

A highly decorative black and white border surrounds the text. The border consists of a top and bottom horizontal band with intricate scrollwork and floral motifs. The left and right vertical bands feature stylized, symmetrical floral designs with scrolling vines and leaves. The word "LETRAS" is centered within this decorative frame.

LETRAS

MOVIMIENTOS DE RENOVACION EN LA EDUCACION MEDICA COLOMBIANA

Dr. ABEL DUEÑAS PADRON*

Director Ejecutivo

Asociación Colombiana de Facultades de Medicina

Señor Presidente de la Academia Nacional de Medicina, Señores Académicos, distinguidos colegas:

De nuevo expresamos a ustedes, nuestra gratitud por la oportunidad que nos brindan para continuar el diálogo que iniciamos con los Miembros de esta ilustre Academia hace algunos días. Nuestra presentación se desglosa bajo subtítulos cuyo contenido trata de fundamentar el Plan de Acción de Ascofame y mostrar la dirección que lleva actualmente la educación médica en el país.

I. MODELO UNIVERSAL DE SALUD

En nuestra intervención pasada enfocamos con una perspectiva histórica hechos relevantes que permiten identificar por etapas, rasgos predominantes del comportamiento de la educación médica en Colombia desde la segunda mitad del presente siglo.

Algunos de aquellos hechos, dirigidos inteligentemente a gestar cambios significativos, se produjeron merced a impulsos de lo que hemos denominado "movimientos pendulares" que llevaban a posiciones que iban rápidamente de un extremo a otro con repercusiones no siempre favorables para los fines de avance equitativo que se perseguía en diferentes áreas de la educación médica.

Sobre los movimientos pendulares, Mario Chaves, eminente filósofo de la Salud Pública y Educación con quien compartimos ideas y acciones, dice lo siguiente:

"Debemos procurar que los movimientos evolutivos y las tendencias indicadoras del progreso social real, se distingan de aquellos que representan un movimiento pendular en los cuales el desvío o la exageración en un sentido lleva a intentos de tipo correctivo, como es el caso del movimiento de hoy, contra la especialización exagerada que surgió ayer de la post-guerra".

Como contraposición a los movimientos pendulares han aparecido en el campo de la educación médica y salud lo que se denominan "movimientos de renovación", los cuales proceden de una concertación de pensamiento y acción entre todos los países del orbe que de manera ecuménica han llegado al diseño, estructura y puesta en marcha de un modelo universal para la salud.

Se trata de un modelo que articula todos los países del orbe: desarrollados, subdesarrollados y en vía de desarrollo; modelo que no pertenece a una sola nación sino que ha sido forjado por todas y para todas mediante un denominador común que les dá

**Discurso pronunciado por el autor, en la Academia Nacional de Medicina.*

unidad y que les permite al mismo tiempo conservar las diferencias que garantizan la identidad, personalidad y sello propio.

Este modelo de integración es respuesta a una necesidad sentida de la comunidad universal, que va de Occidente a Oriente y de Norte a Sur y viceversa, si se tiene en cuenta que hasta ayer vivíamos en un mundo que nos parecía infinito en su extensión y ámbito, pero que hoy se ha convertido, en virtud del proceso rápido de las comunicaciones, en lo que diferentes autores denominan la “aldea global”.

Dentro de esta “aldea global” la interdependencia entre todas las naciones ha sustituido a la dependencia; los países desarrollados ya no son simplemente “dadores” sino también receptores y los países en desarrollo, como dijéramos en ocasión pasada, están conscientes de que poseen una riqueza que antes no percibían, que pueden compartir entre ellos y entregar cuotas de apoyo a los industrializados. Ha nacido así una nueva disciplina, la “administración de la interdependencia”, que nos enseña a reflexionar para en cooperativa tomar de los componentes de nuestra “aldea global” —del mundo— lo que a cada uno favorece pero en concordancia con la realidad política social y económica.

Ya no es pues nuestra posición en educación médica, tomar el patrón Norteamericano, o el Ruso o el Chino o el Cubano para transferirlo en copia viva a nuestro medio, sino que utilizamos el enfoque ecuménico planteado, lo que nos permite incorporarnos racional y ordenadamente al avance científico del Universo, ajustando la avasalladora aventura de los cambios y “movimientos renovadores” que hoy existen por doquier, con las realidades y posibilidades nacionales, poniendo en juego la iniciativa y creatividad de los hombres de nuestro país.

Este planteamiento y posición, exaspera a algunos destacados educadores médicos que consideran que sólo una estrella debe iluminar el firmamento de nuestra educación médica en vez de la galaxia bajo la cual discurre el mundo de la ciencia.

El modelo universal y los movimientos de renovación, en marcha, se fundan como todos sabemos en principios de justicia social y equidad y en la responsabilidad que tienen los dirigentes actuales de la “aldea global” con las generaciones que han de encausar la marcha del mundo en el próximo siglo.

Vistas así las cosas podemos esquematizar los elementos del modelo universal, ampliamente conocidos por esta Academia pero que se hace necesario repetirlos como piezas de debate a nivel nacional.

Recordemos que el primer elemento del modelo que estamos denominando “Universal” lo constituye la *decisión política de los países o Estados* de dar o prestar servicios de salud adecuados a todas las personas o individuos del mundo.

Ningún Gobierno o Estado puede entonces escapar a esta obligación que comprende cantidad, calidad y oportunidades de diferente tipo de atención de acuerdo con la gravedad y características del problema de salud.

En segundo término, el modelo para dar cabida a esta política, requiere estructurar y organizar los Servicios de Salud dentro de la unidad y modalidad de *sistema* para articular así los elementos dispersos del sector y hacerlos operativos a través de lo que se ha denominado niveles de atención.

