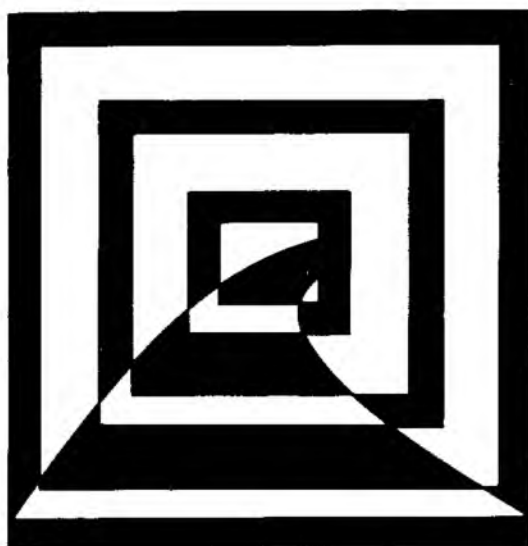


Asociación Colombiana De Facultades De Medicina

**SEMINARIO PERMANENTE
DE
EDUCACION MEDICA**

ULTIMOS CAMBIOS Y SITUACION ACTUAL DE LOS CURRICULOS
DE LAS FACULTADES DE MEDICINA DEL PAIS

II PARTE



Bogotá, 1991-1992.

PROYECTO FORMACION MEDIANTE LA INVESTIGACION

DANIEL MENESES CARMONA
INGERBORG CARVAJAL DE GUEVARA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

PROYECTO FORMACION MEDIANTE LA INVESTIGACION

DANIEL MENESES CARMONA
INGERBORG CARVAJAL DE GUEVARA
FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD DEL QUINDIO

INTRODUCCION

El presente informe ha sido elaborado con una doble finalidad: presentarle al lector el desarrollo del proyecto "Formación Mediante la Investigación" que se realiza en el área de Medicina y Salud de la Facultad de Medicina de la Universidad del Quindío.

La complejidad de éste ha exigido un seguimiento y una exposición detenida de los procesos, procedimientos y resultados, en los cuales se da cuenta que la investigación llevada a cabo, como práctica básica de un currículum, genera la formación armónica del profesional médico. Esta no solo fundamenta y dinamiza el proceso de enseñanza-aprendizaje sino que ha permitido producir conocimientos acerca de la estructura y dinámica del estado de salud, la semiología sistémica que éstas implican, los procedimientos metodológicos que se requieren para su comprensión y el modelo de asistencia integral; al mismo tiempo facilita la adquisición de habilidades, destrezas y actitudes necesarias para un ejercicio de la medicina, rehabilitación del paciente y

promoción de la salud del individuo, la familia y el grupo comunitario.

Para una mayor comprensión de lo anteriormente expuesto se ha dividido el texto en cuatro apartes.

En la primera se tematiza el cambio de mirada y prácticas médicas necesarias para la formación del médico, según las tendencias actuales tanto en la ciencia como en las políticas de salud, y se destaca en este contexto la significancia de procesos que adquiere la facultad y el proyecto enunciado.

En la segunda se describen y se analizan las distintas dimensiones abordadas y sus resultados, desde los inicios de la investigación hasta la definición de la estructura del estado de salud.

En la tercera se tematizan: la dinámica del estado de salud como un sistema, el abordaje semiológico del mismo, la elaboración y prueba del diagnóstico integral y la aproximación lograda a una semiología y asistencia integrales. Así mismo se describen las características analíticas, metodológicas y curriculares implicadas en el proceso.

Los capítulos segundo y tercero se complementan con una sucinta enumeración de los textos producidos y las exposiciones realizadas en distintos eventos.

En la última parte se definen las distintas dimensiones que es necesario afianzar para perfeccionar los procesos de formación de un médico general integral y la promoción de la salud en la población.

En el texto en general se plantean secuencialmente los presupuestos o hallazgos teóricos y la aplicación o prueba de los mismos.

I

La Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad del Quindío ha sido creada en un momento en que la institución universitaria y la educación médica se encuentran en crisis, puesto que en vez de producir y desarrollar concepciones, metodologías, procesos de enseñanza, actitudes y adaptaciones tecnológicas propias y adecuadas a la dinámica científico-social y a las necesidades del medio, se han dedicado a reproducir y perpetuar esquemas ya superados, el flexneriano, en el caso de la medicina y a capacitar profesionales sin las condiciones formativas necesarias, para generar transformaciones tanto intra como extra-universitarias.

De igual manera las instituciones prestadoras de servicios y el gobierno han actuado con base en políticas desarticuladas, trazadas a nivel central, que carecen de conocimiento, y por ende de la adaptación a las necesidades regionales y locales, sin remover la participación de la población a la cual van dirigidas.

En este ámbito la universidad no les ha ofrecido la respuesta que hubiera podido proporcionarles, porque no ha creado las concepciones ni las estrategias necesarias para lograr que sus programas correspondan a los requerimientos de la realidad.

El aislamiento de la universidad, la convierte en una institución que limita y no favorece el desarrollo científico-técnico de la sociedad de la cual hace parte.

Respecto a la salud, la respuesta a la crisis empieza a gestarse a partir del cambio de concepción planteada en el ámbito internacional, según la cual lo prioritario es la calidad de vida de la población y por ello se trasciende la cura y se privilegia la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades.

Esta nueva concepción implica abordar el organismo como parte de un sistema más amplio, con una dinámica más compleja en la cual los aspectos biológicos interactúan con las condiciones ambientales, las tradiciones y prácticas culturales, la organización económico social, los programas institucionales, etc., dicha dinámica se manifiesta en los distintos estados de salud de los individuos, las familias y los grupos. En consecuencia la práctica médica y la formación del médico se enfrentan al reto de integrar el diagnóstico y la terapéutica tradicionales con procedimientos que permitan reconocer e intervenir la dinámica de los estados de salud.

En esta perspectiva general se han comprometido los organismos nacionales e internacionales que orientan las políticas de salud y de educación médicas, como se puede ver en la bibliografía especializada.

El principio de la Declaración del Alma-Ata, Septiembre, 1978, dice:

"La Conferencia reitera firmemente que la salud, estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, es un derecho humano fundamental y que el logro más alto posible de salud es un objetivo social sumamente importante en todo el mundo, cuya realización exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud".

La meta prioritaria a nivel mundial. a partir de la citada conferencia es "salud para todos en el año 2.000" y se convierte en el objetivo hacia el cual se orientan los programas de distintos organismos.

La Trigésima Séptima Asamblea Mundial de la Salud de la OMS (1.984) analiza el papel de la universidad en las estrategias de salud para todos y conceptúa que es indispensable el cambio de los paradigmas existentes en la educación médica.

Carlyle Guerra de Macedo, 1985, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, sostiene al preguntarse por la posibilidad de solucionar los complejos problemas de la salud que :

"La respuesta puede ser afirmativa si iniciamos la revolución necesaria en el campo de la salud, que consiste en ajustar el foco de atención predominante que se da a la enfermedad, dirigiéndolo

a la preocupación concreta y prioritaria por la salud. Ese enfoque se expresa en la utilización plena de la atención primaria, no solo en forma de programas aislados destinados a atender las poblaciones marginadas, sino especialmente como estrategia para la evaluación y revisión de todo el sistema de salud y, en particular, de sus niveles de atención más complejos, es decir, como mecanismos de renovación del sistema de salud en su totalidad, para ponerlo al servicio de la población".

Dicha renovación incluye la formación de recursos humanos, como "Un continuo en su método y práctica, un continuo de los procesos de enseñanza aprendizaje, investigación y prestación de servicios".

Las políticas de salud promueven la creación de estrategias para lograr la eficacia y eficiencia de programas dirigidos a elevar el nivel de vida de la población, según las condiciones específicas de cada grupo, en las cuales se han comprometido instituciones de todo el país.

Publicaciones periódicas como "Salud Mundial", O.M.S. "Educación Médica y Salud", O.P.S. "Foro Mundial de la Salud" O.M.S. "Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana" O.P.S.; describen diversas experiencias sobre programas realizados en diferentes regiones y producen amplios debates que destacan los resultados obtenidos y ponen en evidencia los aspectos críticos de las mismas.

A partir de 1.988, se enfatiza el cambio de la Educación Médica "en Bellogio, Italia, se insistió en la necesidad de incorporar las escuelas de medicina al nuevo paradigma de atención basado en la salud poblacional y no únicamente en la atención a los individuos" (Soberon, Alvarez, 1989).

La Declaración de Edimburgo (1.988) plantea: "El objetivo de la Educación Médica es producir médicos que promuevan la salud de toda la gente... Este objetivo no está implicado en muchas partes, pese al enorme progreso de las ciencias biomédicas en el transcurso de este siglo". Al respecto Soberon y Alvarez afirman que: "Ahí mismo se reconoció que varias estrategias para producir el cambio pertenecen integralmente a la decisión y a la acción de las Escuelas de Medicina".

En América Latina las investigaciones comprometidas en programas con la nueva concepción de "salud" han entendido que los cambios inherentes a ésta no son sólo políticos sino administrativo-académicos; paradójicamente en los centros de formación universitaria, es donde mayores obstáculos se han puesto para el cambio exigido por el "nuevo paradigma"; se encuentra resistencia en las escuelas de medicina en muchas de las cuales la inercia del conservadurismo se opone tercamente al cambio, existen varios factores críticos en los cuales la intervención decidida de las instituciones educativas es definitiva pero todas requieren de una intervención conjunta de los gobiernos e instituciones formadoras del personal, como requisito para plantear en forma más racional

el problema de los recursos humanos para la salud" (Soberón-Alvarez, 1989).

Situación similar ha sido advertida y denunciada por Ernesto Plata Rueda, 1.988. Cuando al referirse a las metas básicas de la Atención Primaria en Salud (APS) plantea: "Las estrategias para alcanzar estas metas se basan en la aceptación de que la salud es un derecho humano fundamental, así como en la afirmación de que la grave desigualdad existente es inaceptable tanto desde el punto de vista político, como del social y económico. Al mismo tiempo se reconocen las múltiples interrelaciones existentes entre el desarrollo económico-social, la promoción y protección de la salud, la calidad de vida y la paz mundial. Para los países que adopten la decisión política de acabar con esas desigualdades, se requiere unir los esfuerzos de coordinación intra e intersectorial y promover la participación real de las personas, familias y comunidades en el logro de su propio desarrollo. Esta es la base de la APS entendida como una estrategia para la acción y para el cambio del sistema de salud en su conjunto".

En Colombia las políticas de salud paulatinamente, han, incorporado la nueva dimensión, se ha ido advirtiendo la responsabilidad que tienen las instituciones y el gobierno frente a las situaciones problemáticas de la población.

Las Universidades se han comprometido en un ajuste curricular para la investigación, la docencia y hacen aportes a la sociedad mediante la extensión de la Ley 80 de 1.980, según la cual "la Educación Superior, mediante la vinculación de la investigación con la docencia debe suscitar un espíritu crítico, que dote al estudiante de capacidad intelectual, para asumir con plena responsabilidad las opciones teóricas y prácticas encaminadas a su perfeccionamiento personal y al desarrollo social" Art. 4.

"La Investigación, entendida como el principio del conocimiento y de la praxis, es una actividad fundamental de la educación superior y el supuesto del espíritu científico. Está orientada a generar conocimientos, técnicas y artes, a comprobar aquellos que ya forman parte del saber y de las actividades del hombre y a crear y adecuar tecnologías" Art. 8.

"La Investigación dentro de la educación superior tiene como finalidad fundamental, reorientar y facilitar el proceso de enseñanza y aprendizaje así como promover el desarrollo de las Ciencias, las artes y las técnicas, para buscar soluciones a los problemas de la sociedad" Art. 9.

"Por su función humana y social, la educación superior deberá desarrollarse dentro de claros criterios éticos que garanticen el respeto a los valores del hombre y de la sociedad". Art. 12.

En las Facultades de Medicina dichos ajustes también han seguido las orientaciones generales del Ministerio de Salud, sobre la

investigación; se afirma que el propósito de ésta es:

"Generar alternativas para aumentar y mejorar la calidad de vida de la población ubicándose dentro del contexto socio-económico, geo-político e institucional del país y teniendo como meta mejorar el nivel de comprensión de las gentes sobre la dinámica de los problemas, de las prácticas de salud y sobre la incidencia en ellas del desarrollo científico y tecnológico" más adelante el texto puntualiza: la investigación en salud debe apoyar la toma de decisiones, generando nuevos conocimientos y apoyando la aplicación de metodologías y tecnologías apropiadas, estudiando los problemas de salud, su magnitud, características y causas biológicas, ambientales, socio-económicas, de comportamiento y creencias de la población; la demanda, oferta y funcionamiento de los servicios de salud, los modelos de relación más adecuados y sus formas de aplicación".

En los dos últimos años son numerosas las publicaciones sobre educación médica en salud que han sido explícitas en reconocer la necesidad de superar todos los espacios para la formación del médico y de promover el trabajo interinstitucional para satisfacer las necesidades de salud del país. ASCOFAME (1.989) plantea: "La Educación Médica colombiana habrá consolidado la integración de las Ciencias Básicas con las ciencias clínicas; la integración de los componentes biológicos, psicológicos, sociales y pragmáticos; la integración de la morfología, la fisiología, la semiótica, la patología, la terapéutica y la clínica. Este nuevo enfoque

coincide con la política nacional de salud hacia la integración intersectorial, interdisciplinaria y funcional en el nivel local.

Estos diferentes tipos de integración en la esfera docente y en los servicios de salud asumirán configuraciones diversas y su grado de desarrollo variará de una u otra facultad. Todas en general, se orientarán más decididamente hacia las competencias que sus graduandos deberán desarrollar para satisfacer los requerimientos de los servicios y las necesidades de salud del país. El objetivo de la Educación Médica del futuro será por lo tanto, producir médicos capaces de promover la salud de toda la población; no únicamente dispensar servicios curativos a quienes puedan sufragarlos o a quienes tienen fácil acceso a ellos.

Antes del año 2.000 los estudiantes de medicina serán expuestos a toda la gama de escenarios que existen en el Sistema Nacional de Salud. El uso exclusivo de hospitales de alta especialidad para la educación médica tradicional habrá sido revaluada y limitada a proporciones pertinentes. La atención ambulatoria que busca una prestación de servicios apropiados de experiencias múltiples y diversificadas para los futuros profesionales. Los educadores médicos aceptarán que la enseñanza centrada exclusivamente en experiencias intra-hospitalarias, exhibe una perspectiva reducida de la problemática de la salud, porque se concentra excesivamente en los aspectos curativos de mayor severidad y omite dimensiones trascendentales del fenómeno salud enfermedad, tal como se manifiesta en la comunidad.

Los estudiantes practicarán en ~~todos~~ los niveles modalidades de atención primaria, secundaria y terciaria de la salud existentes en el país, las cuales reflejan, en su conjunto, la realidad de los escenarios donde se desempeñan como futuros médicos practicando aspectos de la atención integral en toda su amplitud, en la población total y en sus diferentes sub-grupos.

Lo anterior contribuirá a transformar los currículos de la educación médica a menudo orientados exclusivamente o predominantemente hacia los aspectos curativos, para abrirse a la prevención y promoción de la salud en el seno de la comunidad y con su participación".

Recientemente en noviembre de 1.990, Efraín Otero Ruíz, Presidente de la Academia Colombiana de Medicina, al celebrar los cien años de fundación de esta entidad, ha declarado: "Sin embargo, es posible que estos esquemas que operaron muy bien para un país bucólico, y predominantemente rural como fue la primera mitad de este siglo, no operan ya para la convulsionada antesala del Siglo XXI. Es ineludible y en eso todos estamos de acuerdo, que la Constitución de Colombia deberá grabar en su entraña la palabra salud y considerarla, promulgarla como un deber y una obligación tanto del gobierno como de los ciudadanos".... Es necesario que la Academia vuelva a ocuparse de los grandes problemas de salud que siguen afectando a Colombia, pero con ideas frescas, con una intención constante no solo con los médicos, los especialistas o las sociedades científicas, sino con otros profesionales, con otras

técnicas, con otros expertos y fundamentalmente con aquellos que configuran nuestra dirigencia política".

En la legislación colombiana se ha reconocido que el nuevo enfoque de atención y educación en salud es prioritario para el desarrollo del país.

LEY No. 10 DEL 10 DE ENERO DE 1.990

Organización y administración del servicio público de salud.

Art. 4. Sistema de Salud. Para los efectos de la siguiente ley, se entiende que el sistema de salud comprende los procesos de fomento, prevención, tratamiento y rehabilitación, que en él intervienen diversos factores, tales como, los de orden biológico, ambiental, de comportamiento y de atención, propiamente dicha, y que de él forma parte, tanto el conjunto de entidades públicas y privadas del sector salud, las entidades de otros sectores que inciden en los factores de riesgo para la salud.

DECRETO No. 1216 DE 1.989.

Por el cual se crean los comités de participación comunitaria y se regula la participación de la comunidad en el cuidado de la salud:

"Sabemos que no obtendremos los efectos esperados si no modificamos la manera en que se prestan los servicios, la forma como se realiza la capacitación del recurso humano que atiende la salud, si no cambiamos los criterios utilizados para la asignación de

prioridades, si no modificamos las características de la oferta de servicios de salud. Por ello, es necesario iniciar cuanto antes un cambio de modelo de atención para que las actividades del sector se salgan del recinto amurallado de los organismos de salud y se dirijan de manera creciente hacia la comunidad, hacia donde vive nuestro pueblo, para atacar los problemas en sus causas antes que en sus consecuencias".

DE LAS FUNCIONES DE LOS COMITES DE PARTICIPACION COMUNITARIA

Art. 3o.: Numeral 3.

Acorde con el diagnóstico de la situación de salud de la comunidad, y con los recursos disponibles, participar en la determinación de las prioridades y en la elaboración de los planes, programas y presupuesto para la atención integral de salud lo cual deberá consignarse en áctas.

En este momento histórico, el ICFES. aprobó la creación y apertura de la Facultad de Medicina de la Universidad del Quindío, donde el perfil profesional es el de un médico general integral, capaz de

intervenir la enfermedad y elevar el nivel de salud del individuo, la familia y el grupo, mediante un moderno currículum basado en la concepción de sistemas.

En 1.984, la facultad de medicina atraviesa por un momento de ajuste curricular y requiere la creación de las condiciones necesarias para facilitar la formación de estudiantes según el perfil propuesto desde su apertura.

Con esta concepción se elaboró un texto denominado "Formación mediante la Investigación" con el cual se da inicio y se fundamenta el área de medicina y salud, en este se expresa por primera vez las siguientes tesis :

1. Formar al estudiante de medicina mediante la investigación de la salud como un sistema, para superar las prácticas pedagógicas que privilegian la erudición en general.
2. La inducción del proceso enseñanza-aprendizaje en la dinámica investigación-extensión-docencia indispensable, para que la universidad cumpla sus funciones respecto a la búsqueda científico-técnica y a la sociedad en que se encuentra.
3. Plantear la interdisciplinariedad como metodología para la producción de conocimientos sobre el estado de salud de las distintas comunidades.

Se planteó entonces la necesidad de nuevos procesos investigativos, conducentes a formar una mirada médica diferente de aquella en la que la enfermedad es el único objeto de la práctica médica, para que se posibilite la comprensión de los "estados de salud". Entendiéndose por tales, el conjunto de los aspectos geográficos, culturales, socio-económicas, ocupacionales, fisiológicos, psicológicos, nutricionales, reproductivos e institucionales de una comunidad.

II

PRIMER MOMENTO

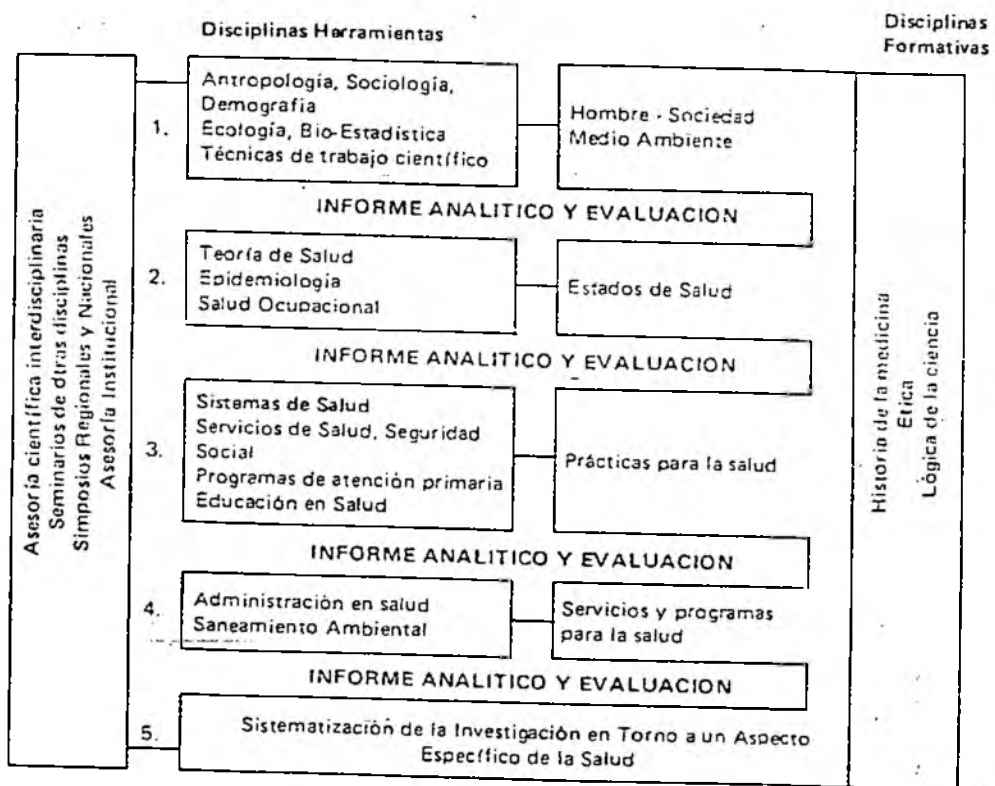
En 1.985, para implementar curricularmente la concepción descrita, se elaboró el protocolo "la Investigación como medio de Formación en el área de Medicina y Salud" primer nivel: "Hombre-Sociedad-Medio Ambiente" donde se plantea que las poblaciones se comportan de acuerdo a las condiciones históricas de la dinámica generada por los aspectos enunciados y se formula la hipótesis del "Nivel histórico de Salud" diferencial de cada comunidad como explicativa de los problemas de salud de la misma. De igual manera frente al esquema flexneriano, que acentúa la formación del personal de salud en lo biológico y por ende reduce el perfil a la capacitación técnica del médico y la práctica médica, al diagnóstico y a la cura de la enfermedad, se propone la hipótesis de formar una nueva mirada médica, mediante la investigación de los estados de salud en distintas comunidades.

Metodológicamente se desglosó el proyecto general en cinco niveles que deben desarrollarse secuencialmente por grupos de estudiantes, a quienes desde el primer año se les asigna la investigación de una comunidad urbana o rural del departamento del Quindío (cuadro 1).

En cada nivel se programan disciplinas - herramientas, en el sentido de que no son materias, sino teorías que aportan los conceptos necesarios para la comprensión del estado de salud, las

PLAN PARA LA FORMACION POR MEDIO DE LA INVESTIGACION

NIVELES FORMATIVOS INVESTIGATIVOS



- a. Disciplinas-herramientas, que son todos aquellos conocimientos pertinentes al adiestramiento mental requerido para responder a los problemas que se pretende esclarecer.
- b. El problema propiamente dicho, que se convierte en el objeto de investigación, en torno al cual se diseñan proyectos y subproyectos específicos.

disciplinas formalizantes: Etica, Historia de la Medicina y Lógica deben implementarse en todos los niveles, puesto que se conciben como espacios de discusión y reflexión acerca de los problemas que han sido inherentes al quehacer médico, para promover los valores ético-científicos de un médico integral.

La operacionalización del trabajo con los discentes se lleva a cabo mediante la descomposición del nivel "Hombre-Sociedad-Medio Ambiente", en tres aspectos a saber: geográfico, cultural, económico-social, los cuales se constituyen en unidades temáticas que se desarrollan en tres fases así :

- FASE DE INFORMACION : que se caracteriza por brindar mediante diversas metodologías de enseñanza, la revisión de la información teórica existente, siguiendo los criterios de pertinencia y economía, ya que se orienta a ser utilizada como guía de la fase de observación. En este procedimiento también se desarrolla la habilidad de la lectura analítica.
- FASE DE TRABAJO DE CAMPO: previa la elaboración de instrumentos de recolección de información adecuados relativos a la definición del problema y con base en el contexto teórico, se lleva a cabo la observación directa de las comunidades elegidas, según criterios operativos. En esta fase se alcanza: a) El acceso de los estudiantes a espacios extra-universitarios y extra-hospitalarios en los cuales puede interactuar con personas de distintos grupos, facilitando la

adquisición de habilidades y destrezas de comunicación, lo cual se demuestra en la aceptación expresa de los individuos y las familias respecto a la presencia y acciones de los estudiantes, como también en la facilidad exhibida por éstos, especialmente en las prácticas de psiquiatría. b) La aplicación del umbral de observación, en cuanto progresivamente los grupos de estudiantes detectan aspectos que de otra manera hubieran quedado aislados o desconocidos y abordan a la persona en su contexto cotidiano, creando una actitud abierta, distinta a la aprendida en la relación médico-paciente hospitalizado, ya que se fundamenta en el conocimiento de la realidad vivida por las personas.

- **FASE DE ANALISIS:** Basados en el marco teórico, las observaciones realizadas y un plan de análisis, se lleva a cabo el procesamiento de la información tendiente a descubrir las características de cada aspecto y algunas de sus relaciones con los otros, estudiados en cada comunidad.

En esta fase se desarrolla la capacidad de análisis y el manejo estadístico de los datos y se adquieren habilidades y destrezas en la escritura analítico-descriptiva y se apropián paulatinamente de los esquemas y lenguaje propios de la investigación científica; así mismo se refuerza en los discentes las actitudes de crítica teórica, autocrítica y búsqueda constante que evitan el dogmatismo.

La descripción de las situaciones con el procesamiento de los datos se constituye en el fundamento para programar actividades con la comunidad, orientadas a intervenir algunos de los problemas encontrados, con el apoyo de distintas instituciones. Es necesario aclarar que una vez terminado el informe final se presenta a los centros de salud y a la comunidad respectivos.

Las actividades realizadas con la comunidad afianzan la actitud de escucha y de cogestión en la relación con el paciente, superando así la verticalidad tradicional tanto en el proceso enseñanza-aprendizaje como en la práctica médica, circunscrita a escenarios y procedimientos no diversificados. Así el proceso de investigación docencia-asistencia en individuos, familias y comunidades, es el medio para garantizar la retroalimentación de la educación médica y la prestación de servicios de salud.

La puesta en marcha del proceso investigativo - formativo exigió programaciones paralelas como :

- a) La creación de un equipo de expertos en distintas disciplinas para afrontar el reto del trabajo interdisciplinario, a pesar de que los docentes no tenían experiencia en éste, ni en investigación.
- b) la iniciación del trabajo con los grupos de estudiantes distribuidos en diferentes comunidades.
- c) El

seguimiento exhaustivo de todas las actividades para evaluar y superar las dificultades ante la imposibilidad de acceder a modelos o experiencias similares. d) La operacionalización de una dimensión existente en la universidad donde se conciben la investigación, la extensión y la docencia como medio para la integración inter-institucional y con la comunidad.

