta aplicación práctica de los conocimientos científicos en la docencia-asistencia es quizás uno de los aportes más valiosos en este proceso de articulación entre docencia-asistencia y por tanto, implica también sistemas y métodos educativos diferentes a los tradicionales. La tecnología educativa, por su parte, se enriquece del conocimiento científico para orientar las experiencias educativas. A la vez la experiencia docente genera nuevas teorías acerca de los errores más indicados para guiar la formación de los estudiantes. Varios modelos de instrucción han surgido por ejemplo, como fruto de la experiencia en la práctica educativa.

Los modelos de Kemp. (1978), Briggs, (1973), Vernon, (1978), Dick (1978) y otros dan pautas para sistematizar mejor los procesos de docencia. Sin embargo, el reto de este proyecto está orientado a operar estrategias de Tecnología Educativa adaptables a la naturaleza propia de la docencia-asistencia.

Kuhn en su libro "Las Estructuras de las Revoluciones Científicas"; nos habla sobre los cambios de los paradigmas a través de ellas, las cuales se dan ante las crisis suscitadas porque las teorías ya no responden a los problemas actuales (Kuhn, 1971). Los descubrimientos de nuevas teorías surgen como una respuesta directa a las crisis. Este conflicto entre el paradigma tradicional y el nuevo es lo que produce la revolución científica.

La Tecnología Educativa, según Heinchi (1975) es el nuevo paradigma educativo que surge ante la crisis mundial de la educación originada por la inercia e ineficacia de los sistemas tradicionales, la pérdida de la calidad, la inadaptación del producto formado, el ascenso abrumador de la demanda y la aguda escasez de los recursos (Unesco, 1970).

Paralela a esta crisis se ha sucedido una serie de hechos que han repercutido notablemente en la Tecnología Educativa. Por ejemplo:

"En 1954, B.F. Skinner "descubre" el control indirecto del aprendizaje.

(mediante el manejo deliberado del medio ambiente), la sensibilidad del ser humano frente al uso de estímulos sutiles, la importancia de utilizar aparatos para un control más efectivo del entorno de aprendizaje y el comportamiento como meta sustancial de la educación.

En 1963, John Carrol "descubre" que la aptitud de un alumno para aprender es la cantidad de tiempo que el alumno necesita para lograr el dominio de una tarea de aprendizaje.

En 1.948, Norbert Wiener, Arturo Rosenblueth y Julian Bigelow "descubren" el feedback, entendido como la "respuesta de un sistema que regresa al mismo sistema en forma de estímulo para controlar nuevas respuestas".

En 1951, Ludwig Von Bertalanfly "descubre" la Teoría General de los Sistemas, entendida como "un marco teórico-sistemático para la descripción de las relaciones generales del mundo empírico".

En la década del 60, dos neurofisiólogos (Lindsay y Normal) "descubre" las estructuras naturales que llevaron al "Modelo Humano de Procesamiento de Información" (receptores, registro sensorial, memoria de corto plazo, memoria de largo plazo, generador de respuestas, efectores, control ejecutivo, expectativas).

En 1964, Gerome Bruner "descubre" la instrucción, entendida como la organización de experiencias que predisponen a aprender la organización del contenido en estructuras óptimas, el ordenamiento secuencial de los materiales y la organización estructurada de los estímulos.

En 1967, Paulo Freire "descubre" la "educación liberadora", entendida como el derecho de la persona para ser sujeto de su propia educación.

En la década del 60, los programadores del PSSC (Comisión para el Estudio de las Ciencias Físicas) "descubren" la importancia de utilizar medios de comunicación como intermediarios para llevar directamente su programa a los alumnos". (Vargas, 1979).

Todos estos hechos y muchos otros han dado paso a la Tecnología Educativa como un nuevo paradigma que pretende aplicar los conocimientos científicos a la solución de los problemas educativos.

Para el propósito del subprograma tres, los esfuerzos han de estar orientados a buscar estrategias que nos permitan aplicar esta Tecnología Educativa al mejoramiento de la docencia-asistencia. Para tal efecto, se tendrán en cuenta los principales aportes teóricos que le han dado sustento tales como: a) la psicología del aprendizaje, b) la teoría de sistemas y c) la teoría de la comunicación.

2.5.1 El aporte de las teorías del aprendizaje a la docencia asistencial. La docencia-asistencia constituye un mecanismo facilitador del aprendizaje; por consiguiente, todo lo que se conoce sobre el aprendizaje y el desarrollo del individuo es fundamental como sustento teórico que enmarque las acciones educativas del Subprograma No. 3.

Se conocen desde luego muchas teorías sobre el aprendizaje. Para efecto de nuestro trabajo, dentro de un enfoque ecléctico, se analizarán, sintetizarán y emplearán todos aquellos principios útiles que surgen de tres enfoques teóricos diferentes, pero complementarios:

El aprendizaje humano visto como modificación de la conducta (enfoque basado en la teoría desarrollada por Skinner). Dentro de esta tendencia, en los eventos de aprendizaje el docente estimula las respuestas deseables de los alumnos y trata de extinguir las negativas, decrementándolas.

El ambiente educativo se convierte entonces, en una red de situaciones reforzantes que conducen a la intensificación de ciertas conductas y la inhibición de otras. Esta teoría insiste también en la necesidad de que el refuerzo se ofrezca en forma inmediata a las respuestas del alumno. Para el caso de la docencia-asistencia es importante determinar las estrategias adecuadas en el manejo del estímulo y del refuerzo para lograr las conductas y comportamientos requeridos en las prácticas de salud que integran las relaciones entre paciente, estudiante y docente.

El aprendizaje humano como procesamiento de información (Enfoque basado en la teoría de Gagné). Dentro de este enfoque se presenta un modelo de aprendizaje que parte del medio ambiente donde el individuo recibe los estímulos, los cuales son captados por los receptores a través del registro sensorial. El registro sensorial

facilita un proceso de percepción selectiva y formación de la imagen que representa lo captado por la atención del sujeto. En la memoria a corto plazo se registra la información por breves segundos para pasar luego a la memoria a largo plazo donde queda almacenada la información hasta cuando se vuelve a recordar. "desde el punto de vista del aprendizaje, la transformación más importante de los datos ocurre cuando salen de la memoria a corto plazo y llegan a la memoria a largo plazo. Este proceso recibe el nombre de codificación. Los datos que se encontraban en el primer tipo de memoria en forma de rasgos perceptuales han sido transformados en un modo conceptual o significativo" (Gagné, 1979). De la memoria a largo plazo para la información al generador de respuestas donde se produce una reacción a través de los efectores y se refleja por medio de un comportamiento del estudiante. Los efectores son los músculos o el organismos en su totalidad que manifiesta una acción sobre el medio ambiente.

Este modelo sirve de base para diseñar procesos de aprendizaje en cuanto determina la colaboración del docente en cada etapa. Los eventos de aprendizaje planteados por Gagné siguen las etapas de motivación, comprensión, adquisición, retención, recordación, recuperación, generalización, desempeño y retroalimentación. Para cada etapa sugiere una serie de estrategias con el fin de estimular, activar y apoyar el aprendizaje del estudiante. Si los eventos de aprendizaje de la docencia-asistencia tienen en cuenta estas sugerencias y las recrean con iniciativa los resultados del aprendizaje pueden ser más satisfactorios.

El aprendizaje humano en función de la estimulación del desarrollo de las potencialidades del estudiante. (Enfoque basado en la teoría de Piaget y Edward de Bono)(1983) según esta teoría, cuatro factores influyen en el aprendizaje: a) la experiencia

física, b) el equilibrio conceptual, c) la experiencia social y d) la maduración conceptual. La experiencia física implica la vivencia o enfrentamiento real de las situaciones y la reflexión crítica de la vivencia o situación. La experiencia social tiene que ver con los fenómenos de interacción social y los procesos de comunicación verbal. La maduración no se maneja como proceso biológico, sino fundamentalmente como proceso interno reflexivo. El equilibrio hace alusión a la forma como el hecho, el concepto, el fenómeno o la experiencia encajan dentro del marco conceptual de la persona.

Cuando Piaget, por otra parte, caracteriza la etapa de las operaciones formales propias del adulto y el adolescente hace alusión al pensamiento hipotético deductivo debido a las características de establecer razonamientos entre lo real y lo posible. El docente puede estimular este tipo de capacidades propias de los estudiantes y orientar la enseñanza hacia el desarrollo de potencialidades que a la simple transmisión de contenidos.

Edward de Bono sugiere también una serie de técnicas para aprender a pensar a partir del análisis de situaciones concretas de la realidad con el fin de que el estudiante se ejercite en la toma de decisiones a partir de un proceso reflexivo ante los problemas a que debe dar solución.

Aprendizaje basado en el desarrollo de la creatividad y la auto-dirección.

(Enfoque basado en la teoría de Rogers) (1978). Rogers postula que, para que el proceso creativo tenga lugar debe haber algo para observar, una construcción novedosa y un sello individual sobre ella. "El aprendizaje significativo será mayor cuando el alumno elige su dirección, ayuda a descubrir sus recursos de aprendizaje, formula sus propios problemas, decide su curso de

acción y vive las consecuencias de cada una de sus elecciones" (Roger, 1978). Hace énfasis también en que la mayor parte del aprendizaje significativo se logra mediante la práctica. "Uno de los modos más eficaces para promover el aprendizaje es enfrentar al alumno con problemas prácticos, de carácter social, ético o filosófico, problemas personales o de investigación (Gagné, 1978). En todos sus planteamientos resalta la función del docente como facilitador de los ambientes de aprendizaje para que el estudiante se forme así mismo, mediante la más amplia y variada gama de recursos. En la docencia asistencial, el alumno se ve precisamente abocado y enfrentado a una problemática de salud que debe sortear con creatividad e iniciativa. En una palabra el aprendizaje más vital es el que parte de la experiencia, de la observación del análisis y de la averiguación.

2.5.2 El Aporte de la Teoría de Sistemas de la Docencia-Asistencia.

"El desarrollo de la civilización ha sido una constante expansión de las fronteras del conocimiento. Con el advenimiento del método científico, se perfecciona la capacidad del hombre para investigar, para indagar sobre los hechos del mundo que lo rodea; y con ello, aumenta el volumen de los conocimientos almacenados por la humanidad. Con la ciencia, el hombre interroga a la naturaleza; esta responde y su respuesta genera nuevas indagaciones. Conocimiento genera también tecnología, o sea, aplicación del conocimiento en beneficio del hombre (...). Como consecuencia del volumen creciente de conocimiento el hombre de ciencia se especializa y la ciencia se divide y subdivide. El proceso de análisis de subdivisión prosigue y proseguirá siempre (...). Análisis y síntesis caminan siempre juntos. El progreso del análisis crea la necesidad de la síntesis. Así también, el avance de la especialización en la ciencia genera la necesidad de teorías holísticas, que engloben todas las ciencias" (Chaves, 1981).