En tercer término, el modelo establece como meta, el lograr que en el año 2000 todos los habitantes del mundo posean un grado de salud que les permita desarrollar un trabajo productivo y participar activamente en la vida social de la comunidad. Esta meta se traduce en una frase popular, en un lema que circula por todos los rincones del planeta: “Salud para todos en el año 2000”. Algunos educadores médicos colombianos afirman que ésta es una frase de cajón más en el argot internacional; para nosotros señores, como Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, se trata, al contrario, del enunciado inteligente, suscito y estratégico de una invitación a actuar; más aún, es una consigna del presente siglo que se traduce en el reto de que debemos entregar a la próxima centuria una expectativa de vida al nacer, no menor de 70 años; una mortalidad infantil no mayor de 30 por mil nacidos vivos; agua potable para la mayoría en el 90 y para todos en el 2000, y otras metas específicas que no queremos enunciar para no hacernos extensos. Grandes éxitos se han obtenido en batallas sociales y muchas decisiones victoriosas se han logrado bajo el influjo de una frase táctica y enérgica que estimule a la conquista y al triunfo.

El tercer punto del modelo es lo que se denomina *la estrategia* de la tan mencionada atención primaria, discutida con diferentes enfoques y definiciones, pero casi siempre desprestigiada por algunos educadores ante instituciones de alta envergadura científica y académica como ésta, porque la presentan conceptual y operativamente rodeada de errores, de malas interpretaciones y de graves deformaciones; más adelante haremos las aclaraciones correspondientes.

Finalmente, el modelo universal tiene como eje un plan de acción orientado por un proceso claro de planificación, programación, monitoría y evaluación.

2. EL MODELO COLOMBIANO DE SALUD Y EL MODELO UNIVERSAL

Colombia tiene en marcha todos los componentes que integran el modelo universal, más aún, se anticipó al modelo y llevó a la Organización Panamericana de la Salud experiencias que contribuyeron a armar el esquema que hoy comparten las Américas y el mundo.

En efecto, Colombia mantiene *la política* de llevar los Servicios de Salud a todos los colombianos en un lapso determinado; tiene en marcha un Sistema Nacional de Salud con tres niveles que fue creado y puesto a funcionar desde 1975, pero cuyo origen se fue gestando articuladamente desde años anteriores; la atención primaria es la estrategia y la salud para todos en el año 2.000, la meta.

La efectividad de los Gobiernos colombianos en la cuenta que va corrida y la que falta hasta el año 2000 en materia de salud, tiene que ser evaluada en función de la aplicación, desarrollo y logro de metas de este modelo de interesante articulación nacional y universal. Corresponde a los directores y funcionarios del Sistema Nacional de Salud ilustrar a esta Academia sobre la marcha y desarrollo del modelo en medio de los avatares que tienen que afrontar.

3. MOVIMIENTOS DE RENOVACION EN EL CAMPO DE LA EDUCACION MEDICA

Desde el punto de vista de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina y de la educación médica, hemos planteado en nuestro Plan de Acción una serie de “movimientos de renovación” conscientes de que nos corresponde formar el personal médico que debe convertir la Salud en una estrategia de cambio, frente al modelo colombiano y universal de salud ya discutido.

Los “movimientos de renovación” que muestran hacia donde vamos, cuyos elementos fundamentales aparecen en el Plan de Acción que expusimos como esquema en nuestra anterior presentación, tienen los siguientes rasgos o características:

3.1. El Movimiento Renovador en los Servicios de Salud y de la Medicina. Una Visión Futurista de ellos.

Los servicios de Salud tal como los mira la educación médica colombiana en función del futuro, deben

tener las siguientes responsabilidades, que a su vez nos sirven de referencia para orientar la formación del médico general. (Véase cuadro 1)

- *Contribuir a cambiar el estilo de vida de las gentes. Primera responsabilidad de los Servicios de Salud y del médico*

Este enfoque o tarea de los Servicios de Salud y de la medicina comprende los siguientes aspectos:

Dentro de la concepción sistémica, el individuo y la comunidad forman parte del Sistema de Salud y tienen que desarrollar *auto-suficiencia* y *auto-confianza* para manejar ciertos problemas de Salud. Tanto desde el punto de vista curativo como preventivo el individuo y la familia son responsables de algo muy importante que es el *auto-cuidado* cuya práctica evitará la acumulación de usuarios en los organismos de salud y de la seguridad social por demanda de una atención que ellos mismos puedan darse. John Fray, eminente Médico Generalista en Inglaterra, expresa que un 40% de los problemas de salud de la vida diaria pueden ser manejados y resueltos por la misma comunidad, cuando se incide sobre el estilo de vida de ella.

En relación con lo anterior está la responsabilidad que ellos mismos se vienen imponiendo, los denominados riesgos *auto-impuestos* que son “actos voluntarios” que ejecutados por las personas determinan el deterioro de la salud, como el fumar, el comer en exceso, no hacer ejercicios, no aplicar las vacunas oportunamente etc. Se ha dicho, manejando un simbolismo de paradoja, que una de las “injusticias de la justicia social” es tener los Servicios de Salud y el Estado y gastar grandes sumas de dinero para hacer frente a problemas que el individuo y la familia se producen ellos mismos.

El individuo y la familia deben aprender conocimientos elementales sobre cómo conducir los ciclos de la vida - la niñez, la edad de adulto, la vejez; manejar la planificación familiar y adquirir conocimientos elementales sobre el embarazo, parto y puerperio; y los Servicios de Salud deben influir en la formación del niño en las escuelas para que los principios de salud se incorporen a todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, preescolar, primario y secundario.

Para realizar esta tarea es necesario un proceso de educación en salud diferente a la llamada educación sanitaria de otras épocas; se requiere que el personal de salud reciba una orientación y enseñanza-aprendizaje sólidos en ciencias sociales, en ciencias del comportamiento, en medicina proyectada a la comunidad.