Teniendo en cuenta lo anteriormente expuesto, se entiende por qué el desarrollo del primer nivel se extendió a cinco años para la primera cohorte de estudiantes y comunidades; su producción, consistente en la descripción exhaustiva de los aspectos involucrados, que de alguna manera permitió una primera aproximación a la estructura del Estado de Salud, pero no alcanzó la definición de las relaciones, ni la dinámica de éstas.

Metodológicamente el estudio de cada uno de los aspectos que hipotéticamente hacen parte del estado de salud se lleva a cabo mediante un subproyecto de investigación con la finalidad de describir su estructura.

Cada uno de los subproyectos continuamente se perfeccionan, en cuanto se precisa en éstos el problema a investigar, se reducen las variables, se elaboran planes de análisis adecuados, se restringe el universo mediante un muestreo en las comunidades escogidas y los resultados se convierten en parte del contexto teórico del subproyecto siguiente. Todo ello se incorpora al proceso con la

segunda cohorte de estudiantes.

Una vez concluidos los tres subproyectos que configuran el nivel Hombre-Sociedad-Medio Ambiente, se inicia el segundo nivel denominado Estados de Salud, estructurado por las situaciones fisiológicas, psicológicas, reproductiva, nutricional, ocupacional, prácticas y creencias; cada una de las cuales se estudia según los respectivos subproyectos y atendiendo las fases metodológicamente ya descritas.

Al iniciarse el segundo nivel con el subproyecto Medio Interno Humano se detecta que el esquema inicial por niveles es inoperante para explicar la integración sistemática de las características que configuran el estado de salud de una comunidad, puesto que el nivel Hombre-Sociedad-Medio Ambiente se reduce a una síntesis de los aspectos geográfico, cultural y socioeconómico, que impide determinar la relevancia y el significado de los mismos respecto al organismo humano y el estado de salud del individuo. En general, sostener la demarcación entre los niveles conduce a la yuxtaposición y no a la comprensión sistemática. (Cuadro No. 2 Estado de Salud).

Si bien es cierto la inclusión de subproyectos de cada situación se aproxima más a una definición de la estructura del estado de salud y permite comparar, a partir del Medio Humano, condiciones relevantes de dos comunidades, no se explica la totalidad del sistema. A medida que avanza el subproyecto Medio Humano se advierte que los datos y las descripciones contenidas en el informe de los subproyectos anteriores a éste han perdido vigencia para elaborar la explicación enunciada porque el tiempo transcurrido entre el primer subproyecto y el último es tan extenso, que obliga a reconstruir todos y cada uno los aspectos investigados, sea por la movilidad de la población y/o el cambio de las condiciones generales de la comunidad.

En términos generales la primera etapa se caracteriza por: a) Una búsqueda de espacios y metodologías operativas para el proyecto de "Formación Mediante la Investigación" ~~que se manifiesta~~ en la constante reformulación de los problemas e hipótesis de los subproyectos para que sean pertinentes y coherentes con el perfil de formación.

Dicha búsqueda se orientó con base en la hipótesis del proyecto general y se guió por el criterio básico de formación de una nueva mirada médica.

b) La definición de un esquema explicativo del estado de salud y su prueba parcial en algunas comunidades: éste reorienta el trabajo académico-investigativo de los docentes y discentes.

c) Se amplía el campo de acción de la universidad; al comprometerla en la investigación de las comunidades y en la cooperación con otras instituciones de orden regional y nacional para apoyar proyectos de estudios específicos generados en el proceso y las acciones de intervención en los grupos comunitarios.

d) La detección y descripción de los elementos problemáticos de cada aspecto es de manera incipiente el abordaje semiológico en cada uno de éstos y facilita el diseño de un plan de intervención parcial que involucra todas las fases de la administración (planeación, organización, dirección, ejecución, evaluación), tales planes al fundamentarse en los resultados investigativos disminuyen la verticalidad en las acciones, favoreciendo la aplicación de la tesis, según la cual cualquier actividad con la comunidad es efectiva siempre y cuando sea cogestionada.

La continua reflexión sobre el proceso en este primer momento, ha permitido la confrontación de los avances teóricos y metodológicos en distintos eventos especializados, así:

1. Participación en el Seminario de Métodos Pedagógicos en ASCUN. Bogotá, 1985-1986 sesiones mensuales (Meneses Palacio).

2. Artículo "Formación mediante la Investigación en el área de Medicina y Salud" (Rev. Mundo Universitario #25, Bogotá, 1986, Meneses-Palacio).
3. Artículo "Nivel Histórico de Salud: una Aproximación" Revista Universitaria del Quindío, Junio 1.986 (Meneses, Palacio, primer informe de la Facultad de Formación Avanzada e Investigaciones).
4. Ponencia "Concepción de la Familia en el Proyecto Formación Mediante la Investigación" presentada al Taller Foro de Salud Familiar. Universidad Surcolombiana, Neiva, Septiembre, 1986 (González, Meneses, Palacio).
5. Participación en "Taller Latinoamericano de Medicina Social" Medellín, Julio de 1.987. (Meneses, Palacio).
6. Informe parcial "Formación mediante la Investigación en al área de Medicina y Salud. Primer Nivel. Hombre-Sociedad-Medio Ambiente" Presentado a la Facultad de Formación Avanzada e Investigaciones, Octubre, 1987 (Meneses, Palacio).
7. Protocolo "Concepción del Plan Nacional para la Supervivencia y Desarrollo Infantil en el subproyecto de Actividades con la Comunidad del programa Formación mediante la Invetigación" Presentado al UNICEF-ICFES Universidades, Bogotá, Julio 1987, aprobado y financiado con un millón de pesos (Carvajal.

González, Meneses, Palacio).

8. Documento "La extensión en la Universidad del Quindío: Análisis y propuesta" Marzo 1.987, publicado por la Oficina de Planeación de la Universidad del Quindío. (Meneses, Palacio).
9. Asesoría a Profesores de la Universidad de Antioquia sobre "El Plan Supervivir" en el proyecto Formación mediante la Investigación. Marzo 1988. Informe profesores participantes en pasantía.
10. Convenio con la Alcaldía de Circasia para realizar el proyecto en barrios marginados del municipio, 1988.
11. Informe Final "Plan Supervivir en el proyecto "Formación mediante la Investigación" presentado UNICEF-ICFES, Mayo, 1988. (Carvajal, González, Meneses, Palacio).
12. Informe parcial "Estado actual del proyecto Formación mediante la Investigación" presentado a la Facultad de Formación Avanzada e Investigaciones, Noviembre, 1988 (Meneses, Palacio).

Los informes contienen el análisis y evaluación del desarrollo del proyecto en un período de tiempo determinado, realizado por los investigadores principales con los anexos de los informes de los expertos y otros documentos que dan cuenta del avance del mismo.

13. Informe de actividades del departamento de Medicina y Salud, proyecto "Formación mediante la Investigación" para la Asamblea Departamental, 1989. (Carvajal, González, Meneses).
14. Protocolo "Estado de Salud y Condición de la Niñez en la Zona de Ladera no cafetera del Departamento del Quindío" presentado a la Secretaría de Agricultura, Marzo, 1989. (Meneses, Palacio).

III

SÉGUNDO MOMENTO

En el análisis de las situaciones que conforman el medio humano se advierte que éstas no sólo son parte de la estructura del Estado de Salud, sino que se comportan como "signos" de la dinámica general de la misma, ya que sintetizan la red de relaciones entre las distintas situaciones y el organismo y por ende se convierten en monitores con grados diferentes de sensibilidad.

Con este enfoque se lleva a cabo la comparación de los resultados producidos en la realización del subproyecto Medio Humano en las comunidades de Alamos y Arrayanes, la cual muestra :

- a) Que las variables tienen un comportamiento diferencial, es decir que aunque se estiman dentro de rangos normales se detectan diferencias claras y constantes entre los habitantes de una comunidad y otra respecto a algunas variables fisiológicas, la frecuencia cardíaca y presión arterial, por ejemplo. Estas diferencias se hacen más relevantes cuando se trata de las características relativas al crecimiento, desarrollo y reproducción.

- b) Cuando las variables desbordan los parámetros "normales" (stándares estadísticos), se expresan en una distribución y prevalencias diferentes para cada comunidad. Por ello se puede detectar que las disfunciones son de distinto tipo y sus interacciones específicas configuran "situaciones críticas" particulares, que se expresan en la enfermedad, y por lo tanto ésta se convierte en monitor de aquellas.

Los conceptos de situación crítica y de enfermedad como monitor se refieren a la interrelación dinámica de eventos problemáticos que se presentan en el estado de salud y a su manifestación en el organismo. Por ello son irreducibles a conjuntos de factores de riesgo y a sucesos estrictamente biológicos.

- c) El procesamiento de los datos aplicando medidas de frecuencia y distribución, muestran amplios rangos entre individuos y familias al interior de las dos comunidades nombradas, lo cual indica la heterogeneidad existente en ellas y en consecuencia la presencia de dinámicas parciales y diferenciales que determinan la micro-dinámica del estado de salud, las cuales invalidan o limitan las intervenciones masivas o verticales y permiten la realización de procedimientos de apoyo coherentes con el mejor standar posible de las mismas.

- d) Consecuentemente con lo anterior, se puede determinar que en "Alamos" la dinámica de su estado de salud tiende a un ordenamiento del sistema que le permite mantener las condiciones mínimas indispensables para vivir; de ahí que sus situaciones críticas se expresan en el organismo básicamente como enfermedades relacionadas con sus condiciones nutricionales, reproductivas e higiénicas.

En "Arrayanes" la dinámica del estado de salud se orienta a mantener algunas condiciones de vida alcanzadas y ascender a otras, en detrimento de la unidad familiar, y por ello interviene el sistema en su totalidad, a tal punto que, por ejemplo, la micro-dinámica reproductiva es manejada mediante prácticas informales como formales-intitucionales; las situaciones críticas se manifiestan de manera diferente a las de los "Alamos", como enfermedades predominantemente sicosomáticas.

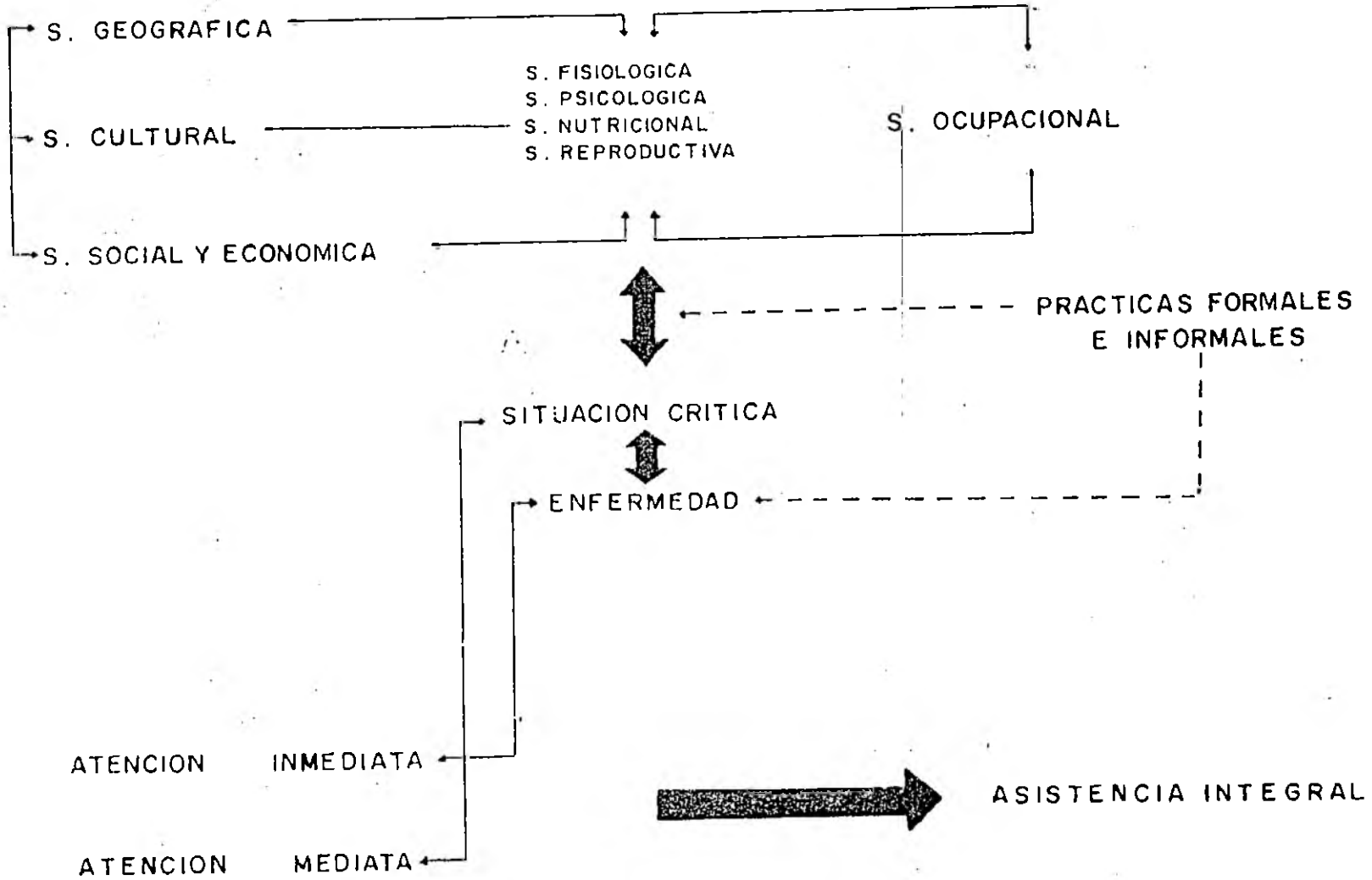
- e) Por otra parte la ocupación como el conjunto de actividades realizadas por el individuo, reordena la dinámica del estado de salud y según sus características, orienta constante y diferencialmente dicho estado; se ha detectado que en Alamos la ocupación del hombre y la mujer afianza la repetición de roles manteniendo el mismo estilo de vida de una generación a otra. Por el contrario en Arrayanes la ocupación se diversifica según la edad, relativizando los roles, las expectativas y las opciones reorientando constantemente el

estado de salud individual y familiar.

Así la explicación de la dinámica del estado de salud es la posibilidad de ubicar las disfunciones orgánicas en éste y de elaborar un esquema coherente entre el diagnóstico, la terapéutica clínica (práctica médica tradicional), la detección de las situaciones críticas y la intervención de las mismas.

Respecto a los procesos formativos, se crea una mentalidad y se abre un espacio común a las áreas Clínicas y Medicina y Salud, en el cual ambas puedan explorar la manera de brindar una asistencia médica integral, entendida en este momento como la complementación de la atención inmediata (enfocada a la intervención de la enfermedad) y de la atención mediata (dirigida a intervenir la situación crítica). Cuadro 3.

PRACTICA MEDICA



La atención dirigida a la "enfermedad" se da en el acto interpersonal de la consulta y la decisión del curso a seguir es inmediata, puesto que busca satisfacer las expectativas y requerimientos de la persona que consulta. La atención orientada a la situación crítica es mediata en cuanto supone la anterior e incorpora los resultados evaluados de la misma, trascendiendo la relación interpersonal a espacios comunitarios e inter-institucionales.

Los dos tipos de atención enunciados, en su realización conjunta, definen la asistencia integral como la dinámica propia de la Unidad Investigativa Docente Asistencial, la cual adquiere cuatro dimensiones complementarias:

1. Centro procesador de información y productor de alternativas, tanto para la atención inmediata como para la mediata, que adquieren carácter de programas para elevar el estado de salud.
2. Escenario de adaptación y complementación tecnológicas y de asistencia integral.
3. Instancia para gestionar la participación entre las instituciones y los sectores con la comunidad y motivar la autogestión.
4. Espacio para la formación del médico en la mirada propuesta

y la construcción de estrategias de comunicación adecuadas entre éste y la comunidad.

En 1.990, se operacionaliza la concepción descrita en las denominadas UIDAS, elaborando una historia clínica que incorpora las variables estudiadas en cada subproyecto para ser aplicada en pacientes seleccionados de las clínicas pediátrica, Psiquiátrica y Gineco-Obstétrica; con este instrumento se busca poder determinar las condiciones del paciente, completando la historia clínica tradicional con observaciones y preguntas acerca de cada una de las situaciones del estado de salud, hechas tanto en la consulta como en la visita del seguimiento. Consecuentemente se plantea la intervención a partir de los elementos problemáticos encontrados.

El análisis de los resultados ha mostrado que se produce un listado de elementos problemáticos como si fuera un diagnóstico integral, pero la sumatoria de las mismas no conduce a la explicación de la dinámica, por ello la intervención se orienta de una manera especializada a cada uno de los elementos problema establecidos.

De ahí que se actúa con base en una integración ficticia consistente en utilizar la interconsulta para el diagnóstico y la delegación de la intervención por partes, a integrantes de un equipo "interdisciplinario" sin la guía de la explicación integral ni el personal de salud formado para gestionar una intervención armónica.

No obstante, esta metodología ha permitido detectar que :

1. Los estudiantes y docentes comprenden por una parte, el significado del proceso investigativo, respecto al estado de salud, como dimensión indispensable para acceder a la explicación de la enfermedad y por otra, que el conocimiento de las condiciones de vida de la población modifica la relación médico-paciente en términos de optimización de la confianza, la cooperación del paciente y su familia, la apertura psicológica y la exigencia de un mayor compromiso.
2. El diagnóstico clínico se modifica cuando se amplía el umbral de observación; así por ejemplo, la estimación del riesgo de la embarazada según la historia obstétrica del Sistema Nacional de Salud, adquiere un sentido diferente e incluye entre otras la institución como otro factor de riesgo.

En la UIDA de Psiquiatría se advierte que los resultados obtenidos mediante la consulta y la visita, admiten un procesamiento analítico en tres niveles así : En el primero se caracterizan cada uno de los elementos involucrados, en el segundo se definen las relaciones entre éstos y en el tercero se determina el significado de las mismas. Se descubre en este contexto que en cada situación del estado de salud se encuentran "signos" que en conjunto denotan dinámicas sistémicas.

En este sentido se dan semiologías parciales en tanto hacen parte de una general; tal hallazgo se convierte en la guía para adelantar los análisis semiológicos que finalmente conducen a la elaboración de un esquema semiológico integral. Por ello se rediseña la Historia de UIDA de manera que se supere la atomización de los elementos y mediante un plan integral de análisis se llegue a la explicación semiológica de los mismos. La aplicación de este nuevo tipo de historia en las clínicas de Pediatría, Cirugía y Obstetricia, muestran que : 1) Se facilita la elaboración de un diagnóstico integral. 2) Este tipo de diagnóstico, análogo al clínico, implica la evolución de la dinámica global y conduce a un pronóstico integral.

Este, llega a ser cada vez más importante en cuanto dimensiona y concatena todas las situaciones, orientando así la explicación prospectiva de la relación de impacto entre el monitor enfermedad y el estado de salud como sistema; de esta manera se advierte que la dinámica general admite un abordaje semiológico sistémico, según el cual se puede establecer que todas las situaciones se mueven con la finalidad de resolver o afianzar la vulnerabilidad del organismo.

- 3) La asistencia integral se redefine superando tanto la complementación de dos tipos de atención (atención inmediata y atención mediata), como la sumatoria de las intervenciones parciales, según los elementos problema, ya que al basarse en

el resultado de la semiología, en tanto un diagnóstico y pronóstico integrales, adquiere el sentido de intervención de la dinámica global; por esta razón la asistencia integral se convierte en un plan en el que concurren todo tipo de acciones desde el contacto con el paciente hasta su contexto cotidiano. Operativamente este plan es la guía general para coger gestionar armónicamente todas las acciones, con la finalidad de evitar la verticalidad, y ampliar la capacidad de respuesta positiva del paciente y su familia.

En general la semiología integral posibilita la transferencia de adaptación tecnológica al médico general y redefine la función de éste en cuanto al tener conocimiento global del estado de salud, de su pronóstico y de la asistencia integral requerida, gestiona una práctica médica interdisciplinaria e interinstitucional.

El abordaje semiológico descrito y el diagnóstico y pronóstico integral consecuentes, no son esquemas teórico-técnicos solamente válidos para explicar el estado de salud a través del monitor "enfermedad", sino que al aplicarlos en familias o grupos permiten llegar a la explicación del estado de salud como sistema; y por ello es el medio para que el médico logre la comprensión de éste desde cualquier situación, exigiendo que su mirada y su práctica se orienten a gestionar una asistencia integral.

La aplicación de la concepción y metodología descubierta en el proceso producen el modelo sistémico, mediante el cual no solo el

médico, sino las instituciones de salud y el gobierno pueden explicar las condiciones de vida, generales de la población e intervenirlas adecuadamente, esto es, tendientes a promover la salud, elevando en consecuencia el nivel de vida.

Estos hallazgos se transfieren a la cátedra de semiología cuando el discente se encuentra estudiando cada uno de los subsistemas orgánicos, abriendo un nuevo espacio curricular común a las áreas Básicas y Medicina y Salud.

En éste se inicia precozmente la formación del estudiante en el esquema de análisis sistémico, según el cual cada signo "clínico" denota simultáneamente, dinámicas con distintos niveles de complejidad; así al explorar un subsistema orgánico advierte por una parte su ubicación dentro del sistema "organismo" y el suprasistema "Estado de Salud" y por otra, sus relaciones y el sentido de los signos que las denota.

La creación del último escenario común con el área básica, logra la integración analítica entre las distintas áreas curriculares porque cualquiera de las disciplinas tiene no solo una ubicación orientada a satisfacer los requerimientos del perfil profesional, sino una función coherente con la formación del médico general integral.

Se entiende entonces como el desarrollo investigativo, promueve procesos de búsqueda, descubrimientos teóricos, habilidades y destrezas de observación y análisis, apertura de escenarios

educativos y asistenciales, adaptación tecnológica de distintas especialidades y disciplinas, contacto del estudiante con el paciente, la familia, la comunidad y las instituciones, capacidad de gestión y flexibilidad teórica y curricular, y es el medio para crear la mirada médica que responda a las políticas de formación y de salud planteadas inicialmente.

El modelo teórico explicativo del estado de salud como suprasistemas del organismo abierto a un abordaje semiológico en cualquier dimensión y escenario fundamenta la práctica médica como un diagnóstico, pronóstico y asistencia integrales, teniendo en cuenta los distintos campos en que se ha probado, se puede conjeturar que su aplicación es independiente de las condiciones particulares de una población, aunque los resultados de la misma sean intrínsecamente diferenciales.

La asistencia integral implica la cogestión; esto es la gestión compartida de las acciones entre el médico, la institución de salud y el paciente, la familia, el grupo y otras instituciones; por lo tanto es una dimensión tan compleja que requiere distintos procedimientos, sujetos todos al tipo de cultura y a la toma de decisiones propias de una región, zona, barrio o familia. La implementación de la cogestión tiene como finalidad generar una cultura de salud, según la cual la población logre conductas autocorrectivas sin las cuales el impacto de la asistencia es limitado y no satisface los requerimientos de la promoción de la

salud.

Como se planteó en el primer momento, al finalizar cada subproyecto se informa a la comunidad y a la institución de salud sobre los resultados obtenidos como paso previo para iniciar procesos de intervención con éstas.

Las actividades realizadas en esta dirección se refieren a condiciones aisladas sin que se logre ni siquiera atender al conjunto de las mismas. Se advierte que cuando las acciones se refieren a necesidades básicas sentidas se da una mejor participación, aunque con la mentalidad de que la solución de los problemas debe venir siempre de fuera.

Las expectativas frente a la práctica médica y la institución de salud se reducen a obtener la cura y tangencialmente la prevención de las enfermedades por lo que es extraño que éstas se presenten como apoyo para elevar su nivel de vida. De lo contrario, se deriva que la cultura de la cogestión y autocorrección en salud es una dimensión difícil de lograr pero indispensable para completar la mirada y la práctica médica planteadas.

En esta perspectiva se diseña y se inicia parcialmente una "Escuela de Salud" a la cual colabora decididamente la política de ASCOFAME con la creación de una red de "Centros Escuela".

El primer paso consiste en formar un grupo interdisciplinario que

aporte los recursos, experiencias y capacidad de cogestión para desarrollar el tipo de cultura definido arriba en las instituciones como garantía para la asistencia integral.

Por esta razón el grupo se ha dedicado a la apropiación de la metodología de UIDA, donde confluyen y se complementan sus objetivos particulares como base para superar la atomización y a veces contradicción de los servicios ofrecidos a una misma población, incluyendo su seguimiento y evaluación.

Se advierte que la integración de servicios se constituye en uno de los problemas a atender prioritariamente ante lo cual el grupo de la Escuela de Salud ha propuesto el programa "Atención integral a la Gestante, Lactante y Menor de cinco años"; para ser aplicado inicialmente a la población de alta vulnerabilidad canalizada a través de distintas instituciones y específicamente desde los hogares comunitarios del ICBF.

Los logros más significativos de este segundo momento han sido expuestos en:

1. El "Seminario Taller sobre la Enseñanza de la Historia y la Filosofía de la Ciencia" Universidad de Antioquia, agosto 1988.

2. Documento "Unidad Investigativa Docente Asistencial en el Proyecto Formación Mediante la Investigación U.I.D.A." presentado a la Decanatura, Dirección de Educación Médica y coordinadores de los departamentos de Clínicas de la Facultad de Medicina, Servicio Seccional de Salud, Hospital San Juan de Dios y Unidad Intermedia del Sur. (Meneses, González, Carvajal, Junio, 1989).
3. Artículo "La nueva mirada médica: Una contribución al desarrollo de los niveles históricos de Salud" Meneses, González, Carvajal, junio, 1989.
4. Centro Escuela, ASCOFAME.
5. Seminario Taller sobre "Liderazgo, Docencia, Servicio y Salud Familiar". ASCOFAME, ACFO, ACOFAEN, Septiembre, 1989.
6. "Plan Interinstitucional de Desarrollo en Salud para Armenia", Elaborado con el Servicio Seccional de Salud del Quindío, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar; presentado a la Alcaldía de Armenia, Carvajal, González, Meneses, Octubre, 1989.
7. Taller sobre "Docencia, Asistencia y Salud Familiar; ASCOFAME, Noviembre 1.989.
8. Documento "Evaluación en el área de Medicina y Salud",

Carvajal, González, Meneses, Enero, 1990.

9. Documento de "Inducción a la Facultad de Medicina", Presentado a los docentes y estudiantes de la facultad. Carvajal, Meneses, Enero, 1990.
10. Documento "Formación del Médico Integral en la Facultad de Medicina". Universidad del Quindío. Carvajal, Meneses, Mayo, 1990.
11. Artículo "Una Semiología Integral en el Estado de Salud" ponencia presentada al taller nacional "Enseñanza de la Semiología" Universidad de Antioquia, Carvajal, Meneses. Junio, 1990.
12. Protocolo "Vigilancia Alimentaria Nutricional SISVAN" con una muestra representativa de la población menor de 5 años en el Departamento del Quindío. Carvajal, Meneses, Naranjo, Octubre, 1990.
13. Documento "Instituto de Investigación y Extensión Regional" presentado a solicitud de la Rectoría de la Universidad. Meneses, noviembre, 1990.
14. Informe parcial de la Investigación presentado a la Facultad de Formación Avanzada e Investigaciones. Meneses, Carvajal,

Diciembre, 1990.

15. Documento "Investigación, Docencia y Asistencia en el Centro Escuela de la U.I.S." ponencia presentada en la Reunión Nacional de Coordinadores de Centros Escuela" Carvajal, Meneses. febrero, 1991.

