

La atención primaria en salud, como escenario para la formación médica y la transformación social

CARLOS ENRIQUE YEPES DELGADO*

RESUMEN

El presente artículo argumenta en forma muy concreta, cómo a partir de la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS) se puede generar el escenario propicio para la formación del médico que se requiere en Colombia para aportar, desde allí, a la transformación hacia la equidad del modelo de atención en salud. El desarrollo de esta idea incluye una breve descripción general de la situación que viven en la actualidad los Municipios en materia de atención en salud y las crecientes necesidades en los mismos. Al final se plantean algunos referentes para tener en cuenta al tratar de construir un “Escenario de la formación del médico de la Universidad de Antioquia, con impacto en la transformación social hacia la equidad”.

PALABRAS CLAVE

ATENCIÓN PRIMARIA
EQUIDAD
FORMACIÓN MÉDICA
TRANSFORMACIÓN SOCIAL

.....
* Médico, Especialista en Administración, Magíster en Salud Pública. Profesor, Facultad de Medicina y Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia. caenyede@epm.net.co
Recibido: 05 de mayo de 2005
Aceptado: 05 de junio de 2005

“El buen médico no es sólo el que sabe mucho, sino el que sabe leer en el otro”
Canguilhem.

INTRODUCCIÓN

En 1978, la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (APS) celebrada en Alma-Ata no solo definió sino que hizo un reconocimiento internacional al concepto de Atención Primaria en Salud, llevándola a la práctica como la principal estrategia para alcanzar la meta de salud para todos en el año 2000, que fue adoptada por los estados miembros de la Organización Mundial de la Salud. La visión de la APS expresada en sus principios y en el conjunto de 22 recomendaciones, definió el punto de partida estratégico de la agenda política de los países miembros, con el fin de impactar positivamente la situación de salud de dichas poblaciones.

Vista así, la APS es un servicio de cuidado fundamental en salud que aplica una metodología sencilla y que tiene bases científicas; es aceptada por la comunidad, beneficia a todos sin discriminación y logra involucrar a las personas en su desarrollo pero a un costo razonable. O expresado como aparece originalmente en el punto VI de la declaración de Alma-Ata, la APS es: “...la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo soportable...”.

Los cuatro principios básicos de la APS son:

- La accesibilidad y cobertura universales en función de las necesidades en salud.
- Compromiso, participación y autosostenimiento individual y comunitario.

- Acción intersectorial por la salud.
- Costo-eficacia y tecnología apropiada en función de los recursos disponibles.

Es importante aclarar que erróneamente la APS ha sido asimilada por muchos como el primer nivel de atención en el Sistema Nacional de Salud o como el primer nivel de complejidad en el actual sistema de salud. Otros creen que se trata de atención prioritaria y de urgencia o la confunden con la prevención primaria. En muchos países fueron más allá y la implementaron como un programa o simplemente la asumieron como medicina pobre para pobres. Todas estas formas de ver la APS tienen algún tipo de relación con ella, pero distan mucho de representarla en su integridad. Hoy en día es reconocida por muchos la pertinencia de la APS no solo como estrategia hacia la equidad en los sistemas de salud, sino como escenario de formación de personal médico, como lo recomienda la reciente Misión Médica Británica en Colombia.¹

Una propuesta sobre APS como escenario para la formación médica es un punto de partida para una discusión con los actores involucrados, tanto en el ámbito universitario como en el social, para lograr una gran alianza estratégica que permita acompañar el desarrollo local, con estudiantes en formación de los diferentes niveles de medicina bajo tutoría docente, y allí formular, ejecutar y evaluar un macroproyecto que desarrolle la estrategia de la APS para avanzar hacia el fortalecimiento de unos municipios más saludables. Lo ideal sería generar la sinergia suficiente para involucrar no solo a los estudiantes de medicina de los diferentes semestres, según sean las competencias requeridas, sino para vincular estratégica y no competitivamente a estudiantes de otras facultades de la Universidad. La finalidad del proyecto es potenciar el aprovechamiento de estos nuevos campos de práctica que requiere el estudiante en el ámbito de la APS, para articularlo adecuadamente con los escenarios hospitalarios de los diferentes niveles.