Quienes utilizando el movimiento pendular desean que las ciencias del comportamiento disminuyan su dimensión en la educación médica, alegando que han sido sobredosificados y aconsejan una nueva desviación del péndulo hacia otro extremo, como lo han planteado en esta Academia, están equivocados. Al contrario, Ascofame, está tratando de introducir por medio de su Plan de Acción innovaciones que den mayor consistencia y solidez a las ciencias sociales y a la medicina familiar que es parte de la medicina comunitaria, porque considera que éste es uno de los medios más importantes para ir logrando cambios en el estilo de vida de las gentes y por ende, ahorro en problemas de salud, disminución de costos en la prestación de servicios y movilización constante de la comunidad hacia el auto-cuidado. El modelo sico-social de la medicina se hace pues necesario enriquecerlo cualitativamente e innovarlo en vez de empobrecerlo y empobrecerlo como se desea.

- *Contribuir a mejorar la biología humana. Segunda responsabilidad de los Servicios de Salud y del médico.*
(Véase cuadro 1)

La segunda responsabilidad de los Servicios de Salud se refiere al aspecto biológico. Nadie duda de una nueva responsabilidad de los Servicios de Salud y del médico general en lo que respecta a velar por el mejoramiento de la estructura biológica del ser humano. Para ello se requiere de un enfoque biocientífico que, como ya lo dijimos en nuestra charla anterior, dé cabida en el currículo a los aspectos actuales de la genética, biología molecular, inmunología, nutrición y que el estudiante aprenda a conocer el manejo de los ciclos vitales tratando no solo de prevenir en la niñez y en la edad adulta las enfermedades sino de posponer en la ancianidad aquellos que son propios de esta etapa de la vida. Las ciencias básicas desarrolladas con innovación, una nueva técnica de la enseñanza clínica y experiencias investigativas, fortalecen el esquema biocientífico y éste es lo que presenta Ascofame en su Plan de Acción.

Algunos educadores en el país piensan, como lo dijimos en la sesión anterior y ahora adrede lo repetimos, que la única estrategia que existe para lograr el objetivo de desarrollar el enfoque biocientífico es retornar al sistema de formar al estudiante de medicina en un Hospital de elevada sofisticación, traído del mundo desarrollado con instrumental y aparatos de alta complejidad.

El error está en considerar que este es un modelo global de educación médica cuando su verdadera dimensión es la de una opción tecnológica que apunta hacia un cuarto nivel que es el de la super y supra especialización. Una opción de esta clase, el país

naturalmente debe utilizarla pero dentro de su dimensión exacta, como un segmento de la tecnología y ciencia, lo que permitirá al Sistema Nacional de Salud, sin compromisos económicos, visualizar y acumular experiencias sobre esa parte del mundo de la medicina que se debate hoy en la crisis que plantea la elevada complejidad tecnológica frente a los recursos.

Pero es importante destacar que las Naciones industrializadas como Estados Unidos no preconizan este tipo de estrategia para la formación del médico como erróneamente, con carácter de más papistas que el Papa, se ha venido divulgando en el país; desde 1966 Estados Unidos, a la inversa, viene presentando como eje de su modelo de prestación de servicios y de educación médica el Primary Care, Primary Medicine, la Family Practice. El Gobierno Norteamericano desde ese año, en virtud del célebre informe de Millis sobre extinción del General Practitioner y sobre plétora de especialistas y super-especialistas y en virtud de requerimientos de la misma comunidad, viene respaldando con sumas apreciables del Presupuesto Federal y de cada uno de los Estados, a las Facultades de Medicina que propugnen por la formación de un médico de familia cuyos componentes claves son la atención ambulatoria, la medicina comunitaria y el cuidado primario de la salud. En igual situación y con singular enfoque están actuando el Canadá, Inglaterra y otros países del mundo desarrollado. No quiere decir esto, *por favor anotar lo bien Señores Académicos para que no se nos tilda de retardadores del progreso*, se detenga el paso a la tecnología compleja que alimenta y da vida a nuestro tercer nivel de prestación de servicios y robustece el renacer que estamos propiciando para las Ciencias Básicas; lo que se plantea Señores Académicos, es anticiparnos para evitar con buen juicio caer hacia el futuro en la esquizofrenia que produce el aparataje médico-industrial con su avidez comercial y prepararnos para posiciones ecuanímes y científicas en nuestro mundo en vía de desarrollo.

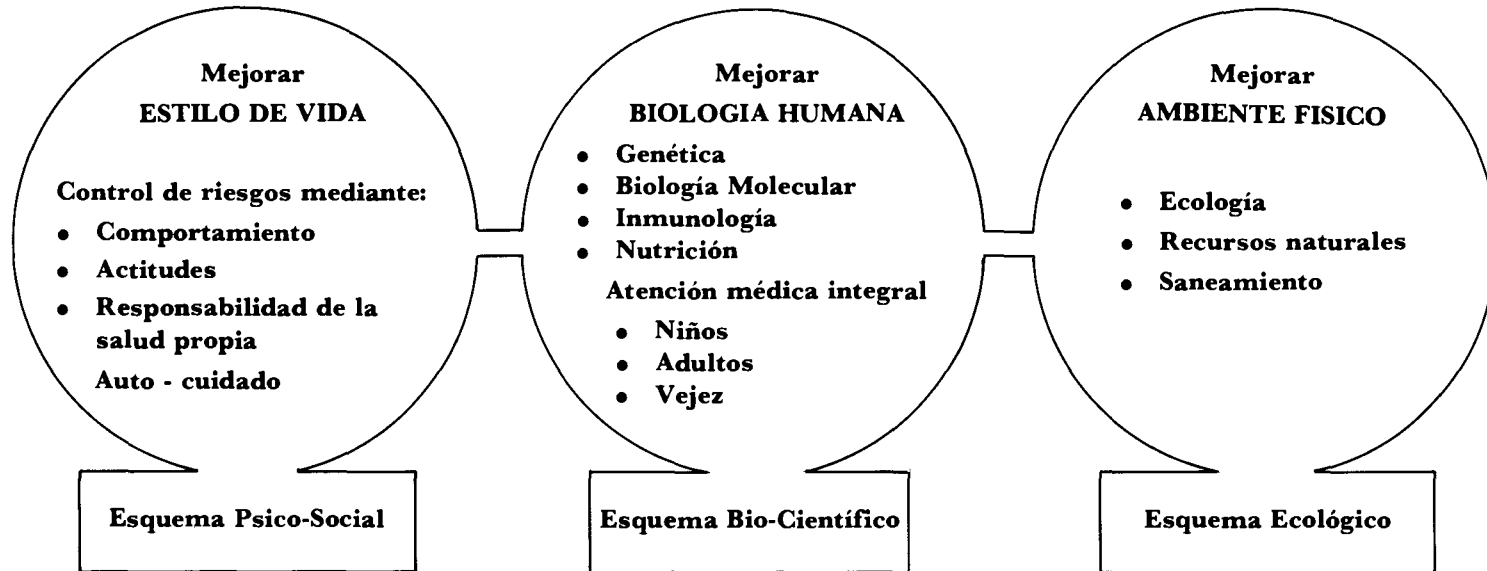
- *Contribuir a mejorar el ambiente físico es la tercera responsabilidad de los Servicios de Salud y del médico.*
(Véase cuadro 1)