IV

TERCER MOMENTO

Los hallazgos teórico-metodológicos de los dos momentos anteriores conducen a afirmar los procesos investigativo-docente-asistenciales para la consolidación de la educación médica integral y sistémica. Las dimensiones prioritarias son :

1. La fundamentación analítica precoz del estudiante, evitando la tendencia a la memorización y la repetición de contenidos y esquemas, para lo cual se requiere el perfeccionamiento de los procesos investigativos y docentes llevados a cabo, lo mismo que la integración cada vez mayor entre las áreas.
2. La formación en la mentalidad de sistemas, explícita en el curriculum de la facultad y requerida en todos los procesos investigativo-docente-asistenciales, tanto por parte de docentes como de discentes.
3. La adaptación tecnológica necesaria para la formación del médico general integral, consistente en producir las transferencias teórico-técnicas de las distintas disciplinas y especialidades y la apertura de nuevos escenarios; para ello exige la revisión constante de objetivos, programas y materias por áreas y en su conjunto, así mismo la elaboración de textos integrales y el diseño de metodologías específicas para

facilitar la coherencia y efectividad del proceso formativo.

4. La fundamentación actitudinal acorde con las exigencias del proceso, la cual requiere la comprensión de la evolución de las mentalidades médicas. Los sistemas de valores y responsabilidades inherentes a la práctica médica integral y la pertenencia a una corporación universitaria.

Esto conduce a la creación de un espacio transcurren en el cual docente y discente se apropien progresivamente de la historia de la disciplina médica, la ética y la dimensión universitaria con la metodología del seminario investigativo como medio para desarrollar la creatividad y el análisis.

En la distribución curricular vigente, no se había podido incorporar la Historia de la Medicina y Etica aunque desde el comienzo del proyecto se estableció para la formación, pero con base en los resultados del proceso y algunas experiencias en la cátedra de ética en los últimos años de la carrera y la realización de un seminario con participación voluntaria de algunos docentes, se creó la mentalidad requerida para que se advirtiera y se aceptará la necesidad de comprender y apropiarse de la Historia de la Medicina, Etica y Universidad. En consecuencia se programaron cinco seminarios investigativos con la temática conjunta para realizarlos a lo largo de la carrera en las modalidades una con docentes cuya finalidad es producir textos cuya base son los protocolos, para apoyar

bibliográficamente la segunda que se realiza con estudiantes. La metodología del Seminario Investigativo ha facilitado la producción individual y colectiva, lo mismo que el ambiente de discusión abierta y crítica que retroalimenta el sistema de formación general.

Hasta el presente se han trabajado temas tales como el Seminario Investigativo, la Medicina Hipocrática, Diagnóstico, Concepto de Cuerpo, Práctica Médica de los cuales se han elaborado sendos protocolos.

Los participantes que pertenecen a distintas disciplinas y especialidades han expresado que a pesar de las dificultades para llevar a cabo la metodología de seminario investigativo, han podido adelantar un ejercicio reflexivo que se traduce en cambiar de mentalidad, procedimientos de enseñanza, lo mismo que desarrollo de lectura y escritura analíticas.

El grupo está conformado por : Marco Alfonso Nieto (Patólogo, Director de Educación Médica); José del Carmen Ruíz (Morfólogo, docente de Anatomía, de Ciencias Básicas); Jaime Gallego (Epidemiólogo, docente de Medicina y Salud, Jefe Sección Epidemiología de S.S.S.Q.); Angela Liliana Londoño (Docente del Departamento de Medicina y Salud, Jefe de la Oficina de Regionalización del HSJDA); María Mercedes González (Enfermera Docente de Medicina y Salud); Luz Marina Naranjo (Médico General, docente de medio tiempo del Departamento de

Medicina y Salud y Médico de la Sección de Salud del S.S.S.Q.); Jorge Raúl Ossa (Médico General, Docente de medio tiempo del Departamento de Medicina y Salud, Director de la Unidad Intermedia del Sur); Jorge Enrique Robledo (Docente del Departamento de Ciencias Básicas, Médico del ISS); Ingeborg Carvajal de Guevara (Médico General, Jefe del Departamento de Medicina y Salud); Claudia de Ruiz (Abogado, elaborando tesis de Etica Médica); Daniel Meneses (filósofo, docente Departamento de Medicina y Salud, Director del Seminario).

5. La educación de las instituciones y de la comunidad en la "cultura de cogestión" para elevar el estado de salud de ésta; para ello es necesario transferir la metodología producida adaptándola a los requerimientos de unas y otras y por ende cumplir con el desarrollo de las dimensiones prioritarias descritas. La Escuela de Salud como espacio para afianzar este tipo de formación satisface por su carácter interinstitucional y comunitario el apoyo necesario a la asistencia integral y resuelve el compromiso que tiene la universidad de aportarle a la sociedad los tipos de servicio derivados de su condición como institución de educación superior.

Se desprende de lo anteriormente expuesto, que el conjunto de las dimensiones prioritarias señalan dos grandes frentes de trabajo; uno en el que se perfeccione el modelo semiológico sistémico del estado de salud, con todas sus partes y procedimientos; otro

orientado a la creación progresiva de la cultura de cogestión en las comunidades e instituciones como requisito sine qua non se desarrolla la asistencia integral.

1. El primer paso en esta dirección consiste en llevar a cabo un ajuste curricular que sirva de instrumento a la formación del perfil enunciado, porque facilita la integración de conocimientos, del desarrollo precoz del análisis sistémico, la construcción de un marco teórico adecuado a la adquisición de habilidades y destrezas pertinentes, la adaptación tecnológica de distintas especialidades y las actitudes requeridas para la asistencia integral.

El ajuste operativamente se traduce en la apropiación de un lenguaje común para que el estudiante que ingrese pueda comprender el perfil de la facultad y las responsabilidades que ésta le exige. El currículum debe iniciarse en un período de inducción que tematice los lineamientos que se van a aplicar durante toda la carrera.

La inducción introduce de esta manera al estudiante en dos contextos teórico-prácticos consistentes en el estudio de los subsistemas orgánicos (área Básica) y los subsistemas del estado de Salud (área de Medicina y Salud).

Dichos estudios se integran en un espacio común de la semiología integral, según se avance en los subsistemas; así

por ejemplo, en el primer año, con la semiología del subsistema digestivo, se integra la semiología de los subsistemas geográfico, cultural y socio-económico, de manera que desde este momento se constituya la matriz de análisis sistémico y se diversifiquen los escenarios: paciente hospitalizado, paciente de consulta externa, familia, comunidad, ambientes geográficos, institucionales, laborales y prácticas informales propias de la población.

Al finalizar el estudio de los subsistemas se realiza la investigación del Estado de Salud en una comunidad escogida previamente para lo cual el estudiante posee un marco teórico y se ha capacitado en distintas metodologías de observación y análisis. Este proceso investigativo tiene como finalidad establecer el estado de salud de una población cualquiera, que no necesariamente está solicitando servicios a la institución de salud para planear y cogestionar una asistencia integral que permita elevar su nivel de salud. Se afianza entonces la comunicación con la comunidad y las instituciones, exigiendo una actitud abierta, de trabajo en equipo, de respeto y compromiso.

Al realizar este proceso el estudiante se apropia y crea la metodología de la investigación científica y adecuada como también desarrolla habilidades de lectura, escritura, procesamiento estadístico y epidemiológico de datos, los cuales se continúan aplicando al realizar la investigación sobre un problema específico en Salud durante los años

siguientes de su carrera.

El desarrollo curricular integrado de las Areas Básicas y Medicina y Salud capacitan al estudiante para el estudio del estado de salud y la práctica médica integral a partir de los pacientes en las distintas clínicas. Para cada uno de estos se crea un espacio de diagnóstico, pronóstico y asistencia integrales que permitan al discente concluir su formación en la mentalidad descrita, convertirse en un gestor de una asistencia integral, que al mejorar la atención, tenga un impacto efectivo en la salud del paciente, y que así mismo permita evaluar y retroalimentar la prestación de servicios de salud en todos los niveles. Estos espacios comunes entre el área clínica y Medicina y Salud son las Unidades Investigativas Docente Asistenciales, U.I.D.A. y la Escuela de Salud.

Transcurricularmente se requiere otro espacio que satisfaga la fundamentación actitudinal y analítica de los futuros médicos, mediante la ubicación del perfil y el proceso formativo en un contexto histórico, ético e institucional a través de la realización de cinco seminarios investigativos secuenciales con la participación de los docentes de las tres áreas y todos los estudiantes de la facultad.

2. El segundo paso se orienta al desarrollo de la cogestión interinstitucional y comunitaria como requisito para lograr

un impacto de las acciones a largo plazo, es decir, que se genere en los individuos, familias y grupos procesos autocorrectivos como mecanismos para elevar su estado de salud.

La Escuela de Salud recientemente creada como escenario curricular, debe adquirir las características planteadas, para convertirse en un espacio común a las instituciones y comunidad como medio efectivo para iniciar y afianzar la cultura de cogestión descrita.

CONCLUSIONES

El modelo sistémico-semiológico para explicar el estado de salud y la asistencia integral es un aporte a la formación de una nueva mirada médica, acorde con las políticas actuales de salud.

Progresivamente los estudiantes han alcanzado un cambio teórico y actitudinal que se acentúa con el enfoque semiológico tanto de las distintas situaciones del Medio Humano como en el desarrollo de los procesos en las Unidades Investigativas Docente Asistenciales.

El estudio de las situaciones geográfica, cultural y socioeconómica, que inicialmente componían el denominado "Nivel Hombre-Sociedad-Medio Ambiente", requiere un abordaje semiológico para permitir la interdisciplinariedad inherente a la integración con las áreas Clínicas y Básicas.

La realización del proceso en cada uno de sus momentos y los ajustes efectuados han tenido por meta la consolidación teórica y metodológica del perfil en cuanto ha generado la dimensión sistémica e integral necesaria a la formación del médico.

Paulatinamente, el proyecto "Formación mediante la Investigación"

ha permitido al departamento de Medicina y Salud convertirse en el eje integrador de la facultad cumpliendo la función que se le asignó desde su creación, cabe anotar que ésta no se ha terminado.

El proyecto ha generado y generará nuevas investigaciones en las distintas áreas creando una línea de investigación en salud.

La realización del proyecto ha permitido que el proceso de enseñanza-aprendizaje se lleve a cabo mediante la correlación de investigación - extensión (asistencia) y docencia, posibilitando la producción de conocimiento y la transferencia de éste a la sociedad.

El desarrollo de los subproyectos y U.I.D.A. ha permitido el contacto del estudiante con distintos sujetos de atención, el individuo, la familia y grupo en diferentes escenarios hospital, centros de Salud, Unidad Intermedia del Sur, Comunidad e Instituciones.

La apertura inter-institucional ha sido una exigencia de los resultados del proceso investigativo. El compromiso de la Universidad del Quindío en esta dirección es requisito indispensable para consolidar la integración de servicios necesarios para la promoción de la salud.

La apertura de una mirada médica, centrada en la enfermedad, hacia el enfoque del estado de salud, según el cual la enfermedad es el

monitor, y de la práctica médica centrada en la curación a un modelo de asistencia integral que involucra a ésta en el desarrollo del nivel de salud de la población lo que conduce al cambio de la verticalidad en la intervención por la cogestión y autocorrección.

Estos resultados requieren la consolidación de la Escuela de Salud como medio para :

- a) Afianzar y afirmar los procesos de formación.
- b) Desarrollar conjuntamente con otras instituciones una cultura de salud.
- c) La adaptación de tecnología necesaria para que se den procesos de cogestión y autocorrección entre la comunidad y las instituciones.

Reafirmar la fundamentación teórico-actitudinal, mediante el desarrollo de un programa transcurricular de seminarios investigativos sobre Historia de la Medicina, Etica y Universidad, acorde con las políticas de educación de ASCOFAME y ASCUN.

El modelo investigativo formativo aplicado en la Facultad de Medicina de la Universidad del Quindío desde 1.985 ha confirmado la tesis inicial enunciada así :

"Aceptando de antemano que los procesos intelectuales tienen un

ritmo lento, la experiencia hasta hoy ha mostrado que éstos se pueden hacer productivos si se cuida en detalle la conversión de las dificultades en oportunidades para conocer el conocimiento establecido, en instrumentos para elaborar concepciones propias; las creencias, en puntos de vista sujetos a cambios, y las críticas, en nuevas alternativas. Estas, a su vez, en argumentos críticos"

BIBLIOGRAFIA

1. ASCOFAME. Procesos de Autoevaluación en la Facultad de Medicina, Odontología y Enfermería en Colombia. Bogotá, 1989.
2. ASCOFAME - FEPAFEM. Memorias. Conferencia Panamericana de Educación Médica. Bogotá, 1986.
3. ASCOFAME. Nacional de Educación Médica. Vol. II. No. 1, 1990.
4. ASCUN. Simposio Permanente sobre la Universidad. Módulo del 0 al 18. Bogotá, 1990-1992.
5. BERTALANFY; LUDWIG VON. Teoría general de Sistemas. Fondo de Cultura Económica, México, 1984.
6. BERTOGLIO, Oscar Johansen. Introducción a la Teoría de Sistemas. Ed. Limusa, México, 1985.
7. BORRERO, Alfonso. La Interdisciplinariedad. Simposio Permanente sobre la Universidad ICFES-ASCUN, Bogotá, 1.984. Mimeo.
8. _____ - "Acerca de la Creatividad en : Mundo Universitario. No. 22, Bogotá, 1984.
9. BRYAN, Jhon H. A los diez años de Alma Ata. Salud Mundial. O.M.S., Septiembre, 1988.
10. CANGUILHEM, Georges. Lo normal y lo Pedagógico. Siglo XXI, Buenos Aires, 1975.
11. CECIL, T. Tratado de la Medicina Interna. Vol. 2. Interamericana, México, 1983.
12. CEDIAL, Angel Ricardo. et. al. Semiología Médica. Ed. Vórtice, Bogotá, 1984.
13. CORREA, Martha Lilian, et. al. Aspectos psicoinstitucionales del quehacer médico. Policopia. Universidad de Antioquia, Medellín, 1988.
14. _____ Propuesta de ajuste curricular. Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Medellín, 1988.
15. ESCALANTE Angulo, Carlos. La Investigación Socio-médica. Ed. Tercer Mundo, Bogotá, 1.985.

16. ESPINAL, Francisco Javier. et. al. Aspectos Filosóficos del Marco Conceptual del Currículo. Universidad de Antioquia, Facultad de Medicina, Medellín, 1988.
17. FOUCAULT, Michel. El nacimiento de la clínica. Siglo XXI, México, 1966.
18. FORERO, Rodríguez, Celso. Pediatría Social. Salvat, Bogotá, 1987.
19. GUIRAUD, Pierre. La Semiología. Siglo XXI, Buenos Aires, 1973.
20. GUYTON, A.C. Tratado de fisiología médica. Interamericana, México, 1986.
21. HAMMOND, Merry L. Enseñanza de las actitudes correctas en la Atención Primaria de Salud. Foro Mundial de la Salud. Vol. 6, No. 1, Ginebra, 1985.
22. HANSON, Norwo Russell. Patrones de Descubrimiento, Observaciones y Explicación. Alianza Universidad, Madrid, 1977.
23. HEMPEL, Carl. Filosofía de la Ciencia Natural. Alianza Universidad, Madrid, 1980.
24. HOSPERS, John. Introducción al Análisis Filosófico. Alianza Universidad, Madrid, 1984.
25. INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR - ICFES. La Educación Superior en Colombia. Compilación Normativa, Bogotá,, 1990.
26. _____ III y IV Encuentro de Coordinadores de Investigación Científica Universitaria. Serie memorias de encuentros científicos colombianos. #45. Ed. Guadalupe, Bogotá, 1989.
27. INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD. "CES". Compilación sobre Salud Familiar, Medellín, Mimeo. s.f.
28. LAIN, Entralgo Pedro. El cuerpo humano, Oriente y Grecia Antigua Espasa Calpe, Madrid, 1987.
29. _____ La Medicina Hipocrática. Alianza Universidad, Madrid, 1970.
30. _____ La relación Médico-Paciente. Alianza Universidad, Madrid, 1983.
31. LLANO, Escobar Alfonso, S.J. Dimensión ética del Médico y

de su ejercicio profesional. Tecnológica Javeriana, Bogotá, 1981.

32. _____ La Enseñanza de la Etica Médica en las Facultades de Medicina. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, 1.985.
33. MEJIA, Gómez Diego, et. al. Salud Familiar. ISS-ASCOFAME. Bogotá, 1990.
34. MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. La investigación para el desarrollo Científico y Tecnológico en Salud. Orientaciones generales. Bogotá, 1.988, Mimeo.
35. NAGEL, Ernest. La Estructura de la Ciencia. Paidós, Buenos Aires, 1974.
36. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. Manual sobre el enfoque de riesgo en la Atención Materno Infantil. Washington, D.C., 1986.
37. OTERO, Ruiz Efraín. "Discurso pronunciado durante la celebración de la Ley orgánica de la Academia Nacional de Medicina. Bogotá, Noviembre 22 de 1.990. Medicina. número 24, Bogotá, Enero, 1991, pág. 7 - 9.
38. PESESEHKIAN, N. La medicina psicosomática desde la perspectiva transcultural. Hexágono (Roche), Suiza.
39. PLATA, Rueda Ernesto. Necesidad de la participación médica directa en Cuidados de Salud. Cuadernillo #21, Bogotá. 1988.
40. QUEVEDO, E. y A. VERGARA. El proceso de internacionalización de la Educación Médica en Colombia. Revista Escuela Colombiana de Medicina, Vol. 1 #1, Enero-Junio, 1985. Bogotá, págs. 41-66.
41. QUEVEDO, Vélez Emilio. Importancia de la Investigación de la Historia de las Ciencias y de la Medicina en la formación del médico general y el especialista. Colombiana de Psiquiatría. Vol. XXI, No. 1, Bogotá, 1983.
42. RUSSELL, Bertrand. La perspectiva científica. Ariel, Madrid. 1983.
43. _____ Significado y Verdad. Ariel, Barcelona, 1983.
44. SOBERON, A. Guillermo y ALVAREZ, José Manuel. Factores críticos en el desarrollo de los recursos para la Salud. México, 1989 (mimeo).
45. TERRA, Juan Pablo (comp.) Situación de la inferencia en América Latina y el Caribe. UNICEF. Universitaria.

Chile, 1979.

46. UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA, FACULTAD DE MEDICINA. El futuro de la Educación Médica en Colombia. Medellín, 1989.
47. UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA, FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD. Memorias Seminario Taller en Salud. Neiva, s.f.
48. VAN DER MEERSCH, Maxence. Cuerpos y Almas. Plaza y Janes, Barcelona, 1970.
49. WILDEN, Anthony. Sistema y estructura. Alianza Universidad, Madrid, 1979.
50. ZAPATA, Vicente, et. al. Metodología para la Docencia-Asistencia. ASCOFAME, Fundación W.K. Kellogg, Bogotá, 1988.

ULTIMOS CAMBIOS Y SITUACION ACTUAL DEL CURRICULO DE LA
FACULTAD DE MÉDICA DE LA UNIVERSIDAD DEL ROSARIO

Dr. JOSE HEBER ASTAIZA G.
Jefe Oficina Curricular
Dr. ALFONSO TRIBIN FERRO
Vicedecano



COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA HOSPITAL DE SAN JOSE



ULTIMOS CAMBIOS Y SITUACION ACTUAL DEL CURRÍCULO DE LA FACULTAD DE MEDICINA
COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO

1.- Principales cambios del currículo en los últimos tiempos.

El cambio curricular más importante en la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario se realizó durante el año 1988, a raíz de las respuestas que la Facultad debía presentar al ICFES con motivo de las recomendaciones hechas durante la visita de revisión curricular de la Facultad.

Dichas respuestas corresponden a los siguiente criterios del Icfes en cuanto al estado curricular en que encontró la Facultad :

- A.- Articulación básico - clínica
- B.- Secuencia de asignaturas
- C.- Docencia en el campo del comportamiento a un nivel más temprano.
- D.- Incorporar contenidos en administración en salud, metodología de la investigación e inglés
- E.- Ofrecer mayores experiencias de atención integral a nivel extramural, donde se presentan los problemas epidemiológicos más frecuentes.
- F.- Distribuir el plan de estudios por campos de formación y cuantificación en Ulas.
- G.- Realizar actividades de actualización y perfeccionamiento en aspectos pedagógicos y de tecnología educativa.



COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA HOSPITAL DE SAN JOSE



H.- Actualizar textos de disciplinas clínicas en la biblioteca.

El anterior análisis curricular se verificó durante 1988, se organizó en un documento para someterlo a la consideración del ICFES.

En diciembre de 1988, el Icfes, envió el visto bueno a la facultad respecto al cabal cumplimiento de las recomendaciones.

Por tal motivo, la Facultad recibió la aprobación indefinida en diciembre de 1988. En 1989, se empezó la implementación de los cambios curriculares como ya quedó dicho.



2.- Actividades de revisión curricular:

Han sido principalmente dos. Una de observación y seguimiento a los cambios acordados en 1988 e implementados a partir del año 1989. La otra sobre actividades especiales en 1991.

- 2.1. Fue necesario dejar pasar una sincronía mínima de dos años, mientras se producía la transición de los estudiantes de primer semestre a cuarto, o sea, todo el ciclo de básicas, para llegar a disponer de una información suficiente sobre la mayor o menor bondad de los cambios realizados, no obstante, haber sido recomendados por el Icfes.

PROCESO DE SEGUIMIENTO.

Se debió consultar especialmente al sector académico de ciencias básicas y parcialmente al de ciencias clínicas, pues en este último los cambios fueron menos profundos.

Se consultó tanto al sector docente como al discente, especialmente a través de reunión de profesores de diferentes semestres y de impresiones intercambiadas con los estudiantes y sus representantes por semestre.

Las directivas de la Facultad atendieron también este proceso de seguimiento, especialmente en lo referente a cambios que tocan con el área



administrativa: biblioteca, planta física, dotación de equipos, etc.

RESULTADOS PARCIALES DEL SEGUIMIENTO.

Ha tenido aspectos positivos y negativos.

POSITIVOS.

- Se ha aumentado el seguimiento sobre los estudiantes de primero y segundo.
- Se ha mermado la mortalidad académica que se apreciaba en semestres anteriores.
- Los estudiantes han desarrollado más tempranamente la vocación por la medicina familiar - comunitaria.
- Se han beneficiado por la mayor amplitud concedida a los contenidos de morfología
- Se ha analizado el proceso de la articulación de básicas con clínicas.
- Se ha introducido parcialmente el modelo bio-psicosocial, sin que se mengüe el biomédico.
- Los estudiantes han mejorado su concepto y adaptación al medio hospitalario.
- La introducción de la metodología de la investigación integrada con la bioestadística y la informática en el análisis de problemas concretos de la salud familiar - comunitaria, ha sido considerada como positiva.



COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA HOSPITAL DE SAN JOSE



NEGATIVOS:

- Se han presentado ciertas dificultades en la articulación temática y secuencial de algunos aspectos de la biología, morfología, fisiología.
- Sin previa deliberación el segundo semestre quedó académicamente recargado.

2.2. Actividades de revisión curricular 1991.

Las directivas de la Facultad, a través de la Oficina de Educación Médica, y en concreto, a través de la coordinación de la Oficina de Currículo, vienen adelantando, en general, estas actividades:

- Reestructuración de la Oficina de Educación Médica, la cual debe coordinar todos los aspectos de la educación médica.
- Esta oficina de Educación Médica se apoya directamente con el Comité de Educación Médica, con el Comité de Currículo y con el Comité de Investigaciones.
- Se reestructuró el Comité de Currículo, su ubicación en el organigrama de la Facultad y sus funciones propias.
- Las directivas coordinaron la concepción y elaboración del organigrama de la Facultad lo más completo y explícito posible.
- Así mismo se está elaborando el manual de funciones y responsabilidades que deben cumplir los miembros de la Facultad.
- El Comité de Currículo empezó a funcionar y fijó reuniones periódicas para elegir diversos mecanismos que permitan tener una información



conveniente sobre la Facultad, a fin de introducir los cambios curriculares que se juzguen necesarios.

- Las actividades de revisión curricular seguirán un enfoque sistémico, que permita cada vez ubicar con precisión los sectores de la Facultad donde se puedan producir debilidades y fortalezas, amenazas y oportunidades
- Lo anterior no es obstáculo para que la revisión curricular acoja los casos que ameritan estudio urgente de acuerdo con las circunstancias diarias que se presentan en la Facultad; como revisión de asignaturas, su ubicación, integraciones, capacitación y evaluación de profesores y alumnos, actividades del consejo Estudiantil, de Bienestar Universitario, servicio médico estudiantil, asesoría psicológica, dotación de la biblioteca, revisión de servicios y rotaciones, ampliación de las oportunidades en materia de aumentar la docencia-asistencia y en general, actividades que requieran tratarse a muy corto plazo.

La Facultad cuenta desde 1991, también con una serie de realizaciones cumplidas y por cumplir que, directa o indirectamente representan oportunidades y fortalezas para su desarrollo del micro y macro currículo, entre ellas se citan:



COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA HOSPITAL DE SAN JOSE



- La realización de un seminario - taller sobre autoevaluación de la docencia de la facultad, dictado por Ascofame evento que le permitió identificar un modelo de análisis de su funcionamiento y valiosa información para introducir mejoras curriculares.
- La reestructuración y ampliación del programa de medicina comunitaria.
- Ampliación de servicios de docencia - asistencia y nuevos convenios para realizar rotaciones de pre y postgrado
- Dentro de la cátedra de Historia de la Medicina se montó un curso sobre cine orientado a dar una visión de lo que es el hombre en conflicto.
- Se proyecta una amplia reestructuración del área de Psiquiatría orientada a enfocar la salud mental de una manera más amplia y permanente a lo largo de la carrera de medicina, con el fin de fortalecer este componente, en la formación del médico actual.
- La facultad está concursando para adquirir una biblioteca sistematizada de alta tecnología, conectada con red de datos de Bibliotecas en Estados Unidos.



- La Facultad ha iniciado la construcción, reestructuración y adaptación de espacios físicos para el funcionamiento de laboratorios, oficinas administrativas, auditorios, etc.

La Facultad está abierta y dinámica en cuanto a la realización de seminarios, simposios nacionales e internacionales en diferentes sectores académicos de la medicina.

Vale la pena mencionar que para principios de 1992, se realizará el primer Simposio Internacional de Neuro-endocrinología con asistencia de invitados de las Américas.

La creación de un Laboratorio de Medicina reproductiva humana, donde se producirá un programa de medicina reproductiva, con la integración de cátedras como genética, inmunología, ginecología, el Departamento Quirúrgico, etc.

La adquisición de un aparato de inmunoluminiscencia para dosificación de hormonas.

La fundación en Villavicencio del Instituto de Medicina Tropical iniciado en 1990.

El logro de la personería Jurídica de este Instituto, sede de rotaciones especialmente dirigidas a la investigación y tratamiento de las patologías tropicales.



3.- Enfoques, directrices, fundamentación.

El enfoque del currículo de la Facultad de medicina ha sido fuertemente orientado hacia lo biomédico, investigativo.

Desde 1989, se adicionó un enfoque más integral de la medicina que podemos llamar bio-psicosocial.

La unidad real de cuidado integral de salud se dá más en la familia que en el individuo aislado y cubre los diferentes niveles de la atención integral que van desde nociones de educación en salud y promoción de la misma hasta rehabilitación, el autocuidado, prevención de catástrofes y saneamiento ambiental.