Esta propuesta pretende dar continuidad a una alianza estratégica en la cual ganen tanto los Municipios como las comunidades y la Universidad; los Municipios porque avanzan en el desarrollo de sus planes locales de salud, las comunidades porque mejoran su estado de salud y la Universidad porque logra desarrollar en escenarios sociales reales sus premisas de docencia, investigación en el terreno como fuente de la docencia, y extensión de acuerdo con el compromiso con el desarrollo social de los pueblos. Además, ganan los estudiantes al tener escenarios de formación más cercanos a la realidad que vivirán como profesionales, y ganan los profesores al tener como referente de su propio aprendizaje la situación social de nuestros Municipios y sentirse copartícipes del desarrollo local.

ÁMBITO SOCIAL

La situación de salud de Colombia es el reflejo de la que viven sus Municipios. A pesar del posible avance en algunos indicadores en los últimos dos años, como la reducción de las muertes violentas, es evidente el deterioro actual de la calidad de vida. La ley 100 de 1993, con su estrategia central de aseguramiento universal para acceder a un plan de salud obligatorio y universal, pretendió solucionar dos de los grandes problemas del Sistema Nacional de Salud: la segmentación y las desigualdades debidas fundamentalmente a limitaciones económicas en el acceso a los servicios de salud.

El balance que se hace hoy es negativo pues no se han cumplido los objetivos propuestos y el pronóstico a futuro parece cada vez menos claro, ya que el deterioro de las condiciones de vida, por un lado, y la radicalización de las políticas de corte neoliberal, por el otro, parecen cerrar las posibilidades de desarrollo social equitativo.

Recientes investigaciones sirven para observar el comportamiento de algunos indicadores que dan

cuenta de la magnitud de la situación. A partir del año 1999 se observan una disminución en el aseguramiento del régimen contributivo y un estancamiento del subsidiado.² Al terminar el año 2000 la tasa abierta de desempleo era del 21%, la informalidad llegó al 60% de los ocupados y el ingreso promedio anual per cápita, descendió en más de 100 dólares.³

La exclusión en atención en salud que padece hoy la población colombiana se expresa, al menos, de tres formas diferentes: primero, la población cubierta por el régimen subsidiado no da cuenta de la situación real de pobreza del país; segundo, no toda la población focalizada debería estar allí; y tercero, los vinculados son cada vez más numerosos y tienen menos probabilidades de recibir beneficios en salud.

Mientras las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) venían descendiendo en el país hasta 1997, año en el cual se estancaron cerca al 37%, la Línea de Pobreza (LP) o por ingresos, se ha incrementado sistemáticamente hasta alcanzar en el año 2000 el 61.5%. El asunto es que la población base para la cobertura por el sistema de salud colombiano actual es la población NBI, lo que arroja una diferencia absoluta entre NBI y LP de más de 10 millones de personas que son "invisibles" para las políticas actuales de salud. Por otro lado, entre quienes reciben subsidios en salud, no todos son merecedores de los mismos, ya que diversos estudios muestran cómo las prácticas clientelistas permiten beneficiar a personas sin la condición de pobreza exigida.⁴

La negación de la universalidad se manifiesta en la creciente lista de vinculados desprotegidos del sistema. Hoy, por lo menos un 46% de la población no está asegurada, y eso, al desagregarlo, muestra que el 56% y el 63.15% de la población (deciles 1 y 2 de pobreza) no están asegurados. En cuanto a la equidad en el acceso, definida por Aday y Andersen en los años 80 como "utilización efecti-

va de servicios, con base en la necesidad de atención, e independiente de la capacidad de pago”, investigaciones sobre los resultados de la ley 100 en Colombia, evidencian que la utilización efectiva de servicios o sea el “acceso real” no se ha modificado sustancialmente.⁵

Antes de la reforma en salud, las Encuestas de Conocimientos, Actitudes y Prácticas (1986-1989) mostraban que la principal barrera para el acceso a los servicios de salud era la económica, hecho este que sigue vigente y, peor aún, agravado por la gran inaccesibilidad funcional. Este es, en forma resumida, el panorama que se encuentra en nuestras poblaciones con respecto a la situación de salud.

