

T/101

N.S.
35063

**UNIVERSIDAD AUTONOMA METROPOLITANA
UNIDAD XOCHIMILCO**

MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL



Casa abierta al tiempo

INTEGRACION DOCENTE - ASISTENCIAL
REFLEXIONES SOBRE UNA EXPERIENCIA
EN EL PREGRADO DE ENFERMERIA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN MEDICINA SOCIAL

P R E S E N T A .

MARIA PATRICIA GONZALEZ CUELLAR

124382

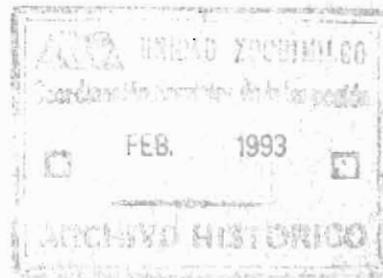
MEXICO, D. F.,

1989

a: FABIO Y DAVID ANTONIO
¡Naturalmente!

Por fin lo comprende mi corazón:
escucho un canto,
contemplo una flor...
¡ojalá no se marchiten!

NEZAHUALCOYOTL



Para mis padres y hermanos,
para mis amigos,
para todos aquellos quienes
en una u otra forma colaboraron
en este trabajo y para quienes
de él puedan obtener algún
beneficio

GRACIAS.

CONTENIDO

INTRODUCCION	Página
I LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN EL MARCO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD	8
1.1 Relación Universidad-Sociedad	
1.2 Relación Universidad-Estado	
1.3 Funciones Académicas de la Universidad	
1.4 La Atención Primaria de Salud	
1.5 Relación Universidad-Institución de Atención Primaria	
1.6 Integración de la Institución Universitaria a la Institución Asistencial en el marco de la APS	
1.7 Proceso de Integración Docente-Asistencial	
II CONTEXTO HISTORICO E INSTITUCIONAL DE LA IDA Y LA ENFERMERIA EN COLOMBIA	61
2.1 Resoluciones Legales	
2.2 Características del Sector Salud	
2.3 La Enfermería en Colombia	
III LA INTEGRACION DOCENTE-ASISTENCIAL ENTRE UNA FACULTAD DE ENFERMERIA Y UNA UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA	114
3.1 Aspecto Legal	
3.2 Aspecto Administrativo	
3.3 Aspecto Técnico	
IV ESPACIO DE ATENCION PRIMARIA EN EL QUE SE DESARROLLA EL PROCESO DE IDA	140
4.1 Localización	
4.2 Marco Histórico	
4.3 Población	
4.4 Ocupación	
4.5 Índice de Calidad de Vida	
4.6 Equipamiento Comunitario	

4.7 Organización Comunitaria

4.8 Perfil Salud-Enfermedad

4.9 Servicios de Salud

V REFLEXIONES SOBRE EL CASO OBSERVADO Y ELEMENTOS PARA
UNA PROPUESTA QUE VIABILICE EL PROCESO DE IDA.....174

5.1 Reflexiones sobre la Estructura de Poder

5.2 Reflexiones sobre la caracterización del Espacio
de Atención Primaria

5.3 Elementos para una propuesta que viabilice el
Proceso de IDA;

BIBLIOGRAFIA.....197

TABLAS

INDICE DE CUADROS

INDICE DE TABLAS

INDICE DE GRAFICAS

INDICE DE DIAGRAMAS

INDICE DE MAPAS

ANEXOS

INTRODUCCION

El presente trabajo tiene como propósito hacer algunas reflexiones sobre la fase inicial de un Proceso de Integración Docente - Asistencial y aportar elementos teóricos y organizativos que mejoren su desarrollo en las fases subsiguientes. Este proceso fue iniciado en enero de 1987 por una Institución Universitaria, la Fundación Escuela de Ciencias de la Salud de la Sociedad de Cirugía de Bogotá a través de su Facultad de Enfermería y por una Unidad de Atención Primaria de Salud, el Centro Médico San Camilo, en su área de cobertura ubicada en la periferia urbana del Sur - Oriente de la ciudad de Bogotá. Dicho proceso está asociado, por lo tanto, con la formación en el nivel de pregrado del recurso humano de enfermería y la Atención Primaria de Salud.

La Integración Docente - Asistencial se ha venido impulsando en América Latina a partir de la década de los setenta y en forma paralela al impulso de la Atención Primaria y la Participación Comunitaria, como estrategias de la Extensión de cobertura de los Servicios de salud, sin embargo, para efectos del presente trabajo no se considera como una estrategia sino como un proceso de gestión social en la formación de recursos humanos destinados a la satisfacción de las necesidades de salud y como un proceso político en el que intervienen tres instancias organizativas: la Universidad, el Servicio y la Comunidad y como

tal requiere de una visión estratégica de las condiciones que configuran el proceso de transformación.

La enfermería, dado su origen histórico como profesión íntimamente ligada a la Atención Médica, tanto en su práctica como en su aprendizaje se ha convertido en fuente enriquecedora de las experiencias de Integración Docente - Asistencial en los diferentes niveles de atención, buscando cada día más oportunidades para su desarrollo a través de este proceso. Sin embargo, como lo muestra el Estudio Nacional de Enfermería finalizado en Diciembre de 1987, en Colombia, uno de los problemas prioritarios de esta profesión durante los últimos doce años ha sido la dificultad de lograr la Integración Docente - Asistencial, problema al cual se suma un bajo rendimiento del recurso docente en términos de producción intelectual en lo que al área de la Atención Primaria se refiere y en programas de extensión a la comunidad, así como la ausencia de un marco conceptual que oriente la acción operativa de los programas de formación universitaria.

Estos mismos problemas se reflejan en la Facultad de Enfermería a la que aquí se hace referencia, la cual, aunque de origen reciente, sigue los lineamientos del modelo tradicional de la profesión, fundamentado en la concepción ideológica que de la práctica médica tiene la Sociedad de Cirujía de Bogotá, concepción guiada por el modelo médico hegemónico implantado en América Latina en la década de los cuarenta, caracterizado por su alta tecnología, alto costo unitario y cobertura reducida. El

cual beneficia principalmente a la porción de la fuerza de trabajo más involucrada en los procesos de modernización e industrialización y a la élite social. Es así como la formación del recurso de enfermería por esta facultad ha tenido una orientación básicamente clínica tendiente a resolver los problemas de enfermedad individuales en la familia y comunidad.

Sin embargo, en sus 10 años de funcionamiento, la facultad ha seguido un proceso de cambio determinado por las nuevas políticas de salud y de educación, las recomendaciones de las visitas evaluadoras del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior - ICFES - (1976, 1979, 1980 y 1982), la asesoría de la Universidad Nacional y los lineamientos de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería - ACUFAEN -.

Con la asesoría de la Universidad Nacional, (1980 - 1981), se elaboró un nuevo plan de estudios que incluyó contenidos de Atención Primaria y se modificaron la filosofía y los objetivos de la currícula: se planteó además, la necesidad de seguir ampliando e implementando dichos contenidos, a través de la orientación del desempeño del egresado, a corto, mediano y largo plazo, para responder ante el perfil salud - enfermedad del país ante las políticas y estrategias del sector salud.

A pesar de los esfuerzos hechos hasta el momento, las acciones desarrolladas en el campo de la Atención Primaria no se han enmarcado teórica ni metodológicamente, son acciones discontinuas

que se realizan durante el periodo de práctica de cada semestre, para interrumpirse en los periodos en que se imparten las bases teóricas y se dan vacaciones, tienen objetivos puramente académicos, y las comunidades a las que se les ofrece el servicio se consideran como usuarias y objeto de estudio.

Es importante destacar, que las directivas y el cuerpo docente de esta Facultad, en Diciembre de 1986, al celebrarse un taller de Autoevaluación Curricular, detectaron la necesidad urgente de la elaboración y desarrollo de un programa de extensión universitaria, que con base en la IDA, se desarrollara en el nivel primario de atención, en una comunidad por escoger y que debería ser apoyado permanentemente por un proceso de investigación.

De otra parte, la facultad es consciente de su responsabilidad ante las exigencias del ICFES a todas las instituciones de educación superior acerca del cumplimiento de su FUNCIÓN SOCIAL en el sentido de "Mantener actividades de extensión científica, cultural y de servicios a la comunidad..." (Decreto 80/ 1980).

El Centro Médico San Camilo, creado en Enero de 1987 por la comunidad de sacerdotes Camilianos, tiene como objetivo principal el dar una atención integral al individuo, familia y comunidad, haciendo énfasis en la Atención Primaria y la Participación Comunitaria y siguiendo los lineamientos de la regionalización de los servicios de salud, para lo cual ha iniciado su proceso de adscripción al Sistema Nacional de Salud, con miras a convertirse

en un organismo mixto de atención en salud. Con tal propósito el Centro Médico San Camilo ha tratado de coordinar todas sus actividades con la Secretaría de Salud de Bogotá de la cual recibe aportes en recursos humanos y materiales. El área que rodea este centro está conformada por asentamientos humanos espontáneos, con una población materno - infantil alta y necesidades básicas de salud no resueltas.

Ante tal situación, la atención se dirige en un primer capítulo hacia la problemática general de la formación de recursos humanos para la Atención Primaria de Salud. La cual al ser parte de la práctica universitaria está determinada por las relaciones Universidad - sociedad y Universidad - Estado en el marco de la estructura socioeconómica, relaciones que a su vez determinan las características de las funciones universitarias de Docencia, Investigación, Servicio y Extensión y Difusión Cultural, lo mismo que las posibilidades de integración de las Instituciones de Educación Superior a las Instituciones de Atención Primaria en un espacio social de vida y de trabajo que hemos denominado Espacio de Atención Primaria.

En un segundo capítulo se abordan algunos aspectos de la Integración Docente - Asistencial en Colombia, relacionados principalmente con las estructuras académicas existentes y su articulación a los procesos de Docencia - Asistencia, así como el marco legal que los sustenta. Se describe aquí también como referente importante para el desarrollo de tales procesos, las

actuales características del sector salud, las cuales dan una visión general de su infraestructura, cobertura, financiamiento, políticas y programas especialmente aquellos relacionados con la Atención Primaria.

En el mismo capítulo y como referente histórico de los procesos de Integración Docente - Asistencial se hace una descripción de la relación entre práctica de enfermería y educación superior en el marco de la estructura socioeconómica del país a lo largo de tres periodos históricos relacionados con el desarrollo y consolidación del sistema capitalista en América Latina y Colombia.

En el tercer capítulo, teniendo en cuenta que la factibilidad y la viabilidad del proceso de Integración Docente - Asistencial no sólo depende de factores sociales, económicos y políticos como los considerados en los capítulos anteriores, sino también de mecanismos institucionales que permitan la articulación entre las instituciones involucradas y entre estas y la comunidad, ya sea para consolidar su poder interno o para generar en ellas una capacidad de transformación, abordamos como referente empírico una situación concreta que responde a una experiencia de Integración Docente - Asistencial en su fase inicial (Enero-Diciembre de 1987), la cual ha sido condicionada por aspectos legales, administrativos y técnicos que aquí se describen.

El cuarto capítulo se refiere a la base cognoscitiva del proceso de Integración Docente - Asistencial dada por las características

del proceso salud - enfermedad desarrollado en el Espacio de Atención Primaria, su distribución y determinantes. Considerando el Espacio de Atención Primaria como un espacio social de vida y de trabajo, se realizó sobre él un diagnóstico socioeconómico que incluye aspectos geográficos, históricos, demográficos y en general las condiciones materiales de vida de la población, su organización comunitaria, su perfil salud - enfermedad y la respuesta social al mismo.

Para finalizar, en el quinto capítulo y con base en la situación descrita se hace una reflexión sobre la estructura de poder institucional, en tanto capacidad de viabilizar el proceso de Integración Docente - Asistencial como un proceso político transformador de su propia práctica y de las condiciones materiales de vida y de trabajo del Espacio de Atención Primaria. Partiendo de estas reflexiones se sugieren estrategias de acción y transformación de las estructuras y funciones universitarias y se dan algunos elementos organizativos indispensables para la continuidad del proceso.

I. LA FORMACION DE RECURSOS HUMANOS EN EL MARCO DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD

La formación del recurso humano para la Atención Primaria de Salud es parte de la práctica universitaria. La universidad podrá responder parcialmente a las características y necesidades de salud y desarrollo de los pueblos, integrando sus funciones: Investigación, Docencia, Servicio, y Extensión y Difusión de la Cultura a las instituciones de servicio y a las comunidades, lo cual, en los últimos años se ha tratado de impulsar mediante el llamado proceso de Integración Docente - Asistencial llevado a cabo en el "Espacio de Atención Primaria".