Una de estas teorías es la de sistemas expuesta por Bertalanffy "como doctrina general de integración y organización" (Chaves, 1981): Bertalanffy pretendió analizar los rasgos comunes de las diversas ciencias con el fin de deducir principios generales aplicables a todas.

Wiener (1967), por otra parte, desarrolló la cibernética como una ciencia de ciencias encaminada a explicar "problemas de control y de comunicación en la máquina encaminada a explicar "problemas de control y de comunicación a la máquina, en el hombre y en la sociedad" (Chaves, 1981). En su libro *The Human Use of Human Beings*, desarrolla los conceptos básicos de la cibernética y su proyección en el control de las actividades humanas,

En resumen, la teoría general de sistemas constituye un intento de articulación de la ciencias "en un campo de doctrina común. Paralelamente a ella, la cibernética de desarrollo como una ciencia del control y comunicaciones en sistemas generales, tanto del mundo físico como del biológico y del social" (Chaves, 1981).

La docencia-asistencia se constituye precisamente en una estrategia eficaz para realizar este proceso holístico de articulación de las ciencias en torno a los problemas de salud que tiene que afrontar el estudiante en su práctica médica.

Churchman(1973), cuando habla de sistemas enuncia que es necesario tener en cuenta seis aspectos fundamentales:

- La Teleología del sistema, la cual hace alusión a los resultados que se esperan lograr mediante las acciones del sistema.
- El medio ambiente. Es lo que está fuera del sistema. Influye la manera como opera el sistema. Es el conjunto de condiciones que son relevantes para el administrador, pero que no están bajo su control directo.
- Los recursos. Son las cosas que el sistema puede cambiar y utilizar para su propio provecho.
- Administración del sistema. Establece los objetivos de los

componentes, asigna los recursos y controla la actuación del sistema.

- Los componentes. Son las partes o subsistemas del sistema que se estructuran en relación con las funciones que debe cumplir.
- Una red de comunicaciones que permite el intercambio de energía de materia y de información entre los elementos del sistema.

Estos seis aspectos planteados por Churchman también están presentes en los procesos de docencia-asistencia. Marcan la pauta de organización de las unidades de salud donde se hace docencia-asistencia, creando situaciones que facilitan o inhiben la acción educativa.

Desde el punto de vista de su interacción con el medio, la docencia asistencia está ubicada en un entorno rico en experiencias de todo tipo positivas para la formación del recurso humano en salud. El análisis de la interacción del entorno con los "eventos docente-asistenciales" permitirá establecer una vía de información de retorno hacia el proceso docente en general y hacia la toma de decisiones de carácter curricular.

Quizá una de las características más relevantes de la docencia asistencia es su intercambio con el medio ambiente, su apertura al mundo del trabajo para operar y enriquecerse con las acciones propias del medio en un proceso de retroalimentación continuo. "El mecanismo correctivo de la acción funciona por un proceso denominado de retroalimentación (feedback), el cual consta de: un "sensor" u órgano sensible captador de informaciones; y un transmisor de información para los puntos de comando de la acción, donde existen receptores apropiados para interpretar el mensaje y corregir la acción en marcha. El conjunto del dispositivo de retroalimentación (feedback) forma como un asidero, el asidero cibernético" (Chaves 1981).

Todo este proceso cibernético modifica la gestión de las actividades en docencia-asistencia cuando se utiliza el concepto de retroalimentación para orientar el comportamiento de los organismos de salud que sirven de campos de práctica para la docencia-asistencia.

2.5.3 El aporte de la comunicación a la docencia-asistencia. El buen funcionamiento de la docencia asistencia radica parcialmente en el uso adecuado de los procesos comunicativos. La comunicación entre la universidad y los servicios, la comunicación entre el sector administrativo y docente de los organismos de salud, la comunicación entre docentes, estudiantes y pacientes la comunicación con la comunidad.

Varias funciones puede cumplir la comunicación en esta red de interacciones de la docencia asistencia:

- Una función referencial en cuanto atañe a la comunicación de conocimientos científicos entre toda la comunidad docente-asistencial.
- Una función expresiva en cuanto al ambiente afectivo en la relación de docentes, estudiantes y pacientes.
- Una función deliberativa como base para la toma de decisiones en una atmósfera participativa entre todos los participantes de la docencia asistencia.
- Una función fáctica en cuanto la comunicación se convierte en un motor de acciones docente-asistenciales.
- Una función comunicativa ya que el proceso busca reacciones entre los alumnos en el sentido de respuestas positivas al evento educativo.

- Una función directiva que clarifica mecanismos de comunicación entre directivos y ejecutores del proceso.

Todas estas funciones se llevan a cabo dentro de un ambiente ecológico de la educación manifestado por la red de interacciones planeadas como situaciones estimulantes para fomentar experiencias de aprendizaje dentro del entorno del mundo del trabajo.

La intervención del subprograma dentro del esquema de comunicación actual contribuirá a la modificación de las relaciones que se tejen entre las personas involucradas en el acto educativo y a la creación de nuevas formas de interrelación. El asistencial se adapta a la vida docente, el alumno al mundo del trabajo y el paciente presta colaboración para que a partir de sus problemas se generen los eventos educativos.

La utilización de los medios de comunicación por parte del profesor ha cobrado también una fuerza vital de importancia. Las funciones de transmisión de información se han desplazado a los medios y el docente ha podido cumplir las funciones más significativas como son las de planificador y estimulador del aprendizaje. En el caso de la docencia-asistencia constituyen un apoyo eficaz para ilustrar conceptos relacionados con las prácticas diarias efectuadas tanto en la consulta externa como en la Revista del Servicio.

En resumen, puede constatar que la Tecnología Educativa con sus múltiples acepciones se constituye en un recurso eficaz para:

- Aprovechar los avances científicos en el mejoramiento de la docencia asistencia.

- Aplicar el enfoque de sistemas para obtener una visión más organizada de la articulación docente-asistencial.
- Analizar tendencias en relación con el aprendizaje para facilitar este tipo de experiencias en los organismos de salud.
- Buscar procesos comunicativos más eficaces con el fin de acrecentar la interacción en la comunidad científica, investigativa y docente-asistencial.
- Ubicar al estudiante en un sistema de acción que le permita integrar todo su acervo cultural en beneficio de la comunidad y el entorno social.

2.6 La Investigación - Acción.

La planeación específica de las diferentes estrategias necesarias para desarrollar un modelo de docencia-asistencia así como su misma ejecución y evaluación, requieren de un esquema de trabajo investigativo. Y al calificarlo de esta manera suponemos la ejecución de un proceso que sea sistemático, controlado y lógico, es decir que respete las leyes de la lógica inductiva y deductiva.

Partimos en nuestro caso, como lo expresamos en el capítulo referente a la metodología, de la observación de una realidad, la realidad docente-asistencial actual en nuestro medio (Colombia) que ya posee unas características y unos presupuestos teóricos, legales y experienciales. A partir de ellos, y aplicadas las intervenciones a esa realidad, será posible la deducción de una variedad de conclusiones que fundamental la formulación de un modelo - con la intención de superar lo que existe y proporcionar directrices para su mejoramiento en el orden nacional y regional.

El modelo será entonces como lo define Greco (1972) el conjunto de estructuras conceptuales diferentes pero que corresponde, en todos

los casos a categorías unívocas y usuales. Por ello, según Shutter (1983) como el modelo es una "interpretación de lo que está y es .. en términos de una expresión teórica que supera a otras y la más comprensiva en cuanto explica el mayor conjunto de hechos o procesos observados", la búsqueda de un modelo nuevo o el perfeccionamiento del existente supone clarificar la interpretación de lo que es y está para producir una explicación renovada y más aceptable desde el punto de vista teórico y práctico.

Dos elementos de orden metodológico son de particular importancia en nuestro programa (SP-3)a) la metodología comparativa, ya que en él estaremos estableciendo comparaciones, similitudes y discrepancias, que se operen en las cinco instituciones en el interés de encontrar, definir y sistematizar los elementos comunes del proceso docente-asistencial, b) el estudio de casos, que persigue el análisis de cada una de cinco situaciones con el fin de averiguar en profundidad el desarrollo del fenómeno docente-asistencial y posteriormente enlazarlo a un modelo deducido.

Desde el punto de vista de su caracterización el presente estudio es de orden cualitativo. El problema que nos ocupa escapa a una cuantificación de elementos, o procesos o de productos. Nos interesa la manera como estos operan, su funcionalidad y eficacia, términos que atañen más a ese orden.

La primera característica de los métodos cualitativos es la de que se manifiestan como explica Shutter a través de estrategias para "conocer los hechos, procesos y estructuras en su totalidad, y no a través de la medición de algunos de sus elementos" (...). Su segunda característica es el uso de procedimientos que hacen menos comparables las observaciones en el tiempo y en diferentes circunstancias" (Shutter). A pesar de ello nuestra intención es la de recoger elementos comunes que tengan cierto nivel de generalización a pesar de la diversidad que ostenta la realidad. La tercera característica, quizás la más importante, se refiere al "papel del investigador en su trato intensivo con las personas involucradas en el proceso de investigación para entenderlos... Por tal razón los con

ceptos que se manejan en las investigaciones cualitativas en la mayoría de los casos no están operacionalizadas desde el principio de la investigación, es decir no están definidas desde el inicio los indicadores que tomarán en cuenta durante el proceso de investigación.

2.6.1 Investigación y Acción.

En su texto sobre investigación participativa Shuter (1983) aclara - las interacciones entre investigación y acción diciendo que cuando estas dos se unen, el propósito esencial es la búsqueda de una relación entre los sujetos que reciben los efectos de la acción antes que la medición misma de esa relación: "Mientras que la investigación constituye la producción de conocimiento, la acción es la modificación intencional de una realidad dada". El subprograma está planteado como una serie de intervenciones dirigidas intencionalmente a la producción de ciertos cambios en la docencia asistencial a medida que los resultados de tales intervenciones se analizan para conocer su impacto. Desde otro punto de vista, los cambios que se efectuarían en el medio ambiente de la experiencia docente asistencial tenderán a la transferencia, ya que el propósito ulterior de esta investigación-acción es la producción de un modelo que pueda generalizarse en el país, y aún fuera de él, realizando las adaptaciones propias de cada sitio. Esta es otra forma de impacto que será posible conocer en la medida en que el modelo de intervenciones se difunda y aplique en sitios diferentes a los de su experimentación.

A pesar de que los terrenos de la búsqueda y los de la acción no es posible delimitarlos claramente, ya que se confunden como eventos sin crónicos, es necesario categorizar algunas de las acciones como de orden más investigativo que de acción y viceversa. La investigación desea responder a las preguntas formuladas en el Capítulo I, como por Ejemplo: cuáles son las necesidades básicas de los docentes asistenciales en términos de capacitación y recursos para llevar a cabo la docencia-asistencia? Frente a esta pregunta es preciso formular una

o más hipótesis que a su vez sugieren acciones a realizar con los docentes asistenciales, con los estudiantes, con los directivos de los servicios y los profesores de las facultades y aún sobre el medio ambiente institucional.