APS: ESCENARIO PARA LA FORMACIÓN DEL MÉDICO

Para tratar de reconstruir las características que debe tener el médico en el modelo de atención en salud que incorpore la APS como estrategia fundamental hacia la equidad, es imprescindible abordar el escenario de formación del profesional: la Universidad. Este espacio debe ser fiel a su condición de “universalidad del conocimiento”, donde por medio del proceso enseñanza-aprendizaje, la investigación y la extensión, la Universidad no pierda su pertinencia con respecto al contexto social. Dicha pertinencia hace alusión a una posición crítica ante los cambios de la práctica médica y a la forma como la escuela puede incidir sobre ella, por medio de estrategias educacionales adecuadas que permitan reordenar el saber, construir nuevo conocimiento, comprender la inserción social de dicho quehacer y su real incidencia sobre las relaciones sociales de producción.⁶

Independiente de la labor que debe cumplir la Universidad en la preparación técnica y tecnológica del médico, entendiendo la tecnología en el sentido amplio del conocimiento aplicado para resolver

problemas concretos, no puede permitirse desviar la atención de aspectos como la toma de conciencia que contribuya a construir una ideología alternativa contra-hegemónica, una perspectiva de ética social, o como expresó Héctor Abad Gómez acerca del nuevo profesional médico latinoamericano, una mayor conciencia social en el mismo, que le permita incorporar a su sentido ético tradicional, la noción de ética social.

Debido a que es claramente evidente la apatía histórica y generalizada del personal de la salud y en especial de los médicos a ser protagonistas del desarrollo colectivo, las mujeres y hombres médicos que requiere el modelo de atención en salud hacia la equidad, deben ser políticos en un sentido amplio. Por medio del arte, la opinión y la doctrina práctica se hacen protagonistas del manejo que el Estado le da a la salud pública. Es “velar por la salud del Estado” como diría Fernando Amador, parafraseando a Rudolf Virchow: “La medicina es una ciencia social y la política no es más que la medicina a gran escala”.⁷ Ahora, más que nunca, toman fuerza las palabras de Saúl Franco: “La degradación de la política y la hegemonía bioclínica han devaluado y ocultado la esencia política de la salud. Recuperarla es otra de las tareas en la construcción del nuevo modelo sanitario”.⁸ La APS es la estrategia fundamental para construir dicho modelo.

El personal de la medicina que se requiere para hacer APS debe ser por convicción un “constructor de ciudadanía”, que reconozca como alternativa de transformación el empoderamiento de la sociedad civil y sinergice la participación social en espacios aún poco aprovechados.

ÁMBITO UNIVERSITARIO

La misión de la Facultad de Medicina, enmarcada en la de la Universidad de Antioquia, cumple el servicio público de la educación superior en el área de la salud y la enfermedad humanas con criterios

de excelencia académica, pertinencia, ética, responsabilidad social y eficiencia académica y administrativa. La Facultad desarrolla su misión con investigación y docencia de pregrado y postgrado, las que constituyen los ejes de la vida académica, y ambas se articulan con la extensión para lograr sus objetivos.

La Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia reconoce la complejidad de nuestro sistema de seguridad social y por ello, ante la necesidad de impactar mejor en la realidad, inició una transformación curricular que se está abriendo paso como una forma nueva de concebir la enseñanza y el aprendizaje, al cual dota de una visión holística del proceso vital humano y lo integra a las diferentes esferas de los sistemas sociales. En él se encuentra plasmada una concepción que va desde lo general hasta lo singular y desde el macrocurrículo hasta el microcurrículo y permite la interacción entre los ciclos y las dimensiones y entre las áreas problema y los núcleos problemáticos que se abordarán a modo de red y darán paso a proyectos y módulos. Por ser un modelo curricular que se basa en la solución de problemas permite desarrollar competencias, que con claros referentes éticos facilitan el trabajo interdisciplinario para lograr mayor eficacia en la problemática sanitaria.

El nuevo currículo trata de responder a la crisis del modelo biomédico tradicional, en el cual la perspectiva del profesional desde la lógica Flexneriana tiene una mirada rígida y estructurada, lo que pudiera dificultar asumir los retos que la sociedad de hoy exige. Por eso el nuevo currículo incluye, entre otras, el Área de Salud y Sociedad, que se desarrolla en cursos durante el primer, tercer y sexto semestres.