La facultad fundamenta su estructura curricular desde diferentes puntos de vista :

Fundamentación desde la salud

Fundamentación desde la educación

Fundamentación desde la epistemología

Fundamentación desde la socioantropología

Fundamentación desde la psicología



4.- Objetivos Nucleares de la Facultad.

Los objetivos nucleares de la Facultad apuntan a la obtención de logros cognoscitivos, motores y afectivos en forma integrada, cubriendo los campos de la formación médica en lo sicobiológico, humanístico, investigativo, sin descuidar la formación del médico en aspectos docentes, administrativos.

Actualmente la Facultad está muy interesada en el objetivo de preparar excelentemente a sus egresados no sólo en lo biomédico, sino también en lo humano que debe tener el trato al paciente, la sensibilidad ante el dolor y la enfermedad y una especial vocación que el médico debe tener por el consuelo al paciente. Es necesario agregarle conciencia a la ciencia.

Objetivo de esta formación es también la preparación de médicos para dar atención primaria dentro del marco de la atención integral de alta calidad, pudiendo atender también los otros niveles de mayor complejidad.

Un objetivo especial es el compromiso con la educación permanente y en el inconfundible compromiso de entender la salud como servicio social prioritario.



COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
FACULTAD DE MEDICINA HOSPITAL DE SAN JOSE



5.- Plan de estudios actual. Anexo.

Comentarios sobre el presente plan de estudios.

Comentarios sobre posibles reformas y cambios en proceso de estudio.

La estructuración de este plan de estudios refleja claramente las últimas recomendaciones de reforma indicadas por el ICFES.

La revisión permanente del currículo de la Facultad está en la actualidad haciendo un análisis del impacto que están causando los médicos egresados en el contexto social, mediante encuestas especialmente a egresados y a empleadores.

También se dispone a realizar una definición del perfil ocupacional y profesional del médico egresado de esta Facultad.

PLAN DE ESTUDIOS - FACULTAD DE MEDICINA - COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO
CAMPOS DE FORMACION - SECUENCIA ASIGNATURAS

CAMPOS	COMPONENTES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
FORMACION ESPECIFICA	PSICOBIOLÓGICO	BIOLOGIA	MORFOLOGIA I	MORFOLOGIA II	PATOLOGIA	MEDICINA INTERNA I.	MEDICINA INTERNA II	PEDIATRIA	CIRUGIA I	CIRUGIA II	GINECOLOGIA - OBSTETRICIA.
		BIOFISICA	FISIOLOGIA I	FISIOLOGIA II	MICROBIOLOGIA MEDICA	FARMACOLOGIA. RADIOLOGIA SEMIOLÓGICA.	CARDIOLOGIA NEUROLOGIA DERMATOLOGIA NEFROLOGIA	ORTOPEDIA INFANTIL		UROLOGIA OFTALMOLOGIA O.R.L. NEUROCIR. ORTOPED. PEDIATRIA	
		BIOQUIMICA I	BIOQUIMICA II	INMUNOLOGIA BASICA							
		INTRODUCCION A LA MEDICINA			EPIDEMIOLOGIA.	MEDICINA COMUNITARIA. HISTORIA DE LA MEDICINA					MEDICIN/COMUNITARIA.
				PSICOLOGIA MEDICA							
							PSICOPATOLOGIA		PSIQUIATRIA.		

PLAN DE ESTUDIOS - FACULTAD DE MEDICINA - COLEGIO MAYOR DE NUESTRA SEÑORA DEL ROSARIO - CAMPOS DE FORMACION

SECUENCIA ASIGNATURAS

CAMPOS	COMPONENTES	I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX	X
	ADMINISTRATIVO.										ADMINISTRACION EN SALUD MED. LE GAL.
FUNDAMENTACION CIENTIFICA	INVESTIGATIVO		METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION	BIOESTADISTICA	INFORMATICA	COMPUTADORES.	COMPUTADORES	COMPUTADORES (Investigación clínica).	COMPUTADORES (Investigación clínica)		
SOCIAL Y HUMANISTICO	SOCIAL Y HUMANISTICO DOCENTE	INGLES	INGLES	INGLES	INGLES						HISTORIA DE LA MEDICINA ETICA

ULTIMOS CAMBIOS Y SITUACION ACTUAL DEL CURRÍCULO
DE LA FACULTAD DE SALUD DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE

ASPECTOS CURRICULARES DEL PLAN DE MEDICINA Y CIRUGIA
PASADO, PRESENTE Y FUTURO

DR. ALBERTO DELGADO G.
Vicedecano Curricular

ASPECTOS CURRICULARES DEL PLAN DE MEDICINA Y CIRUGIA
PASADO, PRESENTE Y FUTURO

FACULTAD DE SALUD - UNIVERSIDAD DEL VALLE

Dr. ALBERTO DELGADO G.
Vicedecano Curricular

1. PROCESO HISTORICO

La Universidad del Valle, es una institución del orden departamental, con sede principal en la ciudad de Cali, República de Colombia y con programas en todo el Departamento del Valle del Cauca a través de sedes regionales en Palmira, Buenaventura, Zarzal, Buga, Tuluá, Sevilla y Caicedonia. La Universidad está organizada por facultades y éstas constituidas por departamentos. La Facultad de Salud tiene 15 departamentos a los cuales pertenecen los docentes que participan en los planes de estudio de Medicina, Enfermería, Odontología, Bacteriología, Terapia Ocupacional, Fonoaudiología y Fisioterapia. Además ofrece programas para graduados en Enfermería, Ciencias Básicas Médicas, Biosociales y Especializaciones Clínicas. La Facultad de Salud está bajo la dirección del Decano quien con la asesoría y colaboración inmediata del Consejo de Facultad, compuesto por los jefes de departamento, es el responsable directo de los programas de la Facultad.

Desde su creación en 1950 su currículo médico ha sido orientado hacia la interpretación multicausal de la etiología de la salud y la enfermedad (1) y hacia equipos multidisciplinarios para solucionar los problemas de salud del hombre, la familia y la comunidad del Valle del Cauca.

Esta misión y propósito se ha buscado a través de todas las actividades académicas mediante un trabajo permanente con las instituciones de los servicios de salud, y en forma multidisciplinaria e intersectorial. Desde su iniciación se previó que sería necesario un tiempo prudencial de varios años para preparar el medio académico y la misma facultad para lograr un sistema de cuidado de la salud basado en una medicina comunitaria.

SITUACION ACTUAL

Los programas de revisión curricular en la Facultad de Salud han sido continuos desde su iniciación aunque se manifiesta un proceso más activo en los años recientes. Esto es debido a los cambios ocurridos en la Legislación Colombiana con la Ley de Reforma Universitaria que le asignó el control de la Educación Superior al ICFES, lo cual generó las visitas de evaluación a los programas académicos, las experiencias de la Facultad de Salud en el área de atención primaria en Salud, Medicina Comunitaria y Medicina Familiar, las tendencias de cambio en la enseñanza de las Ciencias de la Salud a nivel

nacional y mundial y los planteamientos generados en el Plan de desarrollo de la Universidad del Valle 1986 - 2.000.

En el Plan de Estudios de Medicina y Cirugía se ha efectuado una revisión curricular (2) que incluye los siguientes aspectos:

- I. Caracterización del personal docente.
- II. Caracterización del grupo de estudiantes.
- III. Características de los cursos.
- IV. Características de la enseñanza en el área clínica.
- V. La Universidad actual y sus tendencias de cambio.
- VI. Tendencias actuales en Educación Médica.

De acuerdo con los aspectos enunciados se precisan las siguientes conclusiones:

1. En 1.990 figuran 274 docentes, el 42% son de tiempo completo y el 58% de tiempo parcial. Profesores titulares 20%, profesores Asociados 15%, profesores Asistentes 36%, profesores Auxiliares 27%, Instructores 2%. Se está analizando este año la planta profesoral adscrita a cada Departamento, de acuerdo con la carga académica para adecuarla a las necesidades.

Además colaboran en la docencia un número apreciable de docentes adjuntos. El docente adjunto es un profesional

titulado altamente calificado que ejerce como profesional independiente o que estando vinculado laboralmente a una entidad pública o privada, colabora en la formación y capacitación de profesores y estudiantes de la institución ejerciendo docencia.

El docente adjunto manifiesta por escrito su voluntad de servir a la Universidad del Valle en algunas actividades de forma gratuita, pero cumple con las tareas para las cuales se recomendó su designación.

El docente adjunto recibe reconocimiento de puntaje en docencia por las actividades que realiza como tal. Los vinculados durante 5 años continuos tienen derecho a una rebaja del 50% sobre el valor de la matrícula de sus hijos, y sus cónyuges gozan de tratamiento preferencial para el ingreso a programas regulares de la Universidad.

2. El grupo de estudiantes que se recibe a primer semestre (70) es muy heterogéneo en edad y otras características. Un 40% son bachilleres del año anterior, los demás (60%) tienen más de dos años de haber finalizado el bachillerato. Un 28% hacen repetidos intentos de ingreso sin cursar estudios previos de nivel superior en otros programas lo cual incide en su rendimiento en los años básicos. Actualmente hay matriculados 462 estudiantes en

el Plan de Medicina y Cirugía.

3. Se efectuó una encuesta a los estudiantes sobre los cursos teóricos y teórico-prácticos. Todos los cursos cumplen las normas universitarias sobre objetivos, contenidos, evaluación, bibliografía, etc. Se detectó que en el ciclo básico la estrategia instruccional dominante es la clase magistral. Le siguen en orden de importancia el trabajo grupal, las demostraciones prácticas, y estudios de casos o problemas.

En cambio en el área clínica disminuyen progresivamente las clases magistrales y aumentan actividades que corresponden a ULAS B y C (según la terminología del ICFES).

4. Se han realizado esfuerzos considerables para adecuar espacios en sitios diferentes al Hospital Universitario del Valle para los estudiantes de pregrado.

En el Curso de Obstetricia y Ginecología, existe un programa de rotación por el Centro Hospital Cañaveralejo, el Hospital Joaquín Paz Borrero y recientemente por el Hospital San Juan de Dios, con supervisión de docentes del Departamento. Estas actividades se mezclan con las de la red de Perinatología del Valle.

En el curso de Pediatría I los estudiantes rotan por el Centro de Salud de Siloé, el centro Hospital Cañaveralejo y el Hospital San Juan de Dios.

El curso de Cirugía I tiene una rotación por el Hospital San Juan de Dios, y la consulta externa del Centro Hospital Cañaveralejo.

Los estudiantes de sexto año (Internado) tienen una rotación completa extramural de 12 semanas que pueden seleccionar en las áreas de Pediatría, Medicina Interna o Cirugía y que se efectúa en los Hospitales de Buga, Tuluá, Cartago y San Juan de Dios. Los que rotan por Psiquiatría tienen actividades en el Hospital Psiquiátrico y la Unidad de Salud Mental y el Centro de Salud de Siloé. Rotan además por el Departamento de Anestesiología.

Es importante destacar que desde 4o. año los estudiantes tienen algunas actividades multidisciplinarias y multisectoriales con estudiantes de Odontología, Enfermería, Laboratorio Clínico y Terapias que irán a conformar el Equipo de Salud.

El Dr. Ramón de Zubiría en su conferencia sobre docencia y creatividad (3) manifiesta que la Universidad actual está largamente retrasada en proponerse un exámen de conciencia institucional porque cree que ha desviado sus enfoques asumiendo efizcamente en grado mayor o menor, su compromiso científico sin asumir, en la medida de sus exigencias, su compromiso moral. Esto es particularmente grave en una época como la actual que se caracteriza por su desintegración moral por su descomposición ética, de lo cual no se sale sino elevando la condición moral de los ciudadanos.

Por otra parte reconoce que la Universidad ha olvidado que el objeto primordial de su quehacer, no puede ser la investigación científica per se sino la docencia que imparten a sus estudiantes, considerados muchas veces como el inevitable estorbo de los investigadores y menciona como elementos que le ocasionan la falta de creatividad a la Universidad los siguientes: 1) Su burocratización. Su ausencia de alma; 2) Su deshumanización. Su carácter impersonal; 3) Su naturaleza informativa más que formativa. Su casi total desatención por los aspectos éticos; 4) Su carencia de humor y 5) Su limitado sentido de autocrítica.

Quienes hemos tenido oportunidad de compartir por muchos años la vida de la Universidad del Valle y en especial la de su Facultad de Salud, sabemos que en todos los foros celebrados para analizar los problemas hemos debatido ampliamente estos conceptos y tenemos que aceptar que nuestra universidad comparte con otras la visión general expresada en los conceptos anteriores.

Los puntos valederos que aproximan a una fórmula adecuada se pueden esbozar así : Insistir en la necesidad de humanizar la docencia, arrimándole el alma a la cátedra universitaria; reafirmar el carácter prioritario de su misión docente que no puede ser otro que propiciar el desarrollo integral de la persona humana; mantener la integración e interacción de sus funciones capitales a fin de que investigación, docencia, servicio a la comunidad y cultura contribuyan juntos a un verdadero desarrollo social, replantear el concepto mismo de docencia haciendo en la clase solo aquello que el profesor y el estudiante no pueden hacer solos; por separado; examen minucioso de la programación académica en procura de mejorar la educación profesional; definición clara y con exactitud de la investigación y finalmente producir reformas conducentes a una más eficiente administración en la que no desaparezcan los aspectos humanos por el carácter masivo de la Universidad

contemporánea.

La Universidad del Valle no ha sido totalmente ajena a la autocrítica y ha dedicado esfuerzos muy importantes a discutir aspectos de tanta trascendencia.

La síntesis de ideas y conceptos en la discusión del capítulo referente a educación en su plan de desarrollo 1986 2000, se refiere particularmente a tres aspectos: La formación integral, la flexibilidad curricular y (4) la búsqueda de excelencia académica.

La formación integral (5) entendida como un proceso de desarrollo del individuo como tal, como miembro de una sociedad, como ciudadano y como profesional. En este proceso deben intervenir todas las agencias del entorno y la universidad debe ofrecer procesos académicos, sociales y culturales que garanticen la continuación del proceso.

La flexibilidad se entiende en dos sentidos : De ofrecer alternativas múltiples y diversas y de permitir su adecuación a las características y posibilidades de la comunidad universitaria. Las alternativas múltiples deben incluir tanto programas como actividades de formación lo cual requiere un proceso docente de alta calidad que a

su vez exige la preparación para el efecto, de alumnos, profesores, directivas y del personal auxiliar y de servicios.

La excelencia académica debe estar basada en la búsqueda y la participación de la investigación en todos los niveles de formación del estudiante (6).

6. Tendencias actuales en Educación Médica.

Cristoffanini en su editorial "Educación Médica de pregrado: Un graduado para las necesidades de la comunidad" manifiesta: Existe un consenso casi unánime en redefinir el objetivo de las escuelas de medicina en el sentido de obtener un graduado idóneo capaz de enfrentar la patología prevalente, la urgencia no derivable y la administración de programas y equipos de salud.

Si eso se cumple, el graduado así definido debería haber alcanzado aquella capacidad de resolución de problemas a nivel primario (los que puede y deben ser resueltos en primera instancia), el manejo adecuado de los problemas crónicos que se benefician de la continuidad de observación, y la evaluación de los factores psicosociales y ambientales de la situación salud enfermedad en cada caso específico (7).

Concuerda plenamente en que la Educación Médica debe tener una relación lo más estrecha posible con el sistema o servicio de salud imperante en el país respectivo y estar inserta en él y que el mecanismo para lograrlo es la integración docente asistencial. (7)

Por otra parte John A.D. Cooper escribe que la mira en educación médica debe ser más dominar los conceptos generales sobre las ciencias que sirven a la medicina y desarrollar habilidades para adquirir activamente los conocimientos, en vez de aprender un gran número de hechos que pronto habrán de ser suplantados por información más reciente.

Debe haber mayor énfasis en que el estudiante aprenda cómo adquirir conocimientos y como seleccionar lo que conviene aprender. Debe haber tiempo disponible para ello y el profesorado debe ofrecer la orientación requerida. Muchos estudiantes ingresan a la carrera sin poseer esas importantes destrezas, que son la base para continuar aprendiendo después de pasar la educación médica de pregrado. Simultáneamente, deben cambiarse los métodos para la evaluación de estudiantes, para adaptarlos a esta filosofía educacional.

Esa educación profesional general, cada día se hace más difícil, a medida que la creciente especialización se refleja en los intereses del profesorado y en la organización de los servicios clínicos de los hospitales docentes. En vez de una introducción amplia a los fundamentos de la medicina clínica, el estudiante suele encontrarse con una serie incoordinada de experiencias sobre especialidades y sub-especialidades médicas.

Frente a esos problemas se necesitan enfoques innovadores y creativos que garanticen una educación apropiada en el pre-grado (8).

Carlos Luis González hablando de la educación médica y las necesidades de la sociedad escribe que los ingredientes fundamentales para la formación de médicos "Básicos" comprenden la adquisición de conocimientos y destrezas indispensables, la creación de actitudes esenciales, el cumplimiento de normas éticas profesionales, y el desarrollo de hábitos de auto-aprendizaje para mantenerse al día una vez completado el período de educación formal. Además siendo la medicina una profesión centrada en los seres humanos, es natural que en esa formación prime el interés por entender a la gente, apreciar su comportamiento y conocer el ambiente que lo rodea. (9)

Si bien se ha venido insistiendo hasta la saciedad nunca será supérfluo repetir que la utilización exclusiva o casi exclusiva de las salas de hospitalización en grandes centros hospitalarios para la docencia en la carrera médica de pregrado hace que los estudiantes consideren como "interesante" solo aquellos procesos morbosos raros y de diagnóstico difícil, al que se llega únicamente gracias a complejas exploraciones del dominio de los especialistas. Por esto, la educación médica de hoy tiende a ofrecer prematuramente una enseñanza especializada dictada por especialistas, lo que en sana lógica debería corresponder a las residencias médicas de post-grado.

Se olvida así que la educación médica de pregrado debería sujetarse a ciertas normas fundamentales, algunas de las cuales se comentarán a continuación:

- a) Deberían ofrecerse al estudiante todas las oportunidades posibles para que conozca los problemas significativos de salud, los recursos disponibles para enfrentarlos y los métodos más apropiados para resolverlos mediante cuidados de tipo ambulatorio de alta calidad y en relación con las peculiaridades nacionales y locales.

- b) Debe orientarse al estudiante a que, aparte de conocer a fondo los problemas nacionales y locales, concentre su interés en aquellos sobre los cuales haya mayores posibilidades de acción.

- c) El futuro médico debe aprender a utilizar al máximo los recursos comunales que sirvan para mejorar el nivel de salud de la gente. Entre esos recursos figuran los que pueden provenir de la capacitación y la utilización correctas de los trabajadores auxiliares de salud, los que hoy, bajo supervisión adecuada y con el auxilio de tecnologías modernas, puedan hacer mucho más que el mejor médico de hace 50 años.

- d) Una ~~visión~~ amplia de la historia natural de las enfermedades, no la mera habilidad para diagnosticarlas en su fase avanzada cuando el paciente es hospitalizado, representa una cualidad absolutamente indispensable para el médico.

- e) Nuevos tipos de problemas de diversa índole han surgido en las últimas décadas, y sin duda surgirán en las que vienen, como resultado de los cambios tan radicales que han afectado y seguramente afectarán a la humanidad. A esto se agregan los

extraordinariamente rápidos avances científicos y tecnológicos en el área médica. Por ello la educación médica en general, pero particularmente la de pregrado, demanda un enfoque completamente distinto a las tradicionales transferencias de tecnología y memorización de incontables datos que en gran medida, son inútiles en la práctica médica.

- f) De lo anterior se deduce que al futuro médico debe dotársele esencialmente, de instrumentos que le permitan evaluar críticamente los hechos que observe, así como aplicar inteligentemente el conocimiento obtenido para el manejo adecuado de los problemas que le corresponda resolver.

- g) El énfasis en el razonamiento crítico y la evaluación objetiva debe incorporarse desde el mismo inicio de la carrera médica de pregrado. Los programas de estudio orientados al "auto-aprendizaje" son los que realmente pueden desarrollar la creatividad, la investigación científica y el pensamiento lógico, de modo que el futuro médico desarrolle una mente abierta para aprender la verdad cualquiera que sea su fuente.

Por su parte la facultad de Salud de la Universidad del Valle posee en su historia investigativa experiencias valiosísimas en atención primaria en salud desarrolladas por grupos multidisciplinarios durante cerca de 20 años que permiten establecer claramente que algunos programas docentes de pregrado deben implementarse en aquellos sitios donde se atienden cerca del 70% de los problemas de salud de nuestras comunidades (10). Vale la pena destacar las experiencias en atención primaria y secundaria en Cirugía, Cirugías Simplificadas, formación del médico en el área y sistemas administrativos en cirugía del Doctor Adolfo Vélez y colaboradores (11, 13). Los conceptos de atención primaria en el área materno infantil, del adulto y perinatología de los doctores Jaime Rodríguez y Julia Lerma, las investigaciones del grupo del Doctor Carlos Climent sobre atención primaria en Psiquiatría que establecen que mediante equipos multidisciplinarios de atención se pueden manejar entre el 65 y el 80% de los problemas psiquiátricos de la comunidad (12), las experiencias del centro de Atención Primaria en Salud APRISA y de su director el Doctor Alfredo Aguirre (14) y del Doctor Humberto Rey en el área de Pediatría.(15)

SEMESTRE 00

La falta de espacios en los años básicos para ofrecer materias del área humanística, ha endurecido nuestro currículum, sin ningún tipo de flexibilidad. Si la educación que se imparte deja de lado las materias del área humanística, es una educación falaz, cuando predica la "formación integral". Contamos con 6 meses previos al semestre 01, que el estudiante no utiliza, puesto que se matricula en Julio e inicia el primer semestre en Febrero del año siguiente. Con estos planteamientos, más algunas carencias de conocimientos en el bachillerato hicieron que se ofreciera en este semestre con carácter optativo para los estudiantes aceptados al plan de estudios de Medicina y Cirugía en el mes de Junio de 1.990.

Este semestre se planeó con el objeto de nivelar conocimientos para facilitar la comprensión de la Biología Celular, y además como oportunidad para brindar flexibilidad curricular y formación integral. Se les ofreció una serie de materias de las cuales cursaría 4, algunas con la modalidad de clase magistral y otras, como la enseñanza de la ética basada en talleres, seminarios y convivencias. Se ofrecieron : Ciencias de la Salud, Inglés, Español, Etica, Historia de la Medicina, Primeros Auxilios y deporte integrativo. (16)

En la evaluación final los estudiantes opinan haber desarrollado responsabilidad como persona, miembro de una familia, de una comunidad, y universitario comprometido con ésta, como también

respeto a la integración con compañeros. También la participación activa en el aprendizaje con enfoque crítico y la toma de decisiones (17). Se utilizó con modificaciones el Módulo I del Programa de Etica Médica de Ascofame (18).

CURRICULO ACTUAL DEL PLAN DE ESTUDIOS DE MEDICINA Y CIRUGIA

PRIMER AÑO

Semestre 01

Inglés	Se busca establecer un primer contacto con el discurso científico en idioma inglés. Se desarrollan estrategias de lectura que permitan al estudiante recordar la parte de un texto organizado en las distintas áreas de significación semántica básica basadas alrededor de los conceptos esenciales manejados por la ciencia.
Biología Celular	Se fundamenta en el aprendizaje mediante el razonamiento de procesos biológicos que ocurren en la célula viva. Es un estudio científico, completo e integrado de la relación estructura-función en los seres vivos a niveles molecular y celular.
Salud y Sociedad I	Se da información para comprender que es Medicina Preventiva y Salud Pública. Se describe el sistema de salud de Colombia y los Servicios de Salud de Cali. Se dan a conocer e interpretar las técnicas básicas de estadística descriptiva, las variables demográficas básicas y los aspectos básicos de saneamiento ambiental. Se enseñan algunos métodos y técnicas de investigación científica.

Semestre 02

Inglés II

Se realizan ejercicios de reconocimiento y explotación del vocabulario. Se trata de desarrollar en el estudiante la habilidad de deducir el significado del léxico recurriendo al contexto. También se exploran las diversas formas de relacionar unas palabras con otras.

Anatomía

Macroscópica

Se refiere a la estructura macro del cuerpo humano y sus partes constitutivas, al igual que la disposición y relaciones que las partes corporales tienen entre sí. Además se hacen correlaciones anatomoclínicas más sobresalientes de cada Sistema corporal.

Histoembriología

Se capacita al estudiante para reconocer al microscopio las células, tejidos y estructuras de cada órgano del cuerpo. Se correlaciona histofisiológicamente los órganos y sistemas del cuerpo humano. En el componente embriológico el estudiante debe comprender los diversos eventos que se realizan en el útero, debe conocer las características del embrión y el feto en los diferentes meses de vida intrauterina hasta el nacimiento y comprender las malformaciones que se pueden presentar durante el desarrollo.

Salud y Sociedad II El curso está integrado por tres fases práctico-teóricas dirigida al área de la comunidad Salud. La primera fase comprende trabajo de campo dirigido a la recolección de análisis de información obtenida a través del contacto con diversas instituciones de servicio a la comunidad. La segunda fase integra contenidos teóricos y análisis grupales referidos a temáticas sobre estructura, organización, formas de participación y grado de desarrollo comunitario. Además se realizan lineamientos generales de Salud Pública. La tercera fase consiste en actividades de campo en sectores marginados orientados a identificar, analizar y confrontar formas de organización y participación comunitaria en diversas fuentes con especial énfasis en el Sector Salud.

SEGUNDO AÑO

Semestre 03

Neuroanatomía Humana Se da a conocer las estructuras básicas macro y microscópicas del Sistema Nervioso y su significado funcional.

Fisiología general y de Sistemas Se da a conocer y comprender los mecanismos básicos que rigen la función normal del organismo. Aplicar estos conceptos para comprender las funciones de los diversos sistemas que lo integran. Manejar las interrelaciones entre los diferentes sistemas para mantener su homeostasis.

El Proceso de Salud y Enfermedad El curso busca capacitar al estudiante en: Manejar el modelo de la Historia Natural de la Enfermedad. Manejar el concepto de multicasualidad y de la triada epidemiológica como principio fundamental de Salud-Enfermedad. Analizar los indicadores de salud. Interpretar las tendencias de la enfermedad. Identificar y usar las variables descriptivas de la epidemia (persona, lugar, tiempo). Caracterización de los principales riesgos de enfermar y morir. Conocer los diferentes diseños epidemiológicos. Desarrollar habilidades para realizar revisiones bibliograficas. Utilizar el enfoque epidemiológico en la valoración del paciente y la comunidad.

Comportamiento Humano I Proporcionar los conceptos para entender el comportamiento como expresión visible de la adaptabilidad del ser vivo. Presentar a lo largo de la evolución biológica el progreso y perfeccionamiento en los modos de adquisición de

información útil del medio ambiente. Identificar los posibles antecedentes biológicos del pensamiento abstracto del ser humano. Suministrar los conceptos básicos sobre el comportamiento sexual humano, fomentar la participación individual de los estudiantes en la discusión del diagnóstico y manejo de casos problema para revisar y corregir conceptos personales y populares en relación con el comportamiento sexual humano.

Semestre 04

Genética

Médica

Se aborda la genética como parte del cuidado médico primario, y se correlaciona el concepto de enfermedad genética mediante ejemplos para comprender sus mecanismos básicos. Se enseña a interpretar la información genética y se enseñan algunas técnicas que permitan el estudio preliminar de enfermedades genéticas.

Patología I

En la asignatura se promueve el estudio de las enfermedades como un proceso integral, pero con mayor énfasis en los mecanismos (patogenia), curso y consecuencias (Anatomía patológica y Laboratorio Clínico). Se enseñan técnicas básicas de la patología y laboratorio clínico.