La metodología de investigación participativa se presta muy bien a la realización de estudios como el SP-3. Esto lo afirmamos atendiendo a las características que Fals Borda (1981) asigna a la investigación acción: a) autenticidad y compromiso - tanto en el diagnóstico de la situación docente asistencial en nuestro caso, como en la participación en el programa; b) antidogmatismo - en el planteamiento de las hipótesis que dirijan la toma de decisiones sobre las acciones a realizar como en la formulación de la estrategia general de trabajo a fin de permitir - la producción de sugerencias creativas e incentivar la satisfacción de los participantes durante el proceso de elaboración del modelo; c) adaptabilidad - del lenguaje, de los procedimientos y de las acciones según las características y necesidades de cada región en la que se experimenten las acciones constitutivas del modelo posteriormente; d) retroalimentación; e) equilibrio entre reflexión y acción a través, en nuestro caso de un proceso permanente de síntesis teórica y resultados prácticos; y f) ciencia modesta y técnicas dialógicas, en otras palabras la simplificación de asuntos educativos, tecnológicos, psicológicos y universitarios al nivel y necesidad de los usuarios del SP-3 acompañada de un diálogo permanente entre los organismos, instituciones y puntos de enlace del subprograma.

2.6.2 Investigación participativa.

La investigación participativa va de la mano con la investigación acción en cuanto ambas tratan de enterarse de la realidad a partir de un contacto directo con ella y con quienes mejor la conocen.

La investigación participativa le agrega un componente particular a la investigación acción en cuanto ella presupone la participación de los sujetos de la acción en la creación del concomio, en la síntesis de sus resultados. (Shutter, 1983). El mismo autor aclara las ventajas de la investigación participativa, que encontramos aprovechables en su totalidad: (a) permite la generación de nuevos conocimientos al investigador y a los grupos involucrados.

En el caso del SP-3 se espera este tipo de resultados cuando el programa de intervenciones sobre usuarios y líderes del programa sea generado con los aportes de unos y otros bajo la coordinación del Centro en ASCOFAME. (b) permite la movilización y el reforzamiento de la base de la organización. En el caso de la docencia asistencia a nivel primario, que es el punto de partida de las acciones de salud y de la formación de los recursos humanos para las necesidades del más amplio sector de la población, la búsqueda participante de soluciones a los problemas docente asistenciales deberá redundar en un fortalecimiento de ese núcleo educativo de los futuros profesionales de la salud. (c) permite un mejor uso de los recursos disponibles con base en el análisis de las necesidades y las opciones de cambio. El fortalecimiento de la docencia asistencia desde el punto de vista del apoyo logístico, estructural y docente resultaría una carga muy alta tanto para las instituciones formadoras como para las de servicios. Por ello, el esquema de investigación participativa permitirá el planteamiento de soluciones de cambio que se adecúen a las limitaciones en los recursos tanto internos como externos disponibles.

En resumen podríamos afirmar que el SP-3 es parte, en su estrategia metodológica, de los modelos de investigación acción y de investigación participativa presentados en la literatura (Shutter, 1983; Fals Borda, 1981; UNICEF, 1976) a fin de concretar una estrategia

dinámica e interactiva propia de cualquier proceso de docencia asistencial en donde se afirma la relación interinstitucional e interdisciplinaria en busca de una respuesta de orden formativo para los recursos humanos en salud.

2.6.3 Aspectos cuantitativos.

Los resultados de las intervenciones docentes, los resultados de las estrategias de aprendizaje y los de los materiales como apoyo a la docencia asistencial serán evaluados por los métodos ya establecidos de comparación entre el nivel de ingreso y el de egreso de los participantes en el entrenamiento. Estos estarán acompañados de las pruebas de confiabilidad y validez respectivas que son de uso corriente en las investigaciones educativas. Es importante anotar que los métodos cuantitativos empleados en investigaciones de carácter experimental en los que es posible el control de variables por el uso de grupos de control y otras estrategias estadísticas se escapan a los propósitos de análisis cualitativos del subprograma, sin que ello impida la caracterización de los diferentes grupos, ambientes y personas que participan y operan en el programa. Los resultados tangibles serán observados a través de los cambios que opere el programa según lo establecido en los objetivos y de acuerdo con el desenvolvimiento de la dinámica misma de los participantes.

2.6.4 Resumen.

Hemos revisado en el presente capítulo los aspectos teórico-prácticos que conforman el marco de referencia para el SP-3. En primer lugar, la Atención Primaria de Salud, en cuanto ella constituye con sus respectivas instituciones, el medio en el cual se desenvolverán las acciones del programa. En segundo lugar, hemos descrito aspectos sustanciales de la Integración Docente-Asistencial, la cual en sus formas de coordinación y colaboración se presenta como el meca-

nimos para la planeación, organización y evaluación de los procesos docente-asistenciales. Enseguida hemos realizado algunas consideraciones fundamentales sobre la formación profesional, sus características y relaciones con la docencia asistencial para concluir que en ella la Universidad encuentra el medio adecuado para cumplir con su misión formadora. En cuarto lugar hemos descrito algunas características de la tecnología educativa y de las corrientes del aprendizaje de las cuales tomaremos elementos tales como la sistematización de los procesos y estrategias docente-asistenciales para realizar las intervenciones sobre la situación docente-asistencial.

Finalmente hemos mencionado las características más salientes de la investigación-acción, en cuanto ella se constituye en paradigma metodológico para el subprograma 3 (SP-3).

En el siguiente capítulo describiremos la metodología que empleará el subprograma para cumplir con los objetivos previstos.

CAPITULO III

METODOLOGIA

INTRODUCCION

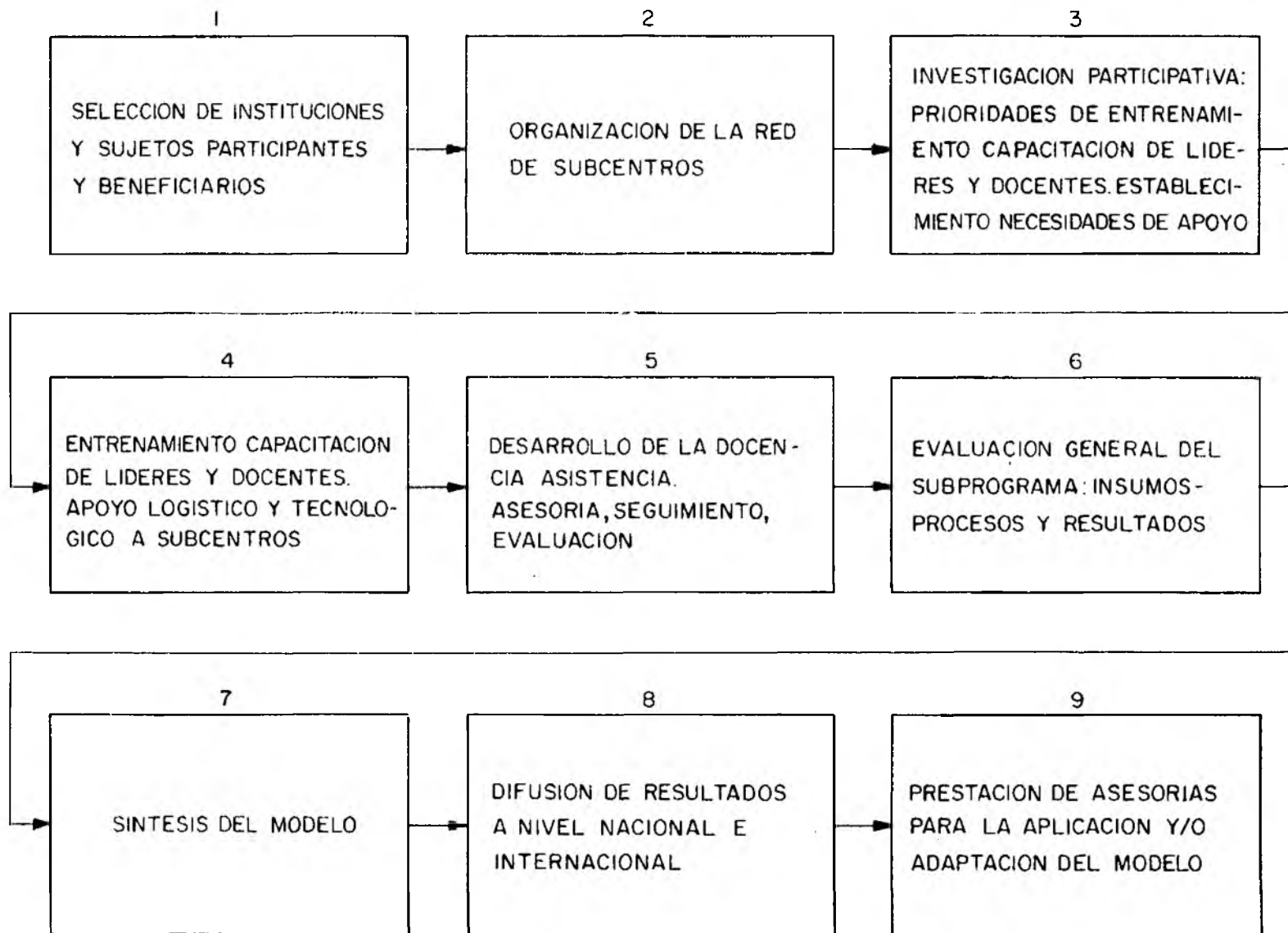
En el presente capítulo describiremos los aspectos metodológicos de orden general que constituyen la guía de trabajo para el desarrollo del subprograma (SP-3). Otros elementos y actividades que se requiera realizar durante la aplicación de los pasos descritos en el flujo grama que presentamos a continuación, se adicionarán y explicarán en los informes parciales de progreso :

La realización del S-P 3 supone la puesta en marcha de un proceso metodológico de nueve pasos:

1. Selección de instituciones y sujetos participantes y beneficiarios.
2. Organización de la Red de Subcentros
3. Investigación participativa
4. Entrenamiento y capacitación
5. Desarrollo de la docencia-asistencia
6. Evaluación del subprograma
7. Síntesis del modelo
8. Diseminación de resultados
9. Asesorías.

PASOS PARA EL DESARROLLO DEL SP-3

FLUJOGRAMA



El flujograma muestra la secuencia de pasos que se prevén como necesarios en el desarrollo del subprograma (SP-3). Cada uno de ellos se explica con mayor detalle en las siguientes páginas.

PASO 1. SELECCION DE INSTITUCIONES Y SUJETOS

El subprograma parte de la selección de cinco binomios universi
dad e institución a nivel primario en cinco regiones geográficas del país.

Una vez presentado el subprograma ante los Decanos de Facultades de Medicina y ante las asociaciones de facultades de enfermería y odontología (ACOFAN,ACFO), se enviará a ellas un "Formulario de Registro" que permitirá conocer las instituciones que desean participar en el desarrollo del modelo y que llenen los requisi
tos establecidos para ello.