Para el primer semestre, el objetivo general del Área de Salud y Sociedad es elaborar con los estudiantes un referente teórico, epistemológico y metodológico básico sobre la construcción del conocimiento humano y su relación con la vida, la salud y la

medicina. Para el tercer semestre el objetivo del Área es comprender las relaciones que existen entre la vida humana y la salud de los colectivos, reconocer en ellas los determinantes y condicionantes que las explican, configurar el estado de salud y de enfermedad de una sociedad y las respuestas que ella adopta, y analizarlas desde las diferentes perspectivas de los modelos de salud existentes en el mundo contemporáneo occidental. En el sexto semestre el objetivo es realizar un diagnóstico de salud en un micro-contexto; formular las acciones pertinentes de promoción de la salud y prevención de la enfermedad para intervenir el problema identificado y, finalmente, evaluar los resultados de la intervención.

En dos investigaciones que están en curso, sobre los campos de práctica de los estudiantes de Medicina de la Universidad de Antioquia, en las cuales se entrevistó a estudiantes, profesores y directivos de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que sirven de sitios de práctica, se encontró que cada vez se utilizan menos para las prácticas de los estudiantes las instituciones muy especializadas. Esto se explica, por un lado, porque dichas instituciones prefieren al estudiante de postgrado sobre el de pregrado, pues consideran que el primero sí les aporta, y por otro lado, porque los mismos estudiantes perciben que allí no son valorados, no se sienten útiles, pierden el interés de estar allí para aprender y prefieren los campos de práctica que se les parecen más a la realidad que les tocará enfrentar como profesionales.

Definitivamente estamos urgidos de nuevos campos de práctica integrales, donde encontremos en un solo escenario al individuo en su hábitat, su hogar, su familia, su trabajo, su comunidad, su centro de atención en salud de nivel básico y, si es necesario, el de nivel especializado. Todo esto en interacción con los espacios que propician la vida y que pueden generar enfermedad, para el mejor reconocimiento integral del proceso vital humano que permita su intervención.

En ese mismo sentido, tienen vigencia las palabras de José Félix Patiño, quien desde 1963 en Ascofame afirmó: “una Facultad de Medicina de este país no puede quedar satisfecha con adiestrar un excelente clínico; su deber, su obligación va más allá, a producir un médico general capacitado para procurar la atención integral de su colectividad dentro del marco de su participación en la planeación y ejecución acelerada del desarrollo económico y social del país”.⁹

REPENSANDO A “SALUD Y SOCIEDAD” HACIA LA APS

Para lograr lo anterior, es necesario comprender y analizar el fenómeno salud-enfermedad y la respuesta social desencadenada a través de la historia, para retomarlos hoy en escenarios concretos y hacer aproximaciones continuas y dinámicas a tan compleja situación, que permitan identificar cómo vive, sufre, se desgasta, se protege, enferma y muere nuestra población como lo describen Arbeláez e Hincapié en su guía para el análisis de situación de salud, y así ser propositivos en alternativas de intervención.¹⁰ Con este reto por delante es importante reconocer que el nuevo currículo avanza en teoría hacia la integración de áreas para comprender mejor el entorno.

Desde que el estudiante ingresa a la Universidad debe ser acompañado en su proceso formativo, identificándolo como sujeto y ayudándolo en su reconocimiento del entorno, para que comprenda la medicina como asunto social y en esa medida asuma el papel que le exige la sociedad de hoy, como actor social capaz de leer las necesidades del medio donde se desenvuelve; hacerlo capaz de unir esfuerzos y ganar viabilidad a las alternativas propuestas para transformar favorablemente su espacio, que es el mismo de quienes lo rodean. Para lograr todo esto, se debe trabajar durante el proce-

so de aprendizaje en el desarrollo de actitudes, aptitudes y contenidos.

¿Cómo generar el desarrollo de actitudes en los estudiantes? Para ello se deben crear expectativas y desde ellas motivarlos para ganar su atención y facilitar así la comprensión y la participación. Si participan realmente en su proceso formativo, indefectiblemente querrán aprender. Un estudiante con ganas de aprender pone a prueba la estructura de los procedimientos que permiten desarrollar los procesos de pensamiento y en ellos los contenidos pertinentes para la solución de problemas. Una vez puesto en marcha el proceso es fundamental sistematizar la experiencia para lograr que la Facultad de Medicina sea una institución que aprenda. Para ello se debe involucrar más a los estudiantes en la investigación. Cuando el docente es pedagogo en todo el sentido de la palabra, apoya la docencia con el producto de dichas investigaciones, les da pertinencia, define en las diferentes áreas los campos de práctica; con ello reconoce el valor de la extensión según la premisa de Martí, en el sentido de que “solo el que hace, sabe.”