Salud de la Mujer y el Niño Se enfatiza en relación con la morbilidad y mortalidad materna e infantil en el país y en el Valle. Se describen y analizan las actividades que se realizan en este campo en el ISS, el ICBF, el Ministerio de Salud y las instituciones privadas. Se participa en actividades de morbimortalidad y referencias de pacientes en las instituciones de Salud del Valle y de Cali.

Microbiología Se estudian los virus bajo aspectos de diferenciación, moleculares, replicación, efectos citopatogénicos, observaciones cromosómicas, epidemiología, etc. Respuesta inmune. Se estudia la morfología bacteriana, la genética bacteriana, esterilización, desinfección, infecciones comunes en nuestro medio, TBC, intoxicaciones alimenticias, infecciones cutáneas, por anaerobios, etc. Demostraciones de laboratorio. Se estudia la morfología y patogénesis de las micosis cutáneas, respiratorias, etc., hongos oportunistas, tratamiento de la micosis, laboratorios.

Se enseñan aspectos relevantes de inmunología en sus diversos aspectos inmunógenos, antígenos, haptenos, anticuerpos, inmunoglobulinas, respuesta inmune, complementos, inmunofluorescencia,

radioinmunoensayo, inmunidad celular, etc.

Parasitología Se enseñan aspectos relacionados en parásitos: protozoos, fragilidad, apicomplexos (malaria, coccidias, etc.) Helmintos, (artrópodos transmisores de enfermedades, etc.)

Deportes

TERCER AÑO

Semestre 05

Farmacología I El curso está destinado a entregar a los estudiantes un conjunto de conocimientos básicos teóricos de la actividad biológica de numerosas sustancias químicas para posteriormente comprender y manejar científicamente la Farmacoterapia, Farmacocinética, Farmacodinamia, Antibióticos, Quimioterapia, Antifúngicos, Antivirales, Antisépticos, Antiprotozoos, colinérgicos, simpaticomiméticos, bloqueadores adrenérgicos y ganglionares, prostaglandinas, anéstesicos, electrolitos, autacoides, vitaminas, etc.

Patología II Se refiere a las enfermedades de cada uno de los sistemas del cuerpo humano. Se complementa con práctica de autopsias y de medicina forense. Prácticas en laboratorio clínico, hematología, Banco

de Sangre.

Semiología I Está a cargo del Departamento de Medicina Interna y se cubren los siguientes temas: Entrevista, relación médico-paciente, semiología cardiovascular, semiología respiratoria, semiología digestiva y semiología dermatológica. Finalizado el componente anterior los estudiantes rotan por los servicios de Neurología, Neurocirugía, Ortopedia, Otorrino, Oftalmología, Urología, Cirugía General, Urgencias, Obstetricia y Ginecología donde se les enseña la exploración clínica propia de cada área en sus diversos aspectos (entrevista, inspección, palpación, percusión uso de procedimientos especiales, etc.)

Sistemas Tiene por objeto enseñar en forma teórica y formadores de práctica en qué consisten su utilización en la Imágenes medicina, su especificidad y sensibilidad. Se explica su aplicación en el diagnóstico, instruyendo sobre el uso e interpretación, con énfasis en los principales exámenes simples de la radiología convencional y suministrando conocimientos varios sobre otros sistemas como tomografía, fluoroscopia, radionúclidos, ultrasonido, tomografía computarizada, radiografía digital, resonancia

magnética nuclear, radioterapia e instruyendo sobre los efectos biológicos de la radiación en su producción.

Comportamiento Humano II El contenido del curso radica fundamentalmente en la constitución de la personalidad individual y los factores biológicos, psicológicos y sociales que la conforman y la establecen, profundizando en el estudio de cada uno de ellos. Con ello se establecen las bases para el estudio semiológico del comportamiento humano objetivo siguiente del curso.

6o. Semestre

Etica Médica Su objetivo consiste en contribuir a la formación integral de la persona humana, con énfasis en sus dimensiones intelectual, volitiva y emocional en orden a lograr la promoción de una comunidad más justa y fraterna. Promover la profundidad, cimentación y estructuración de pensar que garantizan un obrar ético. Inculcar en el futuro profesional el desarrollo de los criterios de comportamiento moral para el ejercicio de su profesión. Orientar al estudiante hacia un permanente proceso de humanización y personalización, demostrando una motivación basada en una genuina garantía de valores.

Farmacología En base a los conocimientos del primer nivel, en este curso se tratan los fármacos que actúan sobre sistemas u órganos específicos: Terapia dermatológica, hipolipemiantes y arterioesclerosis, fármacos que actúan en la coagulación, vasodilatadores, diuréticos digitálicos, antiarrítmicos, antihipertensores, antianémicos, inunosupresores, hormonas, oxitocicos, fármacos que actúan sobre el aparato respiratorio, el circulatorio, analgésicos, narcóticos, anticonceptivos, antiinflamatorios, anestésicos, fármacos que actúan sobre el sistema nervioso (estimulantes, depresores, dependencia y abuso de fármacos, alcohol, etc.).

Introducción En este curso se establece reconocimiento a la epidemiológico de acuerdo con las etapas Epidemiología principales del enfoque descriptivo (persona, tiempo y lugar) y analítico (casos, controles, cohortes). Clínica Se relacionan los conocimientos biológicos adquiridos con el ambiente físico y de la sociedad en que vive. Se explica incidencia y prevalencia de las principales causas de enfermedad y muerte en Colombia. Se relaciona el estado de salud del individuo con el de su comunidad. Se analiza la cooperación con las autoridades de salud en cuanto

a sistemas de información y vigilancia epidemiológica. Se identifican factores de riesgo en el área de trabajo. Se precisan conceptos fisiopatológicos de la enfermedad profesional. Epidemiología de enfermedades profesionales y de los accidentes de trabajo, métodos de control ambientales y personas en los centros de trabajo. Legislación de Salud Ocupacional, Enfermedades Profesionales. Uso de la historia clínica ocupacional. Riesgos o agentes de enfermedades profesionales. Aspectos de medicina laboral.

Semiología

II

Se integran los conocimientos adquiridos en el primer nivel. Se tratan las diferentes entidades clínicas en medicina interna, su aplicación a las áreas quirúrgicas y gineco-obstétricas. Además se revisan y extrapolan los síndromes clínicos específicos de medicina de adultos en el área de pediatría. Se enfatizan en la historia orientada por problemas.

Interpretación

Clínica

Tiene como objetivo preparar al estudiante que ingresa al área clínica en las bases fisiopatológicas de las enfermedades más importantes que va a ver en su entrenamiento clínico. En este curso se hace un refrescamiento de las más

importantes áreas de ciencias básicas (anatomía, fisiología, bioquímica) y el fundamento de los principales síndromes.

Psicopatología

El propósito del curso es familiarizar al estudiante con los signos y síntomas indicativos de trastorno mental. El estudiante estará en capacidad de definir los términos que designan los distintos aspectos del funcionamiento psíquico tanto normal como anormal. Identificar en la entrevista psiquiátrica los signos y síntomas fundamentales de la enfermedad mental. Integrar los hallazgos de la entrevista psiquiátrica en el comprensión global del enfermo como ser humano. Se revisa lo relacionado con el estrés, los trastornos psicomotores, del afecto, del pensamiento, del sensorio y el sueño, de la sensopercepción, de la conducta sexual y sus disfunciones.

CUARTO AÑO

7o. y 8o. semestres

Administración en Salud Pública Se capacita al estudiante para aplicar el proceso administrativo a la prestación de servicios de salud en un hospital o en un centro de salud, donde desempeñará el Servicio Social Obligatorio. Además se complementa la capacitación para resolver los

problemas individuales y colectivos de la comunidad en materia de prevención, promoción, curación y rehabilitación.

Medicina
Interna I

Se prepara el estudiante para el ejercicio de la Medicina Clínica Moderna. Los estudiantes rotan por los servicios de Medicina Interna del Hospital Universitario y de San Juan de Dios, incluyendo el Servicio de Urgencias. Este sistema rotatorio (cada 2 meses) permite que el estudiante se ponga en contacto con un mayor número de profesores. Diariamente se realizan Revistas Clínicas en las salas orientadas a la asistencia de los pacientes y podrán participar activamente en su manejo. Igualmente elaboran una Historia Clínica Individual y auténtica. Se busca familiarizar al estudiante con los planes de Diagnóstico, evaluación diaria del paciente; enfoques terapéuticos, interpretación de los diversos exámenes. Dos veces a la semana hay sesiones de tutorías clínicas que permiten la discusión sobre aspectos clínicos de los pacientes en las salas y la discusión se centra en el método científico aplicado a las ciencias clínicas; los estudiantes tienen la obligación de atender pacientes en urgencias en turnos nocturnos en días de semana y feriados en colaboración con estudiantes

más avanzados, internos, residentes, docentes y asistenciales del Hospital. Se realiza una vez por semana una sesión de mortalidad, una conferencia terapéutica y de Revisión de temas seleccionados, la Gran Sesión de Medicina, la conferencia clínico básica y C.P.C. cada 2 semanas.

Cirugía I

Se refiere a la adquisición de conocimientos para el diagnóstico, enfoque terapéutico y obtención de habilidades de patología quirúrgica. (Por ejemplo diagnóstico y manejo de heridas infectadas, conocimiento de la alimentación y vías para manejo de paciente complicado. Diagnóstico y enfoque terapéutico del paciente con patología benigna de estómago y duodeno, o con atresia de esófago, con hipertrofia pilórica, con ictericia, con infección del colon, con neoplasia del colon, con megacolon con ano imperforado, con hernias, con hemorragia digestiva, con colesistitis aguda, con úlcera péptica perforada, con enfermedad inflamatoria pélvica, con quemaduras, con enfermedad arterial oclusiva, etc.). Además se les enseña procedimientos tales como cohibir una hemorragia externa, desbridar y suturar heridas de diverso tipo, hacer paracentesis, colocar tubo tórax, hacer toracentesis, lavado antes de cirugía, etc. Rotan

además por el servicio de Anestesiología.

Pediatría I Se enseñan aspectos clínicos y epidemiológicos de las principales enfermedades de la infancia y manejar el problema tanto individual como de comunidad. Se le entrenará para elaborar una historia clínica completa y formular un diagnóstico diferencial apropiado. Se ha incorporado al programa el componente de Nutrición por el impacto que este factor tiene dentro del complejo de la Salud del niño.

Introducción a la Clínica Psiquiátrica El curso permite familiarizar al estudiantado con la práctica de la atención Primaria en Psiquiatría.

Se suministran los elementos iniciales en Clínica Psiquiátrica necesarios para la realización de una adecuada entrevista, examen psiquiátrico formal e historia clínica. A través del curso se le brindan los conocimientos básicos sobre el diagnóstico y tratamientoa prácticos de los Síndromes Psiquiátricos más comunes. Los estudiantes rotan por el Centro de Salud de Siloé y el Hospital Psiquiátrico San Isidro.

QUINTO AÑO

9o. y 10o. Semestres

Humanística Médica Este curso tiene como justificación la necesidad de desarrollar en el estudiante de medicina "valores humanísticos". Esto ha sido sentido en la Facultad como lo errado que resulta producir "médicos deshumanizados". Se trata de la conciencia, que el futuro médico sepa pensar en términos históricos y filosóficos su profesión que es comunmente vista como acúmulo de técnicas cada vez más sofisticadas, olvidando otros aspectos que la hacen ciencia y arte a la vez. Se suministra al estudiante la información básica que le sirva para situar la medicina dentro del contexto general de la cultura humana, especialmente en sus aspectos históricos y filosóficos. Con ello se busca que el estudiante pueda valorar mejor la medicina, aceptar sus límites, comprender su "persona" médica para entonces, adquirir compromisos éticos personales.

Medicina Interna II El propósito general es el de permitir a los estudiantes el contacto con los problemas clínicos, sociales, económicos y culturales de los pacientes que se presentan a Consulta Externa y capacitarles para manejar los más comunes de ellos, teniendo en cuenta las peculiaridades del trabajo con pacientes

ambulatorios. Rotan además por subespecialidades donde refinará la ejecución de la historia clínica y el examen físico, conocerá los problemas más comunes y su enfoque, aprenderá métodos diagnósticos y aspectos generales de terapéutica. Seguirá la evolución de los pacientes que estuvieron hospitalizados y se le recalca practicar en todo momento con claridad el plan educacional en todos y cada uno de sus pacientes. Para cumplir los objetivos se tiene diseñado un análisis de responsabilidades que cubre los diversos aspectos de la rotación en cuanto a habilidad, conocimiento y actitud que conduzca a que el futuro médico tenga en cuenta la salud tanto orgánica como psíquica lo cual debe corresponder a todo lo concerniente con el esmero, respeto y diligencia que la situación del paciente requiera, observando las más estrictas normas de la moral en el tratamiento con su paciente, observando un absoluto respeto por la persona humana.

Cirugía II Su propósito es familiarizar al estudiante con el diagnóstico y manejo del paciente con enfermedad neuroquirúrgica (trauma craneoencefálico), vertebromedular, infecciones del SNC, síndrome de hipertensión endocraneana, lumbalgia, braquialgias,

ACV, cefaleas, síndromes convulsivos, métodos neurorradiológicos más usados en cirugía, etc. Además hay una rotación por el Servicio de Oftalmología, para capacitar al estudiante en el diagnóstico, con las limitaciones propias del instrumental de la especialidad y poder evaluar al paciente oftalmológico que puede tratar o que debe referir.

En la rotación por urología el estudiante debe capacitarse para reconocer, diagnosticar, tratar o prevenir las enfermedades más comunes que no requieran de aparatos o instrumental especializado para su diagnóstico. Será capaz de realizar el tratamiento de urgencia adecuado.

En la rotación por otorrinolaringología el estudiante debe aprender los principios elementales semiológicos y clínicos en O.R. para que puedan diagnosticar, tratar y remitir los pacientes con la patología más común en este campo. En la rotación por Ortopedia y Traumatología aprende la semiología correspondiente, el manejo del paciente traumatizado con énfasis en lesiones de Nivel I, técnicas de tratamiento de fracturas de este nivel y capacitarse para Dx las entidades ortopédicas más frecuentes en

el medio para poder referir en caso necesario al lugar adecuado.

Pediatría II Se trata con este curso de identificar las enfermedades más comunes de los niños que acuden al Servicio de Medicina ambulatoria y a la sala de Recién Nacidos teniendo en cuenta los aspectos físicos, familiares, psicoafectivos, socioeconómicos y de interrelación del paciente con su medio. Realizar además la conducta diagnóstica y terapéutica adecuada en dichas entidades clínicas.

Obstetricia y Ginecología II La rotación está diseñada para que el estudiante adquiera los conocimientos y habilidades ginecoobstétricas para su formación como médico general. En esta forma los estudiantes rotan por sala de admisión, salas de trabajo de partos y de puerperio y se presentan temas específicos y las exigencias convenientes (fisiología y patología ginecoobstétricas, semiología Dx, exámenes auxiliares) grandes síntomas (hemorragia, flujo, dolor) embarazo, normal o patológico. Control de trabajo de parto, atención del parto, evaluación del puerperio normal y patológico. Complicaciones: toxemia, diabetes, ruptura de membranas, amenaza de parto prematuro, placenta previa, embarazo

múltiple, etc. Procedimientos de analgesia y anestesia, cesárea, etc.. Hay sesiones especiales de temas cortos (por ej. amniocentesis, parto prematuro, isoimmunización RH, embarazo prolongado, drogas teratógenas, etc.). Rotan también por el servicio de Ginecología donde el estudiante tiene la oportunidad de recibir instrucción con el Dx, manejo y evolución de problemas ginecológicos frecuentes en nuestro medio. Se destacan aspectos tales como ginecología clínica, G. Quirúrgica, tumores genitales, ginecología endocrina, infertilidad conyugal, control prenatal, planificación familiar. Rotan además por sala de operaciones donde se hace énfasis sobre técnicas de asepsia y antisepsia y actúa como segundo ayudante en intervenciones quirúrgicas asignadas. En la sala de legrados el estudiante adquiere destrezas para la dilatación del cervix, curetaje y finalmente rota por la unidad de cuidados especiales (shock séptico, insuficiencia renal aguda, abscesos, infección puerperal, TBC genital, procedimientos quirúrgicos para problemas sépticos de urgencia, enfermedades venéreas, etc.).

Clinica Psiquiátrica I

En esta rotación el estudiante conoce y participa en el tratamiento del paciente psicótico hospitalizado. Sensibiliza al estudiante sobre los aspectos emocionales de las enfermedades somáticas y su impacto en el paciente y su familia. Se refuerzan los conocimientos sobre entrevistas, semiología y psicopatología. Se revisan además aspectos relacionados con la farmacodependencia y la violencia.

Anestesiología y Reanimación

En esta rotación se capacita al estudiante para resolver problemas en relación con el paciente anestesiado y para realizarle intervenciones quirúrgicas propias del año de servicio social obligatorio. Se le enseña técnicas de Reanimación y Estabilización de las funciones vitales. Se les imparten conocimientos sobre la acción farmacológica de las drogas y agentes utilizados en la preanestesia, durante la inducción y el mantenimiento de la anestesia. Se le enseña a realizar procedimientos y prácticas para que desarrolle habilidades y destrezas que le permitan administrar y manejar técnicas de anestesia y reanimación.

SEXTO AÑO

El año de internado rotatorio es la última etapa de preparación del estudiante de Medicina y es quizás el de mayor importancia, ya que basado en la experiencia adquirida, perfecciona sus conocimientos y habilidades de tal forma que pueda desarrollar sus actividades en una comunidad como parte integral de un equipo que busca dar salud dentro de una realidad social y de acuerdo con la patología regional.

Este año se encuentra dividido en 5 bloques, cada uno de 10 1/2 semanas de duración a saber: Medicina Interna, Cirugía, Pediatría, Obstetricia y Ginecología y un último bloque compartido entre Medicina Comunal y Psiquiatría.

11o. y 12o. Semestres.

Medicina Comunal	Se da a conocer al estudiante la organización y funcionamiento en detalle de los Servicios de Salud de una comunidad. Se le capacita para que se desempeñe eficientemente en el ejercicio profesional, no sólo como administrador de salud. Para ello se utiliza uno de los distritos de salud del Valle del Cauca donde se le enseña a organizar los recursos, formulación de planes, elaboración de un presupuesto, su ejecución práctica.
---------------------	--

Medicina
Interna II

En esta rotación se desarrollan los conocimientos y habilidades para reconocer, diagnosticar y tratar en forma adecuada al adulto enfermo, reintegrándolo en forma precoz y efectiva al trabajo y presupuesto a la comunidad. Los internos se distribuyen en los servicios de Urgencias, Medicina hombres, Medicina Mujeres, Consulta Externa y turnos de urgencias cada cuatro días. Diariamente hay reuniones académicas con temas de revisión, conferencia de mortalidad, club de revistas, reuniones clínico radiológicas, Gran Sesión de Medicina, reunión de electrocardiografía, conferencia de subespecialidades.

Cirugía III

Tiene como objetivo la enseñanza integral de la medicina en pacientes con problemas predominantemente quirúrgicos. El interno realiza rotaciones por salas, donde evalúa y hace curación de los pacientes asignados, estará disponible para ayudantías quirúrgicas de urgencia, y otras electivas donde recibe enseñanza de los principios quirúrgicos, técnicas operatorias en las patologías más frecuentes. Rotan por urgencias donde manejará el trauma, practicará procedimientos rutinarios tales como intubación endotraqueal, disección de vena, toracentesis y punciones abdominales.

colocación de tubos, punciones pericardíacas, cateterismo, talla vesical, exploración heridas abdominales, manejo del shock, maniobras de resucitación cardiaca, etc.. Administración y manejo de anestésicos, intubación traqueal laringoscopia y tubo oro-traqueal. Bloqueos anestésicos, anestesia epidural. etc.

Rota por ortopedia donde será capaz de efectuar diagnósticos diferenciables de fracturas, esguinces rupturas tendinosas, fracturas expuestas, lesiones post-traumáticas de S.N. periférico, lesiones vasculares de extremidades.

Aplicara inmovilización de acuerdo con diversos métodos y primeros auxilios de aparato locomotor. Reducir e inmovilizar con yeso algunos tipos de fracturas, reducir luxaciones, tratar artritis séptica, manejar quemaduras en las extremidades, extracción cuerpos extraños de mano, manejo de luxación congénita de cadera, pie chapín, bursitis, lumbago, etc.. Hará turnos de urgencia (como en todo el internado) cada cuatro días.

Pediatría III Su objetivo es adiestrar en la atención y cuidados médicos del niño desde la adolescencia. Conocer y manejar fenómenos fisiopatológicos, necesidades de nutrición, programas de atención materno infantil. Desarrollar habilidad en prácticas técnicas, procedimientos y exámenes paraclínicos, atender al recién nacido normal y enfermo, manejar enfermedades infecto contagiosas, prevención y rehabilitación de las enfermedades más comunes del niño. Desarrollar el área afectiva con el niño en diversos aspectos y sus familiares dentro de los principios éticos y humanitarios.

Ginecoobstetricia En esta rotación se capacita al estudiante en el conocimiento de la patología obstétrica y perinatal, así como también las alteraciones ginecológicas más frecuentes de la adolescencia, la mujer adulta y la climatérica, de tal forma que pueda hacer diagnóstico oportuno y practicar procedimientos de emergencia, lo mismo que dar un tratamiento médico adecuado. Además adquirirá habilidades en la atención del parto, episiotomía, sutura de desgarros perineales, anestesia local, bloqueo, amniocentesis, maniobras de resucitación del recién nacido, práctica de operación cesárea, práctica de laparotomía en embarazo ectópico, ayudantía para

histerectomía abdominal y vaginal, curetaje, culdocentesis, drenaje de abscesos mamarios, de glándulas de bartolino, tomas de citología y de biopsia de cuello uterino.

Clinica Los estudiantes en esta rotación son responsables
Psiquiátrica por la admisión, trabajo clínico y procedimientos
 terapéuticos administrados a los pacientes bajo la
 supervisión del personal docente. En este período
 los estudiantes tienen asignadas labores de tiempo
 completo en el Hospital Psiquiátrico. Además
 participan en trabajos clínicos de la consulta
 externa de la Unidad de Salud Mental del Hospital
 Universitario. Los internos se les entrena en el
 manejo de pacientes psicóticos y neuróticos agudos
 y crónicos que no requieran atención por
 especialista. Realizan el Dx. diferencial, utilizan
 las drogas psiquiátricas más comunes en pacientes
 ambulatorios, o en casos especiales remitir al
 hospital.

FUTURO EN EDUCACION MEDICA

La oportunidad que está proponiendo la Facultad de Salud a través de su Decano Dr. Oscar Bolaños se denomina Programa "Unión con la Comunidad" se puede resumir así:

1. El proceso de enseñanza aprendizaje de la atención primaria en Salud ya está incorporando en los planes curriculares de Medicina, Enfermería y Odontología y en la medida que sea posible se extenderá a los otros planes de estudio de pregrado. Se ha avanzado en la aplicación o puesta en marcha de la masificación de los modelos de atención primaria en salud tanto en la ciudad de Cali como en otras ciudades intermedias del Departamento y del país.
2. En la Facultad de Salud se ha trabajado, en forma permanente, en el Programa Avanzado en Administración en Salud, alcanzando a desarrollar un modelo gerencial para los 42 municipios del Valle del Cauca a través de un plan integral de Salud.
3. Se inició el programa de Especialización en Medicina Familiar y se viene trabajando en un modelo de salud familiar que se está incorporando a los diferentes planes de estudio y a las unidades de prestación de servicios en la ciudad de Cali.

4. Se viene trabajando en forma integrada a los Servicios de Salud en los programas de Salud Pública, Epidemiología, Administración en Salud, Neonatología, Medicina Familiar y Psiquiatría.

Con la propuesta se pretende avanzar y consolidar las experiencias dentro del componente Docencia-Asistencia-Comunidad.

La incorporación del componente comunitario se ve favorecido por la nueva legislación colombiana. Al agregar este componente de comunidad, se plantea un cambio conceptual que se debe incorporar tanto a los docentes como a los funcionarios del Servicio de Salud. lo cual requiere una permanente acción de discusión hasta obtener la validez del concepto y la factibilidad de ponerlo en acción.

Se busca que la comunidad participe activamente en la definición del papel de la docencia, la investigación, la prestación de servicios, en la comprensión de la situación de salud y las diferentes alternativas de solución.

La red de servicios de la ciudad de Cali está constituida por seis SILOS urbanos y uno rural, y el programa que se presenta se llevará a cabo en el SILOS 1 que tiene 264.837 habitantes y en el SILOS 2 que tiene 366.384 habitantes. Los SILOS tienen la siguiente organización:

Unidad Básica de Atención (UBA). Es un conjunto de 100 a 400 familias dependiendo de las características demográficas, sociales y culturales.

Unidad de Atención Primaria. Esta compuesta entre siete y diez Unidades Básicas de Atención y tiene como referente especial un puesto de salud.

A este nivel la atención esta dirigida fundamentalmente a la familia por equipos multidisciplinarios y se hace énfasis en las acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación precoz, en la magnitud y complejidad que las actividades de salud así lo requieran. Cada nivel de atención primaria cubre entre 1500 y 3000 familias. En este nivel los enfoques de atención primaria de salud se integran con los equipos de atención primaria para la educación, vivienda, recreación, seguridad, empleo, servicios públicos, es decir, el enfoque es hacia el bienestar y la articulación de los sectores públicos, privados y mixtos.

Estas Unidades de Atención Primaria dependen de los centros hospitalares a donde se refieren los problemas que no se pueden solucionar o en su defecto, al hospital general o a los hospitales especializados o universitarios. Entre los niveles existe un sistema de referencia y contra referencia.

El programa propuesto implica la creación de un equipo de trabajo en el cual participe la Universidad, la comunidad y los servicios gubernamentales de salud. Por la Universidad, la Facultad de Salud con todos los planes de estudio de pregrado. La participación comunitaria se canalizará de acuerdo con la organización que ya tiene la ciudad de Cali en sus comunas. Las comunas cuentan con su propia estructura y reglamentación que garantiza, mediante mecanismos democráticos, la incorporación de los líderes comunitarios en la gestión administrativa. También se aprovechará la experiencia del trabajo cooperativo efectuado por fundaciones que facilitan la vinculación efectiva, no sólo de la comunidad sino de las diferentes entidades comunitarias de carácter público y privado. Los servicios gubernamentales de salud estarán representados por la Secretaría Municipal de Salud con quien la Facultad de Salud viene trabajando en forma integrada, y a través de cuyos contactos se puede avanzar en el programa propuesto.

El foco de interés del programa será la salud y el bienestar de la comunidad, con acciones directas sobre la familia como unidad operativa primaria. Además de continuar con los programas tradicionales de salud y bienestar, es necesario emprender esfuerzos innovadores en áreas como salud y bienestar del adolescente y prevención de riesgos en esta edad, especialmente en el campo de la adicción y el alcoholismo, las enfermedades de transmisión sexual, el embarazo no deseado, Salud y Bienestar del anciano y su reintegración social útil para la familia y para la

comunidad. Estudio y prevención de la violencia intrafamiliar, como factor, relacionado con el auge de la violencia general, cuyas consecuencias constituyen en el momento un problema primordial para la salud pública en nuestro país.

Otro aspecto importante de la propuesta es el de fomentar la humanización de los cuidados de salud, teniendo en cuenta los factores psicológicos, sociales y culturales de los pacientes, para de este modo propender por el ejercicio de una atención integral al paciente.