Con base en las solicitudes presentadas se realizará un análisis
objetivo de las instituciones empleando los criterios que apare
cen más adelante y se les informará de su inclusión como "subcen
tro" o como "beneficiario" del subprograma.

La selección de las facultades de ciencias de la salud y su cen
tro asistencial correspondiente será llevada a cabo usando los siguientes criterios:

1. Existencia de un convenio escrito de coordinación (colabora
ción) docente asistencial entre las facultades que se ins
criben y el respectivo servicio de salud seccional o local, firmado por representantes de las dos instituciones.
2. Existencia de al menos dos de los tres programas de entre
namiento (medicina, odontología, enfermería) a nivel de -
pregrado en la universidad que aspira a participar en el subprograma.

Es posible que dos instituciones universitarias se unan para participar, en el caso de que una de ellas solo tenga dos de los tres programas de formación y la otra un-tercero. Se requiere, sin embargo, que los estudiantes de estas instituciones concurren a un mismo organismo de sa-lud con el cual se establece el convenio docente-asisten-cial.

3. Cartas de intención de parte de la Universidad y de la Institución de salud, respaldadas por las autoridades respectivas, en las que se exprese el compromiso de participar con sus respectivos recursos humanos y logísticos en el desarrollo del subprograma.

Se entiende que el organismo de salud participante posea los recursos mínimos, tales como la capacidad para absorber un número adecuado de estudiantes (es decir no excesivo), y tenga el personal asistencial requerido para la docencia y la asistencia de este nivel, así como los mate-riales y espacios indispensables.

4. Disponibilidad de los docentes asistenciales para participar en el entrenamiento.
5. Disponibilidad, de parte de las facultades que participan en la elaboración del modelo, para dedicar entre tres y cuatro docentes para participar en el planeamiento, ejecución y evaluación del programa.
6. Existencia en las facultades que participan de una infraestructura administrativa y logística básica (oficina) que permita la coordinación de las actividades del sub-centro.

7. Ubicación de cada subcentro en una de cinco regiones así: oriental, costa norte, noroccidental, central, suroccidental. No podrá haber dos subcentros en una misma área geográfica, a no ser que una vez seleccionados aquellos cinco que llenen todos los requisitos, los demás que deseen participar garanticen el aporte de los recursos humanos, técnicos y financieros necesarios.

8. Como hemos expresado anteriormente el subcentro consta de dos elementos: la Universidad y la Institución de servicio. La institución de servicio (centro asistencial) debe reunir las siguientes condiciones mínimas para garantizar su participación:
 - Sala de reuniones con capacidad para 20 personas, en la que se puedan llevar a cabo los eventos de capacitación de docentes asistenciales y o de formación de estudiantes.
 - Oficina para el coordinador asistencial del subcentro con estantería para libros, impresos y materiales docentes.
 - Facilidades docentes: un papelógrafo, un tablero, marcadores, papel para papelógrafo y pantalla de proyección ubicados en la sala de reuniones.

De los criterios anteriormente anotados, es de primordial importancia el de la disponibilidad de los líderes de cada facultad de salud que son de tres a cuatro y cuyas características y condiciones de participación incluirán las siguientes:

- a) Ser médico, odontólogo o enfermera a nivel general, es decir no especializado.
- b) Tener una disponibilidad de medio tiempo a tiempo completo así:
 - El educador en salud debe ser tiempo completo.
 - El médico, la enfermera y el odontólogo deberán dedicar un mínimo de medio tiempo. Idealmente deben ser de tiempo completo. Este tiempo será distribuido así:
 - Participación como docentes en períodos de entrenamiento en Tecnología Educativa y docencia-asistencia.
 - Planeación, ejecución y evaluación del programa de capacitación para los docentes asistenciales del respectivo subcentro.
 - Participación en las reuniones nacionales de consulta. Elaboración y presentación de documentos sobre resultados del desarrollo del subprograma.

Todas aquellas facultades de salud y servicios que no participen como subcentros serán usuarios de los resultados de este estudio, y tendrán acceso a la asesoría del subprograma, como lo describiremos en el capítulo sobre organización administrativa.

PASO 2. ORGANIZACION DE LA RED DE SUBCENTROS.

La red de subcentros estará conformada por los cinco binomios universidad servicios que sean seleccionados

entre los inscritos que llenen los requisitos y que ofrezcan mayores garantías para el éxito del subprograma.

En la cabeza de coordinación estará el Centro Coordinador del SP-3, ubicado en ASCOFAME, cuya organización y funciones describimos más adelante. Este Centro Coordinador actúa como eje de la Red de subcentros para el intercambio y síntesis de la información y para la promoción, desarrollo y soporte de las actividades que sugieran los subcentros.

A continuación se muestra un esquema en el que se visualizan los elementos institucionales de la red. (Ver página siguiente).

PASO 3. INVESTIGACION PARTICIPATIVA.

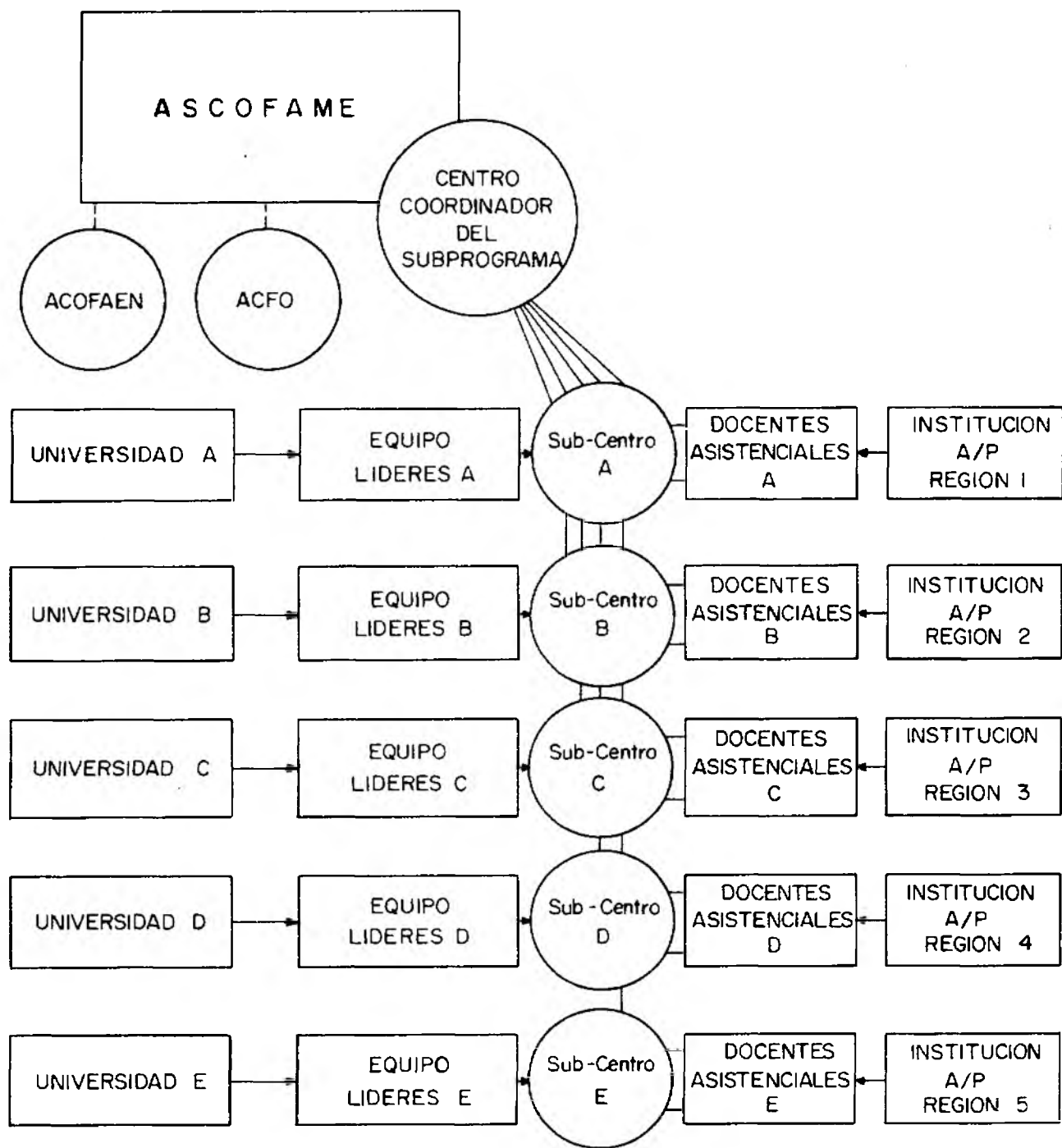
Una vez identificados los miembros de la Red de Subcentros que llenen los criterios de participación, se llevará a cabo un proceso de indagación de necesidades de entrenamiento de los líderes de cada subcentro, de capacitación de docentes asistenciales y de apoyo logístico a la docencia-asistencia.

Fundamental en este análisis será la participación de los líderes y docentes asistenciales de cada subcentro.

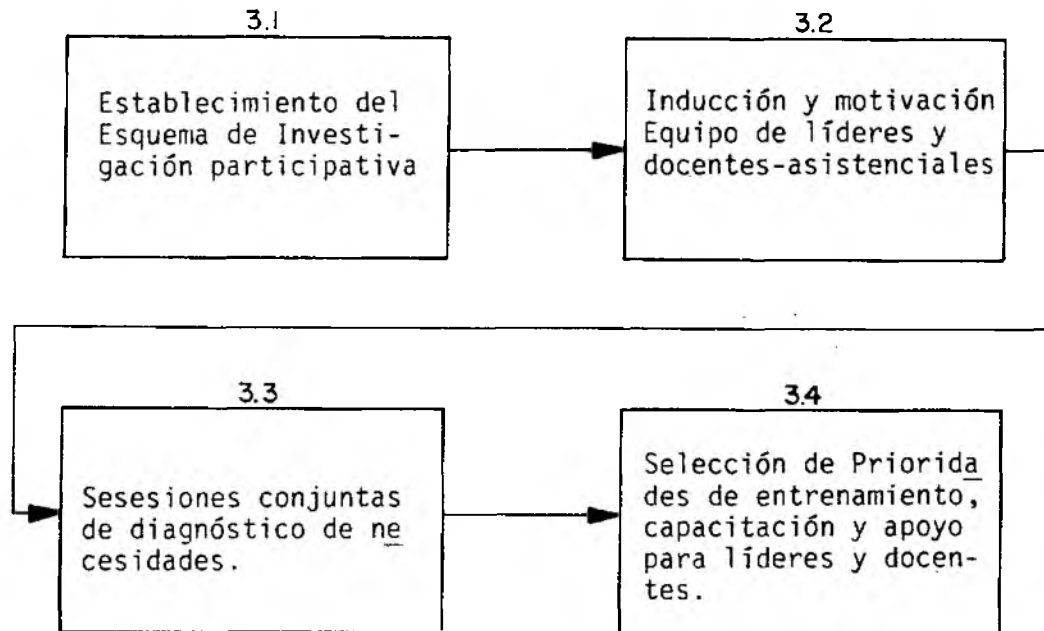
Algunas de las actividades necesarias para llegar a un listado de necesidades se muestran en el flujograma siguiente:

SUBPROGRAMA Nº3

RED DE SUBCENTROS



INVESTIGACION PARTICIPATIVA



3.1 El equipo coordinador central, previa consulta de los miembros de la red de subcentros, establecerá un mecanismo ágil y sencillo que permita conocer en un período corto (Ver cronograma) las necesidades de entrenamiento que tengan los líderes, las de capacitación de los docentes y las de apoyo logístico y tecnológico a la docencia-asistencia.