A lo largo del presente trabajo se planteará dicho proceso como la Integración Docencia - Servicio - Comunidad, el cual, al ser un proceso de gestión social en la formación de recursos humanos destinados a la satisfacción de las necesidades de salud, requiere de un análisis de las contradicciones que se generarán a través y como resultado de acciones concretas: prácticas educativas, prácticas de salud en la comunidad y generadas por ella y prácticas propias de los servicios de salud.

El análisis privilegia la relación entre la práctica médica y la educación superior en la estructura socioeconómica, para encontrar elementos de juicio que permitan una visión estratégica de las condiciones que configuran el proceso de cambio social y

una fundamentación de políticas, estrategias y acciones tendientes a vincular la población con la institución de educación superior en el marco de la estructura socioeconómica.

Este desarrollo teórico contempla las leyes objetivas que rigen nuestro sistema social y sus necesidades de reproducción que tienden a reforzar y ser reforzadas por los modelos de enseñanza y prácticas de salud.

Cuando se analiza la totalidad social, se enfatiza la necesidad de articular la educación superior a las características propias de la sociedad actual, utilizando planteamientos educativos de los cuales se derivan líneas curriculares alternativas dentro de la práctica educativa dominante, tendientes a orientar la formación del recurso humano en salud, desde su problemática vista a través de la Integración Docencia - Servicio - Comunidad, en el marco de la Atención Primaria de Salud.

Lo anterior implica la comprensión de las relaciones Universidad - Sociedad y Universidad - Estado, las cuales determinarán en última instancia las características de las funciones universitarias y las posibilidades de integración de las instituciones de educación superior a las instituciones asistenciales en el marco de la Atención Primaria de Salud.

1.1 Relación Universidad - Sociedad

La Universidad como concepto y como institución no ha existido siempre en la sociedad, su origen, desarrollo y situación actual han sido producto de circunstancias concretas en cada momento histórico de la sociedad.

Por estas razones, la realidad que conocemos actualmente como Universidad en las diferentes sociedades donde existe representa la totalidad de cada sociedad, es decir, que manteniendo sus leyes internas, su realidad no es más que el producto de la interrelación de los diferentes sectores sociales.

En la sociedad como totalidad, es posible distinguir de una parte una estructura social -las clases- que depende directamente de las relaciones de las fuerzas productivas y, de otra una superestructura ideológica y política.

La superestructura está formada por dos grandes planos: "la sociedad política que corresponde al dominio directo que se expresa en el Estado - Gobierno, constituida por el aparato coercitivo del Estado, encargada de adecuar la sociedad civil a la estructura económica" (1), y la sociedad civil "formada por el conjunto de los organismos vulgarmente llamados "privados" y que corresponden a la función de hegemonía que el grupo dominante ejerce en toda la sociedad" (2), esto es, a la "unión indisoluble de la dirección política, intelectual y moral y del dominio

político y económico que ejerce una clase sobre toda la sociedad". (3).

La sociedad civil puede ser considerada además bajo tres aspectos complementarios:

- "Como ideología de la clase dirigente, en tanto abarca todas las ramas de la ideología, desde el arte, hasta las ciencias, pasando por la economía, el derecho, etc.;

- Como concepción del mundo difundida entre todas las capas sociales a las que liga de este modo a la clase dirigente, en tanto se adapta a todos los grupos; de ahí sus diferentes grados cualitativos: filosofía, religión, sentido común, folklore;

- Como dirección ideológica de la sociedad, se articula en tres niveles esenciales: la ideología propiamente dicha, la "estructura ideológica" -es decir las organizaciones que crean y difunden la ideología-, y el "material" ideológico, es decir los instrumentos técnicos de difusión de la ideología (sistema escolar, medios de comunicación de masas, bibliotecas, etc.)" (4).

La universidad así, ubicada dentro del "material ideológico" de la sociedad civil constituye un instrumento de gran importancia para la difusión de la ideología, considerada ésta como "el terreno donde los nombres se mueven, adquieren conciencia de su posición y luchan". (5).

La ideología se materializa en las prácticas sociales (prácticas de educación, de salud, religiosas, etc...); cualquier ideología o concepción del mundo, se nos presenta como expresión de la "vida comunitaria de un bloque social", esto es, una ideología orgánica (6), capaz de "organizar masas humanas", de guiar actividades individuales y colectivas y por lo tanto, capaz de generar en el hombre todas las formas de conciencia: (7).

La práctica ideológica posee sus propios agentes, los INTELLECTUALES, categoría esta, dentro de la cual se encuentran, entre otros, los docentes o educadores, desde maestros de enseñanza elemental hasta profesores universitarios, (8), los trabajadores de la salud: enfermeras, médicos, odontólogos, técnicos, etc... no sólo el intelectual tradicional entendido como literato, filósofo y artista, (9). Gramsci los clasifica en dos categorías principales según pertenezcan a una de las clases fundamentales (intelectuales orgánicos) o bien de las clases que expresan modos de producción anteriores (intelectuales tradicionales), siendo el ejemplo típico de estos últimos el clero y los médicos, (10).

Los intelectuales son los responsables de elaborar y difundir las ideologías orgánicas y de llevar a cabo la reforma intelectual y moral, (11) esto es, el proceso de transformación ideológica hacia una nueva concepción del mundo rearticulando los elementos ideológicos existentes, descomponiéndolos y seleccionándolos de acuerdo con el servicio que puedan prestar a la nueva situación, creando entonces un nuevo sistema ideológico.

Así, los intelectuales se convierten en un factor de hegemonía en el aspecto ideológico y deben ejercer su poder en determinadas esferas para modificar a la sociedad según su concepción ideológica del mundo.

Ahora bien, la Universidad es el instrumento para formar los intelectuales del nivel superior, contribuyendo a mantener la hegemonía. Esta función en tanto práctica ideológica, puede determinar la organización de sus actividades y la reinterpretación de las necesidades sociales, porque:

La Universidad aunque tiene correspondencia con la estructura social, no es su reflejo mecánico, por el contrario, la Universidad goza de un espacio social diferenciado, que le permite mediar las presiones y requerimientos externos, así como regular las acciones y relaciones universitarias. La Universidad valiéndose de su relativa autonomía puede determinar la organización de sus actividades y la reinterpretación de las necesidades sociales (12).

La comprensión de esta realidad la llevará a la comprensión y redefinición de su quehacer en el contexto social actual, pasando a formar intelectuales con herramientas científicas de comprensión social.

En este sentido, la Universidad asumirá diferentes posiciones para la formación de sus intelectuales y en cuanto a los intelectuales de salud se refiere, optará, bien, por formar profesionales que reproduzcan la ideología de la clase dominante mediante la transmisión de conocimientos en forma acrítica.

haciendo énfasis en la particularidad del conocimiento: o bien, ofrecerá servicios a la comunidad, buscando que el estudiante ponga en práctica sus conocimientos pero sin dar elementos de análisis socioeconómico y, por lo tanto, sin permitir un desarrollo creativo de estudiantes y profesores, tomando a la comunidad como objeto más no como sujeto de estudio; finalmente, algunas universidades cumplirán con su FUNCIÓN SOCIAL, para lo cual analizarán las contradicciones de la sociedad como totalidad.

Al asumir esta última posición la Universidad reconoce en los "intelectuales de la salud" a sujetos históricos de una práctica hegemónica, la práctica médica y que como tales también gozan de una relativa autonomía que los puede conducir a prácticas nuevas o alternas.

El problema de la creación de un nuevo grupo intelectual consiste en elaborar críticamente la actividad que existe en cada uno en cierto grado de desarrollo modificando su relación con el desarrollo muscular y nervioso en un nuevo equilibrio, logrando obtener el mismo esfuerzo muscular y nervioso que como elemento de una actividad práctica general innova constantemente el mundo físico y social, llegue a ser el fundamento de una nueva e integral concepción del mundo. (13)

Esto es, la formación de un nuevo "intelectual de salud" debe partir del cuestionamiento de su práctica profesional, la cual, como lo señala Juan C. García, puede lograrse:

Mediante una estrategia educativa adecuada que permita

el reordenamiento del saber acumulado, la construcción de un nuevo saber, la comprensión de la inserción social de la práctica Médica y de la incidencia de las relaciones sociales de producción en que esta inmersa la práctica médica y su objeto. (14)

Igualmente señala García, a través de la Universidad es posible crear estrategias y conceptos fundamentales que constituyan la base de la creación científica y de las prácticas sociales de las profesiones, lo mismo que producir conocimientos científicos que constituyan una práctica central y un componente fundamental del proceso enseñanza - aprendizaje. (15)

El modo de ser del nuevo intelectual ya no puede consistir en la elocuencia motora, exterior y momentánea de los afectos y las pasiones, sino que el intelectual aparece insertado activamente en la vida práctica, como reconstructor, organizador "persuasivo permanentemente", no como simple orador - y sin embargo superior al estilo matemático abstracto -; a partir de la técnica - trabajo llega a la técnica ciencia y a la concepción humanista histórica, sin la cual se es "especialista" y no se llega a ser "dirigente" (especialista + político). (16)

Lo anterior debe vincularse a la prestación de servicios como objeto importante de la práctica universitaria, función que satisface una necesidad y que para realizarla adecuadamente requiere del análisis de esas necesidades y de sus determinantes. Al vincular la prestación de servicios con la investigación, deben resultar propuestas de nuevas prácticas profesionales que satisfagan colectivamente las necesidades de la población y que participen del cambio social.

Esta vinculación Teórico - Práctica, Universidad - Sociedad, lleva implícito un proyecto pedagógico que conlleva la integración Docencia - Servicio - Comunidad en el "Espacio de Atención Primaria", proyecto que incidirá positivamente en el cumplimiento de la función social de la Universidad, ya que mejorará la asistencia en la medida en que exista un compromiso hacia el mejoramiento de los problemas de salud de la población, un nexo entre el proceso educativo y el proyecto asistencial y vincule al personal docente - estudiantil a la asistencia.

La Universidad puede convertirse así, en una instancia donde la sociedad puede, sobre bases científicas, emprender su propio análisis y propiciar su transformación; puede constituirse en orientadora y promotora de los procesos de cambio en la distribución y determinantes de la Salud - Enfermedad, tanto por la forma en que organice su trabajo académico, como por la acción de sus graduados de las facultades del área de la salud en el seno de la sociedad.

1.2 Relación Universidad - Estado

Para efectos de este trabajo, la concepción más adecuada que se ha encontrado sobre el Estado es aquella que lo concibe en un sentido integral, permitiéndonos verlo más allá de un aparato represivo, como instrumento de poder o de dominio; o en términos únicamente de consenso, de la dirección intelectual y moral del grupo dominante de la sociedad.

El Estado en un sentido integral, es la unión de los dos planes

superestructurales: sociedad política y sociedad civil" (17); es el conjunto de actividades prácticas y teóricas por medio de las cuales un determinado grupo social realiza su hegemonía sobre el resto de la sociedad (18). El ejercicio de la hegemonía combinará fuerza y consenso para crear una nueva civilización y una moral adecuadas a las necesidades de desarrollo de la estructura económica y por consiguiente de las clases dominantes. En esto radica la función pedagógica o formativa del Estado, que puede ser positiva o negativa y represiva (19); función en la que está implicada la Universidad como institución de la estructura ideológica de la sociedad civil, que contribuye a la elaboración y difusión de la ideología.

La Universidad califica los recursos humanos del nivel superior necesarios para el sistema productivo; actúa como selector social, dado el acceso diferencial según la extracción de clase que la lleve a reclutar el talento necesario a la clase hegemónica y, finalmente, su función pedagógica está relacionada con la búsqueda del consenso ideológico y cultural o de socialización, esto es, el acuerdo y legitimación que da la sociedad civil a las concepciones, normas, valores, etc. del discurso teórico - práctico de una clase determinada, y en palabras de Gramsci, el consenso consiste en "la identificación del individuo con el todo, estando el todo representado por los dirigentes" (20). Los elementos del consenso corresponden a la sociedad civil y los de la fuerza a la sociedad política (21).

Sin embargo, en el contexto latinoamericano especialmente las universidades Nacionales y Autónomas de la región, dadas las contradicciones que reflejan y por su relativa autonomía, han tenido siempre características especiales en sus relaciones con el Estado y la Sociedad, contribuyendo a generar y difundir ideologías que cuestionan la ideología dominante. De ahí sus posibilidades como agente de cambio.

A lo largo del proceso histórico republicano ha sido una constante en la mayoría de países, el enfrentamiento o bien el distanciamiento, contemplada la relación entre las instituciones universitarias y los gobiernos que personifican al Estado. En las últimas décadas, las luchas políticas estudiantiles han contribuido al desarrollo de conflictos entre las universidades y los poderes públicos.