LA PROPUESTA: ALIANZA FACULTAD DE MEDICINA-MUNICIPIOS SALUDABLES EN EL MARCO DE LA APS

El diseño de esta propuesta es un ejercicio participativo de planificación social en el cual los actores interactúan y negocian su intervención en aras de que todos los participantes ganen. De ahí que lo que se formule a partir de ese macroproyecto de alianza estratégica pudiese ser un plan, unos programas o unos proyectos según sean las necesidades detectadas. La Planificación Estratégica Situacional aporta muchas herramientas para dicho ejercicio. Una vez establecidos los

objetivos de los mismos y definido el momento de la intervención, se programará la participación de los estudiantes.

Si se estimulan el saber, el poder y el querer, para lograr el conocimiento, la habilidad y la motivación del comportamiento, se espera involucrar al profesional médico dentro de un equipo de trabajo, en la solución de problemas sociales. La metodología de Planificación de Proyectos Orientada a Objetivos o ZOPP (sigla por las iniciales en alemán) bien pudiera aprovecharse al utilizar técnicas como la moderación (trabajo en equipo), la visualización y la documentación, aplicándolas durante sus dos momentos: análisis de situación y diseño.

El análisis de situación hace referencia al estudio de un problema del cual se parte, realizado por todos los actores que intervienen en él y en las posibles soluciones. Luego se establecen los objetivos y su intencionalidad, se continúa con el análisis del problema por parte de los individuos involucrados, quienes determinan la viabilidad efectiva de los proyectos y por último plantean las alternativas de solución. La anterior información es sustrato para el segundo momento que es el diseño, el cual se desarrolla por medio de la matriz de marco lógico que integra todo el componente estratégico, con los indicadores, las fuentes de verificación y los supuestos o riesgos externos. De ahí se desprenden la matriz operativa y el presupuesto del proyecto.

La metodología, si bien tiene su estructura lógica, es flexible para permitir adaptaciones según sean los requerimientos nuevos, lo que permite aprovechar al máximo el potencial del estudiante, que con su creatividad, participa, acompañado, en este proceso del que debe beneficiarse plenamente por su gran componente práctico.

Ante las crecientes necesidades en salud y en otras áreas que son determinantes de la misma, se propone acompañar el desarrollo local con estudian-

tes en formación de los diferentes niveles de Medicina, y de otros programas que en sinergia potencien la intervención, desde una apreciación adecuada de las necesidades locales. El acompañamiento que durante toda la carrera desarrolla acciones coordinadas que hacen parte de un proyecto macro, formulado y ajustado de común acuerdo entre Municipio y Facultad de Medicina, pretende intervenir en forma progresiva la problemática priorizada y a su vez garantizar un desarrollo competente del área que se propone entender la Medicina como asunto social y al médico como actor social.

Se deben repensar y ajustar los contenidos del área a la luz de las necesidades tanto del estudiante como del escenario local, y así redistribuir la temática que se va a desarrollar según la lógica del currículo en articulación con la situación diagnóstica encontrada. No sobra anotar que estos ajustes deberían involucrar a todas las áreas; iniciar con Salud y Sociedad y El adulto en el ámbito social, continuar con todos los demás semestres, inclusive los de internado, para lograr allí un óptimo aprovechamiento del escenario local.

El proceso se desarrollaría bajo tutoría docente, la cual debería facilitar la integración real y necesaria en el interior de los semestres y una mayor coordinación a lo largo de la carrera. La tutoría aprovecharía la experiencia que se ha desarrollado en Biología Molecular desde donde se podría formular, ejecutar y evaluar la integración por semestres. La tutoría docente es un escenario propicio para el aprendizaje por la dinámica que desarrolla.

De igual forma, el aspecto evaluativo deberá acompañar al estudiante durante todo el proceso pero partiendo de construir con él los parámetros que serán evaluados. Sería así, entre otros aspectos, como se podría aprovechar mejor la metodología del aprendizaje basado en problemas, por estar fundamentado en grupos pequeños de estudiantes, en los cuales ellos son los protagonistas.

La Facultad de Medicina debe realizar una gran alianza estratégica con diferentes Municipios del Departamento de Antioquia dentro del convenio marco existente de Municipios Saludables firmado por el Departamento, la Universidad y los Municipios. Este le permitirá insertarse en el desarrollo sostenible de los mismos y responder a su misión social de una forma más pertinente. En este contexto, los escenarios propicios para la formación del estudiante de medicina son los espacios donde acontecen la vida y la salud, y se interviene en ellos acompañando el desarrollo local en líneas que apuntan al desarrollo humano y al bienestar social.