3.2. Inducción y motivación.

Con el fin de lograr una participación activa y eficaz de los líderes y docentes en el establecimiento de las necesidades se llevará a cabo un proceso de inducción del subprograma y de motivación tanto a nivel de las facultades de salud como de los servicios de salud respectivos. A este efecto se elaborará un plan de visitas y un audiovisual explicativo del SP-3.

3.3 El establecimiento de las necesidades se llevará a cabo en sesiones conjuntas de líderes y docentes, empleando los me

canismos e instrumentos definidos en el esquema de la investigación participativa.

- 3.4 Dentro de la variedad de necesidades detectadas, se establecerán prioridades de entrenamiento, capacitación y apoyo, empleando como criterio aquellos directamente relacionados con el problema bajo estudio y con la generación de un modelo de docencia-asistencia.

El listado de prioridades se convertirá en la base para desarrollar las actividades de entrenamiento, capacitación y apoyo, objeto del paso siguiente.

PASO 4. ENTRENAMIENTO, CAPACITACION Y APOYO.

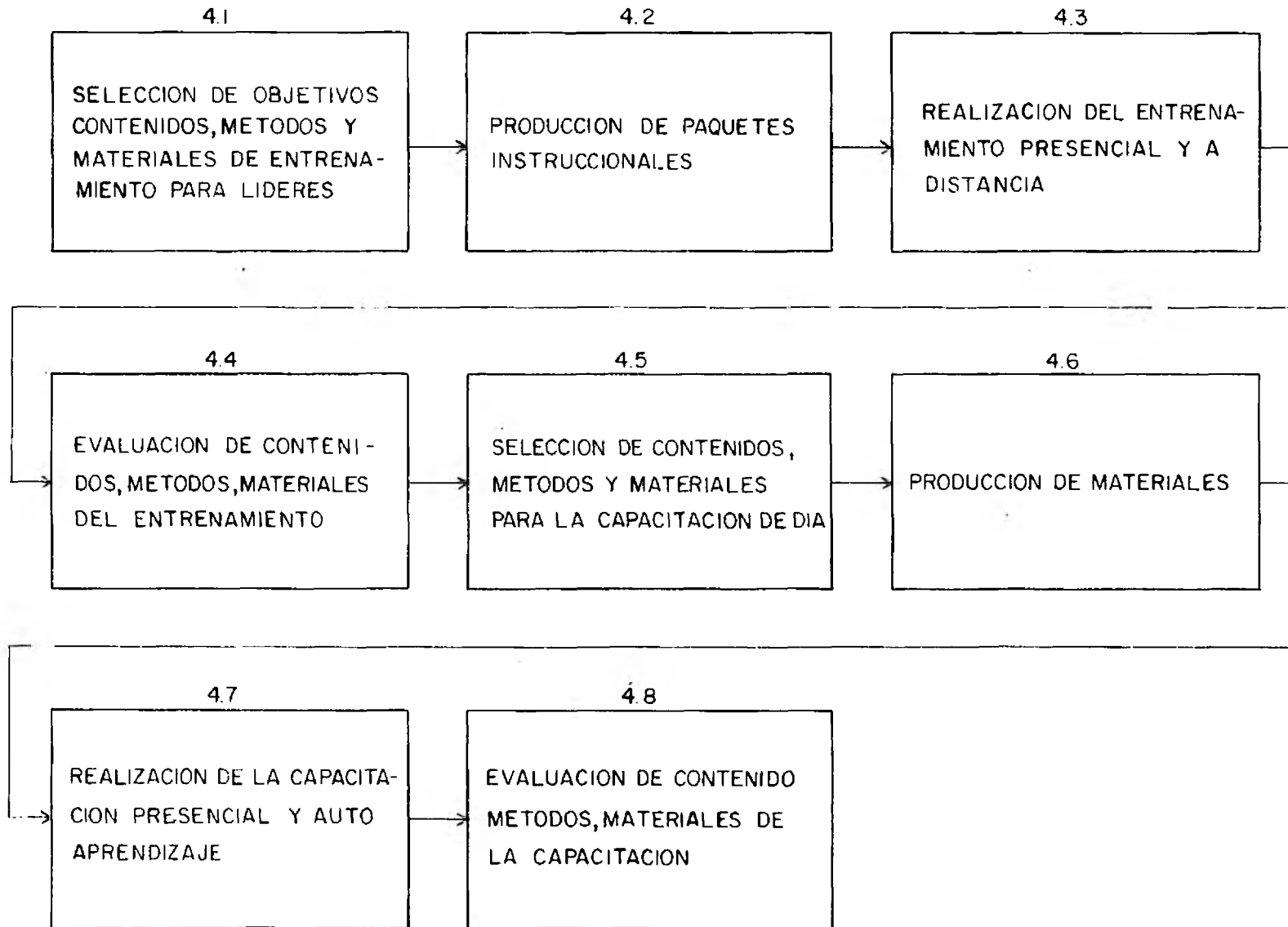
El siguiente paso será el proceso de entrenamiento de los equipos de líderes de las respectivas facultades y la capacitación de los docentes asistenciales de las instituciones de salud correspondientes. Este entrenamiento y esta capacitación exigirán el desarrollo de métodos y materiales específicos, su aplicación y evaluación en situaciones de educación en servicio.

Los materiales, métodos e instrumentos que se requieran para el entrenamiento y la capacitación representan apoyos específicos en el campo de la tecnología educativa y otros de carácter logístico.

En el siguiente flujograma se muestra la secuencia de actividades en esta parte del proceso:

Para dar mayor unidad al proceso, hemos empleado el término "entrenamiento" para referirnos a la formación de los líderes y el término "capacitación" para referirnos a las actividades de formación de los docentes asistenciales.

ENTRENAMIENTO- CAPACITACION - APOYO



- Las actividades anteriores se realizarán para cada uno de los subcentros con base en las necesidades detectadas.
- Se ha considerado que parte del entrenamiento y de la capacitación deberá llevarse a cabo por auto-aprendizaje utilizando mecanismos de educación a distancia.
- La secuencia muestra que cada equipo de líderes, una vez entrenados y con los materiales necesarios a su disposición, (4.1 a 4.4) llevarán a cabo la capacitación de los docentes asistenciales, (4.5 a 4.8)
- La evaluación (4.4. y 4.8) permitirá realizar una síntesis inicial acerca de los elementos de entrenamiento y capacitación que debería tenerse en cuenta para el desarrollo de la docencia-asistencia.
- Los demás docentes del área clínica y profesional que lo deseen podrán participar tanto del entrenamiento como de la capacitación, según lo coordine el equipo líder en cada subcentro.

PASO 5 DESARROLLO DE LA DOCENCIA ASISTENCIA.

Una vez concluida la capacitación formal en servicio de los docentes asistenciales, estos iniciarán un período autónomo de aplicación de los elementos de la misma, los líderes, por su parte, les prestarán asesoría y apoyo técnico y estarán pendientes de la solución de problemas de orden metodológico, técnico y logístico. El Centro Coordinador de ASCOFAME contribuirá a esa asesoría según lo soliciten los líderes de cada subcentro.

El contacto entre líderes y docentes hará posible la realización de un programa de seguimiento y evaluación que permita al subprograma conocer los vacíos en el entrenamiento y en la capacitación, así como los resultados obtenidos en la docencia y en el aprendizaje. Esta será una aproximación más clara a la

definición de los elementos del modelo de docencia-asistencia.

PASO 6. EVALUACION GENERAL DEL SUBPROGRAMA.

El subprograma será evaluado tanto por agentes internos como externos. Ellos deberán focalizar la atención en:

- a) La planeación del subprograma.
- b) El apoyo logístico.
- c) La organización.
- d) El entrenamiento y la capacitación.
- e) La asesoría, seguimiento y evaluación.
- f) El logro de los objetivos.
- g) Los materiales.
- h) El impacto general del subprograma.

PASO 7. SINTESIS DEL MODELO.

Una vez concluida la evaluación de la docencia asistencia en cada uno de los subcentros así como la del subprograma, será posible elaborar una síntesis concluyente sobre el modelo y sus elementos básicos. Se describirán los diferentes esquemas de docencia-asistencia empleados, sus características, las metodologías y estrategias prácticas de trabajo para definir un modelo final que pueda diseminarse a nivel nacional y regional.

PASO 8. DISEMINACION DE RESULTADOS.

La síntesis del modelo, sus contenidos, métodos, materiales y sistemas de organización y evaluación serán puestos a disposición de todas las facultades de salud del país y del continente que lo soliciten a través de artículos, informes, talleres nacionales y visitas a los subcentros. No solo las facultades y servicios que hayan participado en el programa serán beneficiarios del mismo. El tercer año de labores estará dedicado muy particularmente a brindar asesoría a todas las facultades de salud del país, en la difusión, adaptación e implantación de esquemas docente-asistenciales.

PASO 9. ASESORIAS.

En el tercer año del subprograma, el modelo y la experiencia sobre el mismo deberá estar consolidada. Esto permitirá al equipo central, a los líderes y a los docentes realizar asesorías a nivel local, nacional e internacional en aquellas instituciones que deseen adaptar o adoptar la totalidad o partes del modelo.

RESUMEN.

En este capítulo hemos descrito un proceso de nueve pasos que se consideran necesarios para el desarrollo del SP-3. Se seleccionarán cinco binomios docente-asistenciales en los cuales se experimentarán diversas estrategias de mejoramiento de la docencia-asistencia, se evaluarán contenidos, métodos y materiales usados para ellos y se concluirá hacia el modelo que pueda ser diseminado a través de información y asesoría.

CAPITULO IV

ORGANIZACION DEL SUBPROGRAMA

INTRODUCCION.