En los escasos periodos en los que se ha dado una mayor integración de la Universidad al Estado ha sido en razón de subordinaciones impuestas por los gobiernos más que por libre decisión de ambas partes; en algunas ocasiones han confluído intereses políticos y estudiantiles, pero esta confluencia ha sido poco duradera.

En general, en América Latina las relaciones Universidad - Estado se han mantenido muy poco en planos de respeto y ayuda mutuas, en razón de que los sistemas políticos tradicionales no se identifican en su mayoría con los legítimos intereses de cada nación, ni mantienen una conducta de respeto a los derechos

numeros y de efectivo ejercicio de los principios democráticos (22), imperando la fuerza por encima del consenso.

A esta última afirmación se le ha denominado CRISIS DE HEGEMONIA, dado que el ejercicio de la hegemonía a nivel estatal requiere cierto equilibrio de compromiso entre el grupo hegemónico y el grupo sobre el cual se ejerce la hegemonía; de otra manera, si no son tomados en cuenta los intereses de los grupos subalternos, esto es, si el grupo hegemónico sólo conserva el dominio pero pierde la dirección, si su fuerza no se apoya en el consenso, entonces se produce dicha crisis (23).

El predominio de la fuerza sobre el consenso equivale al predominio de la sociedad política sobre la sociedad civil, fenómeno que Gramsci ha denominado FASE ECONOMICO CORPORATIVA DEL ESTADO (24), que para el contexto latinoamericano no sería la fase inicial y progresiva de formación de un nuevo Estado sino la fase final o regresiva en la que el consenso se ha perdido y que se presenta como reacción contra las posibilidades y las necesidades de cambio.

La crisis de hegemonía limita la transmisión y difusión ideológica de la Universidad. Entre otros factores limitantes, anotaremos aquí los resumidos por Pablo Latapí:

a) "Tratándose de un convencimiento y de procesos de formación de valores, no pueden esperarse resultados mecánicos. Siempre existe la posibilidad de resultados contrarios: valores opuestos a los representados por la

institución;

b) los hábitos intelectuales y morales, el espíritu crítico que fomenta la formación universitaria, frecuentemente se vuelve contra los supuestos y contenidos de la ideología de dominio;

c) por la complejidad de las sociedades dependientes la clase dominante no constituye un todo homogéneo sino que está fragmentada en diversos grupos en pugna (burguesía industrial, comercial, financiera, terratenientes, etc.), por lo cual también se manifiestan contradicciones en las ideologías de dominio que transmite la Universidad;

d) además, existe frecuentemente diferencias entre la ideología de los grupos económicos y la de los grupos políticos, por lo que la acción socializadora de la Universidad no será única". (25)

En el proceso de creación de un nuevo Estado, la fase Económico Corporativa tiene tres elementos. El primero, Económico Primitivo en el cual se expresa la conciencia de los intereses profesionales de un grupo, pero todavía no sus intereses como clase social; en un segundo momento, Económico Político, en el que se expresa la conciencia de los intereses de clase, pero sólo a un nivel económico; el tercer momento, Político, corresponde a la afirmación integral de los grupos subalternos, se rebasarán los marcos puramente económicos y la lucha política se planteará como objetivo la conquista de la hegemonía en la sociedad civil. Lo cual constituye la segunda fase del proceso, dirigida a la unificación histórica de las clases subalternas cuyo alcance culmina en la tercera fase Ético - Político o de hegemonía en la sociedad política. (26)

La participación de la universidad en la fase final o regresiva del Estado o en las fases de formación de un nuevo Estado depende de la relación de fuerzas existentes en la sociedad. Fuerzas Sociales, ligadas a la estructura y que dependen del grado de desarrollo de las fuerzas materiales de producción; las Fuerzas Políticas como grado de conciencia y de organización dentro de los diferentes grupos sociales; y, las Fuerzas Militares que son las inmediatamente decisivas según las circunstancias. (27)

Para precisar la naturaleza y condiciones de la relación Universidad - Estado es indispensable hacer un breve análisis de la Autonomía Universitaria, Régimen Económico - Financiero y la Actitud de la Universidad frente al Poder Público.

1.2.1 Autonomía Universitaria

En América Latina el modelo que ha generado la Autonomía Universitaria está dado por los postulados de la Reforma Universitaria en Córdoba, Argentina, en el año 1916, donde se pedía "autonomía universitaria en aspectos políticos, docentes, administrativos y económicos; autarquía financiera". Sin embargo, hasta 1945 las universidades funcionaron generalmente bajo la mirada vigilante de los gobiernos: estaban dedicadas a las llamadas profesiones liberales, graduando abogados, farmacéuticos, médicos e ingenieros. Fue una etapa de inmovilidad de la Universidad Latinoamericana.

A partir de 1945 la Autonomía Universitaria se consolidó, a

través de algunas cartas políticas en las que se plasmaron sus principios, concediéndose a las instituciones la facultad de elegir libremente a sus autoridades y de regular su régimen académico; a la vez que se les dotó de una asignación presupuestal para garantizar su funcionamiento.

En 1949 se creó la "Unión de Universidades de América Latina" (UUDAL), la que proclamó que el ejercicio auténtico del oficio universitario demanda el máximo respeto a la libertad de cátedra y de pensamiento cuya garantía insustituible es la plena vigencia de la autonomía universitaria; así se luchó para que a la Universidad Latinoamericana se le reconociera su autonomía y le fuera defendida como medio para garantizar sus funciones, su libertad científica, administrativa y financiera. En complemento se proclamó la conveniencia de que el principio de la autonomía se elevara a nivel de norma constitucional como en efecto existe ahora en varios países latinoamericanos. (28)

El concepto de autonomía ha ido cambiando a través de la historia dependiendo de las características de la sociedad en que se inscriba y de su sistema educativo y universitario. Antonio García describe tres niveles de este concepto:

a) "El que la define como una capacidad simplemente operacional y administrativa de una cierta comunidad universitaria, aprisionada dentro de unos ciertos parámetros ideológicos, científicos y técnicos impuestos tanto por el Estado como por la naturaleza restrictiva del tipo de desarrollo capitalista fundamentado en formas más o menos encubiertas de colonialismo cultural;

b) El que la identifica con el concepto de autogobierno, en cuanto no sólo comprende la capacidad operacional de administrar autónomamente un cierto repertorio de recursos propios - físicos, financieros, presupuestales, culturales - sino de tomar decisiones acerca del esquema académico y de la manera de cumplir la Universidad sus funciones en la formación de cuadros profesionales sin desbordar los marcos del modelo de desarrollo dependiente; y

c) El nivel superior que entiende la autonomía de la universidad como capacidad de autodeterminación que conquista una comunidad universitaria cuando se transforma en la conciencia crítica de una sociedad en un proceso de transición hacia formas superiores de organización social y política, instrumentando un proyecto socialista o nacional - revolucionario de desarrollo y gana la facultad de trazarse autónomamente rumbos y de trazar rumbos a la cultura de esa sociedad en que se integra y que expresa, en el plano de la participación directa en las grandes conquistas culturales del mundo contemporáneo o en el plano de desarrollo interno de una nueva cultura, sustentada en la identificación con los intereses, propósitos y objetivos de un pueblo". (29)

Esta última forma de autonomía sólo puede darse en un proceso de transformaciones en el que la universidad se integra realmente a la sociedad y a las clases que articulan y conducen el proyecto político de nueva sociedad, operando como una conciencia crítica y como órgano de investigación y descubrimiento de los nuevos caminos y de formación de los nuevos contingentes identificados en la operación estratégica de desarrollo. (30)

Como resultado del nivel de conciencia crítica, del grado de autonomía y de la capacidad para reflejar en su seno las contradicciones y necesidades sociales, la universidad en el proceso de formación del recurso humano en salud transmitirá y difundirá determinada concepción ideológica del proceso salud -

enfermedad con el objeto de legitimar o cuestionar el sistema de salud dominante, impulsando su transformación o desarrollo a través de acciones y programas concretos.

1.2.2 Régimen Económico y Financiero

Las Universidades Nacionales Autónomas y no Autónomas han dependido siempre del aporte financiero del Estado para su subsistencia. Estas universidades no producen lo suficiente para atender sus gastos de funcionamiento que, a partir de los años cincuenta y como resultado del incremento en la población estudiantil han ido en continuo ascenso, lo cual muchas veces da lugar a conflictos que condicionan la relación Universidad - Estado.

Por su parte, el régimen económico y financiero de las universidades privadas se sustenta en los ingresos propios derivados del pago de matrículas y cuotas estudiantiles, de aportes de fundaciones, de personas particulares o de ayudas extraordinarias de universidades extranjeras. Sin embargo, algunas de ellas reciben subsidios estatales, lo cual las coloca dentro de los mecanismos de control de los gastos públicos.

1.2.3 Actitud de la Universidad frente al Poder Público

La actitud que la Universidad asuma ante el poder público, y en general su política de participación o abstención en el estudio y debate de la problemática social constituyen factores

determinantes en la relación Universidad - Estado. En las últimas décadas las universidades latinoamericanas han adoptado diferentes tipos de conducta explicadas por Usher como sigue:

a) UNIVERSIDAD AISLACIONISTA O APOLITICA, aquella que postula su absoluta dedicación a sus labores académicas, sin intervenir en la problemática política o social del país. Esta actitud es muy frecuente en las universidades privadas, y algunas públicas como medio para garantizar un mínimo de autonomía, la dotación de suficientes recursos financieros de parte del Estado, y el respeto de la autoridad a los miembros de la comunidad universitaria;

b) LA UNIVERSIDAD COMPROMETIDA CON EL REGIMEN POLITICO Y EL SISTEMA SOCIAL Y ECONOMICO, se usa el término "comprometida", como expresivo de incondicionalidad... La actitud negativa resulta cuando las instituciones universitarias en su afán de sobrevivir se pliegan a los dictados gubernativos, por acción u omisión, incurriendo en una conducta que aniquila la libertad académica, sacrifica los otros aspectos de la autonomía y aleja a las instituciones de su función crítica y participativa en la problemática social. Debe reconocerse que, en los tiempos actuales, una conducta semejante ha sido impuesta a ciertas universidades públicas, por procesos intervencionistas, pero que no es un producto genuino del sentir de los miembros de sus respectivas comunidades.

c) LA UNIVERSIDAD POLIFIZADA Y BELIGERANTE, que adopta esta conducta, o bien esta dirigida a los más altos niveles por elementos sectarizados y dogmáticos, o bien sufren la acción de grupos activistas que las conducen a esa actitud, la cual no refleja necesariamente el sentir de la mayoría. (31)

Ninguna de las posturas extremas que se han señalado parece correcta. Se piensa que la Universidad debe elaborar políticas claras de proyección social, y llevarlas adelante sistemáticamente, sin depender de situaciones circunstanciales. La Universidad debe postular su derecho y obligación de

Intervenir en el estudio y solución de los problemas nacionales, tratando de lograr cambios, señalar errores y también reconocer aquellas actitudes que juzgue positivas, sin comprometerse necesariamente con la conducta política de los gobiernos.

1.3 Funciones Académicas de la Universidad

Inicialmente y durante largo tiempo la función esencial de la Universidad fue la formación de profesionales en las diferentes áreas para satisfacer las exigencias que establece la división del trabajo y reproducir en cada área del conocimiento la ideología dominante. En este sentido la función sobre la cual giraba la Universidad era la función docente, entendida como la transmisión de conocimientos de maestro a alumno, concibiendo estáticamente la educación ya que solo se la veía desde el punto de vista metodológico y formal.

La función de investigación no era reconocida como específica de la universidad, pues su único papel era el de producir conocimientos, realizándose aisladamente desde centros especializados de investigación científica. A partir de 1945, comenzó a reconocerse la necesidad de los cambios en las funciones universitarias explicitos en el ideario de la Reforma Universitaria de Córdoba en 1918. En 1945, al crearse la Unión de Universidades de América Latina (UODUAL), se consignó que las universidades debían promover como una de sus funciones propias la Investigación Científica, lo mismo que la Extensión Universitaria.

Actualmente, la Universidad Latinoamericana reconoce que sus funciones académicas son tres: Docencia, Investigación y Extensión; y en los últimos años se ha reconocido una nueva función. Los Servicios. En Colombia, la Legislación Universitaria reconoce también estas tres funciones, estando el Servicio ubicado dentro de la Extensión. (32)

1.3.1. Docencia

"Consiste en preparar profesionales, adecuados cuantitativa y cualitativamente a la demanda surgida del aparato productivo de la sociedad y de la necesidad de proveer diversos servicios específicos". (33)

Esta función no se debe limitar a la simple transmisión mecánica de conocimientos hacia un receptor pasivo; implica la formación de las capacidades necesarias para la vinculación al aparato productivo de la sociedad a través de una relación estrecha con una realidad concreta, trascendiendo el binomio teoría - práctica y superando la práctica en laboratorios artificiales.