Para lograr los objetivos de la propuesta, se introducirán cambios fundamentales en los planes curriculares de pregrado de la Facultad y se esbozarán los tiempos y movimientos académicos en tres ciclos, así: El primero incluye el inicio de la carrera, el conocimiento teórico y práctico para interpretar al ser humano, la familia y la comunidad, como entes cuya situación de bienestar, salud y enfermedad dependen de diversos factores genéticos, sociales, psicológicos y biológicos. El segundo ciclo comprende la enseñanza en los niveles de atención de la red básica de servicios, domicilio, puestos de salud, centros de salud y centro hospital. En estos sitios el enfoque estará dirigido a las familias y a la comunidad en forma interdisciplinaria e intersectorial, con participación de la comunidad, y para lograr esta meta los estudiantes de todos los planes académicos de la Facultad de Salud rotarán por la red de servicios básicos de atención; de esta manera

se constituirán equipos multiprofesionales que estarán ubicados en las Unidades y Núcleos de Atención Primaria y en el Centro Hospital.

Los estudiantes incorporarán los elementos conceptuales y teóricos adquiridos en el primer ciclo y los pondrán en práctica, para así adquirir habilidades y destrezas en el estudio de la situación de salud y bienestar de las familias y de la comunidad. Y un tercer ciclo comprende rotaciones en el nivel secundario hospital general y en el nivel terciario, hospital especializado. Durante este ciclo, además de adquirir las respectivas habilidades y destrezas para solucionar problemas complejos, tendrán la oportunidad de integrar la funcionalidad del sistema de salud en todos los niveles de atención de la red de servicios.

El programa propuesto tendrá una duración de cuatro años y la estabilidad del mismo, está garantizado por el hecho histórico de que la Facultad de Salud desde su fundación, tiene incorporado a su filosofía y a sus estatutos, las acciones aquí propuestas.

REFERENCIAS

1. Hernández Licidad - Informe estadístico, 1986.
2. González Armando. Hospital Universitario. Presente y Futuro, 1982.
3. De Zubiría Ramón. Docencia y Creatividad. Conferencia de la 2a. Reunión Técnica del proyecto PREDE/OEA-CINDA, Bogotá, 1983.
4. Universidad del Valle. Plan de Desarrollo 1986-2000, 1986.
5. Memorias del Seminario sobre Flexibilidad Curricular y Formación Integral. Universidad del Valle. Vicerrectoría Académica, 1989.
6. La Formación Integral. Base para un proceso de planificación en la Universidad. Oficina de Planeación y Desarrollo, 1990.
7. González, Carlos Luis. La Educación Médica y las necesidades de la sociedad. Bol. FEPAFEM 22: 8-9, 1986.
8. Cooper, John A.D. Self renewal in the Academic Medical Center through creativity and innovation. Journal of Medical Education 58: 970-972, 1.983.
9. Médicos para el siglo XXI. Informe del grupo de estudio de la A.A.M.C. sobre la Educación Profesional general del Médico y la preparación univerversitaria pre-médica. Fondo Editorial FEPAFEN, publicación No. 6, Caracas, 1985.
10. Duque. Edgar. Actividades Curriculares. Universidad del Valle, Facultad de Salud, 1.988.
11. Vélez, Gil Adolfo y Pardo de Vélez Graciela. Investigación de Modelos de atención en Cirugia. Imprenta Departamental, 1986.
12. Climent, Carlos y Arango María Victoria de. Manual de Psiquiatría para trabajadores de Atención Primaria. O.P.S., 1983.
13. Vélez, Gil Adolfo y Pardo de Vélez Graciela. Atención Primaria en las heridas. Manual de Autoaprendizaje. Edit. XYZ, 1985.
14. Aguirre, Alfredo. Atención de la Madre y el Niño menor de 5 años con énfasis en Atención Primaria. Editorial NUR, 1978.

15. Rey Humberto. El Recién Nacido Latinoamericano. Atención Primaria y Secundaria según riesgo. 1986.
16. Propuesta Semestre 00 para Medicina y Odontología. Artuz, Antonio, Director Plan, 1990.
17. Pardo de Vélez Graciela. Evaluación del Semestre 00. Universidad del Valle, Facultad de Salud, 1990.
18. ASCOFAME. Programa de Etica Médica. Módulo I.



<u>Código</u>	<u>Nombre del curso</u>	<u>U L A S</u>				<u>Prerrequisitos</u>
		<u>A</u>	<u>B</u>	<u>C</u>	<u>Tot.</u>	
PRIMER AÑO						
<u>1o. semestre</u>						
204141	Inglés I	30	27	20	83	-
601142	Biología Celular	195	21	8	224	-
607041	Salud y Sociedad I	108	30	21	159	-
<u>2o. semestre</u>						
204142	Inglés II	30	27	25	82	1o. Semest. A
604149	Anatomía Macroscopica	71	113	-	184	1o. Semest. A
604244	Histología y Embriología	67	103	-	156	1o. Semest. A
607042	Salud y Sociedad II	54	44	-	98	1o. Semest. A
SEGUNDO AÑO						
<u>3o. semestre</u>						
604346	Neuroanatomía Humana	75	21	-	-	2o. Semest. A
605141	Fisiol.Gral.y de Sistemas	95	48	10	-	2o. Semest. A
607045	El Proceso Salud Enfermedad	61	74	-	135	2o. Semest. A
613150	Comportamiento Humano I	10	6	-	16	2o. Semest. A
<u>4o. semestre</u>						
604246	Genética Médica	36	18	-	-	3o. Semest. A
606040	Patología I	71	90	20	181	3o. Semest. A
607046	Salud de la Mujer y el Niño	65	30	20	115	3o. Semest. A
614140	Microbiología	80	41	-	121	3o. Semest. A
614240	Parasitología	35	33	-	68	3o. Semest. A
(1)	Deportes	-	-	-	-	-
TERCER AÑO						
<u>5o. Semestre</u>						
605340	Farmacología I	76	9	10	95	4o. Semest. A
606041	Patología II	68	103	20	191	4o. Semest. A
609040	Semiología I	44	50	-	94	4o. Semest. A
609049	Sistemas Formad.de Imágenes	24	24	6	54	4o. Semest. A
613151	Comportamiento Humano II	22	6	3	31	4o. Semest. A

Continúa



Código	Nombre del curso	U L A S				Prerrequisitos
		A	B	C	Tot	
<u>6o. Semestre</u>						
601155	Etica Médica	16	19	8	43	5o. Semest. A
605341	Farmacología II	84	4	10	98	5o. Semest. A
607543	Introd. Epidemiología Clínica	86	14	8	33	5o. Semest. A
609045	Semiología II	44	50	-	94	5o. Semest. A
609050	Interpretación Clínica	86	-	-	86	5o. Semest. A
613142	Psicopatología	32	-	-	32	5o. Semest. A

CUARTO AÑO

7o. y 8o. Semestres

607047	Administ.en Salud Pública	70	27	73	170	6o. Semest. A
609041	Medicina Interna I	164	72	48	284	6o. Semest. A
610141	Cirugía I	130	455	116	701	6o. Semest. A
611041	Pediatría I	186	156	50	648	6o. Semest. A
613143	Introd.a la Clín. Psiquiát.	4	34	15	53	6o. Semest. A

QUINTO AÑO

9o. y 10o. Semestres

601156	Humanística Médica	54	-	-	54	8o. Semest. A
609042	Medicina Interna II	45	108	32	185	8o. Semest. A
610142	Cirugía II	119	173	50	342	8o. Semest. A
611042	Pediatría II	48	60	18	126	8o. Semest. A
612042	Obstetricia y Ginecol. II.	140	199	68	407	8o. Semest. A
613144	Clínica Psiquiátrica I	4	34	15	53	8o. Semest. A
615141	Anestesiología y Reanimac.	30	200	30	260	8o. Semest. A

SEXO AÑO

11o. y 12o. Semestres

607048	Medicina Comunal	8	10	58	76	10o. Semest. A
609043	Medicina Interna III	33	217	89	339	10o. Semest. A
610143	Cirugía III	23	142	123	288	10o. Semest. A
611043	Pediatría III	128	118	210	177	10o. Semest. A
612043	Obstetric.y Ginecología III	-	80	420	-	10o. Semest. A
613145	Clínica Psiquiátrica II	-	192	-	192	10o. Semest. A

Continúa



(1) = Electivo
A = Aprobado

NOTA: Las Unidades de Labor Académica (ULAS) tienen las siguientes equivalencias:

1 ula tipo A = 1 hora de clase presencial.

1 ula tipo B = 2 horas de actividad práctica supervisada por el docente.

1 ula tipo C = 3 horas de actividad académica independiente teórica o práctica, desarrollada con asesoría y evaluación por parte del docente.

Cali, Mayo 5 de 1987

ULTIMOS CAMBIOS Y SITUACION ACTUAL DEL CURRICULO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Dr. HUGO DE JESUS CASTAÑO HERRERA
Docente

ULTIMOS CAMBIOS Y SITUACION ACTUAL DEL CURRICULO
DE LA FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD SURCOLOMBIANA

Dr. HUGO DE JESUS CASTAÑO HERRERA
Docente

TITULO OTORGADO : Médico y Cirujano
DURACION : 14 Semestres

Nuestra Facultad puede formar profesionales médicos con un criterio bio-sico-social, con una formación académica y científica acorde a la ciencia de la medicina y además formar un médico con un criterio comunitario, social y humanístico de acuerdo con la situación socio-económica de nuestro pueblo huilense.

Pretende que el estudiante de medicina opte al final por practicar una medicina acorde a su interés profesional, bien sea en el campo administrativo, social o clínico-quirúrgico.

La Facultad inició labores en 1.983 y de acuerdo al plan de Estudios de la Universidad Nacional (12 semestres). En el año de 1.987 se reestructuró dicho plan y se aumentó a un año más para impulsar el área social y humanística. En esta área se han presentado algunos cambios los cuales relacionamos en esta presentación.

MISION DE LA FACULTAD

La misión de la Facultad de Ciencias de Salud es la de estudiar, evaluar, fundamentar, la forma de relación establecida por el hombre surcolombiano entre su cuerpo y su medio, y generar nuevas formas de relación que le permitan cualificar su vida, a la luz de los nuevos descubrimientos de la ciencia aplicados al mejoramiento de la salud biológica, mental y social.

En el cumplimiento de su misión, la facultad formará profesionales de alto nivel académico en las áreas médica y paramédica, que puedan atender científica, técnica y humanísticamente las necesidades de salud y liderará la actividad investigativa orientada a profundizar el conocimiento del medio y a generar nuevas formas de atención a la salud individual y comunitaria, y desarrollará programas de extensión a la comunidad. El programa de medicina contribuirá a elevar el nivel científico y la calidad de la atención médica de los servicios de salud por medio de las siguientes actividades :

- Utilización de métodos para estudio y manejo de pacientes, de acuerdo con principios y conocimientos científicos, técnicos y humanísticos frecuentemente revisados y sometidos a análisis crítico.

- Programas de investigación, particularmente en el campo de la epidemiología.
- Programas de educación continua para personal médico y paramédico.
- Programas de información a la comunidad sobre prevención de la enfermedad y utilización de los servicios de salud.

PERFILES PROFESIONAL Y OCUPACIONAL POR COMPONENTES
DE FORMACION ACADEMICA

COMPONENTE SICOBIOLOGICO

Se logra con :

1. El desarrollo del campo de formación específica profesional, campo de práctica en el Hospital General de Neiva.
Los aspectos básicos : Facultad de Ciencias de la Salud.
2. Desarrollo del campo de formación social y humanístico: Centro de Salud IPC, Asilo San Matías y Programa de Tuberculosis del Servicio Seccional de Salud.
3. Programa de Internado Rotatorio en el Hospital General de Neiva, bajo la supervisión de los docentes del programa de Medicina.
4. Año rural obligatorio en el área de influencia del departamento.
5. Desarrollo de programas preventivos :
Diabetes : Hospital General de Neiva.
Hipertensión: Centro de Salud IPC

Control Perinatal : Hospital General de Neiva y Centro de Salud IPC.

Crecimiento y Desarrollo: Hospital General de Neiva y Centro de Salud IPC.

Inmunizaciones: Hospital General de Neiva y Centro de Salud IPC.

TBC : Servicio Seccional de Salud

Tercera Edad : Centro de Salud IPC

Farmacodependencia : Hospital General de Neiva

Atención al Escolar : Centro de Salud IPC

Salud Familiar : Centro de Salud IPC

Rehabilitación con base en la comunidad.

PERFIL PROFESIONAL (Características)

- Debe conocer los aspectos psicobiológicos del ser humano.
- Debe instaurar la relación médico-paciente, médico-familia, médico-comunidad en un sentido humanístico.
- Debe ser un buen comunicador.
- Debe analizar en forma integral la actividad humana.
- Debe conocerse así mismo y sus potencialidades.
- Debe asumir una aptitud de pertenencia frente a su profesión y práctica.
- Deberá interpretar los signos y síntomas de la enfermedad en general.
- Deberá conocer las técnicas del aprendizaje para detectar diferencias individuales.

PERFIL OCUPACIONAL (Funciones y Responsabilidades)

- Fomentar niveles adecuados de salud.
- Diagnosticar, tratar, controlar y rehabilitar a través del acto médico, la patología que se debe atender en el nivel local.
- Deberá desarrollar programas preventivos como control prenatal, crecimiento y desarrollo, enfermedades transmisibles y en general fomentar la salud y el desarrollo sicosocial.
- Deberá detectar problemas psicobiológicos tanto a nivel personal, familiar y de la comunidad ofreciendo tratamientos integrales.
- Le compete el desarrollo de actividades tendientes al mejoramiento del saneamiento ambiental en general.
- Deberá llevar a cabo programas médicos orientados a la atención de la patología más frecuente por grupos específicos de edad.
- Llevar a cabo la remisión de pacientes cuyo estado requiere de tratamiento más complejo o de la utilización de recursos tecnológicos de los cuales carece en su nivel de trabajo.

- Atender las emergencias de acuerdo a las funciones de su respectivo nivel y a los recursos de que dispone.
- Realizar las actividades médico-legales del nivel respectivo de atención médica.
- Desarrollar las intervenciones quirúrgicas del nivel correspondiente de atención médica.

COMPONENTE SOCIAL Y HUMANISTICO

Se logra con el desarrollo de las asignaturas Socioantropología, Salud Comunitaria I, II, III, IV, V, Seminario de Historia de la Medicina, Etica Médica, Seminario de Economía y Política, Problemas Sociales y Familiares.

PERFIL PROFESIONAL (Características)

- Poseer una actitud crítica frente a la problemática de salud del país y de la comunidad donde ejerce.
- Desarrollar una actitud analítica, reflexiva que le permita identificar con autenticidad y sentido crítico no solo los problemas de su comunidad sino las soluciones acordes con esa realidad.
- Demostrar una actitud de compromiso con la comunidad y las soluciones identificadas frente a su problemática.

- Constituirse en un líder y agente de cambio en su comunidad hacia la transformación de los factores generadores y causantes de la situación en salud del país. (Profesional de apoyo-políticas).
- Poseer una visión integral del ser humano y de los problemas de salud que lo aquejan.
- Tener capacidad para interpretar y comprender la causalidad de los fenómenos de salud colectivos no solo en sus aspectos biológicos sino económicos, social, histórico, culturales e incidir sobre los mismos.
- Dar al individuo un trato ante todo como persona, como ser social poseedor de cultura.
- Desarrollar y transmitir una actitud de servicio frente a su comunidad.
- Ser capaz de entablar una relación humana con sus pacientes y adoptar una actitud ética y responsable frente a los mismos.
- Poseer además una sólida formación académica y de conocimiento de la problemática que le permita influir en la toma de decisión política con respecto a salud.

PERFIL OCUPACIONAL (Funciones y responsabilidades)

- Estudiar y comprender la situación de salud del país y de su comunidad desde el punto de vista de las relaciones predisponentes precipitantes y de causalidad de los fenómenos de salud individual y de comunidad.

- Promover en su comunidad soluciones acordes con su problemática de salud y los factores que la generan, estimulando esquemas correspondientes a su propia realidad.
- Desarrollar actividades conducentes a crear conciencia en su comunidad de los problemas que la afectan y de las soluciones apropiadas.
- Promover acciones de compromiso con el cambio de los factores generadores de las situaciones de salud de la comunidad.
- Tratar al ser humano teniendo en cuenta los aspectos bio-sico-sociales que determinan su situación de salud.
- Dar a sus pacientes un trato como personas estableciendo una relación humana y ética con los mismos.
- Promover la acción comunitaria mediante el empleo de las metodologías de trabajo comunitario y las técnicas de conducción de grupos.
- Proponer y participar en la solución de la problemática social determinante de la salud de la comunidad.

COMPONENTE INVESTIGATIVO

Se logra con el desarrollo de las asignaturas Inglés I, Inglés II, Bioestadística I, II, Investigación I, II, Epidemiología, Informática y Trabajo de Investigación.

PERFIL PROFESIONAL (Características)

- Conocimiento del método científico, sus características, fases, tipos, métodos, técnicas.
- Conocimiento de los métodos estadísticos aplicables al trabajo serio de investigación.
- Habilidad para el diseño, ejecución y evaluación de proyectos de investigación.
- Conocer, aplicar los principios teóricos y técnicos que defienden la validez, confiabilidad y en general la calidad de los proyectos de investigación.
- Autoprojectar una actitud reflexiva, ética frente a los problemas y utilizar el método científico en forma espontánea y automática.
- Sabe redactar un informe técnico y/o científico.
- Conocimiento a nivel técnico del inglés o al menos leerlo.

PERFIL OCUPACIONAL (Funciones y Responsabilidades).

- Aplicar el método científico al estudio y solución de los problemas prioritarios de salud, administrativos y sociales de la comunidad bajo la responsabilidad, mediante el trabajo y metodología interdisciplinarias.
- Diseñar, ejecutar y evaluar proyectos de investigación epidemiológica, clínica, administrativa y educativa.
- Revisar, criticar y conceptuar técnicamente sobre trabajos en revistas, documentos y proyectos de investigación.

- Cuidar de los aspectos éticos de la investigación, especialmente cuando se involucran pacientes.

COMPONENTE ADMINISTRATIVO

- Se logra con el desarrollo de las asignaturas: Administración I, II, III y Etica Médica.

PERFIL PROFESIONAL (Características)

1. El médico desde el punto de vista administrativo :
 - a. Debe ser organizado
 - b. Tener capacidad de liderazgo.
 - c. Capaz de plantear cambios
 - d. Adoptar actitud de respeto hacia las otras instituciones.
 - e. Capacidad de análisis.
 - f. Conocimiento de teorías administrativas del proceso administrativo y de los modelos administrativos y habilidades para su implantación.
 - g. Debe tener la habilidad para el diseño-ejecución-supervisión y evaluación de programas de salud.
 - h. Debe conocer qué debe hacer y qué no debe hacer en materia administrativa en los Servicios de Salud a nivel local y regional.
 - i. Ser capaz de oír a los demás y valorar sus aportes.
 - j. Movilizar recursos de la comunidad para el logro de objetivos institucionales.

- k. Interpretar y evaluar la dinámica del contexto para beneficio de su institución.

PERFIL OCUPACIONAL (Funciones y Responsabilidades)

1. Interpretar y aplicar correctamente la teoría de sistemas relacionadas con el Sistema Nacional de Salud.
2. Dirigir organismos de salud a nivel local y regional utilizando la técnica administrativa adecuada.
3. Diseñar planes y programas de salud de participación comunitaria a nivel local y regional.
4. Implantar, revisar, ajustar los subsistemas del Sistema Nacional de Salud.
5. Elaborar la programación de actividades en salud, de su área revisandola y realizando los ajustes necesarios.
6. Coordinar extra-intra e intersectorialmente los programas de salud de su área.
7. Elaborar y proponer acciones de cambio como aportes de salud en su comunidad diseñando modelos de atención para mejorar la calidad de la misma.
8. Elaborar el diagnóstico de salud de su comunidad.
9. Cumplir fiel y lealmente con las normas y disposiciones legales y administrativas vigentes respetando los conductos regulares establecidos en el sistema organizativo del sector salud.

COMPONENTE DOCENTE

Se desarrolla con las asignaturas Salud Comunitaria III y Administración III.

PERFIL PROFESIONAL (Características)

- Conocer características de la sociedad y el medio.
- Conocer y manejar técnicas de comunicación y manejo de grupos.
- Conocer y manejar técnicas didácticas.
- Tener espíritu de liderazgo.
- Tener suficientes y adecuados conocimientos de la temática a tratar.
- Conocer y manejar el lenguaje técnico y popular.
- Conocer y manejar métodos de evaluación.
- Tener disposición y voluntad para transmitir y recibir conocimientos.
- Ser amable, cortés y respetuoso.
- Tener motivación hacia la actualización permanente.
- Actitud interdisciplinaria.

PERFIL OCUPACIONAL (Funciones y responsabilidades)

- Organizar, orientar y dirigir actividades educativas a la comunidad.
- Preparar material didáctico para actividades de salud.
- Compartir sus nuevos conocimientos en grupo.

- Mantener continua comunicación con las fuerzas vivas de la sociedad.
- Diseñar, dirigir, participar y evaluar programas de educación continuada a todos los funcionarios a su cargo.
- Establecer mecanismos de coordinación con el sector educativo de Ciencias de la Salud.
- Diagnosticar la situación de la comunidad en cuanto a conocimientos y prácticas de la salud.
- Participar en el diseño, desarrollo y evaluación de los programas de educación continuada en salud para los profesionales en su área de influencia.

DEPARTAMENTO DE MEDICINA SOCIAL Y COMUNITARIA

La atención integral de una comunidad debe estar basada en el conocimiento de la persona, familia y comunidad que permita identificar las necesidades y problemas a nivel biológico, psicológico y socio-cultural; para desarrollar planes de promoción, prevención, curación y de rehabilitación de la salud.

Esta atención integral es una estrategia para desarrollar las actividades docente asistenciales y de investigación que requiere la Facultad en su momento actual. La planeación de esta estrategia está basada en el fortalecimiento de la atención primaria, mediante la práctica comunitaria en el Centro Docente Asistencial IPC y su área de influencia, la cual está enfocada en los tres niveles de prevención teniendo en cuenta los ciclos vitales individuales y familiares.

La importancia de la práctica comunitaria es el resultado de las experiencias a nivel de Atención Ambulatoria del modelo relacional, el cual requiere mayor énfasis en el manejo de problemas psicosociales y biomédicos autilimitados; en los cuales el componente de educación en salud es una función primordial.

El análisis de la mortalidad general en los países, nos muestra que un 50 de las causas de muerte son consecuencia de un estilo de vida no saludable; lo cual exige un trabajo interdisciplinario tendiente

a fomentar los comportamientos saludables positivos.

De los anteriores conceptos se desprende la necesidad de desarrollar a nivel educativo en la formación del profesional de la salud, una práctica comunitaria que tenga el componente bio-sico-social-cultural con trabajo interdisciplinario y con la participación activa, consciente, responsable y continua de la comunidad.

La Facultad de Ciencias de la Salud con sus programas de Medicina y Enfermería, para el desarrollo curricular de los aspectos comunitarios elaboró el programa "Centro Docente Asistencial IPC y su Proyección Integradora para el Desarrollo" CEDA-PID, el cual se plantea como estrategia de promoción del desarrollo comunitario a partir de la docencia asistencia en salud, buscando fortalecer la participación comunitaria y la integración funcional en la base de las instituciones responsables de la atención en salud, con la participación activa de la Alcaldía Municipal de Neiva, Servicio Seccional de Salud, Hospital General de Neiva, Programa de Integración de Servicios y Participación Comunitaria IPC, la comunidad y la Universidad Surcolombiana.

Este programa se desarrolla en el sector suroriental de la ciudad de Neiva, tiene como sede el Centro de Salud IPC, con un área de influencia inmediata de 12.000 habitantes aproximadamente, pero servirá de Centro de Referencia a las Comunas Nos. 5, 6, 7 y 8 con un total aproximado de 99.000 habitantes a partir de 1.992.

Los programas docentes-asistenciales que se están desarrollando en las áreas clínicas de pediatría, medicina interna y gineco-obstetricia se describen a continuación:

1. En el área de Pediatría las actividades comunitarias realizadas con enfoque biosicosocial y participación comunitaria son :

1.1 Subprograma de Atención Integral al Escolar :

Es un programa docente asistencial, interinstitucional donde participan además de la facultad, el programa de integración de servicios y participación comunitaria IPC y el Colegio Andrés Rosas. Tiene como objetivo brindar atención integral a los escolares y sus familias.

El equipo interdisciplinario responsable de este programa está conformado por :

Psicóloga, Médico especialista en Pediatría, Médico especialista en Medicina Familiar, Trabajadora Social, Nutricionista y estudiantes de IX Semestre de Medicina.

La población seleccionada son 240 escolares de los grados 6o. y 7o. del Colegio Andrés Rosas.

La coordinación del programa ha elaborado los instrumentos básicos y métodos para el cumplimiento de objetivos y funciones como son: 1. Historia clínica escolar con enfoque familiar. 2. Sistema de condensados para información y seguimiento. 3. Formatos de referencia para Psicología, Optometría y Nutrición. 4. Talleres con profesores del colegio y padres de familia (metodología participativa).

FUNCIONES

- ASISTENCIALES: Valoración integral del escolar y su familia por el grupo interdisciplinario.
- EDUCATIVAS : Con metodología participativa a escolares, padres de familia y profesores del Colegio.
- ADMINISTRATIVA : Planeación, ejecución, evaluación y seguimiento de las actividades del programa.

- 1.2 Subprograma de Apoyo al vigía de la Salud en los colegios IPC y Ciudad de Neiva, en forma coordinada con los profesores de dicha asignatura en los colegios mencionados, con actividades educativas por parte de los estudiantes de IV y IX semestre de medicina, supervisados

por los docentes del departamento de Salud Comunitaria.

- 1.3 Apoyo Docente-Asistencial a todos los programas del Centro de Salud IPC, tales como crecimiento y desarrollo, inmunizaciones y consulta de pediatría con énfasis en la metodología del plan Supervivir.
2. En el área de Medicina Interna se han estructurado los siguientes subprogramas :
 - 2.1 Detección y control de factores de riesgo cardiovascular en la población mayor de 15 años usuarios del Centro Docente Asistencial IPC, por parte del grupo interdisciplinario.
 - 1 Médico Internista, un Médico especialista en Salud Familiar.
 - 1 Enfermera, docente programa de enfermería, los estudiantes de VII y VIII semestre de Medicina y IV Semestre de Enfermería.
 - 2.2 Subprograma de Autocuidado en Familia con ancianos del Centro Docente Asistencial IPC.

Este subprograma tiene como objetivos:

 1. Facilitar experiencias del nivel de atención primario, para que los alumnos de medicina y enfermería complementen conocimientos, destrezas y

realicen actividades con enfoque de atención integral al anciano y su familia.

2. Fomentar los comportamientos saludables para el autocuidado del anciano y su familia.
3. Establecer un programa asistencial y educativo cuyo seguimiento y evaluación es responsabilidad de los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El equipo interdisciplinario responsable de este subprograma está conformado por :

- 1 Médico especialista en Salud Familiar.
- 1 Médico especialista en Medicina Interna.
- 1 Psicólogo.
- 1 Nutricionista
- 1 Enfermera docente del programa de Enfermería.

Estudiantes de VII y VIII Semestre de Medicina y IV Semestre de Enfermería.

La población beneficiaria de este programa son las personas mayores de 55 años de edad del área de influencia del Centro Docente Asistencial IPC.