Un hecho fundamental para mantener la coherencia del programa es el análisis permanente del cumplimiento de las competencias durante los diferentes semestres, a la luz de las necesidades curriculares, las cuales se deben revisar periódicamente. Como competencias del primer semestre en lo referente a Salud y Sociedad se espera, en primer lugar, obtener la capacidad de construir un discurso de la relación del conocimiento y la salud, a partir de la apropiación de un referente teórico, con una actitud crítica y autocrítica, y en segundo lugar, adquirir la capacidad para leer el entorno, asombrarse frente a él y hacerle preguntas. Se define como competencia para los estudiantes de Salud y Sociedad del tercer semestre la capacidad para leer las múltiples realidades y relacionar los hechos condicionantes y determinantes de la salud y la vida. Finalmente, como competencia de Salud y Sociedad del sexto semestre, se espera desarrollar la capacidad de diagnosticar una problemática social e intervenirla efectivamente.

El abordaje integral de las diferentes problemáticas y el reconocimiento de que las disciplinas por separado no alcanzan a dar cuenta del conocimiento, obligan a hacer un llamado estratégico a otras Facultades de la Universidad para que con sus estudiantes y profesores se involucren en una gran intervención articulada en la cual la intersectorialidad e interdisciplinariedad marquen la pauta.

Se requiere definir un equipo coordinador interinstitucional e interdisciplinario, que vele por los intereses de los actores comprometidos en el proyecto. Esto implica representantes de ambos: Universidad (administradores, profesores, estudiantes) y Municipio (secretarías, comunidad, hospital, servicios públicos, educación, etc.). Este equipo además de la planeación, la distribución de los recursos del proyecto y la toma de decisiones, hará el control del mismo tras evaluaciones periódicas.

En el caso de los estudiantes de Medicina, se requiere potenciar el aprovechamiento de estos nuevos campos de práctica en el ámbito de la APS, articulando adecuadamente los ámbitos hospitalarios de los diferentes niveles. Cada Municipio pondría a disposición los centros de atención y hospitalarios de diferentes niveles, para articular allí las acciones en salud según los requerimientos sociales y las competencias de los estudiantes. Paralelo a esto se dispondrá de los demás escenarios requeridos para hacer integralmente atención en salud.

Colombia está ávida de experiencias de aplicación de política pública que se sostengan en el tiempo. Esta interesante alianza Universidad-Municipios, que se traduce en un ejercicio participativo de planificación para la transformación social, deberá desarrollar los mecanismos que garanticen la continuidad del mismo para poder, con más argumentos, manifestar el tipo de impacto que hayamos generado.

La alianza propuesta requiere concomitantemente una estructura administrativa adecuada que le dé funcionalidad a la propuesta. Sin una gran decisión política de ambos lados sería imposible esperar algún progreso, pero, en lo que a la Universidad respecta, esta decisión no es responsabilidad exclusiva de los directivos de la Facultad sino también decisión de la Universidad y en ella de todos y cada uno de los actores que allí laboramos. En la

actualidad se propone el montaje del Sistema Universitario de Gestión Integrada (SUGI), del cual se espera que defina las pautas para seguir a la hora de los ajustes administrativos que requiere la anterior propuesta.

SUMMARY

PRIMARY HEALTH ATTENTION AS AN APPROPRIATE SCENE FOR MEDICAL TRAINING AND SOCIAL TRANSFORMATION

In this article it is argued that Primary Health Care is an appropriate scene for medical training in Colombia, and that professionals with that orientation will be able to make significant contributions to the transformation of health attention toward equity. The present situation of health attention in Colombian municipalities and the increasing needs of the health sector are described. A framework is proposed for achieving the goal of "social transformation with equity" through medical doctors trained within the Primary Health Care perspective.