Bajo este supuesto según Villareal, el proceso educativo debe estructurarse en torno a objetos de transformación definiendolos como "problemas de la realidad socialmente significativos" que son considerados por la Universidad como pertinentes para ser incluidos en el proceso enseñanza - aprendizaje". (34)

Un problema socialmente definido es un hecho social planteado por

la clase mayoritaria de la comunidad, cuya solución es necesaria para satisfacer sus propias necesidades de desarrollo. (35)

La docencia así, girará en torno a un objeto de transformación, el cual debe ser lo suficientemente general como para satisfacer los requerimientos de la Universidad; posibilidades curriculares, secuencia y operatividad; debe ser lo suficientemente particular para incidir en la satisfacción de las necesidades de desarrollo de la comunidad; y la acción conjunta de la universidad y los grupos sociales deben tener carácter transformador. (36)

La función docente debe dirigir su acción para que el proceso y el método de aprendizaje sean una apropiación viva del conocimiento "una verdad es fecunda sólo cuando se ha hecho un esfuerzo para conquistarla... no existe en sí ni por sí, sino que ha sido conquista del espíritu; que en cada individuo es preciso que reproduzca aquel estado de ansiedad que ha atravesado el estudioso antes de alcanzarla" (37)... "Este representar en acto a los oyentes la serie de esfuerzos, los errores y aciertos, a través de los cuales han pasado los hombres para alcanzar el conocimiento actual, es mucho más educativo que la exposición esquemática de este mismo conocimiento. La enseñanza desarrollada de esta manera se convierte en un acto de liberación (38).

La dirección de este "acto de liberación" para que "la cultura esté entendida como organización, disciplina del yo interior,

apropiación de la propia personalidad, conquista de una conciencia superior, por lo cual se llega a comprender el propio valor histórico, la propia función de la vida, los propios derechos y los propios deberes" (39). El educador dirige "porque esto no puede ocurrir por evolución espontánea, por acciones y reacciones independientes de la voluntad de cada cual, como ocurre en la naturaleza". (40)

La docencia debe propiciar una continua autocrítica para que el discípulo sobrepase la intuición, el "sentido común" y el folklore, y el docente debe luchar por ser superado y enriquecido por la superación de su discípulo. (41)

En este sentido, el alumno es el hombre que debe ser guiado a conocerse a sí mismo y reconocerse en las contradicciones de la situación histórica concreta, para transformarse y elaborar consciente y científicamente una visión del mundo moderno, coherente con el futuro. Simultáneamente a ese quehacer intelectual, y uniendo indisolublemente teoría y práctica, pensamiento y acción, debe ser también impulsado a participar activamente en la transformación de la historia humana. (42)

1.3.3 Investigación

Supone la producción y aplicación de conocimientos que respondan a necesidades sociales prioritarias. La investigación que vincula el trabajo universitario al sector productivo, pero esta vinculación debe hacerse desde una perspectiva social más amplia,

e incluso crítica con respecto al proyecto del Estado. Por tanto, deben considerarse las relaciones de la ciencia y sus efectos con la estructura social. Se considera, pues, que son tres los aspectos básicos en la ubicación de la investigación en la Universidad:

- "Establecer como compromiso fundamental que su trabajo de investigación este orientado al estudio y solución de los problemas prioritarios que afectan las mayorías de la población del país";

-recuperar como noción central de trabajo de investigación al objeto de transformación;

-desarrollar el modelo para establecer con mayor claridad las relaciones entre investigación, docencia, servicio y difusión". (43)

Así la investigación tiene una función social amplia, 'desarrollar una mentalidad nacional independiente, de juicio sobre los problemas que tenemos'... "Mejora la capacidad de asesoría de las universidades, desarroll técnicas y métodos de enseñanza para los estudiantes, etc.". (44)

La investigación puede realizarse en varios niveles:

- a. Investigación primaria: desarrollada a la par con la docencia para reforzar el proceso de enseñanza - aprendizaje.
- b. Investigación básica: cuyos resultados no contribuyen a resolver problemas inmediatos, pero genera conocimientos fundamentales en la ciencia y tecnología.
- c. Investigación aplicada que se orienta a la búsqueda de soluciones inmediatas a problemas.

Las tres modalidades deben ser desarrolladas por las instituciones universitarias, ya que de lo contrario se quedarían en la simple transmisión de conocimientos, superados por el avance de la ciencia y la tecnología.

1.3.3. Servicio

Se entiende como la aplicación práctica y profesional de los conocimientos para conseguir un fin determinado, esto es, para responder a una necesidad social previamente definida. El servicio vincula a la Universidad al aparato productivo de la sociedad mediante tres principales mecanismos:

1. Supliendo la necesidad de la fuerza de trabajo a través de la utilización de los estudiantes como mano de obra barata en instituciones de servicio que no puedan resolver este problema.
2. Utilizando las instituciones de servicio como ámbitos de enseñanza sin reciprocidad de un compromiso en la gestión y el mejoramiento de los mismos, esto es, el servicio como laboratorio de práctica.
3. Utilizando las instituciones de servicio como escenario real de una práctica profesional.

Aquí se retoma el último mecanismo, el cual implica a su vez la integración de esta función con la investigación y la docencia, es decir, la producción, transmisión y aplicación del conocimiento en un espacio social previamente definido, en el que se analizarán sus necesidades, sus determinantes y la forma

de satisfacerlas, desde el punto de vista de cada práctica profesional, creándose una conciencia crítica y un nuevo conocimiento que incidirán en la transformación de la misma práctica y de los servicios.

1.3.4. Extensión y Difusión de la Cultura

Esta función ha venido siendo postulada desde el movimiento reformista de 1918, donde se proclama la extensión universitaria y la misión social de la Universidad y su participación en el estudio de los problemas nacionales. "Vincular la universidad al pueblo" fue uno de los postulados de la reforma, que debía inspirar la tarea llamada de extramuros o de extensión universitaria. Se pensaba que mediante este tipo de tareas el estudiante tendría oportunidad no sólo de familiarizarse con los problemas de su medio y de entrar en contacto con su pueblo, sino también la de devolver a este en servicios parte del beneficio que significa pertenecer a una minoría privilegiada que tenía acceso a una educación superior, pagada en última instancia por el esfuerzo de toda la comunidad. (45)

En 1957, la UDUAL convocó la Primera Conferencia Latinoamericana de Extensión Universitaria y Difusión Cultural, la cual desarrolló un concepto de Extensión Universitaria:

"La extensión universitaria debe ser conceptualizada por su naturaleza, contenido, procedimientos y finalidades, de la siguiente manera: "Por su NATURALEZA, la extensión universitaria es misión y función orientadora de la Universidad contemporánea, entendida como

ejercicio de la vocación universitaria. Por su CONTENIDO y PROCEDIMIENTOS, la extensión universitaria se funda en el conjunto de estudios y actividades filosóficas, científicas, artísticas y técnicas, mediante el cual se auscultan, exploran y recogen del medio social, nacional y universal, los problemas, datos y valores culturales que existen en todos los grupos sociales. Por sus FINALIDADES, la extensión universitaria debe ponerse, como fines fundamentales, proyectar, dinámica y coordinadamente la cultura y vincular a todo el pueblo con la universidad. Además de dichos fines, la extensión universitaria debe procurar estimular el desarrollo social, elevar el nivel espiritual, moral y técnico de la Nación, proponiendo imparcial y objetivamente, ante la opinión pública las soluciones fundamentales a los problemas de interés general. Así entendida, la extensión universitaria tiene por misión proyectar, en la forma más amplia posible y en todas las esferas de la Nación, los conocimientos, estudios e investigaciones de la Universidad, para permitir a todos participar en la cultura universitaria, contribuir al desarrollo social y a la elevación del nivel espiritual, moral, intelectual y técnico del pueblo". (4b)

El concepto se caracteriza, por incorporar las tareas de extensión y difusión al quehacer normal de la universidad, pero consideradas como una proyección a la comunidad de ese quehacer, como una extensión de su radio de acción, susceptible de permitir la participación en la cultura universitaria de sectores sociales más amplios; se percibe un marcado acento "paternalista" o "asistencial" en las labores que se realizaban. El paternalismo implica rebajamiento de la capacidad de decisión y de creación de los hombres que forman la masa y, por tanto, "despersonalización". En términos generales, las labores que subyacen a esta conceptualización son caracterizadas por Carlos Tunnermann así:

a) "No responden a un programa bien estructurado ni a objetivos claramente definidos....La falta de

planificación da origen a desviaciones (paternalismo, populismo, tecnicismo) susceptibles de deteriorar la imagen de la Universidad;

b) tienen carácter marginal, en el sentido de que guardan poca o ninguna relación con las tareas docentes e investigativas y con los planes y programas de estudio;

c) Parten de un concepto de extensión en el cual predomina el propósito de difusión cultural, razón por la cual estrecha el área de acción de estos programas en los que fácil era advertir un sobreénfasis culturalista. Y en algunas universidades estas actividades fueron predominantemente intrauniversitarias.

d) Responden, en fin, al tipo de trabajo universitario que demanda una sociedad clasista, en la cual las actividades de extensión no se espera que tengan un propósito concientizador y formativo, sino que, al contrario, un simple cometido informativo y ornamental... De esta suerte, las actividades de extensión universitaria y difusión cultural, forman parte de la función de consenso ideológico y cultural, de socialización que cumple el sistema educativo, en virtud de la cual los individuos internalizan el esquema de valores y de normas que en última instancia consolida y legitima, a nivel subjetivo el sistema social imperante..."(47)

Después de serias discusiones sobre estas características de la extensión universitaria, se llegó finalmente al concepto aprobado en la Segunda Conferencia Latinoamericana de Difusión Cultural y Extensión Universitaria convocada por la UDUAL en febrero de 1972 en los términos siguientes: "Extensión Universitaria es la interacción entre la Universidad y los demás componentes del cuerpo social, a través de la cual esta asume y cumple su compromiso de participación en el proceso social de creación de la cultura y de liberación y transformación radical de la comunidad nacional. (48)

"Objetivos : 1.- Contribuir a la creación de una conciencia crítica en todos los sectores sociales, para favorecer así un verdadero camino liberador de la sociedad. 2.- Contribuir a que todos los sectores alcancen una visión integral y dinámica del hombre y el mundo en el cuadro de la realidad histórico cultural y del proceso social de emancipación de la América Latina. 3.- Promover como integradora de la docencia y de la investigación la revista crítica de los fundamentos de la universidad y la concientización de todos los elementos, para llevar adelante un proceso único y permanente de creación cultural y transformación social. 4.- Contribuir a la Difusión y creación de los modernos conceptos científicos y técnicos que son imprescindibles para lograr una efectiva transformación social, creando a la vez la conciencia de los peligros de la transferencia científica, cultural y tecnológica cuando es contraria a los intereses nacionales y a los valores humanos". (49)

"Orientaciones: 1.- Mantenerse solidariamente ligada a todo proceso que se dé en la sociedad tendiente a abolir la dominación interna y externa, y la marginación y explotación de los sectores populares de nuestras sociedades. 2.- Estar despojada de todo carácter paternalista y meramente asistencialista, y en ningún momento ser transmisora de los patrones culturales de los grupos dominantes. 3.- Ser planificada, dinámica, sistemática, interdisciplinaria, permanente, obligatoria y coordinada con otros factores sociales que coinciden con sus objetivos, y no sólo nacional sino promover la integración en el ámbito latinoamericano". (50)

En cuanto a la Difusión de la Cultura, esta debe integrarse a todas las funciones universitarias, buscando en última instancia la socialización del conocimiento a través de todos los medios de comunicación, dirigiendo a los grupos mayoritarios del país experiencias y resultados que contribuyan a la transformación de la sociedad.

1.4. La Atención Primaria de Salud (APS)

La Atención Primaria es el resultado de la evolución histórica de la atención Médica, evolución que a su vez es el producto de una necesidad de desarrollo económico - social. Su carácter universal deriva del desarrollo tecnológico, ideológico y social; por ello aunque tiene rasgos esenciales a nivel general, presenta particularidades a nivel nacional.