En las siguientes páginas describiremos algunos aspectos de orden administrativo, particularmente aquellos que se refieren a la organización del subprograma. Debemos aquí recordar los diferentes elementos y personas que participan en él:

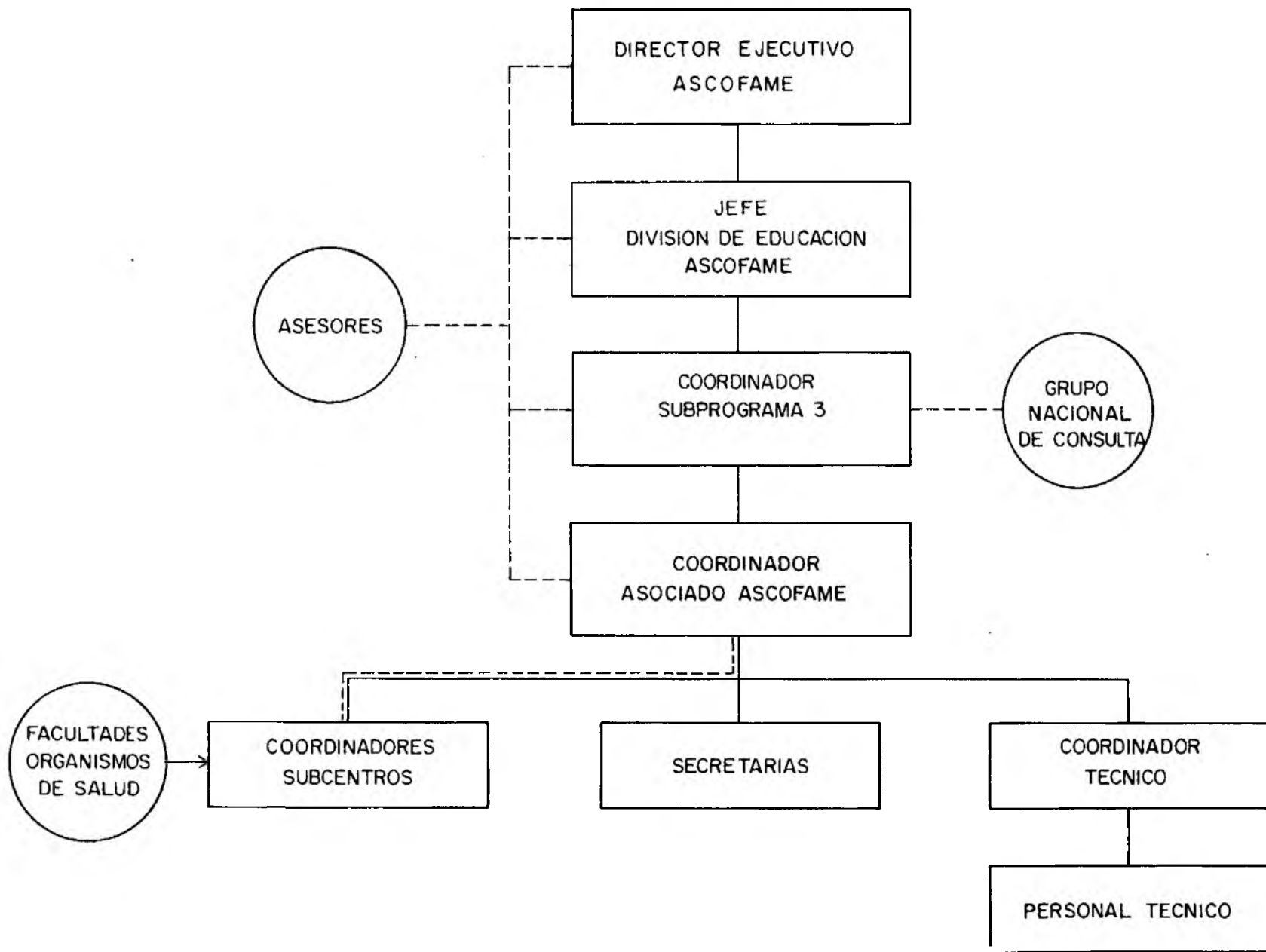
- Cinco universidades con facultades de ciencias de la salud ubicadas en cinco regiones geográficas del país, seleccionadas de acuerdo con criterios expresados anteriormente.
- Cinco instituciones de salud en donde se lleven a cabo programas de formación profesional para medicina, odontología y enfermería. Estas deben ser de nivel primario.
- Cinco equipo de líderes locales ubicados en las facultades de ciencias de la salud, con entrenamiento específico en docencia o que estén dispuestos a recibirlo según las necesidades del programa. Estos líderes deberán planear, dirigir y evaluar el proceso de capacitación de los docentes asistenciales, participar en la elaboración y validación de los materiales para el programa y coordinar localmente el proyecto. Los equipos de líderes estarán conformados por un médico, un odontólogo, una enfermera y un educador en salud, o un tecnólogo educativo con experiencia en ciencias de la salud.
- Los profesionales de medicina, enfermería y odontología que prestan sus servicios en las cinco instituciones de salud seleccionadas y que tengan responsabilidades de docencia.

- El Centro Coordinador del programa, ubicado en ASCOFAME. Este tendrá un Director, un Director Asociado, una Secretaria, un Coordinador de Producción y estará apoyado por el Comité Nacional de Consulta formado por un representante de cada grupo de líderes.

El Centro Coordinador establecerá vínculos permanentes con la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería -ACOFAEN-y con la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología -ACFO- para el análisis y síntesis de las experiencias logradas en los subcentros con los docentes y estudiantes de cada área.

ORGANIGRAMA

El organigrama en el cual se inscriben los funcionarios y personal técnico y auxiliar del proyecto, los líderes y docentes puede describirse de la siguiente manera:



El organigrama muestra las siguientes relaciones de dependencia y coordinación:

1. El Director Ejecutivo de ASCOFAME es el responsable general del programa de atención primaria de salud ASCOFAME-KELLOGG, en donde se encuentra el subprograma 3.
2. El Director Ejecutivo Asociado de ASCOFAME tiene una relación de coordinación con el Director del Subprograma (SP-3) para efectos de la coordinación de actividades entre los 3 subprogramas.
3. El Jefe de la División de Educación es el directo responsable del SP-3 ante la Dirección Ejecutiva y es el asesor interno del subprograma.
4. El Coordinador del SP-3, es el líder del equipo de trabajo del subprograma y tiene bajo su responsabilidad la planeación, ejecución y evaluación de todas las actividades del mismo.

La coordinación del subprograma tiene un grupo de apoyo externo - el Grupo Nacional de Consulta - formado por un representante de cada subcentro. Su finalidad es mantener abiertos los canales de comunicación entre los subcentros y el Centro Nacional de Coordinación en ASCOFAME.

5. El Coordinador Asociado es el representante de la Coordinación General del subprograma en la ciudad de Bogotá.

El SP-3 contará con los asesores que sea necesario contratar para la ejecución de tareas y servicios específicos.

6. Cada uno de los subcentros tiene un coordinador quien orienta las actividades del equipo de líderes locales y la capacitación de los docentes; produce informes de progreso y asiste a las reuniones del

grupo nacional de consulta.

7. El SP-3 tendrá un coordinador técnico quien estará a cargo de la producción de los materiales necesarios para el entrenamiento y la capacitación. También coordinará el diagnóstico de necesidades de tipo logístico una vez haya concluido el proceso de investigación participativa. Su trabajo incluye la planeación y producción de materiales para los eventos de entrenamiento para líderes y usuarios del subprograma.
8. El personal técnico del subprograma estará encargado de la elaboración de impresos, materiales visuales y de audio-visuales y demás que se requiera producir, reproducir o adaptar para el entrenamiento o capacitación.
9. El subprograma dispondrá de 2 secretarías para cumplir con las funciones de organización, mecanografía, archivo y correspondencia del mismo.
10. Funciones de los subcentros. Las funciones de los subcentros son múltiples y será necesario explicitarlas a medida que ellas sean evidentes. Se espera que ellos y su personal puedan cumplir entre otras, con las siguientes:
 - Servir de sede para el programa de capacitación de docentes-asistenciales.
 - Planear, ejecutar y evaluar todas las actividades relacionadas con los objetivos del diseño del modelo de docencia asistencia a nivel local.
 - Proporcionar servicios de asesoría a los docentes asistenciales que participen en el programa.

- Presentar los informes que sean requeridos por la dirección del subprograma.
- Participar en la selección, adaptación o producción de materiales educativos de apoyo al programa de docencia-asistencia.
- Participar en el entrenamiento para llevar a cabo posteriormente capacitación de los docentes-asistenciales.

11. Relaciones Universidad - Servicios de Salud - Subcentro -

Todas las actividades generadas o impulsadas por el subprograma (SP-3) deberán ser conocidas y aprobadas tanto por las autoridades académicas de las respectivas universidades como por las de los servicios. Para ello se garantizará un flujo permanente de información entre la universidad y el servicio de salud a través del sub centro.

Las relaciones entre las dos instituciones, a efectos del desarrollo de este subprograma, se aclararán en el proceso de interacción. Algunas de estas podrían describirse de la siguiente manera:

- El Subcentro depende del Decano (o Decanos respectivos) de salud y tiene una relación de coordinación con el centro de salud (hospital) en el que se desarrollará el programa.
- La autoridad académica, (decanos) mantendrá una relación de coordinación con el Director del Centro de Salud (hospital) correspondiente para la toma de decisiones. Un Comité integrado por el Coordinador del subcentro, el Director del centro de salud (hospital) y el (los) decano(s) tendrá a su cargo la toma de decisiones a nivel local, todo ello en coordinación con el Centro Nacional en ASCOFAME.

- El vehículo directo de comunicación entre los Subcentros y el Centro (ASCOFAME) es el Grupo Nacional de Consulta formado por los coordinadores de los subcentros. Se espera que este grupo tenga una o dos reuniones generales por año.
- Cada subcentro adoptará un organigrama o ajustará el que actualmente tenga la instancia que adopte la función de subcentro, según sus necesidades y recursos.

OTROS ASPECTOS ORGANIZATIVOS.

1. Coordinación Local.

Los equipos de líderes de las respectivas facultades participantes tienen a su cargo el desarrollo local de las actividades. Se pretende que este equipo trabaje dentro de la organización actual de las facultades participantes. El respectivo coordinador local tendrá a su cargo la coordinación del equipo. Esta persona deberá a su vez coordinar con su correspondiente en la institución de salud las actividades a desarrollar. El jefe de la oficina de educación o quien represente a la(s) facultad(es) en el subprograma formará parte del equipo nacional de consulta que responde de sus actividades ante el Centro Coordinador del Programa de ASCOFAME.

ACTIVIDADES PARA EL CRONOGRAMA.

De acuerdo con lo establecido en el Programa ASCOFAME-KELLOGG, el SP-3 se desarrollará en un período de tres años. El cronograma adjunto detalla las actividades del primer año y esboza las de los tres años siguientes. Estos, obviamente, sufrirán los ajustes necesarios propios de un proceso de investigación-acción.