KEY WORDS

EQUITY
MEDICAL FORMATION
PRIMARY CARE
SOCIAL TRANSFORMATION

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ASCOFAME. Alcances de las conclusiones y recomendaciones de la Misión Colombo-Británica de educación y práctica médica. 2001/2004. en el tema de salud/medicina familiar. Bogotá.
2. Salud y seguridad sociales Colombia. Resultados del módulo de salud, aplicado en la encuesta nacional de hogares. DANE: Bogotá; 2000.
3. SARMIENTO L. Balance de la Constitución de 1991. Desconocimiento, derechos y explotación de necesidades. *Revista Foro* Bogotá: Ed. Foro nacional por Colombia, julio. 2001: N° 41: p 26.
4. RESTREPO J. et al. Condiciones de acceso y sostenibilidad financiera del régimen subsidiado de salud en Antioquia. Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia: Medellín; 2001.
5. ECHEVARRY E. Síntesis de los estudios de accesibilidad a los servicios de salud en Colombia, antes y después de la ley 100 de 1993. Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia: Medellín; 2001.
6. GARCÍA JC. *Pensamiento social en salud en América latina*, 1ª ed. México: Mc Graw-Hill; 1994: 313-315.
7. AMADOR TF. *El trabajo médico en el nuevo orden mundial*. 1ª ed. Tercer Mundo Editores: Bogotá; 1997: 189-190.
8. FRANCO S. *La salud pública hoy*. Universidad Nacional: Bogotá; 2003.
9. AMADOR TF. *El trabajo médico en el nuevo orden mundial*, 1ª ed. Tercer Mundo Editores: Bogotá; 1997: 28-29.
10. ARBELÁEZ MP, HINCAPIÉ D. Construcción del escenario sanitario a nivel local. Guía de trabajo. Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia: Medellín; 2001.

LECTURAS RECOMENDADAS

ABAD H. *Teoría y Práctica de Salud Pública*. Universidad de Antioquia: Medellín; 1987.

BARRENECHEA JJ, TRUJILLO E, CHORNY A. *Salud para todos en el año 2000: Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*, 2ª ed. Universidad de Antioquia: Medellín; 1990: 31-64 y 309-321.

CANGUILHEM G. *Lo normal y lo patológico*. Ed. Siglo XXI: México; 1993.

CANO E. *La Atención Primaria como la única alternativa, para alcanzar la medicina integral con equidad*. Boletín Cátedra abierta: Reforma de los servicios de salud en el mundo. Facultad de Medicina. Universidad de Antioquia: Medellín; N° 26, 2002.

CANO GE, CARMONA-FONSECA J, BLAIR-TRUJILLO S. Cátedra abierta. Reforma de los servicios de salud en el mundo. Facultad de Medicina, Universidad de Antioquia: Medellín; N° 10. 1999; 19 p.

ECHEVERRY ME. *La situación de salud en Colombia*. Universidad Nacional: Bogotá; 2002.

FACULTAD DE MEDICINA, Universidad de Antioquia. Programa oficial de cursos. Salud y Sociedad I, II, III. Medellín. 2002.

FACULTAD DE MEDICINA, Universidad de Antioquia. Comité de currículo. El proceso salud enfermedad y la educación médica. N° 2. Medellín; 2000.

FACULTAD DE MEDICINA, Universidad de Antioquia. Comité de currículo. La visión curricular. Los propósitos de formación. La propuesta pedagógica. N° 3. Medellín; diciembre, 1999.

FACULTAD DE MEDICINA, Universidad de Antioquia. Comité de currículo. Las estructuras curriculares. N° 4. Medellín; diciembre, 1999.

FACULTAD DE MEDICINA, Universidad de Antioquia. Comité de currículo. El microcurrículo. N° 6. Medellín; diciembre, 1999.

FRANCO S. *La salud al final del milenio*. Universidad de Antioquia: Medellín; 1994: 9 p.

GONZALEZ E. Un currículo basado en la solución de problemas para la formación de profesionales. Universidad de Antioquia. Vicerrectoría de docencia. Medellín; 2000.

HERNÁNDEZ M. El debate sobre la Ley 100 de 1993 antes, durante y después. La salud pública hoy. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2002.

ORDOÑEZ C. *La Salud Pública en Cuba. Experiencias de un trabajador de la salud*. La Habana Cuba. 1995.

RAMIREZ H, et al. Estrategia de Municipios Saludables por la paz. Grupo base. Universidad de Antioquia. Medellín. 2002.

YEPES CE. La salud pública en el plan nacional de desarrollo. Ponencia ante el Consejo Territorial de Seguridad Social en Salud. Facultad Nacional de Salud Pública, Universidad de Antioquia: Medellín; 2000.