La tercera función de los Servicios de Salud y la medicina es la relacionada con el sistema ecológico que adquiere dimensiones mayores que van más allá del simple saneamiento ambiental.

Hay que forjar nuevas actitudes del hombre para que defienda los recursos naturales no renovables de su mundo; para que luche contra la contaminación sonora y visual que produce sordos y trastornos oculares; para que batalle contra la contaminación

CUADRO 1

VISION PRESENTE Y FUTURISTA DE LAS ACCIONES DE LOS SERVICIOS DE SALUD Y DEL MEDICO GENERAL



atmosférica y la degradación de sus corrientes naturales que son fuentes permanentes de problemas graves de salud.

Existe, como todos sabemos, una política y un movimiento ecológico al cual debe incorporarse el médico. Quienes sostienen que el enfoque ecológico de la educación médica es innecesario y recarga la enseñanza-aprendizaje, colocan al futuro médico de nuevo en la posición de un dispensador de atención curativa y capacidad social, perfil de médico que pertenece a una etapa de enclavamiento pendular que comenzó a superarse a fines del siglo pasado con la revolución industrial y que ha proseguido superándose con tendencia ascendente desde 1955.

La responsabilidad de los Servicios de Salud y del Médico para con la Familia

Las tres responsabilidades que se han identificado para los Servicios de Salud, y la medicina como ciencia generan a su vez tres componentes del modelo educativo que no pueden estar separados sino imbricados: el psico-social, el biocientífico y el ecológico. Este trípode debe actuar sobre el microproceso que se desarrolla en el *microcosmos de la familia*. No se trata simplemente de que al futuro médico se le asigne un número determinado de familias sino que aprenda a manejar una atención permanente e integral, la dinámica de salud del grupo; lo que al uno ocurre en la familia tiene que ver con lo que está sucediendo al otro o a los otros; más hoy con la crisis por la cual atraviesa el grupo familiar. Esta es la esencia de la medicina familiar cuyo desarrollo va encaminado al Plan de Acción de Ascofame.

3.2 EL MOVIMIENTO INNOVADOR DE LA EPIDEMIOLOGIA, INVESTIGACION, TECNOLOGIA Y ASPECTOS GERENCIALES DE LOS SERVICIOS DE SALUD

Tres enfoques adicionales son indispensables para los Servicios de Salud y también por extensión a la medicina dentro de los movimientos renovadores: el epidemiológico e investigativo, el tecnológico y el gerencial, los cuales tienen consecuencias en el modelo educativo.

En cuanto al epidemiológico, los Servicios de Salud y la medicina requieren de una visión prospectiva, deben convertirse en algo así como en arúspides, en anticipadores de situaciones futuras para poder usar oportunamente de la prevención apoyándose en el concepto de riesgos. De allí la transferencia de la epidemiología como ciencia social y la incorporación vigorosa de la investigación en el proceso de prestación de servicios, incluyendo la investigación básica

como la que se realiza en Colombia en a búsqueda de una vacuna contra la malaria o en la de los marcadores genéticos en determinadas enfermedades infecciosas que nos agobian.

En cuanto a la tecnología es una de las áreas más difíciles de manejar en desarrollo de los servicios y ya hemos hablado e insistido bastante sobre ello. No se puede detener el avance de la ciencia y por supuesto hay que promoverlo; tal es el caso de la tecnología computarizada, de la informática y comunicaciones y de la bioenergética en general. Colombia ha estado abierta a este proceso y desde hace varios años la "hard technology", la tecnología dura denominada tecnología de objeto, es decir la de equipos y elementos sofisticados ha venido entrando con beneplácito a centros clínicos, hospitales, laboratorios, pero con una posición discreta de esas instituciones que no han desplegado campañas desmesuradas de propaganda a esa importación de tecnología pesada sino que han dado mayor trascendencia a la "soft technology" a la denominada de proceso, a la de sus profesionales científicos que mueven utilizan e interpretan los artefactos o equipos de la tecnología instrumental compleja.

En 1976 Colombia, dentro del sector oficial dio apertura en grande escala a la tecnología dura sofisticada con la importación que se hizo de 1.000 millones de pesos en equipos y elementos de alta tecnología, bajo la orientación del Dr. Haroldo Calvo Nuñez como Ministro de Salud lo que colocó a Colombia en una posición racional y destacada de lucha contra el cáncer; pero previamente el Dr. Calvo había, en parte, estudiado y analizado exhaustivamente con su equipo de expertos el problema, hasta llegar a una propagación de un Plan Nacional de Oncología que es hoy un ejemplo para el mundo; y por otra había asegurado la tecnología de proceso con un brillante equipo de científicos colombianos.