1. Selección de Instituciones y sujetos participantes/beneficiarios.

1.1 Presentación del proyecto al Consejo de ASCOFAME.

- 1.2 Envío de formularios de inscripción a las facultades de salud - Coordinación por el Decano de Medicina (o salud). Envío de información ampliada sobre el proyecto a decanos de salud.
 - 1.3 Recepción y análisis de formularios y documentación adicional. Aplicación de criterios de selección.
 - 1.4 Comunicación sobre aceptación de inscripciones.
2. Organización de la Red de Subcentros.
 - 2.1 Publicación para la red sobre características y estado actual de las sedes del SP-3(P1).
 - 2.2 Primera reunión del Grupo Nacional de Consulta (GNC) e Inauguración de la Red-Plan para el Primer Año. Tema: Estado Actual de la Docencia-Asistencia.
3. Investigación Participativa (I.P.)
 - 3.1 Selección del modelo de I.P.
 - 3.2 Sesiones de consulta en las sedes - Participación del equipo central - Visita de reconocimiento de la sede.
 - 3.3 Formulación de las necesidades de entrenamiento, capacitación y apoyo.
 - 3.4 Publicación (P.2) acerca del proceso de investigación participativa y sus resultados.
4. Entrenamiento, Capacitación y Apoyo.
-Actividades para el segundo año:
 - 4.1. Entrenamiento de líderes.

- 4.1.1 Definición de objetivos, contenidos, estrategias, metodológicas y educativas con base en 3.3.
- 4.1.2 Consulta a miembros de la red sobre 4.1.1
 - 4.1.2.1 Determinación de necesidades de apoyo logístico para los subcentros.
- 4.1.3 Selección, adaptación, producción y reproducción de materiales para el entrenamiento.
- 4.1.4 Planeación de sesiones de entrenamiento para líderes.
- 4.1.5 Desarrollo y evaluación de sesiones de entrenamiento para líderes Tercer Informe. (P.3)
- 4.1.6 Fase de planeación de la capacitación para docentes a nivel de subcentros: objetivos, contenidos y estrategias metodológicas.
 - 4.1.6.1 Determinación de necesidades de apoyo logístico para la docencia-asistencia.
- 4.1.7 Consulta con los docentes-asistenciales sobre la capacitación.
- 4.1.8 Selección, adaptación, producción y reproducción de materiales para la capacitación.
- 4.1.9 Planeación de las sesiones de capacitación.
- 4.1.10 Desarrollo y evaluación de las sesiones de capacitación. Cuarto Informe. (P.4)
- 4.1.11 Reunión Grupo Nacional de Consulta (GNC).

5. Desarrollo de la Docencia-Asistencia.

- 5.1 Planeación de actividades por parte de los docentes-asistenciales: Asesoría del subcentro respectivo. Apoyo logístico y seguimiento.
- 5.2 Desarrollo de las actividades docentes: Supervisión de la actividad docente y reporte de resultados. Quinto informe. (P.5).
- 5.3. Retroinformación para docentes. Nuevos eventos de capacitación. Sexto Informe.

6. Evaluación General del Sub-Programa: Asesoría Externa.

- 6.1 Selección de consultores
- 6.2 Contratación
- 6.3 Ejecución de la asesoría
- 6.4 Entrega de informes y análisis.

7. Síntesis del Modelo.

- 7.1 Recolección de información sobre el modelo en cada subcentro.
- 7.2 Síntesis de la Información-Publicación y Difusión.
- 7.3. Reunión Nacional de Consulta.

- Actividades para el Tercer Año:

8. Diseminación del Modelo.

8.1 Publicación de Boletín trimestral.

8.2 Publicación de libros sobre el SP.3

9. Asesorías.

9.1 Ofrecimiento a través de medios de consultoría.

9.2 Ejecución

9.3 Informes.

- Actividades para el Tercer Año:

8. Diseminación del Modelo.

8.1 Publicación de Boletín trimestral.

8.2 Publicación de libros sobre el SP.3

9. Asesorías.

9.1 Ofrecimiento a través de medios de consultoría.

9.2 Ejecución

9.3 Informes.

ACTIVIDADES	TIEMPO 1985											
	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1. Organización del Equipo Central	—											
2. Redacción del Documento Guía	—	—	—									
3. Presentación del Proyecto ante Consejo Directivo de ASCOFAME.		—										
4. Presentación del Proyecto ante ACOFAEN y ACFO.			—									
5. Elaboración Audiovisuales sobre Subprograma.			—	—								
6. Elaboración de Formularios de Inscripción - Facultades - .			—	—								
7. Envío formularios y requisitos inscripción.			—	—								
8. Organización y dotación Centro ASCOFAME.				—	—							
9. Recepción formularios y documentos Facultades - Centros de Salud				—	—	—						
10. Análisis y selección de subcentros					—	—						
11. Comunicación aceptación						—						
12. Preparación Investigación Participativa y Visitas a Subcentros					—	—						
13. Visitas a subcentros. Organización. Investigación participativa.							—					
14. Preparación y presentación documentos estado actual subcentros								—				

ACTIVIDADES	TIEMPO				1986	1987
	9	10	11	12		
15. Planeación apoyo docente logístico y tecnológico subcentro.						
16. Primera Reunión Nacional de la Red de Subcentros Inauguración.						
17. Seminario Internacional sobre Estrategias Educativas para la Docencia-Asistencia.						
18. Memorias Seminario Internacional						
19. Planeamiento y diseño del Programa de Entrenamiento para líderes - Elaboración y comunicación.						
Fin de Actividades Año I.						
ACTIVIDADES AÑO II						
Entrenamiento de líderes						
Capacitación de docentes						
Docencia-asistencia						
Evaluación general						
Síntesis del Modelo						
ACTIVIDADES AÑO III						
Diseminación del Modelo						
Asesorías e Informes						

PROYECTO PARA EL DESARROLLO DE LA
ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

SINTESIS SUBPROGRAMA No.3

LA DOCENCIA ASISTENCIA EN EL NIVEL PRIMARIO:
MODELO OPERATIVO

GRUPO DE TRABAJO :

Ed. D.	Vicente Zapata - Coordinador
Ed.	Nelsa de Astaíza - Coordinadora Asociada
Dr.	Humberto Janer
Od.	Jorge Torres - ACFO
Enf.	Gilma de Ospino - ACOFAEN
Dr.	Hernando Medina L.
Estco.	Manuel Leguizamón
Ed.	Elsa Vargas - Asesora Ministerio de Educación

SUBPROGRAMA No. 3

LA DOCENCIA ASISTENCIA EN EL NIVEL PRIMARIO : MODELO OPERATIVO

"La Integración Docente Asistencial (IDA) es el proceso mediante el cual, a partir del conocimiento de la comunidad, se vinculan los esfuerzos docente, asistencial y de investigación en forma dinámica, con el propósito de formar recursos humanos para la salud, ampliar la cobertura de los servicios, elevar la calidad de los mismos, promover una mejor asistencia y mejorar los niveles de salud" (Chaves et al. Pág. 52).

ASCOFAME está impulsando la implementación del "Proyecto para el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Colombia" el cual tiene como propósito general la realización de actividades que contribuyan al logro de 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.

El Programa para el desarrollo de la Atención Primaria de Salud en Colombia consta de 3 subprogramas.

El tercer subprograma denominado "La Docencia asistencia : modelo operativo", está enfocado al análisis del proceso docencia asistencia en la formación de médicos, odontólogos y enfermeras, a la aplicación de estrategias para mejorar su eficacia educacional y el uso de mecanismos de carácter organizacional que permitan la ^{elaboración} ~~aclaración~~ de un modelo de docencia asistencia que surja de centros ~~piloto~~ ubicados en 5 regiones geográficas del país y que pueda tener aplicación en el nivel nacional y regional.

1. Identificación del Subprograma.

El subprograma No. 3 se ha denominado : "La docencia asistencia : Modelo operativo", tiene por objeto el estudio de la docencia asistencia con sus características y modalidades regionales y locales, en busca de un modelo operativo que permita un mejoramiento cualitativo de la formación de los recursos humanos en salud al tiempo que facilite el mejoramiento en la prestación de los servicios y la interacción entre el sector educativo y el asistencial para la planeación, ejecución y evaluación de los programas docente-asistenciales.

2. Justificación.

1. La necesidad de ubicar al estudiante de ciencias de la salud en contacto con los problemas de salud más cercanos a su futuro desempeño profesional y con la patología prevalente en el futuro medio ambiente de trabajo, así como estimular su desarrollo como administrador, como epidemiólogo y como agente educativo de la comunidad.
2. La existencia de una situación deficitaria que aparece en los programas docente-asistenciales, caracterizada por desfases en la planeación educativa, la informalidad de los procesos educativos, la falta de información sobre los resultados logrados en los estudiantes, la escasez de recursos para apoyar la docencia asistencia y la preparación deficiente de los docentes asistenciales para dirigir las experiencias educacionales de los estudiantes.

3. Objetivos del Subprograma No. 3.

3.1. Objetivo General :

Diseñar e implementar con base en el análisis y enriquecimiento de varias experiencias de docencia en los servicios de salud, un modelo de docencia asistencia que pueda ser aplicado conjuntamente por las instituciones educativas y asistenciales en la formación de recursos humanos para la salud.

3.2. Objetivos Específicos :

- Establecer, por medio de investigación participativa, los elementos que entrarán en juego en la elaboración del modelo y - las necesidades y características que determinan su pertenencia al subprograma.
- Realizar una serie de intervenciones de carácter tecnológico educativo y científico en la situación docente asistencial con el fin de potenciar los procesos de docencia y aprendizaje que se dan en ella.
- Asesorar a las instituciones educativas y asistenciales en el perfeccionamiento de los mecanismos de planeación, ejecución y evaluación de la docencia asistencia con el fin de sistematizar los procesos educativos asistenciales.
- Evaluar las intervenciones, los métodos, materiales y el impacto de estos sobre la situación docente asistencial con el fin de sintetizar los elementos claves para un modelo de docencia asistencia.

4. Actividades básicas.

Para cumplir con los objetivos propuestos, el subprograma desarrollará, en los tres años de su vigencia, una variedad de actividades entre las cuales se destacan las siguientes :

- Crear un centro a nivel nacional con sede en Ascofame, que sirva de apoyo al subprograma 3 y permita el reforzamiento tecnológico para la docencia-asistencia a través de la red de subcentros que operarán en Colombia promovidos por las diferentes facultades.
- Crear cinco subcentros para el desarrollo de la docencia-asistencia constituidos por una facultad de salud y un organismo de salud a nivel primario.

- Realizar acciones de educación permanente en servicio para la capacitación de líderes del subprograma y usuarios del mismo.
- Seleccionar estrategias y producir (adaptar) materiales para el entrenamiento de líderes y usuarios del subprograma, en las áreas de interés de la atención primaria de salud.
- Conformar cinco equipos de líderes locales multiplicadores en cinco áreas de influencia docente-asistencial para desarrollar con ellas intervenciones de tipo científico y tecnológico educativo en las instituciones docente asistenciales.
- Ejecutar y evaluar el programa de intervenciones para el análisis y concreción de un modelo de docencia-asistencia.

5. Participantes.

Los grupos de enfoque del subprograma #3 son las facultades de ciencias de la salud y las respectivas instituciones de servicios de atención primaria de salud.