La propuesta de Atención Primaria de Salud aparece en la década de los setentas cuando surgen una serie de críticas a la práctica médica individualizada, las cuales cuestionan su alto costo, difícil acceso e ineficacia en su acción. Se propone entonces la política de Extensión de Cobertura de los servicios de salud, proporcionada por la asistencia social y se señala como procedimiento la creación de servicios "mínimos" en comunidades rurales y zonas urbanas "marginales", teniendo como estrategias principales la Atención Primaria de Salud y la Participación Comunitaria.

La Extensión de Cobertura, incluyendo las estrategias señaladas.

se sintetiza en el lema de la OMS: "SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000", en Alma Ata (URSS, 1978), donde se le da un carácter universal. Es a partir de entonces cuando en todos los niveles y programas de salud, la Extensión de Cobertura en las zonas rurales y "marginales" urbanas utilizando las estrategias ya señaladas, asume carácter prioritario. En esta misma fecha se formulan los siguientes principios de la Atención Primaria:

"Es la Asistencia sanitaria esencial basada en métodos y técnicas apropiadas desde el punto de vista científico y aceptable socialmente, puestas al alcance de todos los individuos y familias de las comunidades con su plena participación y cuyo mantenimiento pueden costear el país y la comunidad en todas las etapas de desarrollo y autodeterminación.

La Atención Primaria, a la vez que desempeña la función central y es la base principal del sistema Nacional de Salud, es parte integrante del conjunto de desarrollo económico y social de la comunidad. Es el primer contacto del individuo, la familia y la comunidad con el Sistema Nacional de Salud, lo que aproxima la asistencia sanitaria lo más posible a donde la población vive y trabaja, constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria". (5)

De esta manera, la Atención Primaria de Salud como estrategia para la Extensión de la Cobertura al total de la población por los servicios de salud de los diferentes países, se considera como adecuada dado que es una forma de dar asistencia sanitaria esencial a los problemas más comunes, sin requerir una infraestructura tecnológica ni hospitalaria completa. Es por lo tanto, un servicio programado de bajo costo, que posibilita que el gasto social destinado a los servicios de salud, no comprometa los fondos destinados a la esfera productiva en dichos países.

Por otra parte, al interior del sector salud, con la Atención Primaria se intenta solucionar tres problemas:

- El alto costo de sostener un modelo de prestación de servicios (predominante hasta el momento) que enfatiza la atención médica individualizada, curativa y en establecimientos hospitalarios, lo que implica grandes erogaciones en medicamentos, equipos, infraestructura hospitalaria y recursos humanos especializados.

- La inaccesibilidad a los servicios, especialmente para los que habitan en zonas rurales o urbanas marginales; y que también está relacionado con la forma inequitativa en que se organizan y distribuyen los recursos entre las diferentes instituciones que prestan servicio.

- La ineficacia, derivada del énfasis en la atención médica curativa, en detrimento de otras actividades no personales de salud. Esto es, de no tomar en cuenta la reserva de eficacia posible que resulta de realizar acciones menos completas, como son las nutricionales y de saneamiento ambiental, y que inciden en forma efectiva en los perfiles epidemiológicos que caracterizan a los países latinoamericanos.

De lo anterior, se desprende la función intrínseca que, desde este punto de vista, se asigna a la salud en el contexto socioeconómico global: se le atribuye un papel específico en la reducción de las desigualdades sociales y económicas, por ello, la política de extensión de cobertura con Atención Primaria tiene como prioritario dar servicio a los núcleos marginados y

subatendidos de los medios rurales y urbanos (OPS, 1977).

Esta vinculación salud - desarrollo, resulta de la forma como las organizaciones internacionales de salud, y los gobiernos que las conforman, interpretan el proceso histórico de desarrollo de los países latinoamericanos; se les aborda como países en 'vía de desarrollo' que, en función de un mayor o menor proceso de urbanización e industrialización, requieren extender los beneficios del mismo a toda la población. Este reconocimiento parte de aceptar que la pobreza, el desempleo o subempleo, son consecuencia de ese proceso y por lo tanto hay que contribuir a solucionarlas. Los problemas de salud - enfermedad también están ligados a este proceso causalmente, de ahí la noción de un enfoque integral en el área de la salud, el cual reconoce la interdependencia entre las condiciones de vida y los problemas de salud - enfermedad.

En este último sentido, se hace necesaria la búsqueda de indicadores de desarrollo capaces de medir y reflejar elementos esenciales que al desagregarlos de acuerdo con las contradicciones reales, estructurales de la sociedad muestren el acceso diferencial de la riqueza en los diferentes grupos sociales.

La Atención Primaria también, puede ser un elemento importante en el logro de metas de desarrollo en América Latina. Desde esta perspectiva, su valor fundamental reside en el poder conscientizador y participativo de los grandes grupos de

población, lo cual la hace factor de cambio estructural.

Teniendo como base los anteriores supuestos, la extensión de cobertura plantea extender los beneficios de salud, mediante la Atención Primaria a toda la población para incorporarla activamente al "desarrollo y lograr una justicia social". En este proceso surge uno de los puntos que interesa destacar para fines de este trabajo: la participación de la población beneficiaria se asume como principio básico para el logro de la incorporación al desarrollo, a través del mejoramiento de sus condiciones de salud. La población resulta entonces corresponsable del proceso.

La participación en esta perspectiva, consiste fundamentalmente en la "transformación y modificación de conductas individuales y comunales, relacionadas con la salud, que corren paralelas a las acciones institucionales" (52). La población objetivo se identifica a partir de su agrupación en comunidades; definidas éstas como "grupos de población cuya característica distintiva es la de compartir condiciones socioeconómicas, culturales y políticas en un área geográfica delimitada, por lo que tiene intereses, problemas y aspiraciones comunes, que incluyen los referentes a salud" (53).

Útros autores, han ampliado este concepto, considerando la comunidad "no solamente como un espacio geográfico con una población determinada, con los mismos ideales, hábitos, costumbres, sino además como un ESPACIO SOCIAL en el cual se incorporará el concepto de la satisfacción de necesidades y el

poder interno de ese grupo para tomar decisiones en la solución de sus problemas" (54). Concepto éste que dada su ampliación se asume en este trabajo como ESPACIO DE ATENCIÓN PRIMARIA.

La participación comunitaria constituye así, el complemento indispensable de la estrategia mencionada. Su propósito es crear en los individuos que conforman la comunidad un sentido de responsabilidad "en cuanto al bienestar propio y el de la comunidad, así como la capacidad de actuar conscientemente y en forma constructiva en su apoyo".(55) Ahora bien, el actuar consciente por parte de los miembros de la comunidad supone una tarea de formación que no se produce por sí misma, sino que hay que propiciarla y fomentarla a través de una acción educativa programada y dirigida por los mecanismos institucionales y/o comunales. Estos son los programas de educación en salud.

Es así como se llega a la propuesta de extensión de cobertura con atención primaria y participación comunitaria. Entendiendo como Atención Primaria "el conjunto de acciones destinadas a satisfacer las necesidades básicas de salud de las comunidades, relacionada con la prestación de servicios tanto personales como no personales de salud".(56)

La Atención Primaria entonces, se puede llegar a entender como "el espacio de socialización de la medicina, donde saber y experiencia se sintetizan en el estudio, resolución del proceso salud - enfermedad, tanto a nivel individual como familiar y

colectivo". (57)

Para precisar algunos aspectos interesa enfatizar las características más importantes que debe presentar la Atención Primaria:

- Mejorar la accesibilidad a los servicios de salud.
- Posibilitar el contacto continuo con los individuos, las familias y la comunidad, reconociendo la importancia de sus necesidades.
- A diferencia de la medicina liberal, identificar y priorizar los grupos de riesgo.
- Organizar un sistema de referencia y contrarreferencia con los otros niveles de atención médica.
- Posibilitar la participación activa de la comunidad en la solución de sus problemas.
- Enfocar al ser humano en forma integral con una alta capacidad científica y técnica.
- Fomentar el trabajo en equipo y multidisciplinario de acuerdo a las necesidades.
- Romper la relación tradicional médico - paciente y la apropiación del saber médico por el personal de salud.
- Integrar la Docencia a la Asistencia en el Espacio de Atención Primaria.
- Formar parte del desarrollo económico y social de la comunidad mediante una acción multisectorial, evitando la duplicación de esfuerzos.

Es preciso ahora, entender la relación existente entre los conceptos Atención Primaria, Atención a la Salud, Primer Nivel de Atención y Atención Médica:

Todos estos conceptos forman parte de la llamada Práctica Médica, que "es la forma en que se organiza la sociedad frente al fenómeno salud - enfermedad (58); el concepto de Atención médica es utilizado para dar cuenta de la "práctica médica dirigida a personas, orientada más hacia el aspecto biológico del proceso salud - enfermedad. Puede ser realizada por médicos u otro tipo de intelectuales de salud", por curanderos o brujos en el caso de la llamada medicina tradicional"(59). Utiliza básicamente recursos hospitalarios y se divide en medicina preventiva, curativa y de rehabilitación.

Como resultado de varios planteamientos teóricos surgidos en la década de los sesenta y que consideraban a la salud y la enfermedad como integrantes de un proceso de equilibrio - desequilibrio, normalidad - anormalidad, aparece el término Atención a la Salud, con el objeto de centrar la atención no solamente en la enfermedad sino en el proceso salud - enfermedad.

Esta concepción se traduce luego en un modelo de atención dividido en tres niveles, siendo el Primer Nivel de Atención la instancia donde se consideraba podían resolverse el 85% de las patologías más frecuentes, se proponía el uso de tecnología simplificada, se formulaba el trabajo en equipo de salud y se incluía la participación de la comunidad entre otras cosas.

La Atención Primaria de Salud retoma algunas características del Primer Nivel de Atención, pero poco a poco ha ido enriqueciéndose con la incorporación de las ciencias sociales, superando este concepto al ampliar el quehacer del equipo de salud, al incorporar como requisito ineludible la participación activa de la comunidad en la solución de sus problemas de salud, alta calidad científica en la atención integral del individuo, familia y comunidad.

1.5 Relación Universidad - Institución de Atención Primaria

La relación entre la Universidad y las instituciones de Atención Primaria, así como con otras instituciones de salud, debe partir del principio de que la salud es un derecho de la población.

La Universidad por su misma naturaleza actúa generalmente sobre metas a mediano y largo plazo, mientras que las instituciones asistenciales obedecen casi siempre a demandas políticas concretas que determinan su actuación a corto plazo; en este sentido, la Universidad, valiéndose de su relativa autonomía debe identificar las tendencias nacionales (a largo plazo) y diferenciar bien las tendencias coyunturales (a corto plazo que carecen de un análisis de perspectiva). La Universidad entonces, no puede identificarse plena y automáticamente con los planes generados por las instituciones de servicio estatales.

Lo anterior se sustenta, partiendo de la premisa de que la Universidad tiene la capacidad dada por su acción intrínseca: el

pensamiento científico, de generar reflexiones creativas y críticas. Además su autonomía le permite, no una posición automáticamente antagonista o asimiladora, sino una de identificación y agrupación adecuada de los elementos y las estructuras necesarias para satisfacer las necesidades de la población.

Las Instituciones de Servicio pueden tener fines similares pero están sometidas a fuertes presiones para producir resultados a corto plazo y para satisfacer demandas políticas.

La Universidad colabora con los Sistemas de Salud mediante programas a largo plazo cuyo objeto es satisfacer las necesidades de salud del pueblo. Por esta vía, la Universidad posibilita parcialmente la resolución del dilema entre Estado, Universidad y Sociedad.

La relación entre Universidad - Institución de Atención Primaria debe llevarse a cabo coordinadamente e integrarse en la realización de los programas en el Espacio de Atención Primaria.

Esta concepción va más allá del uso tradicional de los espacios de los servicios por la Universidad, para la formación de sus profesionales: aquí se plantea que, conservando su especificidad, se integran en la ejecución de los programas de servicio, lo que permite una mejor calidad académica de la formación, así como también una mejor adecuación del perfil del egresado a las demandas de los sistemas.

1.6 Integración de la Institución Universitaria a la Institución Asistencial en el Marco de la APS.

La integración de la Institución Universitaria a la Institución Asistencial en el marco de la APS es parte del cumplimiento de la función social de la Universidad, realizada a través de su vinculación en el Espacio de Atención Primaria como objeto de transformación social.

La vinculación a través del Espacio de Atención Primaria, conduce a la producción, transmisión y aplicación de conocimientos en un espacio social real de vida y de trabajo en el cual el proceso biológico de salud - enfermedad y el proceso educativo se encuentran determinados por los procesos sociales que se presentan en la base misma de la colectividad y que explican la aparición de condiciones de vida específicas.