Esta política racional con la importación de tecnología compleja de equipos es la que el Ministerio de Salud afortunadamente ha proseguido.

Todo lo anterior aconseja tres cosas:

Una.- El sistema de salud debe mantener una comisión de evaluación de la tecnología a importar a fin de que este evento se produzca siempre merced a una planificación y programación seria y detenida.

Dos.- El sistema de salud tiene que trabajar para llegar a crear tecnología y métodos que le permitan hacer frente a problemas de salud que sólo existen en Colombia y que por consiguiente no vamos a conseguir esas tecnologías y métodos en países industrializados donde no existen.

Tres.- Hay que seguir las experiencias de Universidades como la de Kentucky y algunos Centros Internacionales que están poniendo de por medio la trascendencia de la tecnología suave, de proceso, la del hombre, para el desarrollo de una medicina humanizada frente a la exagerada complejidad tecnológica.

El otro aspecto desde el punto de vista de responsabilidades administrativa de los Servicios de Salud y de la medicina como una gran empresa social, requiere de una capacitación del médico que le permita manejar o por lo menos entender el proceso de la gerencia y gestión que nos compete como promotores del desenvolvimiento de un gran sector.

En resumen, si los Servicios de Salud y la medicina enrumbaran su cauce apoyados por la epidemiología, la investigación, la tecnología y la administración mediante una sabia integración que lleve a decisiones políticas nacionales, el país asegura una dirección en la búsqueda de un futuro deseable.

3.3 EL MOVIMIENTO RENOVADOR DE LA ATENCION PRIMARIA

En virtud de la dinámica que ha habido sobre este tema me voy a permitir hacer algunas disquisiciones. En la primera década del 70 el Sr. Malher, Director de la Organización Mundial de la Salud exhortó a los países del orbe a concurrir con esfuerzos para que las poblaciones que no venían recibiendo ningún tipo de atención en salud, pudieran disponer de este beneficio que además es un derecho. Emergió entonces como primera fórmula llevar a esas comunidades servicios básicos, elementales, con personal auxiliar o con agentes de salud extraídos de la comunidad que se preparasen en pocos días o semanas. Se consideraba que era menos malo tener algo que carecer de todo. (Véase cuadro 2).

Surgió para esta primera cruzada el nombre de "Servicios Primarios de Salud" y algunos en forma más resumida optaron por el de "Atención Primaria". El esquema así concebido tuvo acogida y extensión prioritaria en el Africa, pero ya desde antes en la China y en otros países, entre ellos algunos de América Latina, como Colombia, tenían modelos más avanzados.

El modelo concebido en esta primera etapa o sea el de una atención elemental con personal auxiliar encerró en su origen la atención primaria dentro de una modalidad muy circunscrita, aun cuando generosa y grande en su espíritu y contenido social, desde aquel momento se identificó y confundió Atención Primaria con Nivel Primario y con Servicios Elementales

El segundo modelo de atención primaria que fue el que Colombia puso a funcionar desde 1975 comprendía tres subniveles: uno el de Promotoras dirigido a la familia, otro el de Auxiliares de enfermería y un tercero conformado por Profesionales, con el Médico General como coordinador (Véase cuadro 3).

La tercera concepción consecuente con esta anterior era la de hacer coincidir la atención primaria con el primer nivel de prestación de servicios de Salud pero ya se le daba connotación de vinculación con los otros dos (Véase cuadro 4).

En el año de 1978 Rusia dio su golpe político con la reunión de Alma-Ata, auspiciada por la OMS y UNICEF y surgió una definición concreta de la atención primaria que permitió una conceptualización y operatividad de mayor ámbito y proyección.

Desde ese entonces la Atención Primaria ha sido un concepto en evolución que se ha ido enriqueciendo con la iniciativa y creatividad de cada país.

Planteadas así las cosas, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha introducido para el manejo de su modelo educativo la siguiente concepción y ubicación de la Atención Primaria (Véase cuadro 5).

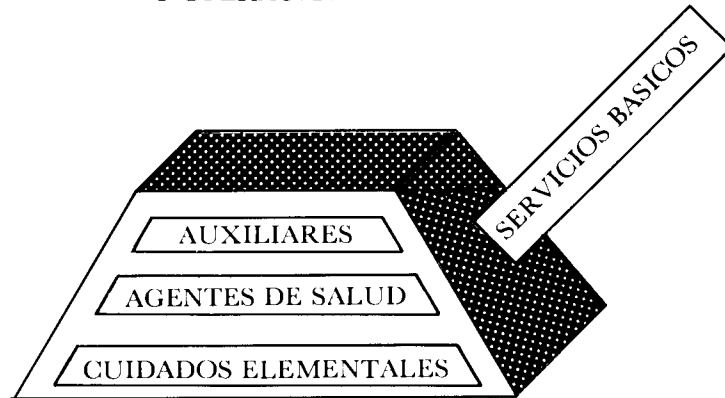
El Sistema Nacional de Salud para atender a su comunidad tiene tres opiniones o planes tecnológicos; la atención primaria a la vez que es una manera de pensar y actuar los Servicios de Salud impregna y está inmersa en todos estos tres niveles o planos.

El primer plano o nivel primario donde va actuar el Médico General debe atender un mínimo del 80% de la población con los problemas prevalentes o prevalcientes de salud, utilizando técnicos apropiados. En este primer nivel se desarrolla el fuerte de la atención primaria, es su principal cuartel pero no es el único. El personal del nivel primario, no es solo de auxiliares y promotoras en Colombia, como ya se dijo, sino también de profesionales con el médico general que actúa en calidad de coordinador del equipo. En países desarrollados tienen especialistas en el primer nivel.