FUNCIONES

- ASISTENCIALES: Evaluación médica integral de las personas inscritas y sus familias; tratamiento y seguimiento de los pacientes en la morbilidad identificada.
- EDUCATIVAS : A nivel individual y familiar con metodología participativa, de acuerdo a necesidades identificadas. Se conforman además grupos de laborterapia y recreación.
- ADMINISTRATIVAS : Planeación, ejecución y evaluación de las actividades realizadas con base en el diagnóstico participativo comunitario y del equipo interdisciplinario.

3. En el Area de Gineco-Obstetricia.

3.1 Subprograma de detección y control de riesgos perinatales.

Los objetivos del subprograma son :

1. Disminuir la morbimortalidad en la población de usuarias de los programas de control prenatal y planificación familiar.
2. Brindar atención integral a las gestantes del programa.

3. Promover el logro de destrezas y habilidades por parte de los alumnos de medicina para identificar oportunamente los riesgos perinatales modificables.
4. Fomentar los comportamientos saludables de la mujer en edad reproductiva.

El equipo interdisciplinario responsable del programa esta conformado por :

- 1 Médico especialista en Medicina Familiar.
 - 1 Médico especialista en Gineco-Obstetricia.
 - 1 Médico general Jefe Sección Materno-Infantil Servicio Seccional de Salud.
- Estudiantes de IX y XI Semestre de Medicina.

3.2 Programa de Salud Familiar.

El programa de Salud Familiar en el Centro Docente Asistencial IPC, ha sido elaborado con un enfoque eminentemente Biopsicosocial, que le permite a los estudiantes de pregrado de medicina y enfermería tener una aplicación, análisis y concientización de la filosofía de la Salud Familiar, la cual busca:

1. Atención integral al paciente, familia y comunidad.
2. Continuidad en la atención.

3. Trabajo interdisciplinario.
4. Fomento de autocuidado.
5. Determinación y modificación de riesgos posibles.
6. Educación en salud, presente en todas las intervenciones con pacientes, familia y comunidad.
7. Concepción de la persona como parte de un todo.
8. Concepción de la familia como un sistema de base de la comunidad.
9. Autogestión comunitaria.

El desarrollo del programa ofrece a los estudiantes de la Facultad de Ciencias de la Salud la oportunidad de realizar un seguimiento de la familia asignada, respondiendo en cada ciclo de acuerdo a las bases y programas académicos del semestre que está cursando.

El programa es ejecutado por un equipo interdisciplinario conformado por :

2 Médicos especialistas en Medicina Familiar

1 Nutricionista

1 Psicóloga

1 Enfermera docente programa de Enfermería.

1 Trabajadora Social

Estudiantes de Medicina desde el II hasta el XII Semestre académico.

Estudiantes de enfermería según la asignación del programa de Enfermería.

La población que cubre el programa de Salud Familiar en la actualidad son 100 familias de los preescolares que asisten al "jardín infantil comunitario", coordinado por el programa de Educación Preescolar de la Universidad Surcolombiana y el programa de Integración de Servicios y Participación Comunitaria IPC.

FUNCIONES

- ADMINISTRATIVAS : Programación y evaluación de actividades, basadas en las necesidades identificadas por el grupo comunitario de familias y el equipo interdisciplinario.

- ASISTENCIALES : Atención integral a los preescolares y sus familias con actividades de control de crecimiento y desarrollo, inmunizaciones, planificación familiar, control prenatal, atención al adulto y al anciano.

- EDUCATIVAS : Educación orientada al autocuidado basado en el conocimiento previo de comportamientos en salud de las familias.

Al plantear el enfoque de salud familiar, para su desarrollo a través de los semestres de la carrera de medicina, se debe realizar una revisión de las asignaturas del plan de estudio en sus campos de formación social-humanístico y específico profesional que ejecutan actividades comunitarias.

1.1 Socioantropología asignatura teórica ubicada en el I Semestre que busca brindar al estudiante de medicina los elementos de reflexión sobre algunos aspectos socioculturales de la problemática de la salud, que le permita dar una atención integral coherente con la naturaleza biosicosocial del ser humano y con los determinantes sociales del proceso salud-enfermedad.

1.2 Psicología Médica y Psicología Evolutiva, asignaturas teóricas ubicadas en I y II semestre buscan lograr que los estudiantes a través de los conceptos, adquieran actitudes que les permitan instaurar una buena relación individuo, familia y comunidad, los cuales le permitirán en su práctica académica ejercer un rol asistencial en forma integral y humana.

1.3 Asignatura Salud Comunitaria I. ubicada en el II Semestre del plan de estudios; asignatura teórica-práctica que le permite al estudiante de medicina adquirir los conocimientos básicos de las políticas de salud y participación comunitaria, además de unidades académicas sobre: Enfoque de riesgo, riesgos de accidentalidad y riesgos en la familia según su ciclo.

Incluye una práctica comunitaria observacional para determinar los riesgos ambientales de una comunidad.

1.4 Asignatura Salud Comunitaria II está ubicada en el III Semestre del plan de estudios, es un curso teórico práctico que le permite al estudiante adquirir conocimientos y destrezas en la evaluación sociofamiliar, reconocer los riesgos en la familia y en la comunidad e iniciar el conocimiento de la ética médica.

En esta asignatura se desarrollan unidades académicas como: manejo de emergencias, diagnóstico técnico y comunitario, plan Supervivir, la Salud de la Familia, Evaluación de la Familia, Características de los ciclos vitales familiares, Factores de riesgo de la familia en formación y

principios fundamentales de ética médica. A cada estudiante se le asigna una familia para que realice un diagnóstico socio-económico y cultural, complementado por la evaluación clínica integral por parte del docente de la asignatura; con el propósito de identificar los riesgos biológicos, psicológicos y sociales de la familia, conocer las familias de más alto riesgo y el familiar más vulnerable, teniendo en cuenta los recursos de la familia y la comunidad.

- 1.4 Asignatura Salud Comunitaria III corresponde al IV Semestre del plan de estudios, siendo una asignatura teórico-práctica.

Tiene los siguientes objetivos:

1. Lograr las destrezas y habilidades mediante conocimientos básicos de educación en salud.
 - a. Para que de acuerdo a las necesidades, recursos y diagnósticos de la comunidad se oriente objetivamente la labor educativa en salud en su familia.
 - b. Para fomentar acciones propiciadoras de salud en familia y comunidad.
 - c. Para lograr incentivar a las personas y familias a la modificación de sus riesgos.

2. Comprender los elementos de una unidad de cuidado familiar:

- a. Para dar atención integral a la familia asignada.
- b. Para fomentar el trabajo interdisciplinario.
- c. Para el fomento de estrategias que permitan brindar cuidado continuado.
- d. Para dar educación en salud.

3. Continuar el proceso para el logro del perfil nutricional de los grupos de riesgo de la familia asignada.

1.6 Asignatura Salud Comunitaria IV. Ubicada en el V Semestre del plan de estudios, es una asignatura teórico-práctica que tiene los siguientes objetivos:

1. Conocer y lograr destrezas para el manejo y orientación de tecnología que reestructuren el ambiente físico, biológico, químico y social de las familias asignadas, con el fin de modificar los riesgos de morbi-mortalidad.

2. Colaborar con las familias para la utilización de las técnicas pilares y de saneamiento básico.
3. Evaluar conjuntamente los logros de los comportamientos saludables universales y específicos, incorporados en la familia.
4. Identificar las fases evolutivas de cada uno de los ciclos vitales individuales del grupo familiar, para planear con ellos de acuerdo a sus recursos y necesidades nuevas modificaciones de comportamiento de salud.
5. Fomentar la higiene personal y ambiental.

1.7 Asignatura Salud Comunitaria V. Corresponde al VI semestre del plan de estudio, es una asignatura teórico-práctica con los siguientes objetivos :

1. Fomentar la educación nutricional en conceptos, técnicas y habilidades.
2. Tener destreza en el manejo de los trastornos nutricionales más frecuentes en nuestro país.

3. . Evaluar el proceso del perfil nutricional que ha venido desarrollando en los semestres anteriores con los grupos de riesgo de la familia asignada.
4. Evaluar las áreas estructural, funcional y evolutiva de las familias a quienes ha dado atención continua, con el fin de identificar logros, nuevas necesidades, otros riesgos, recursos actuales de la familia y la comunidad.

A partir del VII semestre del plan de estudios, se inician las asignaturas de las áreas clínicas de Medicina Interna, Pediatría, Cirugía, Gineco-Obstetricia y Psiquiatría; en donde el componente de salud comunitaria con enfoque familiar se desarrollará como se describe a continuación:

- 1.8 .Asignatura Medicina I. Corresponde al VII semestre del plan de estudios. Es una asignatura teórico-práctica, cuyo componente comunitario tiene los siguientes objetivos :
 - a. Continuar con el estudio biopsicocultural de la comunidad y la familia asignada, para realizar acciones de promoción, prevención.

- b. Adquirir destrezas en la evaluación clínica de la familia.
- c. Desarrollar habilidades en la identificación de los riesgos del adulto y del anciano.

1.9 Asignatura Medicina II. Teórico práctica ubicada en el VIII semestre, tiene los siguientes objetivos:

- a. Fomentar el mantenimiento de la salud en la familia asignada.
- b. Intervenir en la detección y control de los factores de riesgo cardiovasculares, de accidentes, de cáncer, de diabetes, de tuberculosis y psicosociales en la familia asignada y comunidad.
- c. Fomentar el autocuidado en la familia del grupo de la tercera edad.

1.10 Asignatura Pediatría. Teniendo en cuenta la propuesta de semestralización de las áreas clínicas a partir de Pediatría, esta asignatura quedará ubicada en el IX o X semestre; con los siguientes objetivos:

- a. Adquirir destrezas para promover el mantenimiento de salud de la familia en formación y expansión.
- b. Adquirir destrezas para identificar las fases evolutivas y riesgos de las familias en formación y expansión.
- c. Desarrollar mecanismos para la evaluación de logros y cambios de comportamiento en la familia asignada.
- d. Integrar conocimientos y desarrollar destrezas en la atención a las familias con escolares y adolescentes.
- e. Capacitar y asesorar a los vigías de la salud, en el desarrollo del Plan Supervivir.

1.11 Asignatura Clínica Quirúrgica. Asignatura teórico-práctica ubicada según la semestralización de las áreas clínicas en IX o X semestre. Tiene los siguientes objetivos :

- a. Mantener la salud en la familia asignada.
- b. Detectar riesgos de cáncer y quirúrgicos en los miembros de la familia.
- c. Orientar a la familia para los procedimientos quirúrgicos en el pre, trans y post-operatorio.

- d. Continuar con la evaluación de la familia en forma interdisciplinaria.

1.12 Asignatura Obstetricia. Teórico-práctica ubicada según la semestralización de las áreas clínicas en el XI o XII semestre. Objetivos :

- a. Enfatizar en los conceptos biopsicosociales, fases evolutivas y riesgos de las familias en formación y expansión.
- b. Detectar y controlar los riesgos perinatales, de las embarazadas y mujeres en edad fértil usuarias del Centro de Salud IPC.

1.13 Asignatura Clínica Psiquiaátrica. Teórico-práctica ubicada en el XI o XII semestre. Objetivos :

- a. Evaluar la familia haciendo énfasis en los riesgos psicosociales.
- b. Intervenir en la terapia familiar.
- c. Dar educación a grupos de alto riesgo en farmacodendencia, alcoholismo y tabaquismo.

ADMINISTRACION EN SALUD I - II - III

Semestres : IX - X - XI
Total Horas : 80 + 80 + 100 = 260
Códigos : 31110 - 31111 - 31112

COMPONENTE ADMINISTRATIVO

A. Perfil Profesional

- a. Organizado
- b. Tener capacidad de liderazgo
- c. Capaz de plantear cambios
- d. Adoptar actitud de respeto hacia las otras instituciones.
- e. Capacidad de análisis
- f. Tener conocimiento de las teorías administrativas del proceso administrativo y de los modelos administrativos y habilidades para su implantación.
- g. Debe tener la habilidad para el diseño, ejecución, supervisión y evaluación de programas de salud.
- h. Debe conocer qué debe hacer y qué no debe hacer en materia administrativa en los Servicios de Salud a nivel I, II y III, de acuerdo a la Ley 10 del 10 de Enero de 1.990.
- i. Ser capaz de oír a los demás y valorar sus aportes.
- j. Movilizar recursos de la comunidad para el logro de objetivos institucionales.

k. Interpretar y evaluar la dinámica del contexto para beneficio de su institución.

B. Perfil Ocupacional (Funciones y Responsabilidades).

a. Interpretar y aplicar correctamente la teoría de sistemas relacionadas con el Sistema Nacional de Salud.

b. Dirigir organismos de salud de I, II y III nivel utilizando la técnica administrativa adecuada.

c. Diseñar planes y programas de salud de participación comunitaria, en los diferentes niveles.

d. Implantar, revisar y ajustar los subsistemas del Sistema Nacional de Salud.

e. Elaborar la programación de actividades en salud, de su área, revisándola y realizando los ajustes necesarios.

f. Coordinar extra-intra e intersectorialmente los programas de salud de su área.

g. Elaborar y proponer acciones de cambio como aportes de salud en su comunidad diseñando modelos de atención para mejorar la calidad de la misma.

h. Elaborar el diagnóstico de salud de su comunidad.

i. Cumplir fiel y lealmente con las normas y disposiciones legales y administrativas vigentes, respetando los conductos regulares establecidos en el sistema organizativo del sector salud.

OBJETIVOS

- Con base en las reformas político-administrativas y fiscales de la Descentralización Municipal, se pretende que el estudiante de Medicina, conozca y participe en el proceso de descentralización en salud y se incorpore al proceso de la democracia participativa.
- Que conozca en detalle el proceso de Reforma del Sistema Nacional de Salud con base en la Ley 10 del 10 de enero de 1.990 y sus diferentes decretos reglamentarios.
- Que el estudiante se interese un poco más en trabajar con la comunidad participando en el proceso de la conformación de los C.P.C. según el Decreto 1416 de 1.990.
- Que participe en los procesos administrativos y que no los delegue al personal administrativo de las instituciones.
- Que las instituciones de salud pueden ser dirigidas con una visión "Empresarial" proyectada al futuro, tanto de sus recursos humanos, económicos como financieros.
- Desarrollar en el estudiante de medicina una visión gerencial con el único fin de optimizar los servicios para proyectarse a la comunidad de una forma más eficiente y eficaz.

- Hacer énfasis en estimular y fomentar destrezas, habilidades y actitudes para el desempeño en la administración de las diferentes instituciones, despertando en los alumnos el espíritu investigativo e infundir la necesidad de liderazgo en la comunidad y dentro de la misma institución.

METODOLOGIA

Se buscará que el estudiante de medicina, en los tres semestres de Administración en Salud, maneje en forma sucesiva los organismos del I Nivel, del II y III nivel.

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

Para dichas prácticas se tendrá como sedes al centro-escuela I.P.C. y el Hospital General de Neiva.

Se buscará en la parte invetigativa que tanto para el Centro Escuela I.P.C. como para el Hospital General de Neiva, se presenten proyectos que tiendan a mejorar la administración, estadísticas, suministros, costos, morbi-mortalidad.

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

ULTIMOS CAMBIOS Y SITUACION ACTUAL DEL CURRICULO DE LA
FACULTAD DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA

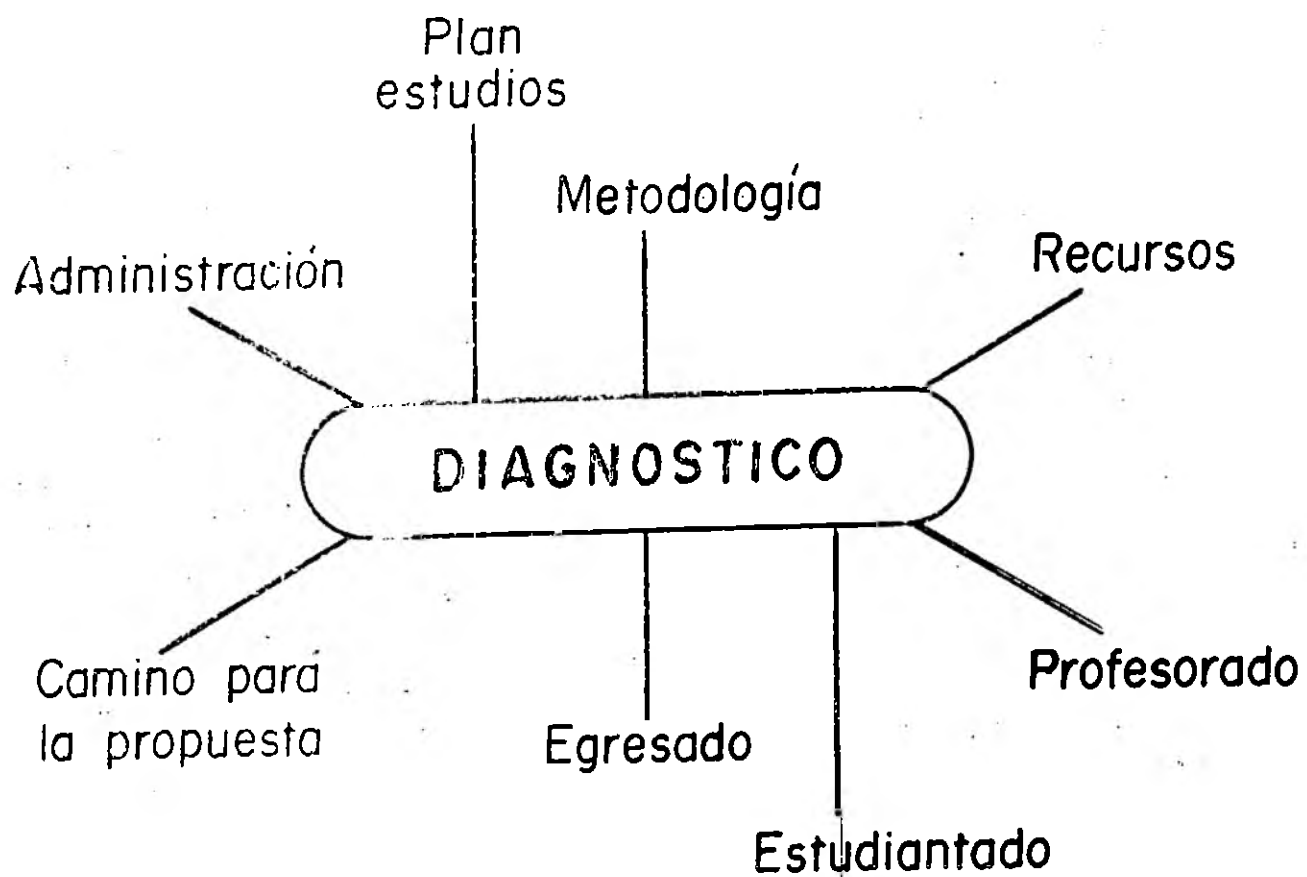
Dr. FRANCISCO GOMEZ PERINEAU
Jefe Educación Médica
Dr. FRANCISCO JAVIER GUTIERREZ H.
Jefe Dpto. Farmacología y Toxicología

**PLAN DE ACCION
OBJETIVOS**



1985

- **General : Contribuir al logro objetivos institución**
- **A corto plazo :**
 - **Estudiar y proponer iniciativas de cambio**
 - **Asesorar en políticas de extensión, promoción, divulg.**
 - **Desarrollar evaluaciones formativas y sumativas del currículo**
- **A largo plazo :**
 - **Estudiar y proponer iniciativas sobre reforma curricular**



REALIDAD PREVIA AL AJUSTE

División entre las Ciencias Básicas y Clínicas

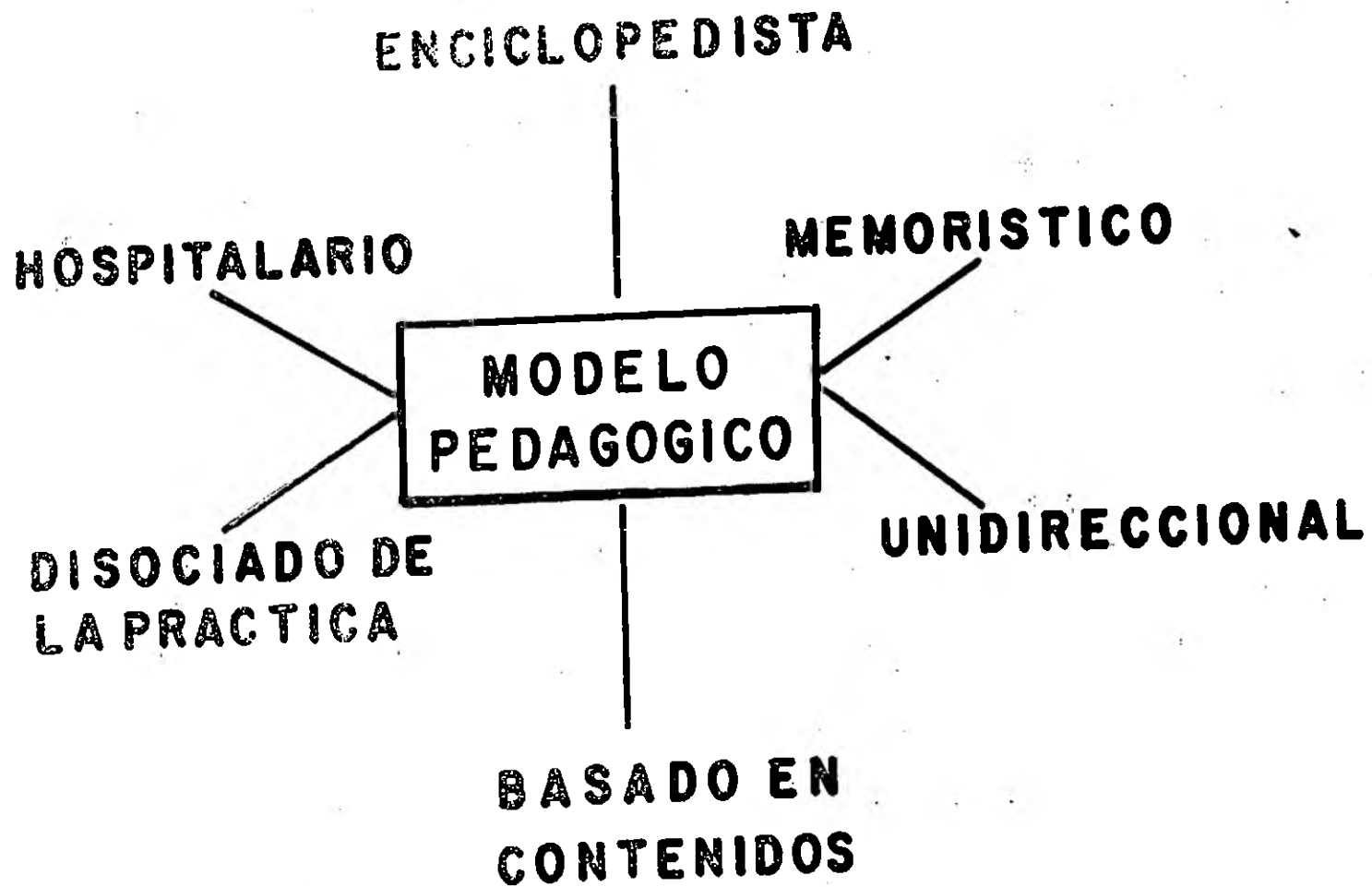
Tendencia a hipertrofiar lo biológico

Desintegración

Vinculación tardía a la práctica

Desconocimiento de la Rehabilitación

Alejamiento de la realidad colombiana



FUNDAMENTOS DEL AJUSTE



ACTIVIDADES :

A corto plazo : **Proceso de ajuste**

Fase I :



- Documento "Hacia una reforma"
- Síntesis Dptos y Secciones
- Evaluaciones anteriores comites
- Información de : Jefes Dpto,
Profesores, Estudiantes, Egresados



- Contexto general
- Objetivos
- Metodología
- Evaluación
- Expectativas
- Escenario aprendizaje

PROCESO DE AJUSTE

Fase 2 :



- Evaluación formativa de cursos
- Evaluación carrera
- Encuesta a egresados
- Encuesta a instituciones

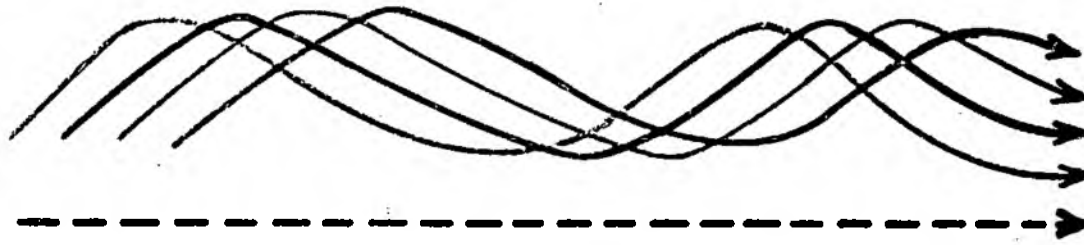


- Grado de integración
- Factores socioeconómicos
- Características del personal docente
- Tipo de médicos



Fase 3 :

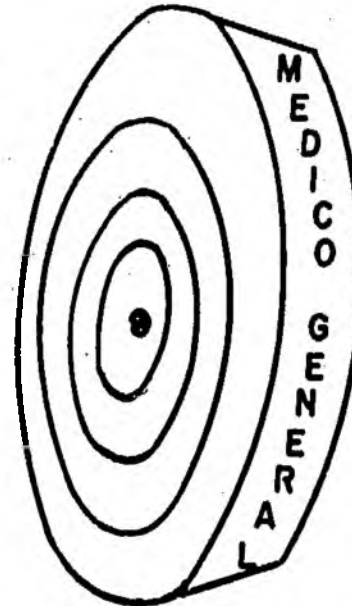
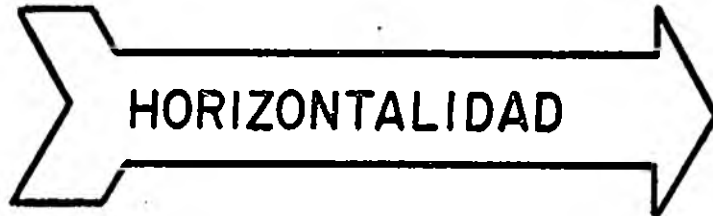
Propuesta de ajuste



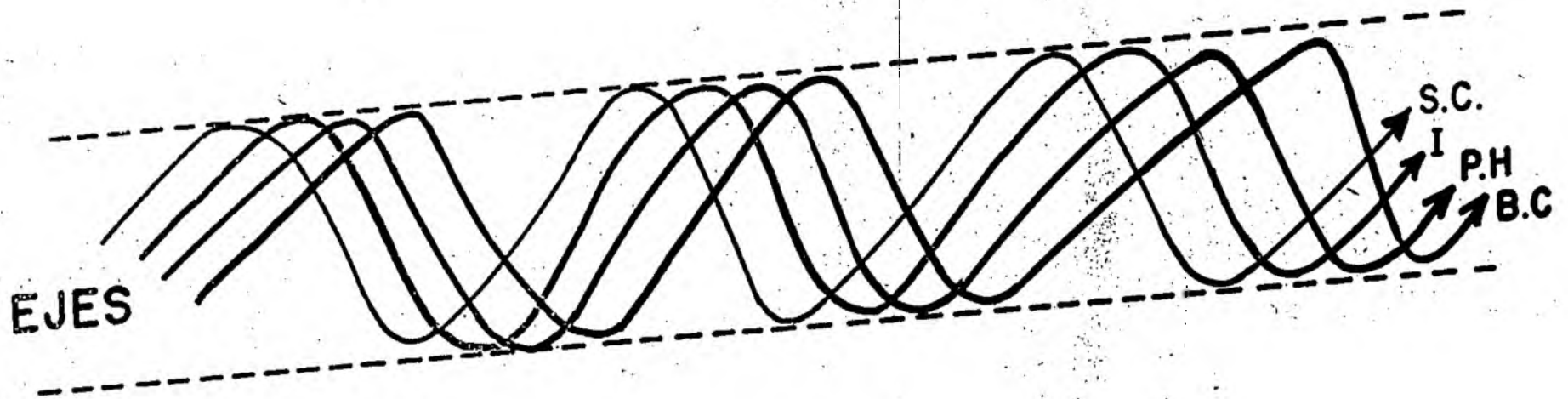
Investigación
Psicohumanístico
Sociocultural
Basicoclínico
Extra