Las condiciones materiales de vida de los diferentes grupos sociales, que a su vez son el factor fundamental de la incidencia de la enfermedad y la muerte se explican mediante dos determinantes históricos fundamentales: el dominio que la sociedad haya alcanzado sobre la naturaleza y el tipo de relaciones sociales que establezcan entre sus miembros.

Las formas de determinación de las condiciones materiales de vida de cada grupo social y su correspondiente perfil salud - enfermedad, implican un análisis de los procesos sociales de producción, reproducción y consumo.

Cada grupo social se enfrenta, de acuerdo a su inserción en el aparato productivo a determinadas condiciones de desarrollo de las fuerzas productivas y relaciones sociales específicas. Estas condiciones y relaciones determinan y modulan el conjunto de elementos de su reproducción social en medio de los cuales se establecen funcionamientos y posibilidades en sus miembros o componentes que pueden implicar efectos típicos de riesgos de enfermar o de protección de la salud.

Entre los aspectos sobresalientes de las condiciones materiales de vida están: la alimentación, la vivienda, la educación y las condiciones de trabajo e higiene ambiental. Los servicios no personales de salud (salud pública) actúan sobre algunos de estos aspectos y, por lo tanto, contribuyen de manera esencial a disminuir los riesgos de la enfermedad y de la muerte. Los servicios profesionales se orientan más al aspecto biológico del proceso salud - enfermedad y su efectividad depende de la presencia de buenas condiciones de vida de la población que atienden.

Los objetivos educativos deben por lo tanto estar en relación con las condiciones materiales de vida y de trabajo encontradas en el Espacio de Atención Primaria y la dinámica de los modelos de asistencia en que se van a insertar los alumnos, para prever la dirección de la transformación social a nivel tanto del Espacio de Atención Primaria, como del modelo asistencial y del modelo educativo; lo cual conlleva a la elaboración de un proyecto pedagógico basado en un previo análisis de las

necesidades de salud, su distribución y determinantes y la forma de satisfacerlas en cada espacio social determinado.

Dicho proyecto pedagógico implica la integración de las tareas de investigación, Docencia y Servicio en una función única capaz de dar una respuesta social a las demandas de salud de los grupos mayoritarios de la población. Respuesta que se ha tratado de impulsar en América Latina, mediante el proceso de Integración Docente - Asistencial, el cual se analizará a continuación.

1.7. Proceso de Integración Docente - Asistencial

La Integración Docente - Asistencial es un proceso, como tal, se inscribe dentro del régimen económico - social imperante en un país dado, con los sectores con los cuales se relaciona, en este caso, salud, educación; es decir, parte de las relaciones que existen entre los sectores de salud y educación con el régimen económico - social existente en un momento histórico determinado y en una sociedad concreta.

En América Latina la Integración Docente - Asistencial, surge en la década de los setentas, cuando las principales agencias internacionales de salud y los gobiernos de los países latinoamericanos, se proponen posibilitar el acceso a los servicios de salud, a la población dispersa o marginada, que por razones económicas o sociales carecían de ellos.

Esta preocupación se expresó a través de programas de salud

comunitaria, de extensión de cobertura y en la actualidad en la política mundial de la OMS, "Salud para todos en el año 2000".

Al mismo tiempo, se comienza a dar una interacción entre la Universidad (y en este caso las Escuelas y Facultades de Ciencias de la Salud) y la comunidad, al asumir modelos que deben ser comprendidos en función de la dinámica de la dependencia económica o de la toma de conciencia en la lucha por la superación de esa dependencia.

Aparecen entonces, el desarrollo de "Campanas Sanitaristas", de las escuelas "preventivistas", de la "salud comunitaria", de las prácticas "extramurales" y de los modelos de "docencia asistencial", llamados también, estos últimos, en algunos casos, de "extensión" (40). En las Escuelas de Medicina aparecen los Departamentos de Medicina Preventiva y Social y el concepto de Extensión. Los estudiantes de Ciencias de la Salud se ponen en contacto con las poblaciones, con el objeto de que estas sean favorecidas con los servicios de Salud.

1.7.1 Concepto de Integración Docente - Asistencial.

El concepto actual del IDA ha tenido una larga gestación y ha sido objeto de controversia a lo largo de los últimos 15 años. Andrade en 1973, al señalar algunas bases conceptuales que debían orientar el desarrollo del proceso enseñanza - aprendizaje en el campo de la salud propuso un cambio sustentado en algunas premisas básicas:

"PREMISA 1: Que la enseñanza debe tener como eje la salud de la comunidad y no la enfermedad del individuo.

PREMISA 2: Que el área natural de ~~adestramiento~~ del personal de salud debe confundirse con la de los servicios de salud de la comunidad considerados como un todo, y la estructura y recursos de estos deben formar parte integral de la estructura y recursos del sistema educacional de salud.

PREMISA 3: Que los alumnos, durante todo el proceso de formación, deben ser considerados como un recurso adicional al servicio de la salud de la comunidad, y sus actividades de adiestramiento deben en lo posible estar basadas en su participación activa en el trabajo". (61)

Ferreira propuso como criterio de IDA:

La participación temprana y equilibrada del alumno en todos los niveles en una región de salud, con predominio de las actividades de Atención Primaria y un trabajo en relación directa con el hospital de la comunidad, complementando en hospitales especializados o unidades de referencia. (62)

En una concepción totalizadora se podría conceptualizar la Integración Docente - Asistencial como:

Un proceso de creciente articulación entre instituciones de educación y de servicios de salud para mejorar la atención de salud, orientar la producción de conocimientos y la formación de personal, tomando como base el perfil epidemiológico en un determinado contexto poblacional y regionalizado que permita la continuidad del proceso educacional (proceso de educación permanente) que nazca en el trabajo y sea capaz de transformarlo. (63)

De acuerdo con esta definición, el objetivo básico se centra en mejorar la atención de salud y en aumentar la capacidad operativa de los servicios y, de esta manera, contribuir a mejorar los

niveles de salud. Se pretende que sea un verdadero proceso social y no una simple estrategia para el cambio o para la extensión de cobertura. Su factibilidad y viabilidad dependen de factores sociales, políticos y económicos y de la ejecución de diferentes mecanismos que permitan la articulación de las instituciones involucradas. Las acciones básicas de estas instituciones deben tener carácter interdisciplinario y multiprofesional; así mismo, la investigación permanente de los aspectos concretos de la realidad debe constituir la base cognoscitiva indispensable del proceso. La participación popular activa, no meramente receptiva en las diferentes instancias del proceso, es fundamental para el logro de los objetivos; y el personal que se forme dentro de la IDA debe ser parte integrante del personal de salud, por lo que las actividades de servicio deben formar parte de su aprendizaje, convirtiéndolo así en estudiante - trabajador.

Al proceso de Integración Docente - Asistencial en el nivel primario de Atención, es posible integrar otros procesos como apoyo para lograr un desarrollo más dinámico del mismo, tales como: La Educación Popular y la Investigación Participativa.

La Educación Popular, realizada para y con la población del Espacio de Atención Primaria, desde su práctica cotidiana, dirigida hacia su organización autónoma y capaz de generar proyectos propios. Se trata de una estrategia pedagógica y política, (64) que busca la liberación de las condiciones materiales que actualmente privan en alimentación, vestido, vivienda, trabajo, servicios, recreación, etc.; al igual que las

condiciones político - ideológicas que le restan a las mayorías el poder de decisión.

La Investigación Participativa, en la que se reconoce al investigador como un sujeto consciente que actúa en una realidad dinámica, llegándose a definir una dialéctica sujeto - sujeto para conocer "un objeto constituido por la propia práctica de los sujetos involucrados en dicha relación". (15)

Para el logro de la Integración Docente - Asistencial son necesarios dos tipos de premisas básicas:

1. La existencia de un sistema de servicios de salud, con una organización tal que le permita la participación y la accesibilidad de la población a los mismos; por grados de complejidad, con sistemas fluidos de referencia y contrarreferencia, una amplia base de atención primaria en todos los niveles y una población definida.

2. La revisión constante de la práctica médica y no solo de los aspectos de la educación, para lo cual es importante que las instituciones que prestan servicios participen activamente en el proceso de formación.

La integración docente - asistencial, concebida como EL CONJUNTO DE ESFUERZOS ENTRE COMUNIDAD, UNIVERSIDAD Y SERVICIO, encaminados

a :

Transformar las condiciones de salud de la población, representa una acción que permite un acercamiento a la realidad concreta, donde se generan los problemas, la

posibilidad de que surja y se forme personal más consciente y crítico de esa realidad, y que en una constante interacción y retroalimentación de ambas instancias pueda incidirse progresivamente en la transformación de las prácticas que se dan en los servicios. (66)

El papel que desempeñe cada una de las organizaciones involucradas va a depender fundamentalmente de la política implícita en el plan que se desarrolle para llevar a cabo esta integración, que puede variar según los objetivos que se pretendan cumplir a través de la misma.

Brito, señala los siguientes aspectos, derivados de la concepción de la Integración Docente - Asistencial como proceso social:

- La integración docente - asistencial constituye un proceso particular dentro del proceso global de la sociedad y puede considerarse un proceso político a través del cual se busca una articulación progresiva de tres instancias organizativas que intentan abordar de una manera particular, el problema de salud de la población o de un sector de ésta.

- Al considerarla como un proceso político se deja explícito que comprende un conjunto de acciones y relaciones específicas vinculadas a la generación, toma y control de decisiones dentro del sistema político de la sociedad, es decir, de los componentes y estructuras a través de los cuales se realiza el proceso. A este proceso corresponde una política con objetivos, específicos, temporalidad e instrumentación, que responde a problemas y demandas específicas.

- La elección de una política determinada lleva implícita una decisión de cambio o de mantenimiento del *Statu quo*. En este caso existe explícita la decisión de cambio. El uso adecuado o la disponibilidad del poder político, técnico y administrativo permite llevar a cabo la política que se adopte, y será uno de los aspectos que se tomen en consideración para plantear las estrategias convenientes dentro de un plan de acción.

- El eje de tal propuesta está en considerarla como un proceso de democratización tanto hacia el interior de la universidad, como hacia los servicios y la comunidad.

- Por democratización a nivel de la comunidad se debe entender la necesidad y la posibilidad de que esta se organice en torno a sus problemas y demandas; esto permitirá ejercer un mecanismo de autogestión donde sea la comunidad misma la que maneje la información, los recursos y otras expresiones del poder.

- A nivel de los servicios es necesario que estos cuenten con mecanismos de integración de las propuestas de la comunidad, los trabajadores de salud y los alumnos, y que a la vez cada uno de estos elementos intervengan con sus aportes al diseño, desarrollo y evaluación del proceso de enseñanza - aprendizaje.

- Un factor limitante que debe tenerse presente es la dificultad para realizar una verdadera integración en tanto no existan mecanismos de planificación de conjunto del sector salud y los otros sectores, y mientras las actividades de las instituciones asistenciales se caractericen por su falta de coordinación". (67)

1.7.2 La Formación de Recursos Humanos en el Marco de la RFE y Mediante el Proceso de Integración Docente - Asistencial

En este punto sólo resta concretar lo que se ha venido desarrollando a lo largo del presente capítulo. Se reconoce en primer lugar que es la propia estructura de la atención médica y su práctica las que ejercen por lo general, una acción dominante sobre el proceso de formación de recursos humanos. En este sentido:

La práctica profesional y la estructura de la atención médica deben ser consideradas como objetos de transformación por parte de las instituciones formadoras del (recurso humano en salud), dentro de cualquier estrategia integral de cambio de las condiciones en las cuales se dispensan servicios de salud a la población. (68)

En Bahía en 1977, el grupo de trabajo sobre requisitos mínimos para la creación de escuelas de medicina, a propósito de la orientación general de la IDA, en su informe final expuso que:

- El fin último de formación de recursos humanos para la salud, no es formar profesionales sino mejorar la salud de la población.

- La formación deberá ser dependiente del proceso de prestación de servicios de salud.

- El desarrollo y mantenimiento de un programa de formación de personal, en ese campo, debe estar integrado, en toda su amplitud a un servicio regionalizado de salud que comprenda los diferentes niveles de atención y que tenga una amplia cobertura de la patología predominante.

- Los servicios regionalizados deben tener magnitud suficiente para permitir la incorporación de estudiantes, sin que se distorcionen la dinámica de aquellos; más aún, la institución formadora debe desempeñar un papel positivo dentro de cualquier estrategia integral de cambio de las condiciones en las cuales se dispensan los servicios de salud.

El concepto de regionalización de los servicios de salud se refiere a la utilización racional de los recursos disponibles, distribuyéndolos en forma equitativa de acuerdo con la población e identificando los niveles más apropiados a una situación determinada; consiste también en una adecuada articulación de referencia y supervisión que permite por un lado el acceso y la participación y por otro el mantenimiento dinámico

de la calidad del servicio que va a utilizar la población.