La atención primaria tiene otras dos opciones o planos tecnológicos que son el nivel secundario y el terciario; sin ellos la atención primaria no constituiría ninguna estrategia porque todas aquellas personas que por la complejidad de sus problemas no pudieran ser atendidas en el primer nivel, y no logran una opción y real atención en otros niveles, quedarían a la intemperie, sin servicios, ésto no sería una estrategia para dar salud a todos.

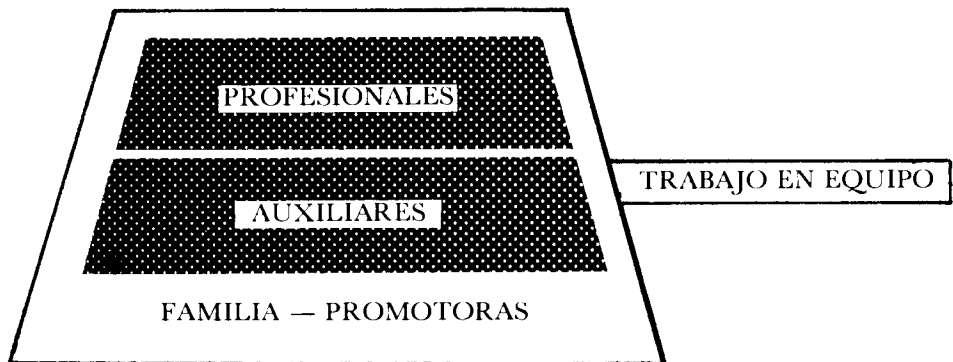
CUADRO 2

PRIMER TIPO DE CONCEPTUALIZACION Y OPERACION



CUADRO 3

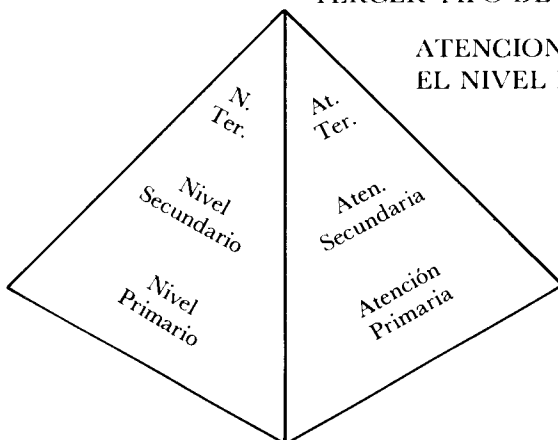
TIPO DE CONCEPTUALIZACION Y OPERACION
PROBLEMAS PREVALENTES DE SALUD



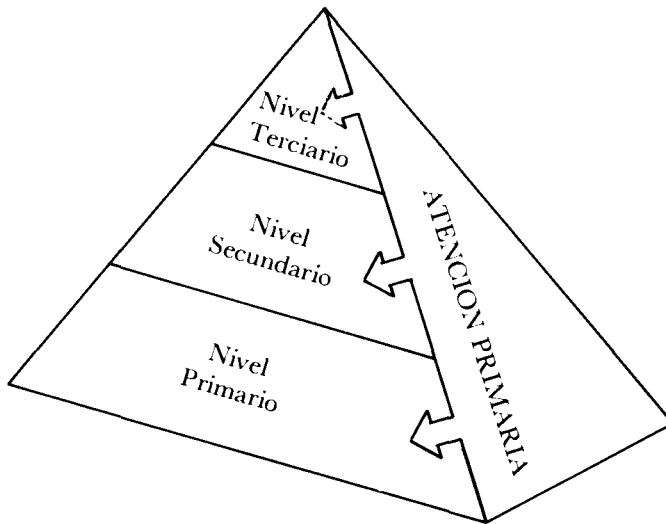
CUADRO 4

TERCER TIPO DE CONCEPTUALIZACION Y OPERACION

ATENCIÓN PRIMARIA IDENTIFICADA CON
EL NIVEL PRIMARIO ÚNICAMENTE



CUADRO 5
CONCEPTO ACTUAL DE ATENCION PRIMARIA
ASCOFAME



La atención primaria se desarrolla en 3 planos tecnológicos de acuerdo con complejidad
Prioritariamente en el Nivel Primario

La atención primaria no es sólo para los pobres y marginados de las áreas rurales y zonas periféricas de la ciudad, sino es una atención integral de salud para todos sin excepción. Como los pobres y marginados requerían y requieren primero que todo de servicios básicos es obvio que hayan venido recibiendo la prioridad.

La atención primaria, que se desarrolla en el primer nivel, tiene una mayor dimensión en los aspectos provenientes (fomento y protección) y una connotación intersectorial de gran envergadura que aquella que se realiza en los niveles secundario y terciario, donde el esquema curativo y de rehabilitación es predominante.

Lo que deseamos dejar en claro es que para la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, la atención primaria, repetimos, es una forma de pensar y actuar los Servicios de Salud poniendo en juego en los tres niveles una atención integral con técnicas apropiadas a los menores costos, con participación comunitaria y dentro de su concepción y operatividad de prioridad al primer nivel o nivel primario donde se realiza por lo menos el 80% de acciones para atender los problemas prevalentes de una comunidad.

A través de la discusión que podamos realizar sobre atención primaria trataremos de concretar los planteamientos hechos que responden a una concepción nacional de la atención primaria, que la saca de su primera connotación cuando se trataba de llevar

solamente servicios *básicos, elementales* con personal auxiliar a la comunidad.

3.4 El Movimiento Renovador de la Articulación (Integración Docente-Asistencial)

Consiste en una nueva modalidad de relaciones entre los Servicios de Salud y el sistema educacional formador de personal de salud.

Los dos sistemas articulados, tienen que trabajar en la planificación del recurso humano, en su formación, en su utilización y en su evaluación.