Se han previsto dos tipos de participantes así :

5.1. Beneficiarios :

Se consideran como tales las facultades de ciencias de la salud y las instituciones de servicios de atención primaria en las cuales se diseñará y experimentará el modelo de docencia asistencia. Están integrados por :

- Cinco facultades de ciencias de la salud ubicadas en cinco regiones geográficas del país, seleccionadas de acuerdo con criterios expresados en el paso #1 de la metodología del programa.
- Cinco instituciones de servicios de salud en donde se lleven a cabo programas de formación profesional para medicina, odontología y enfermería. Estas deben ser de nivel primario.
- Cinco equipos de líderes locales ubicados en las facultades de ciencias de la salud, con entrenamiento específico en docencia o que estén dispuestos a recibirlo según las necesidades del programa. Estos líderes deberán planear, dirigir y evaluar el

proceso de capacitación de los docentes asistenciales, participar en la elaboración y validación de los materiales para el programa y coordinar localmente el proyecto. Los equipos de líderes estarán conformados por un médico, un odontólogo, una enfermera y un educador en salud, o un tecnólogo educativo con experiencia en ciencias de la salud.

- Los profesionales de medicina, enfermería y odontología que presen sus servicios en las cinco instituciones de salud seleccionadas y que tengan responsabilidades de docencia.
- Los docentes del área clínica de las facultades mencionadas.

Los beneficiarios que se inscriban tendrán acceso directo y sin costo a todos los materiales generados por el programa. Estos incluirán entre otros, los siguientes :

- a) Informes de progreso sobre el desarrollo del modelo.
- b) Esquemas y guías para la aplicación del modelo.
- c) Materiales para el entrenamiento de líderes y capacitación de docentes.
- d) Materiales audiovisuales para la orientación metodológica de la docencia asistencia en atención primaria.
- e) Descripción del modelo y esquema de administración : Planeación, organización, dirección y evaluación de actividades.

5.2. Usuarios :

Todas las facultades de ciencias de la salud que deseen organizar la docencia asistencia a partir del modelo tendrán acceso a la asesoría para su implantación por parte del Centro Coordinador del Programa. En el caso particular de ACOFAEN y de ACFO estas dos asociaciones podrán solicitar al Centro Coordinador la realización de talleres de inducción al proceso de la docencia asistencia para la creación del programa en situaciones específicas de odontología y enfermería, con el apoyo de los líderes de estas dos áreas entrenadas por el subprograma.

Todos los procesos, técnicas, procedimientos y materiales del modelo deberán tener aplicación práctica en la situación de docencia clínica en las facultades de ciencias de la salud. Por ello, los usuarios tendrán acceso a los mismos materiales. Para este efecto, desde el inicio del programa se elaborarán fichas de inscripción a fin de mantener informados a los usuarios de los materiales, asesorías y eventos en los que puedan participar.

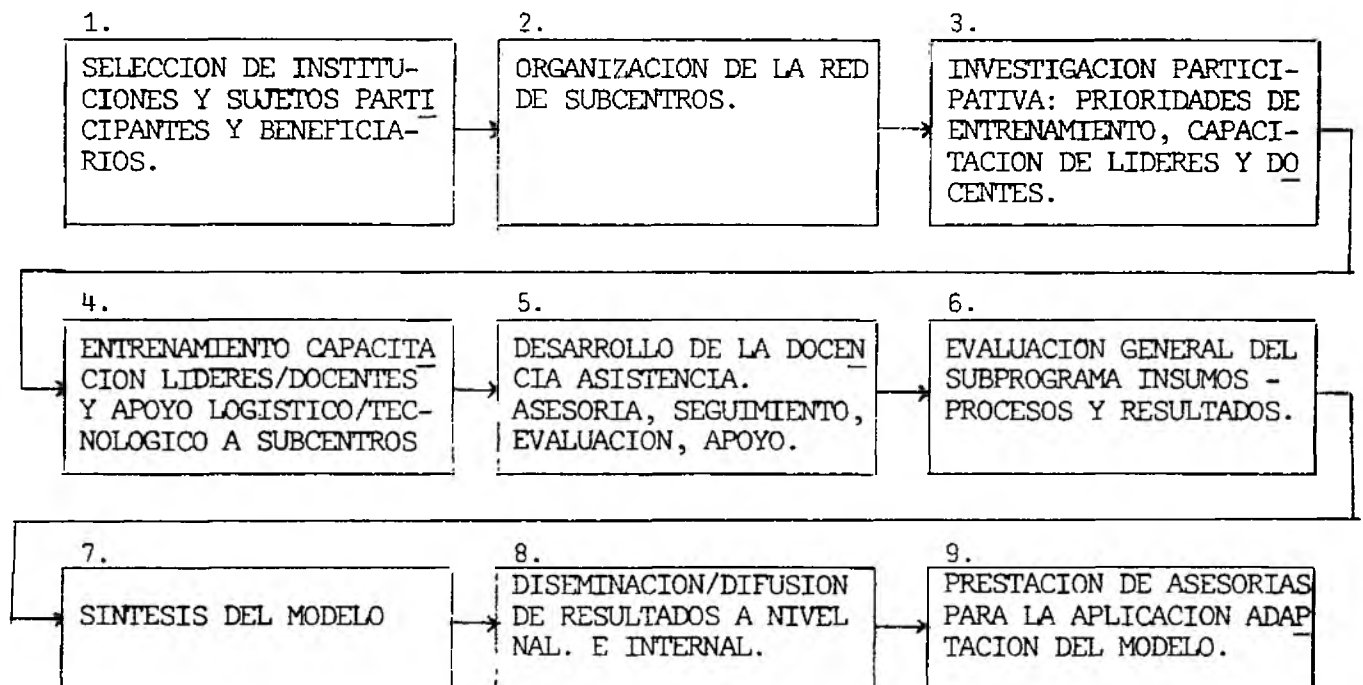
Estas facultades deben garantizar que llenan todos los demás criterios de participación. Así mismo deberán poder financiar los costos de operación del programa, ya que la financiación - existente es solo para cinco subcentros. El Centro Coordinador les proporcionará en forma preferencial los materiales mencionados.

6. Fundamentación teórico-práctica del subprograma.

La ejecución del subprograma estará sustentada particularmente en 4 - elementos teórico-prácticos : los principios y normas de la atención primaria de salud, los principios y directrices de la IDA, los aportes de la sicología educativa y la aplicación de estrategias e instrumentos de la tecnología educativa y finalmente los principios fundamentales de la educación superior para la formación profesional.

7. Metodología.

El proceso metodológico de orden general que se prevee en la ejecución del subprograma No. 3 que conducen a la definición y aplicación del modelo de docencia asistencia incluye los siguientes pasos :



El primer paso constituye la prioridad por excelencia, del cual depende el éxito del programa. La selección de cinco binomios Institucionales Facultad e Institución de nivel primario en 5 regiones geográficas del país se llevará a cabo teniendo en cuenta los siguientes criterios :

- Existencia de un convenio de integración docente asistencial entre la facultad que se inscribe y el respectivo servicio de salud seccional o local.
- Cartas de intención de parte de la facultad y de la institución de salud, respaldadas por las autoridades respectivas, en las que se exprese el compromiso de participar con sus respectivos recursos humanos y logísticos en el desarrollo del subprograma.
- Disponibilidad de los docentes asistenciales para participar en el entrenamiento. Se calcula una dedicación de aproximadamente 30 horas por mes.
- Disponibilidad, de parte de las facultades que participan en la elaboración del modelo, para dedicar entre tres y cuatro docentes para participar en el planeamiento, ejecución y evaluación del programa.
- Existencia de las facultades que participan en la elaboración del modelo, de una infraestructura administrativa y logística básica que permita la coordinación de las actividades del subcentro de la facultad. Este papel lo pueden tomar las oficinas de educación en salud o educación médica respectivas.
- Ubicación de cada subcentro en una de cinco regiones así : oriental, costa norte, noroccidental, central suroccidental. No podrá haber dos subcentros en una misma área geográfica.

Es de primordial importancia, la disponibilidad de tres a cuatro docentes líderes de cada facultad de salud con las siguientes características y condiciones de participación :

- a) Ser médico, odontólogo, enfermera a nivel general y educador en salud.
- b) Expresar su deseo y disponibilidad para :
 - participar en períodos de entrenamiento en Tecnología Educativa hasta de una semana de duración por un total de seis semanas por año.
 - planear, ejecutar y evaluar un programa de capacitación para los docentes asistenciales del respectivo subcentro. Este programa ocupará un total aproximado de ocho semanas por año, distribuidas en sesiones cortas de entrenamiento.
 - participar en las reuniones nacionales de consulta y presentar documentos sobre los resultados del desarrollo del subprograma.
- c) Este equipo deberá estar apoyado por un educador en salud. Sus condiciones de participación serán las expresadas en (b).

Todas aquellas facultades de salud e instituciones de servicios que no participen en la elaboración del modelo serán beneficiadas posteriormente con los resultados y aportes del subprograma.

8. Organización operativa.

El programa tendrá en la sede de ASCOFAME un centro coordinador con el equipo de trabajo del subprograma responsable de la planeación, ejecución, producción de materiales de apoyo y evaluación de todas las actividades del mismo.

A nivel local se organizará cinco subcentros dependientes de los res-

El equipo de líderes estará integrado por un educador, un médico, una enfermera y un odontólogo.

Como el subcentro integra y desarrolla actividades relacionadas con la facultad y la institución de servicio (centro asistencial) todas las actividades del subprograma #3 deberán ser conocidas y aprobadas por la facultad y el organismo asistencial para lo cual un comité integrado por el coordinador del subcentro, el director del centro asistencial y el decano, será responsable de la toma de decisiones a nivel local, en coordinación con el centro nacional de Ascofame.

Se espera que los subcentros cumplan entre otros las siguientes funciones :

- Servir de sede para el programa de capacitación de docentes-asistenciales.
- Planear, ejecutar y evaluar todas las actividades relacionadas con los objetivos del diseño del modelo de docencia asistencia a nivel local.
- Proporcionar servicios de asesoría a los docentes que participen en el programa.
- Presentar los informes que sean requeridos por la dirección del subprograma.
- Participar en la selección, adaptación o producción de materiales educativos de apoyo al programa de docencia-asistencia.
- Participar en el entrenamiento para la dirección posterior de la capacitación a los docentes asistenciales.

9. Aportes del subprograma.

Con el desarrollo de este subprograma se busca obtener aportes de orden práctico que contribuyan a mejorar el proceso docencia asistencia tales como : a) hacer aportes a la clarificación de los esquemas de relación entre universidad y servicios cuando se trata de la formación de recur-

sos humanos; b) explorar métodos de capacitación docente en servicio y comunicar sus resultados; c) ofrecer un modelo de docencia-asistencia con aportes de diferentes regiones del país que compartan elementos variados de la misma problemática; d) contribuir al entrenamiento de los docentes en servicio con una variedad de materiales instruccionales que podrán ser usados por todas las facultades de ciencias de la salud en sus programas de desarrollo de la docencia asistencia dentro y fuera de la institución educativa y e) contribuciones a la aclaración de mecanismos para retroinformar al currículo de las facultades de ciencias de la salud con la experiencia docente-asistencial.

V-31-85

MEV/ciag.