El conjunto de experiencias programadas a que se expone a los estudiantes se debería identificar con la secuencia de acciones desarrolladas en la red de servicios, lo que introduce el concepto de "regionalización de la IDA", la cual debe coincidir en su distribución, y en lo posible, con la regionalización de los servicios. Esto permitiría la ejecución operativa de la práctica médica bajo el control de las acciones destinadas a solucionar los problemas de salud de las poblaciones. En este ámbito de regionalización estaría presente la preocupación de prestar servicios a la población en concordancia con los perfiles epidemiológicos. lo cual haría factible el objetivo básico de la integración docente - asistencial.

Esta integración regionalizada sería una fuente inagotable de producción de nuevos conocimientos. Lo que se busca es:

El desarrollo de instituciones comprometidas con la ciencia al servicio de la sociedad, y esta misión solo puede cumplirse a través del conocimiento científico de la realidad en que se desenvuelven y de la incorporación de todos sus integrantes en la formación de un nuevo tipo de personal consciente y crítico. (67)

NOTAS

- (1) MAYA, C. "Acerca del concepto de Estado en los Cuadernos de la Carcel". En: Cuadernos Políticos. N.33. Mex. D.F. julio - sept. 1982, p.9.
- (2) FORTELLI, H. Gramsci y el Bloque Histórico, Mex. Siglo XXI, 1983, p.p. 14,17
- (3) C.MAYA, op. cit., p. 8
- (4) H. FORTELLI, op. cit., p.p. 17 y 18
- (5) GRAMSCI. A. Cuadernos de la Carcel Numero 3. p. 58 (en adelante abreviado: C.C., N.y p. respectivamente). Todas las referencias a los Cuadernos están tomadas de Juan Fablos Editor. Mexico, D.F.
- (6) Ibid.
- (7) Ibid.
- (8) SALAMON M. "Gramsci: Apuntes para una propuesta educativa". En :Perfiles Educativos N.15, feb. y mar. 1982. p.10
- (9) GRAMSCI. A. C.C., N. 2, p. 15
- (10) Ibid., p.p. 13 - 20
- (11) MOUFFE. CH. Hegemonia e Ideologia en Gramsci. Mimeo.Facultad de Filosofía. Universidad Nacional de Colombia. 1972 p.11
- (12) BOJALIL, L. F. y GARCIA, J. C. Consideraciones sobre el marco teórico de una práctica universitaria. UAM - X 1981. P. 2
- (13) GRAMSCI. A. C.C. N.2. p.15
- (14) GARCIA J.C. "Consideraciones sobre el marco teórico de la educación médica" En: Universidades N 86, 1981 México. Unión de Universidades de América Latina. 1981. p. 62
- (15) Ibid.
- (16) GRAMSCI A. C.C. N.2. p.15
- (17) C. MAYA, op. cit., p. 9
- (18) GRAMSCI A. C.C. N.1 p. 17, p. 108
- (19) C. MAYA, op. cit., p. 9

- (20) GRAMSCI A. C.C. N. 1, p. 193
- (21) C. MAYA. op. cit., p. 10
- (22) VASCONI. A., La Universidad Latinoamericana. Mexico, Nueva Imagen. 1982
- (23) C. MAYA. op. cit.
- (24) Ibid.
- (25) LAFAP: "Universidad y Sociedad: Un enfoque basado en las experiencias Latinoamericanas". Ponencia presentada a la "Reunión Latinoamericana sobre nuevas formas de Educación postsecundaria". Caracas, 20 al 27 de Septiembre de 1979 (mimeografiado)
- (26) GRAMSCI A. C.C. N. 1, p.p. 71 - 72
- (27) Ibid.
- (28) CAZALI A.A. "La Universidad Latinoamericana. Su proceso histórico y problemática actual". En: Universidades N. 93. Jul - sep. 1983. México. Unión de Universidades de América Latina, 1983. p.p. 63 - 64
- (29) GARCIA A. La crisis de la Universidad. La Universidad en el proceso de la sociedad colombiana. Plaza y Janes. Ed. Colombia, 1985 p. 26
- (30) Ibid.
- (31) USHER, J.D. "Universidad y Estado". En: Universidades N. 78. oct - dic. 1979. México: Unión de Universidades de América Latina. 1979, p. p. 1079 - 1080
- (32) ICFES. Reforma de la educación post - secundaria 4a. ed. Bogotá 1987
- (33) BRITO, Q. F. E. "Integración Docente - Asistencial: Bases para una propuesta de desarrollo. Perú" En: Educación Médica y Salud, vol. 21; N. 1. 1(1987) p.p.35 - 36
- (34) VILLARREAL. R. "Función de la Universidad en el cambio social" En: Universidad y cambio social en América Latina. UAM - X.
- (35) Ibid.
- (36) Ibid.
- (37) GRAMSCI A. La Alternativa pedagógica . Fontánara S.A. México. 1987 p.p.107 y 108
- (38) Ibid.

- (39) Ibid., p. 101
- (40) Ibid.
- (41) SALAMON. M. op. cit., p. 7
- (42) Ibid.
- (43) Comisión de Planeación Universitaria Ampliada. CPU - A El Proyecto Académico de la Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. UAM - X. Mayo 1982. p.p. 22 - 23
- (44) BOJALIL. L. F. Comentario presentado ante el coloquio sobre Docencia, Investigación y Servicio en la Universidad Autónoma Metropolitana México, julio 1984. En: Temas Universitarios. N. 7, UAM - X, 1985 p. 45
- (45) TUNNERMANN, B.C. "El nuevo concepto de Extensión Universitaria y Difusión Cultural y su relación con las políticas de desarrollo cultural en América Latina". Anuario de Estudios Centroamericanos 1978. U. de Costa Rica. Instituto de Investigaciones Sociales. p. 100
- (46) Ibid., p. 104
- (47) Ibid., p. 106 - 107
- (48) Ibid., p. 120
- (49) Ibid., p. 121
- (50) Ibid.
- (51) OMS y UNICEF Conferencia Mundial de Atención Primaria. Alma Ata (URSS) 1978.
- (52) OPS. Extensión de cobertura con las estrategias de Atención Primaria y Participación Comunitaria. PLENIA. 4.4 REV. 1.13 julio/77 p.4
- (53) Ibid.
- (54) ORDONES. C. "La integración de los servicios de salud, la docencia y la investigación orientada a la comunidad" En: Rev. PRIMER NIVEL N. 7 UAM - X, 1985 P. 11
- (55) Ibid., p.10
- (56) OPS. op. cit., p.2
- (57) GRUPO DE TRABAJO 1: Conclusiones presentadas en el seminario de integración de la Investigación y Docencia a Modelos de Atención Primaria en América Latina, celebrado en Oaxtepec, México en junio de 1984. Universidad de Guadalajara. UAM - X y Red de Instituciones

Educativas en Ciencias de la Salud con Orientación Comunitaria. Guadalajara, Jalisco, México. 1984 - p.p. 193 - 194

- (58) LAURELL, C. "Investigación en Sociología Médica" En: Salud Problema I - II - III, Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. México.
- (59) EIBENSCHUTZ, C. Hegemonía y Salud en el Estado Mexicano. Una reinterpretación de la historia de la Salubridad y Asistencia. Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México 1979 (mimeografiado)
- (60) GARCIA, J.C. Medicina y Sociedad. Maestría en Medicina Social Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco (mimeografiado)
- (61) ANDRADE, J. Integración Docente - Asistencial. Documento de trabajo del III taller de educación en Ciencias de la Salud, Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1973
- (62) FERREIRA, J.R. Misión del Hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica. Educ. Med. Salud 10(2) 1979 p.p. 140 - 151.
- (63) MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL. UAM - A. Políticas, objetivos, estrategias de los proyectos de integración docente - Asistencial del Departamento de Atención a la Salud. México, Agosto de 1977 (mimeografiado)
- (64) BARREIRO J. Educación Popular y Proceso de Concientización S. XXI México, 1986 p.21
- (65) MARTINIC, S. Reporte del tercer seminario de Investigación Participativa, Brasil, oct. 1984, p. 23
- (66) MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL. op. cit.
- (67) BRITO G.F.E. op. cit., p.p. 36 - 37
- (68) MAESTRIA EN MEDICINA SOCIAL. op. cit.
- (69) OPE Integración Docente Asistencial. Informe del Estudio sobre los programas existentes en los países de la Región de las Américas. Washington, D.C. 1984.

II CONTEXTO HISTORICO E INSTITUCIONAL DE LA IDA Y LA ENFERMERIA EN COLOMBIA

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

Las estructuras académicas dispuestas por facultades como esquemas administrativos agrupantes. En la "Facultad de Salud" se integran por lo menos tres facultades: Medicina, Enfermería y Odontología. Este tipo de estructura tiende a facilitar la conformación de los equipos de salud que van a participar en los procesos de docencia - asistencia. Por otra parte, existen las estructuras académicas dispuestas por facultades y departamentos con varias alternativas.

En la primera alternativa, todos los departamentos se convierten en elementos de la estructura de la facultad.

En esta conformación puede ser posible que todos los Departamentos constitutivos de cada facultad configuren el currículo de un programa conducente a un título o que cada departamento se identifique con el programa de un determinado título, mientras los restantes, sin configurar título alguno, simplemente apoyen el currículo de que se habla. En la segunda alternativa, hay departamentos que no forman parte estructural de facultad alguna, son departamentos de servicio. (1)

La tercera modalidad más compleja y de difícil administración académica, permite que todos los departamentos constitutivos de las facultades se apoyen y entrecrucen para efectos docentes y no sólo los de la Facultad Matriz (Borrero, 1982).

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

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

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

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

Lo novedoso de la docencia - asistencia es el rompimiento de las estructuras académicas tradicionales para orientarse a la conformación de centros interdisciplinarios ubicados en las

unidades básicas de salud, con el fin de orientarse hacia la distribución y determinantes del proceso salud enfermedad y la transformación de la práctica profesional y de los servicios.

La Universidad en Colombia ha venido respondiendo ante el proceso de integración docente - asistencial, primero a través de la estructuración del Sistema Nacional de Salud; luego con la formulación de la política de extensión de cobertura de los servicios de salud y sus estrategias principales: la Atención Primaria y la Participación Comunitaria.

La Universidad Colombiana ha suscrito convenios de Colaboración con los servicios de salud. Esta colaboración supone la participación en algunos casos de los profesores universitarios en la docencia - asistencia y en otros su colaboración con el docente asistencial en la misma. En otras situaciones los asistenciales tienen la totalidad de la responsabilidad docente, incluyendo las evaluaciones que se hacen del desempeño de los estudiantes en las respectivas rotaciones.

2.1. Resoluciones Legales

La presentación y el análisis de la Legislación Universitaria, de los estatutos y reglamentaciones internas, siempre son elemento importante para el estudio de la problemática universitaria.

Aquí sólo se hace referencia a las resoluciones necesarias al presente trabajo. El Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior -ICFES- establece en Colombia el marco legal

para la autonomía y la extensión universitarias, mediante el Decreto 80 de 1980. (2)

En dicho Decreto se plantea el CARÁCTER DE SERVICIO PÚBLICO DE LA EDUCACIÓN SUPERIOR, LA CUAL DEBE CUMPLIR UNA FUNCIÓN SOCIAL (Art. 10.), implicando esto, para quienes se benefician de ella, la "obligación de servir a la sociedad..." (Art. 13.). La Educación Superior debe incluir "...programas académicos en los que se combinan con variada intensidad la fundamentación científica y la capacidad práctica..." (Art. 15.).

En el Artículo 18, se refiere a la "autonomía de las instituciones de educación superior para desarrollar programas académicos y de extensión o servicio..."

En el Artículo 20., señala que "la extensión y desarrollo de la Educación Superior deben estar orientados a satisfacer las necesidades y atender las conveniencias del país y sus regiones, así como al imperativo de la unidad nacional, de acuerdo con claros principios de planeación educativa debidamente armonizados con el Plan de Desarrollo Económico y Social".

En el Artículo 20., señala que "la Educación Superior promoverá el conocimiento y la reafirmación de los valores de la nacionalidad, la expansión de las áreas de recreación y de goce de la cultura, la incorporación integral de LOS COLOMBIANOS A LOS BENEFICIOS DEL DESARROLLO ARTÍSTICO, CIENTÍFICO Y TECNOLÓGICO que

de ella se deriven, y la protección y el aprovechamiento de los recursos naturales para adecuarlos a la satisfacción de las necesidades humanas. La alusión resaltada implícitamente señala la participación en la difusión de la ciencia, la técnica y el arte de todos los colombianos y no haciéndolo exclusivo del usuario directo de la Universidad, el estudiante regular.