Las relaciones en Colombia entre los dos sistemas que se iniciaron en 1802 con la creación de la Facultad de Medicina del Rosario bajo el esquema ibérico impulsado por el sabio Mutis y que se mantuvo por muchos años dentro del modelo Hospital Universitario-Facultad de Medicina, se va transformando en un proceso innovador de responsabilidad compartida entre toda el área académica de Ciencias de la Salud y los organismos de prestación de servicios en los diferentes niveles (Hospitales, Centros, Puestos de Salud y el domicilio). La tendencia de progreso de este movimiento renovador en Colombia pudo visualizarla el Sr. Presidente de la Academia Dr. Hernando Groot en la reunión realizada recientemente en Cartagena, donde tuvo oportunidad de escuchar algunos de los proyectos y programas que se están realizando. Dejo a la expresión de su testimonio lo que él colige que está ocurriendo en el país

en este sentido y sólo considero mi deber divulgar que Colombia es una de las pocas naciones que tiene una estructura normativa (Decretos, Resoluciones) y una infraestructura (Consejo Nacional de Recursos Humanos para la Salud, Comités, Grupos) funcionando para el desarrollo de este movimiento de renovación.

Nos falta mucho por recorrer aún en el proceso de la Integración Docente-Asistencial, hay que trabajar afanosamente y con tesón para lograr cambios en la mentalidad de docentes y de funcionarios de salud, sobre todo cuando existen eminentes educadores que dicen aquí mismo en esta Academia no entender cómo una Facultad de Medicina se involucra en el área de prestación de servicios y cómo también puede suceder la inversa. No alcanzan a comprender como dice el ilustre filósofo Chaves que los organismos de salud "ofrecen precisamente con su pobreza y problemas, un modelo de vida real que reemplaza con ventaja por su multiplicidad de escenarios, todas las situaciones de simulación creadas intramuralmente con el propósito de imitar la realidad; y para los Servicios de Salud, la Universidad, la Facultad, el área docente-asistencial representa su área de investigación y adiestramiento, en su área de innovación".

3.5 EL MOVIMIENTO RENOVADOR DE LA EDUCACION CONTINUA

El proceso de educación continua en Ciencias de la Salud lo abrió Ascofame en la primera parte de la década del 60 hasta pasar por varias etapas que llegan ahora a la realización de numerosos cursos, seminarios, talleres. La educación continua no está como se ha dicho aquí en un deterioro enorme; a la Asociación llega cada semana por lo menos un grupo de expertos con diseño de autoinstrucción con folletos y videocasset magníficos; las antiguas y obsoletas "bibliotequitas" de que se ha hablado aquí por un distinguido Académico, han sido reemplazadas, entre otras cosas, por las grabadoras de bolsillo con las que muchos se deleitan actualizando conocimientos. Y los mismos estudiantes preparan eventos que permiten el diálogo de docentes de diferentes partes del mundo con los de Colombia.

Ante la prominencia y extensión que ha tomado la educación continua en el país, lo que está tomando Ascofame ahora con sus funcionarios y con la Asesoría del Dr. Alfonso Mejía colombiano Asesor de la OMS como movimiento renovador es un modelo de sistema que haga confluir ordenadamente los esfuerzos, que permita aplicar puntajes que acrediten los cursos, y que la educación continua se convierta en instrumento de recertificación para Médicos Gene-

rales y Especialistas. Este movimiento renovador está buscando el apoyo del ICFES y del Ministerio de Salud.

3.6 EL MOVIMIENTO RENOVADOR DE LA INCORPORACION FORMAL DE LA EDUCACION MEDICA A LA SEGURIDAD SOCIAL

Diferentes intentos se habían hecho en el país en este sentido con reservas que se fueron aumentando por parte del Instituto de los Seguros Sociales. Hoy el panorama aparece despejado, y la Dirección de los Seguros Sociales y Ascofame vienen estudiando un ambicioso programa que estableciera una integración docente-asistencial a nivel del Seguro, involucrando tanto Pregrado como Postgrado.

4. EL MODELO MACROSCOPICO DE LA EDUCACION MEDICA EN COLOMBIA (Referencia macroscópica para la formación del Médico General)

Lo anterior, nos permite sintetizar nuestro "Macro-Modelo Educativo" en desarrollo del cual se aspira a formar el recurso humano médico.

Este modelo comprende tres aspectos básicos:

4.1 El Perfil Edpidemiológico del País (Véase cuadro 6)

El modelo educativo tiene como primera referencia lo que se denomina el "Perfil Epidemiológico" del país, es decir, la situación de salud ubicada en el contexto del desarrollo y el bienestar de la comunidad colombiana, con todos los componentes sociales, económicos y culturales que son condiciones y factores causales del proceso de la morbilidad, mortalidad, calidad y expectativa de vida. El perfil epidemiológico es cambiante y por ello el modelo de educación médica es dinámico y forma al individuo dentro del concepto de la educación permanente, continua. El perfil epidemiológico involucra además en su contenido el estudio sobre las necesidades y demanda de la comunidad y por ende el modelo educativo necesariamente tiene una proyección comunitaria, social. El "Perfil Epidemiológico" debe ser estudiado, analizado y divulgado por el sistema de salud en virtud del enfoque epidemiológico, investigativo, tecnológico y gerencial sobre el cual ya hablamos; pero el sistema educativo, en este caso las Facultades de Medicina y su Asociación, como instrumento de cambio que son, deben contribuir de manera decisiva a mantenerlo actualizado mediante un proceso activo de investigación.

En los actuales momentos el Ministerio de Salud, el Instituto Nacional de Salud y Ascofame han finalizado la investigación que se denomina "Estudio Nacional de Salud" que permite presentar entre todas las naciones de América un "Perfil Epidemiológico" más real y actualizado. Este conocimiento del Perfil Epidemiológico por medio de la investigación es el que dá sello propio y creatividad al modelo específico de salud y de educación médica de cada país.

4.2 El Perfil o Componente Asistencial (Véase cuadro 6)

La segunda referencia para el modelo educativo colombiano es lo que se denomina el Perfil Asistencial.