EJES



PROPUESTA DE AJUSTE



BASES : Integración B-C; I.D.A.
Horizontalización
Vinculación temprana al trabajo
Relación Profesor-Alumno

PROGRAMA TRADICIONAL

BIOLOGIA GENERAL Y LAB.
QUIMICA GRAL Y LAB.
SOCIOLOGIA
INGLES I.
MATEMATICAS GRALES.
DEPORTE I



AJUSTE CURRICULAR

INTROD A LA BIOQMCA.
BIOESTADISTICA
* PRIMEROS AUXILIOS

GENETICA GRAL Y LAB.
FISICA GRAL Y LAB.
ANTROPOLOGIA GRAL
INGLES II.
DEPORTE II



GENETICA MEDICA
FISICA MEDICA
* SEMINARIO MEDICINA
HISTORIA Y SOCIEDAD

**ANATOMIA
HISTOLOGIA
NEUROANATOMIA**



→ **MORFOLOGIA INTEGRADA
SEMIOLOGIA DEL NORMAL I**

→ ***PSICOLOGIA MEDICA I**

**FISIOLOGIA
BIOQUIMICA**



→ ***INTEGRACION BASICO-CLINI.
SEMIOLOGIA DEL NORMAL II**

**MICROBIOLOGIA
PARASITOLOGIA
FARMACOLOGIA
Y TOXICOLOGIA**



→ **⊙ CURSO DE INFECTOLOGIA
MEDICA.**

→ **FARMACOLOGIA BASICA**

→ ***PSICOLOGIA MEDICA II**

**SEMIOLOGIA
PATOLOGIA**

**VI
N
I
V
E
L**

→ ***PATOLOGIA GENERAL**
***FARMACOLOGIA APLICADA**
◻ **SEM. MEDICINA, HIA Y
SOC II**

**MEDICINA INTERNA
DERMATOLOGIA
PSICOLOGIA MEDICA III
PSICOPATOLOGIA**

**VII
N
I
V
E
L**

→ ***INTEGRACION.
BASICO - CLINICA**

MEDICINA PREVENTIVA
NEUROLOGIA CLINICA
PSIQUIATRIA



PEDIATRIA
MEDICINA LEGAL



* CURSO DE ATENCION
MEDICA PREHOSPITALARIA
* CURSO VACACIONAL RURAL

CIRUGIA



GINECOLOGIA Y
OBSTETRICIA



INTERNADO ROTATORIA



◎ INTERNADO ESPECIAL

A largo plazo : Reforma curricular

Fase 1 ⇒ Marco conceptual



- Evolución histórica
- Tendencias actuales
- Problemas
- Postulados
- Nuevas experiencias

- Salud y Educación
- Alma Atta
- La Salud en Colombia
- El médico una resp. al futuro

- Newcastle
- Bethesda
- Xochimilco
- Western Reseave
- Sherbrooke
- Plan A-36
- Otros

Fase 2 : Fundamentos del currículo

- Filosóficos
- Pedagógicos *
- Psicológicos
- Sociológicos

Fase 3 : Análisis de necesidades

- Empleo y desempleo médico
- El médico y el proceso de cambio
- Perfiles
- Objetivos generales
- Objetivos de área

Fase 4 : Estructura del currículo

- Interdisciplinariedad
- Enseñanza Clínicas y Básicas
- I.D.A
- Objetivos de Ciclo
- Objetivos de Bloque

Fase 5 : Plan de estudios

- Bloques por Ciclo
- Bloques Interareas
- Cursos

CURSOS OPCIONALES :

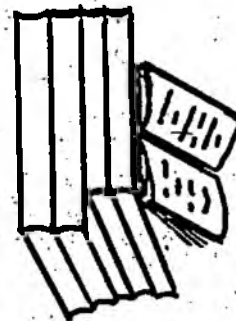
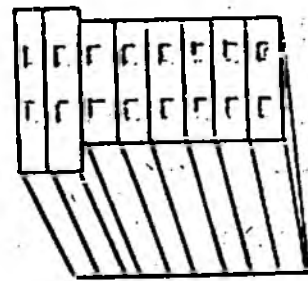
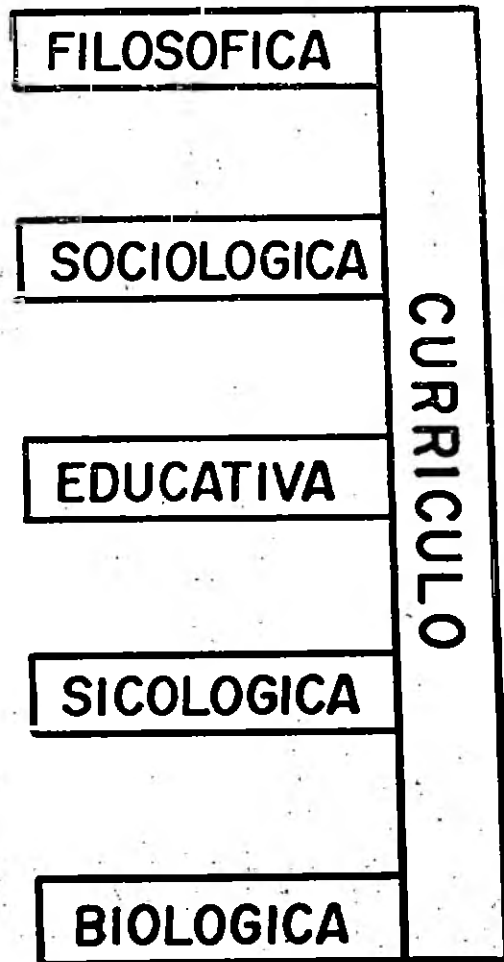
- **RAICES GRIEGAS Y LATINAS**
- **COMPRESION DE LECTURA**
- **HISTORIA DEL DIAGNOSTICO Y LA TERAPEUTICA**
- **BIOENERGETICA**
- **METODOL. DE LA INVEST.**

DEFINICION DE EDUCACION

Acción que desarrolla facultades físicas, intelectuales y morales, que le permiten al educando, el logro de sus propios fines y los de la sociedad a que pertenece

FUNDAMENTOS EDUCATIVOS

- Educación abierta
Desescolarización y autoformación
- Educación liberadora
Orientación hacia el cambio del modelo tradicional
- Educación personalizada



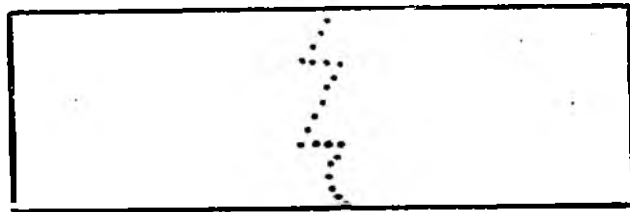
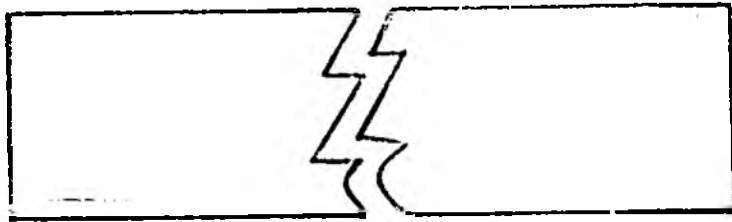
DOCENTE

ASISTENC.

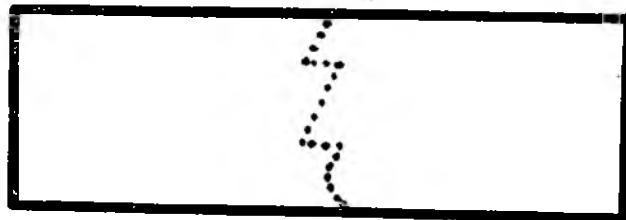
BASICO

CLINICA

INTEGRACION



INTEGRACION



**PRESUPUESTO DEL
TRABAJO CURRICULAR**

**La universidad
como un sistema**

**El comite
como parte
del sistema**

**El proceso
de planificación
curricular**

Evaluación

Ajuste

Reforma

ESTRATEGIAS PARA EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA
"SALUD FAMILIAR EN PREGRADO"

Dra. JACQUELINE MOLINA DE URIZA
Jefe Programa de Salud Familiar
Ascofame
Dra. JULIANA VALLEJO
Médico del Programa de Salud Familiar
Ascofame

ESTRATEGIAS PARA EL PROCESO DE ENSEÑANZA-APRENDIZAJE DE LA "SALUD FAMILIAR EN PREGRADO"

En este capítulo tratamos de señalar, en forma muy general, algunos puntos de referencia que las facultades de salud podrían adoptar en sus programas de formación en pregrado. Más que una fórmula definitiva queremos sugerir algunos caminos que serán perfeccionados y modificados según la creatividad y recursos de cada institución.

Se recordarán algunos conceptos para ubicarnos en nuestra tarea de sugerir senderos en la inserción de la salud familiar en los currículos de pregrado.

1. La meta es la formación de generalistas en Odontología, Medicina y Enfermería y otros profesionales de la salud con unos buenos conocimientos y actitudes hacia la Salud Familiar. No se hace énfasis y a veces no se mencionan todos aquellos campos del currículo que son tradicionales y que se aplican muy bien en las facultades. En otras palabras, las ciencias básicas, clínicas y sociales siguen siendo tan importantes como siempre pero asumimos que el énfasis es suficiente en los actuales programas. Los conceptos de Salud Familiar deben estar íntimamente entrelazados con todas las asignaturas del plan de estudios y en vez de ser excluyentes deben estar integrados.
2. Los conceptos de Salud Familiar comprenden una serie de aspectos que deben llevarse a la práctica diaria del ejercicio profesional. Sin embargo, debemos distinguir un contenido teórico, que los estudiantes deben conocer bien y un campo práctico que sirva de modelo para la formación y desarrollo de las actitudes, habilidades y conocimientos que el estudiante debe incorporar.

A TEORIA DE LA SALUD FAMILIAR:

Estrategia para su aprendizaje.

A-1 Lo ideal sería que las facultades realizaran seminarios o talleres para que todos los profesores entendieran el paradigma

moderno desde el cual se mira la salud y la enfermedad, cuál es el MODELO BIOPSIICOSOCIAL.

Esto permitiría que en todas las asignaturas básicas hubiera elementos y ejemplos de esta visión y en las asignaturas clínicas siempre se mirara el proceso de salud y enfermedad desde esta perspectiva.

Un ejemplo de estrategia sería el de un curso de introducción desde el primer semestre en el que se explique la Teoría General de Sistemas, incluyendo la participación de profesores de embriología, anatomía, bioquímica, fisiología, psicología, ciencias clínicas y sociales. Allí se aprovecharía para poner ejemplos de una visión del universo desde la perspectiva nueva de la ciencia y se harían contrastes entre el reduccionismo, el holismo, los conceptos cibernéticos, la visión lineal y mecanicista, algo sobre la "revolución en la ciencia" y los nuevos paradigmas biopsicosociales. Aunque esto fuera solo una especie de taller de una semana inicial en cada facultad, los resultados a nivel de profesores y estudiantes podrían ser enormes.

Aceptando o no la estrategia anterior, en las asignaturas básicas ya programadas, nos es posible presentar ejemplos frecuentes de los conceptos anteriores.

Creemos que los profesores y estudiantes deben incorporar el concepto biopsicosocial a todos los campos de la salud. La relación de la salud y la enfermedad con los entornos o nichos sociales deben discutirse específicamente en la enseñanza de los conceptos de familia, ciclo familiar, riesgo según la dinámica del ciclo, disfunción familiar, detección de problemas, intervención, factores psicosociales en la salud y la enfermedad, principios de la salud familiar, etc. Cada facultad puede analizar un temario completo y, de acuerdo con sus planes de estudio actuales, puede introducir estos aspectos en las distintas asignaturas, escogiendo las personas más adecuadas para dirigir cada tema. Por ejemplo familia y ciclo familiar pueden ser presentados en algunas de las asignaturas de ciencias sociales o en psicología o en ambas, de acuerdo con cada escuela. La influencia de los factores psicosociales en el mantenimiento de la salud y en la producción de la enfermedad puede enseñarse en epidemiología y en patología general; la relación médico-paciente con énfasis en la comunicación en semiología, medicina interna, etc.

Sin embargo, consideramos muy importante que alguna persona o un grupo (p.e. Comité del Plan de Estudios o de Currículo) esté atento a que estos conceptos sean llevados y de la mejor manera posible.

Pensamos que en la primera etapa (teoría) debe haber experiencias

vivenciales que permitan que los conocimientos adquiridos lleven un componente afectivo importante para que luego se traduzca en actitudes. Una sugerencia sería la de asignación de familias (pocas) a los estudiantes para que las conozcan y las sigan a través de sus etapas de evolución. Para esto sería muy útil que el estudiante observara e interactuara con un matrimonio (o pareja) recién establecido, de tal manera que pudiera observar las etapas de formación, adaptación inicial, espera del niño, nacimiento del primer hijo, etc. Como complemento podría tener una familia más adelantada en el ciclo o parte de la familia extendida de la pareja joven (p.e los padres de la esposa). Esto no debería implicar mucho tiempo para el estudiante quien podría llevar una experiencia continua a través de los años, pero con poca intensidad en el tiempo. Si esta experiencia es compartida por un grupo de estudiantes (p.ej. de enfermería, odontología, medicina) podría tener más impacto.

B. PRACTICA EN SALUD FAMILIAR.

Ya se ha dicho que los estudiantes necesitan mentores y modelos no sólo para aprender sino para aceptar modos de comportamiento. No ha sido exitoso que un grupo de superespecialistas les diga a los estudiantes que ellos deben integrar todos sus conocimientos y habilidades en un mundo muy diferente al que ellos viven en el pregrado

Por esto es necesario que en todas las Facultades haya un sitio de práctica que sirva de modelo para una atención de salud familiar.

Brevemente recordaremos aquí algunos de los componentes de esos centros de atención familiar:

- a. Deben comprometerse con una población definida.
- b. Debe haber amplia participación de la comunidad en la definición de las necesidades de las personas, en el funcionamiento del centro y en la búsqueda de soluciones.
- c. Debe haber una orientación especial a la familia. Por supuesto que el individuo como tal y la comunidad donde habita son muy importantes.
- d. Debe trabajarse en equipo. No sólo el equipo básico de profesionales sino de promotoras y otros líderes comunitarios.
- e. El expediente o historia clínica orientada a la familia debe ser un instrumento útil para la continuidad y debe estar accesible para todo el equipo de salud.
- f. El cuidado debe ser integral. Esto incluye un enfoque de varias dimensiones: al individuo, a la familia, al trabajo y a la comunidad. Deben evaluarse los aspectos físicos, biológicos, psicológicos, sociológicos y culturales. Los planes deben estar dirigidos hacia la educación en salud, promoción, prevención, curación y rehabilitación.

- g. Las características de trato humano, continuo, efectivo siempre deben estar presentes.
- h. Lo mismo, los conceptos de eficacia, eficiencia y costo.
- j. Debe haber un buen sistema de comunicación con otros niveles, así como de referencia y de consulta.

Una vez establecidas la población y el centro de atención, debe buscarse la forma de que los estudiantes participen en forma activa y comprometida en esos centros. Es difícil dar pautas específicas, porque esto depende de los recursos de cada facultad. Sugerimos que haya experiencias intensivas y también continuas que sean en los años clínicos, cuando los estudiantes tienen más capacidad de actuar y de integrar. No debería haber mucho temor de competencia con otras materias clínicas. Se pueden llevar a cabo planes para enseñar las materias clínicas en esos centros. Los problemas de salud que allí se presentan son más representativos de la epidemiología de la región, que los observados en los hospitales universitarios.

Los centros pueden ser urbanos, rurales o semirurales. Pueden ser separados del hospital universitario o eventualmente anexos al mismo.

Estrategias curriculares para el pregrado. Ejemplos.

1. Rotaciones similares a las otras rotaciones clínicas durante un periodo intensivo pero idealmente con alguna continuidad a lo largo de los años (medio día).
2. Actividades en el centro de atención familiar a lo largo de los años clínicos tomando responsabilidades con familias. Ejemplo: dos a tres tardes en los últimos dos o tres años de la carrera.
3. El internado "rotatorio" podría llevarse a cabo en un centro de atención familiar con un compromiso mayor con un número definido de familias.

Es claro que cada facultad debe discutir en su interior las ventajas de las distintas estrategias y adoptar la que más le parezca. Preferiblemente deberían llevarse a cabo investigaciones educativas que orienten a las mismas facultades sobre los caminos a seguir.

Ejemplos de posibles estrategias para introducir en el plan de estudios las ideas de salud familiar en las distintas asignaturas de los actuales currículos.

Los planes de estudio son diferentes para cada área de la salud y

cada carrera o disciplina tiene un plan distinto. Por esto sugerimos delineamientos o guías para las adaptaciones y revisiones curriculares que correspondan a cada facultad. Algunos comentarios pueden parecer obvios o redundantes pero lo anotamos sólo como ejemplos o énfasis en aquellos temas que presentamos anteriormente en la parte conceptual.

MORFOFISIOLOGIA:

Sea que estas materias se presenten integradas, articuladas, sincrónicamente o separadas dentro de su programación, se prestan para que los estudiantes incorporen el modelo sistémico que permite dar una cosmovisión diferente y va más allá de cada una de las disciplinas. Se discuten los conceptos de orden jerárquico, normas, reglas, estrategias, integración y autoafirmación, canales de regulación y control, equilibrio, desorden, etc. Todos aquellos elementos de la teoría general de sistemas son muy aplicables a sistemas aparentemente estáticos como la anatomía, funcionales como la fisiología o tan dinámicos en el desarrollo como la embriología.

BIOLOGIA, BIOQUIMICA:

Aquí de nuevo debe darse la perspectiva sistémica. Los conceptos de interrelación entre la biología, la psicología, el estrés y los cambios bioquímicos deben presentarse en forma explícita, a medida que los estudiantes aprenden los conceptos básicos. El ciclo de Krebs es un excelente modelo para explicar cómo el todo es más que la suma de sus partes y la dirección y organización biológica. Las discusiones filosóficas de la ciencia con sus conceptos de reduccionismo, holismo, vitalismo, teoría general de sistemas.

Tanto en morfología como en fisiología, bioquímica y en inmunología deben introducirse los avances de las nuevas disciplinas integradoras como los de la psiconeuroinmunología, que evitan el aislamiento tan frecuente de funciones integradoras de los órganos, sistemas y el contexto psicosocial.

GENETICA:

Además de lo anterior, genética de población y consejería genética familiar. Es obvio el énfasis de la influencia de las generaciones anteriores en la vulnerabilidad a ciertas enfermedades (marcadores genéticos), en la aparición de malformaciones, en la constitución física, en la longevidad, etc.

MEDICINA SOCIAL, SALUD PUBLICA:

Es dónde más frecuentemente se tratan los conceptos enunciados. Énfasis sobre comunidad y familia. Los aspectos de estructura y función de la familia, Sociología, Antropología, Cultura. Ciclo

vital de la familia. Los sistemas de atención. Conceptos de atención primaria en salud, salud escolar, ocupacional y ambiental. Intervenciones en educación y cambios ambientales.

En el programa de medicina social (llamada también comunitaria, de población, preventiva y con otros nombres) podría desarrollarse un programa vivencial en el que los estudiantes siguieran familias (en distintas etapas de desarrollo) y mediante un "protocolo" anotarían las observaciones sobre la formación de las familias, los factores sociales, culturales, económicos, etc. que determinaron esa unión. El grado de libertad en la selección de la pareja. Las tareas de desarrollo para la etapa inicial del matrimonio. La espera del primer niño. Los ajustes, las crisis, las formas de solucionar problemas, etc. También pueden seguir familias en etapas más avanzadas del desarrollo. Este programa debería ser muy motivante, de poca intensidad (1-4 horas) y de cierta continuidad (1-5 años), con supervisión y material sencillo, pero bien definido, que sirva de guía para la observación de cada familia.

PSICOLOGIA:

Para todos es muy obvia la importancia que esta materia y las afines (psicopatología, psiquiatría), tienen en el desarrollo del aparato psicológico de la persona y su relación con la familia y la sociedad.—Es necesario un énfasis en la psicología social.

EPIDEMIOLOGIA, PATOLOGIA, PSICOPATOLOGIA:

En epidemiología siempre se hace énfasis en el agente, en el huésped y en el medio ambiente. El marco teórico del concepto o paradigma biopsicosocial debe presentarse con especial intensidad en estas asignaturas. Hay ejemplos a todos los niveles. Es importante hacer conciencia de los problemas más prevalentes en Colombia y la región respectiva. Recordemos que el mayor compromiso de los profesionales de la salud es con la personas que tiene bajo su cuidado y con atender a aquellos riesgos que son más frecuentes en su área.

SEMIOLOGIA:

Para la salud familiar tiene especial énfasis el entrenamiento en la comunicación humana. Los aspectos subjetivos. Las relaciones interpersonales. El síntoma como posible mensaje de problema familiar. Los aspectos culturales y la interpretación de los síntomas. La actitud y la acción personal del profesional como elemento terapéutico. El examen físico como un elemento más en la comunicación. Recordar que este contacto estrecho con el uso de la palabra y de las manos influye en el resultado terapéutico y

en el mejor seguimiento de las recomendaciones. La toma adecuada de los datos, no sólo a nivel personal sino también de la familia y de la sociedad en la que viven. La historia orientada a problemas. Deben saber que los síntomas pueden cumplir una función en el equilibrio de la familia. Deben ser hábiles en detectar cuál es la verdadera razón para la consulta, además de la expresada originalmente.

CIENCIAS CLINICAS, MEDICINA INTERNA, PEDIATRIA, OBSTETRICIA, CIRUGIA, PSIQUIATRIA, ORTODONCIA, PERIODONCIA, EXODONCIA, ETC.

En todas las ciencias clínicas de las Facultades de Salud, debe destacarse el modelo biopsicosocial. Debe hacerse énfasis en los aspectos epidemiológicos. Deben buscarse oportunidades para aprender estas disciplinas, aunque sea sólo parte del tiempo, en comunidades distintas a las referidas a los niveles terciarios de atención.

Idealmente buena parte de los objetivos de cada una de estas especialidades, sus ramas (oftalmología, neumología, endodoncia, etc.) deberían buscarse en niveles de atención primaria en forma integrada. Sin embargo, en los niveles terciarios también deben llevarse los conceptos de una atención humanizada, personalizada, comprometida, buscando el contexto biopsicosocial y sin olvidar los aspectos de educación, prevención, curación y rehabilitación inherentes a todo plan de cuidado integral. En las historias clínicas deben incluirse algunos comentarios sobre la familia, composición y función, así como elementos—sociales—del paciente, ocupación, recreación y ambiente físico y cultural. Por esta razón, el personal docente debería recibir alguna capacitación.

SALUD FAMILIAR - ATENCION INTEGRAL.

Además de todo lo descrito, las facultades, idealmente, deben tener un modelo de atención en salud familiar, cuyas características están descritas en otros documentos. Para que este modelo tenga éxito, debe ser coordinado por un equipo motivado para su creación, desarrollo y funcionamiento. Como estrategia se sugiere uno de los siguientes modelos:

1. Departamento de Salud Familiar con equipo de generalistas y dirigido por una persona entrenada o muy motivada para esta función. Este departamento o programa sería también responsable de que las estrategias enunciadas antes se lleven a cabo a lo largo de las carreras.
2. Un grupo multidisciplinario independiente, o perteneciente a un departamento, pero con fuerte apoyo logístico de los demás departamentos. Para que funcione debe haber un compromiso político muy definido por parte de la universidad y sus directivas y una persona motivada, con capacidad de liderazgo en la dirección del grupo.

4. Si no es posible ninguno de los dos pasos anteriores, se hace necesaria la capacitación más formal de líderes que traten de movilizar a los organismos de salud y a la misma universidad para el logro de esa Unidad o Modelo de Atención Integral.

IDEAS COMPLEMENTARIAS.

1. ¿Quién debe enseñar el modelo biopsicosocial? Hay diferencias de opinión. El Dr. George L. Engel, psiquiatra de la Universidad de Rochester y quien ha sido un impulsador de estos conceptos, dice que no son los psiquiatras los únicos que deben promulgar estas ideas porque paradójicamente se continuaría el dualismo. Ellos podrían muchas veces ser los "primeros mensajeros" para que los demás médicos sean los "mensajeros secundarios".

Algunos sugieren que sean los especialistas en Medicina Familiar. Nosotros creemos que este modelo debe impregnar toda la educación en salud y que idealmente este paradigma sea enseñado no sólo a los profesionales de la salud sino al público en general.

2. En el plan de estudios los estudiantes pueden tener una asignatura con el nombre de Salud Familiar. Allí se incluirán los temas específicos sobre los que se quiere hacer énfasis, aunque pudieran participar profesores de varias disciplinas. Este enfoque tendría como ventaja la garantía de que los estudiantes van a ser expuestos, en forma sistemática y ordenada, a todas estas ideas. Por otra parte, podría criticarse el que se considerara como una materia aparte que no tiene mucho que ver con el resto. Todo depende de la metodología, de la motivación y del impacto que se logre.

Recientemente han aparecido en la revista Lancet (1989;i: 702-703 y 1989;ii: 148-149) comentarios sobre la educación del médico de pregrado en la consulta de práctica general, por fuera del hospital Universitario. Señalan las dificultades de un entrenamiento con especialistas y la lógica de utilizar un mundo más real que permita, a la vez que adquirir conocimiento, desarrollar las actitudes y las destrezas necesarias para una experiencia clínica más práctica. No desconocen los posibles beneficios del contacto con los especialistas y los recursos técnicos de la institución terciaria, pero esto se haría más como complemento a través de las hospitalizaciones de sus pacientes que, como todos sabemos, son sólo episodios aislados y poco frecuentes en la vida de los pacientes y en el proceso de salud y enfermedad.

Hay la preocupación frecuente, por parte de los educadores en salud, de la falta de tiempo para introducir más elementos a los planes de estudio actuales. Vale la pena resaltar las orientaciones ya no tan nuevas, como las de la Universidad de McMaster (Hamilton, Canadá) y

los cambios recientes en Harvard, cuya idea principal es la de tomar la solución de problemas como base del aprendizaje. De esta manera se cortan muchas conferencias formales y se reemplaza ese tiempo por experiencias muy activas, de búsqueda, de cuestionamientos, de integraciones y de verdadero aprendizaje. Estos sistemas pueden muy bien ser adoptados tomando problemas reales de los pacientes y las familias de un Centro de Atención Integral que, por supuesto, son de más riqueza de aprendizaje, más gratificantes y que, seguramente, preparan mejor al futuro profesional para una práctica que será siempre cambiante y que le impondrán autoestudio y capacidad de decisiones oportunas.