Este Perfil Asistencial está representado por la estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud con sus políticas, recursos, normas, actividades y tareas, subsistema de información, investigación, planeación desarrollo administrativo, suministro y personal. *Es aquí donde el futuro médico va a desempeñarse y por consiguiente las actividades y tareas que aquí cumplan sirven para definir los objetivos terminales para su formación.* El movimiento renovador de la integración docente-asistencial es aquí parte fundamental del proceso.

4.3 El Perfil Educativo (Véase cuadro 6)

Constituye la serie de experiencias por las cuales hay que pasar al estudiante para convertirlo en médico general.

Esas experiencias eran en el pasado definidas de manera independiente, aislada por la propia Facultad de Medicina y su Universidad.

Se fundaban generalmente en la transferencia exacta y radical de lo que estaban realizando otros países o culturas avanzadas lo que hacía que se produjeran los saltos espasmódicos o enclavamientos pendulares sobre los cuales ya se ha hablado.

Hoy el perfil educativo se define en función del perfil epidemiológico y asistencial del país, tiene en cuenta las actividades y tareas que el futuro médico va a cumplir en el Sistema como ya se dijo, y armoniza su ritmo con la cultura y el alcance científico del mundo por medio de su incorporación al modelo y movimiento universal de salud de que ya hemos hablado.

Es importante destacar que a su vez todo el contenido del perfil educativo (docentes, estudiantes, académicos, administradores, investigadores y egresados)

retroalimenta los perfiles epidemiológicos y asistenciales, introduciendo innovaciones, lo que mantiene un movimiento ascendente en espiral en que los dos sistemas —el Educativo y el de Salud— en una dinámica alternante se articulan para actualizarse y modernizarse mutuamente.

Después de todo lo dicho, tocaría entrar en detalles sobre aspectos curriculares que tienen que ver por ejemplo con la integración de Ciencias Básicas, Clínicas y Sociales desde el segundo semestre y las nuevas y modernas técnicas didácticas y de enseñanza; los nuevos enfoques sobre el internado; la incorporación de la ética médica al plan de estudios; pero esta tarea sería motivo de un largo diálogo.

Ustedes se preguntarán finalmente, Señores Académicos, ¿cómo hacer posible que se plasme y aplique todo lo dicho y no que sea simple teoría? Hay dos maneras de explorar este aspecto. Mirar ustedes el esquema del Plan de Acción de Ascofame 1983-1985, cuyo objetivo es ir implementando estos movimientos renovadores y hacer las preguntas que consideren pertinentes sobre su aplicación y desarrollo; ésto les dará la medida de cómo la acción puede respaldar la formulación.

La segunda manera, quizás la más importante, como lo dijimos en nuestra primera presentación, es permitir un foro entre los Miembros de la ilustre Academia Nacional de Medicina y los 20 Decanos de las Facultades de Medicina en este recinto, para que se discuta de manera concreta la orientación actual de la educación médica, con un análisis sereno y reflexivo sobre la dirección que lleva cada Facultad de Medicina.

Señor Presidente y Señores Académicos:

Queremos terminar nuestra fatigante exposición con unas cortas reflexiones.

Nos sentimos profundamente impresionados como lo expresamos en nuestra primera charla, con la administración de una nueva empresa en el país, la empresa del terror, o usando una dicción populista, el terrorismo para afectar los sectores sociales. Si se va a discutir por ejemplo sobre las Universidades, se observa como ocurrió en noches pasadas, a un grupo destacado de Rectores, que abismados ante el mundo de los televidentes, sin tiempo para poder expresar su pensamiento, escuchaban del animador que solo males tiene y produce la Universidad colombiana; si se va a discutir sobre investigación y tecnología se oye el grito estridente y el dedo acusador de quienes manifiestan que constituimos una vergüenza en

el ámbito universal; si se va a hablar de salud solo dramas y desastres se ponen de presente.

En esta forma a la comunidad perpleja, acorralada, le hacen ver que solo existe una negra noche, sin auroras, sin esperanzas; el pueblo así entristece, y los administradores de los sectores sociales se presentan ante los sectores económicos para hablar más de fracasos y diagnósticos que de programas y acciones; de esta manera los sectores sociales, repetimos una frase que dijimos en la sesión anterior, van cayendo en la trampa de que para probar que son autocríticos pasan a convertirse en autodestructivos, sin ningún instinto institucional de conservación; entre tanto los grandes cerebros colombianos que están en los organismos internacionales no entienden esta postura dentro de un país como el nuestro que tiene un potencial humano excelente para competir con los otros.

Señor Presidente:

Nos duele así Colombia y nuestro sector social; por ello cuando en el campo de la educación médica se nos quiere también acorralar e inducirnos a utilizar el destino de la autodestrucción y el terrorismo,

mantenemos firmes nuestra posición de que hay que aceptar el cuestionamiento que fortalece a las instituciones con la crítica constructiva, pero es necesario rechazar el enjuiciamiento que destruye con la crítica demoleadora; estamos dispuestos a mostrar con valor grandes vacíos de la educación médica que ya hemos identificado y denominado áreas críticas y deficitarias en el Plan de Acción; pero al mismo tiempo estamos dispuestos a mostrar con hechos la productividad de nuestro subsistema y el rango de lo positivo que está haciendo. Constituimos una serie de instituciones regidas por humanos, con fallas, pero con movimientos renovadores que significan la fe que tenemos en nuestros valores, la confianza en ellos y el espíritu de lucha que nos anima en la búsqueda de un futuro aceptable para la población colombiana.

En este reto, Señores Académicos, existe, no hay duda, una confrontación interesante entre los que piensan que por no estar de acuerdo con ellos estamos a la zaga del mundo, y los que a la inversa, seguimos sosteniendo que como país somos una valiosa alternativa de esperanzas dentro de esta "aldea global" que es el Universo.

CUADRO No. 6