En el Artículo 160 se habla de la Extensión y Educación permanente: "las instituciones de Educación Superior, especialmente las universidades y tecnológicos, tienen, además de sus funciones estrictamente docentes e investigativas, la misión social de mantener actividades de Extensión Científica y Cultural y de servicios a la comunidad. (3)

Asimismo, es importante anotar que en el marco de la formación de recursos humanos para la salud, el Gobierno Colombiano creó y puso en funcionamiento:

- "El Consejo Nacional de Recursos Humanos", integrado por los Ministros de Salud, Trabajo y Educación y por los Directores de ASCOFAME y del ICFES, con funciones normativas en lo relativo a la creación de escuelas y requisitos mínimos para la formación de profesionales en Colombia";

- "La Comisión Docente - Asistencial", presidida por el Director Ejecutivo de ASCOFAME e integrada por representantes de Ciencias de la Salud y de los servicios correspondientes y constituida para promover y vigilar la aplicación de la Integración Docente - asistencial".

Desde el punto de vista jurídico emitid:

-EL DECRETO LEY 1210 de 1976, que establece las normas que rigen el proceso de Integración Docente -

Asistencial.

-LA RESOLUCION 14855 DEL MINISTERIO DE EDUCACION, la cual indica los requisitos mínimos para la creación y funcionamiento del Programa de medicina (estándares) y las funciones generales que debe cumplir el médico general.

- LA RESOLUCION 10210 DEL MINISTERIO DE SALUD, por medio de la cual se establece el modelo de contrato entre universidades, servicios de salud y Facultades del área de la salud.

- LA RESOLUCION 4082 DEL MINISTERIO DE SALUD, donde se definen y asignan las áreas de influencia de las Facultades de Salud del País.

2.2. Características del Sector Salud

En el país, los servicios de salud son brindados por tres conjuntos de instituciones: las de Seguridad Social (ISE, CAJANAL, CAJAS DE PREVISION y CAJAS DE COMPENSACION) que cubren el 16% de la población; las del sector privado, que atienden cerca del 10% , y los servicios del Estado, responsables de la población restante, que equivale al 74% del total. No se dispone de información que permita apreciar la magnitud efectiva de la cobertura de los servicios que presta cada uno de estos grupos institucionales.

La cobertura de algunos servicios directamente ofrecidos por las entidades públicas en promoción, prevención y recuperación, es cercana al 35% de la población total, exceptuando las inmunizaciones, que han logrado niveles cercanos al 80%.

En el país existen 3.705 instituciones de atención ambulatoria (centros y puestos de salud) y 706 instituciones hospitalarias.

con un total de 41.443 camas. De estas, el 71.5% pertenecen al sector oficial adscrito al Ministerio de Salud, con un uso promedio anual de ocupación de camas del 57%. Las entidades de seguridad social cuentan con 63 instituciones hospitalarias, 4.366 camas y un porcentaje ocupacional del 60%. El sector privado tiene 195 instituciones, con 8.580 camas y una ocupación del 59%. (4)

El sistema de seguridad social colombiano cubre la protección de los riesgos de enfermedad general y maternidad, accidentes de trabajo y enfermedad profesional, invalidez, vejez y muerte de los trabajadores asalariados y la atención al crecimiento de la familia a través del subsidio familiar.

El sistema de seguridad social adolece de una notable dispersión y de una marcada falta de integración entre las diferentes entidades que lo componen. De otra parte, muchas instituciones acusan problemas de ineficiencia administrativa y operacional que se traducen en coberturas restringidas, baja calidad en los servicios y altos costos.

Los riesgos de los trabajadores del sector privado son cubiertos por el Instituto de Seguros Sociales. En el caso de trabajadores afiliados al ISS, el empleador se hace cargo de las obligaciones que establece el Código Sustantivo del Trabajo. Los trabajadores del Estado son cubiertos por un excesivo número de entidades. Existen cerca de 240 Cajas de Previsión del orden nacional y territorial, que se rigen por normas diferentes, con

responsabilidades legales y procesos de atención heterogéneos.

"La cobertura del Sistema de Seguridad Social, para trabajadores del sector privado ascendía en 1985 a 3 085 000 beneficiarios, compuestos por 1 988 000 afiliados (incluyendo 123 514 personas pensionadas) y 1 100 000 familias con derecho a los servicios de salud". (5)

"En cuanto a la Seguridad Social de los trabajadores del sector oficial, en 1984 había 1 630 500 beneficiarios, de los cuales 828 500 eran afiliados, 103 200 pensionados y 698 800 derechohabientes". (6)

"En 1985 el Subsidio Familiar tenía 1 773 000 afiliados con 831 000 trabajadores y beneficiarios y 1 815 700 personas a cargo". (7)

El agregado de las cifras mencionadas indica que solo 2.8 millones de trabajadores, en lo fundamental del Estado y del sector formal de la economía, están afiliados a las distintas entidades de seguridad social y que, en total, 4.7 millones de personas, trabajadores afiliados y familiares dependientes, están cubiertos por servicios de salud del sistema. En consecuencia, sólo el 16% de la población total del país está protegida total o parcialmente por la seguridad social.

La población no afiliada a las entidades mencionadas, carece de los servicios de seguridad social, con excepción de los de salud

ofrecidos por el Sistema Nacional de Salud y los de cuidado al menor y atención a la familia, a cargo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar.

En las ciudades están excluidos los trabajadores independientes, los de las microempresas, gran parte de los empleados domésticos y la mayoría de los no asalariados. En el campo de la cobertura de la seguridad social solo alcanza a una fracción de los trabajadores vinculados a las empresas agroindustriales cercanas a las grandes ciudades, quedando sin cobertura la mayor parte de los asalariados rurales y el total de los pequeños productores campesinos. La seguridad social cubre el 35% de la población ocupada.

En el aspecto financiero, los principales problemas de la seguridad social son los altos costos relativos a los servicios de salud y la falta de una base financiera que respalde las obligaciones relacionadas con los riesgos económicos de largo plazo.

3.1.1. Recursos humanos

Según informe expuesto en el Plan de Economía Social, durante los últimos diez años el país ha duplicado la disponibilidad de profesionales y técnicos en salud. En la actualidad cuenta con 32 000 médicos, 10 000 odontólogos, 3 500 enfermeras, 18 700 auxiliares de enfermería, 5 000 promotores de saneamiento. De este personal, aproximadamente el 50% está vinculado al sector

oficial. La capacidad de absorción por parte de las instituciones de salud varía de acuerdo con la disciplina de formación. Mientras el personal auxiliar se vincula en la misma proporción en que se capacita, el profesional solo logra hacerlo en cerca del 50%. El desempleo de profesionales de la salud responde, en gran medida, a la deficiente coordinación entre el Ministerio de Salud y las instituciones que orientan la educación superior, a las limitaciones financieras y a la falta de incentivos que permitan una mejor asignación de los recursos humanos.

2.2.2. Aspectos Institucionales

A partir de 1975 se puso en marcha el Sistema Nacional de Salud - SNS-, bajo la dirección del Ministerio de Salud. Está integrado por las entidades oficiales del orden nacional, departamental y municipal adscritas al Ministerio de Trabajo y por las instituciones del sector privado. Hasta la fecha, sus efectos sobre la prestación de servicios de salud, no han sido los esperados, debido entre otros al permanente déficit presupuestal, al escaso desarrollo de los mecanismos de dirección, planificación y apoyo que afectan la formulación, ejecución y control de las políticas y el proceso de toma de decisiones.

La coordinación entre el Ministerio de Salud y sus institutos adscritos es deficiente, lo mismo que con las instituciones de seguridad social. Por esta razón, se presentan vacíos e indefiniciones que dificultan la labor del sector.

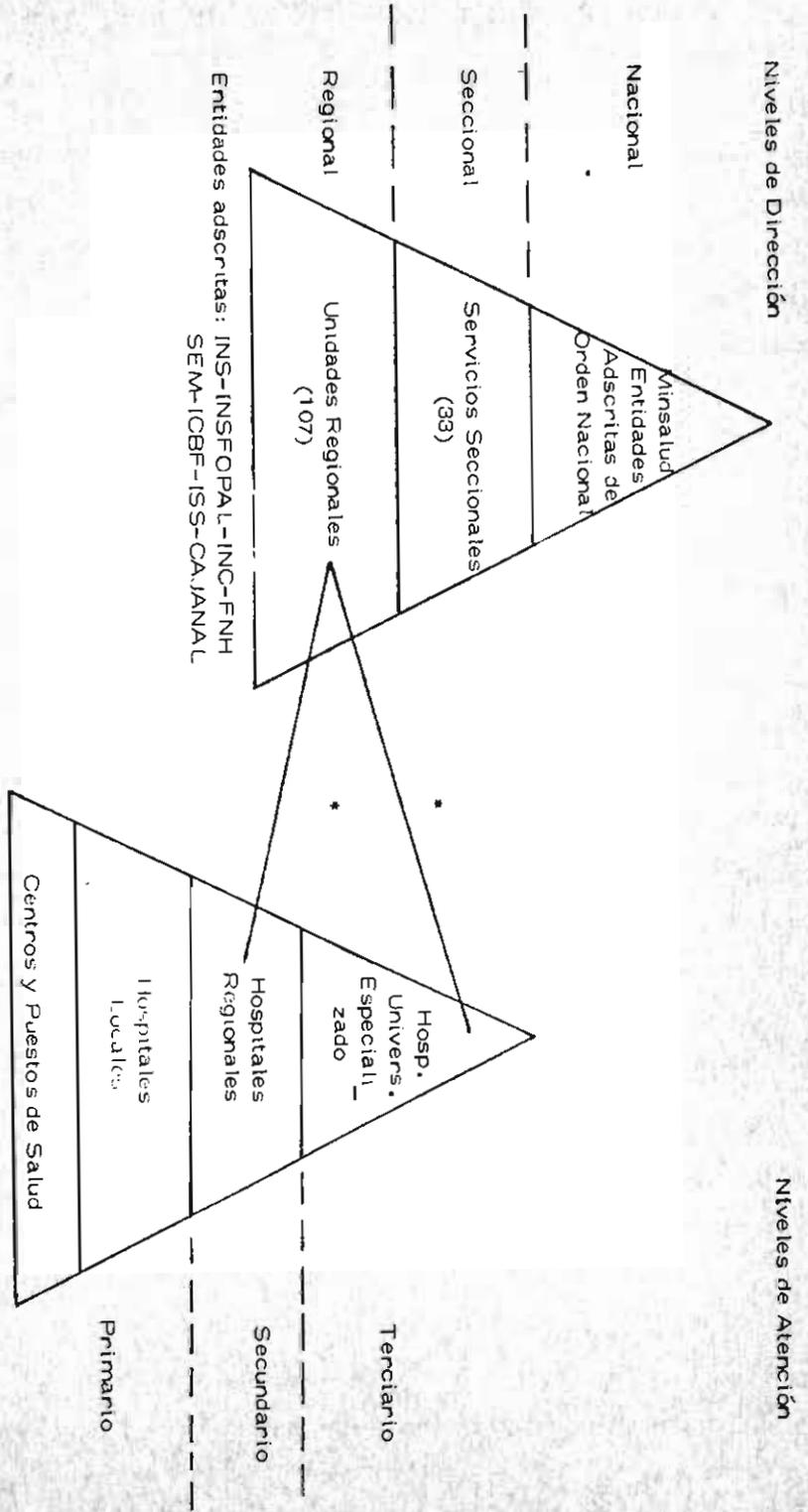
En consecuencia, y como objetivo del actual gobierno, la estructura del sistema debe ser modificada para superar estas restricciones y para que pueda incorporar a los municipios en la administración, financiación y prestación de los servicios (véase Gráfica 2.1).

2.2.3. Financiación

El Sistema Nacional de Salud se financia a través de diversas y complejas fuentes de recursos, en su mayoría de destinación específica. Los recursos de la seguridad social provienen de las cotizaciones obrero - patronales, de los aportes del presupuesto nacional, de la venta de servicios y de rendimientos financieros y donaciones. El resto del sector oficial recibe aportes de origen nacional (situado fiscal), departamental (licores, loterías, cervezas) y municipal (registro y anotación). La tasa de crecimiento de los recursos provenientes del nivel nacional y seccional ha disminuido, en razón de tallas en la legislación, incumplimiento o falta de control en la aplicación de las normas que las regulan y desviación de los recursos hacia objetivos diferentes a aquéllos para los cuales fueron destinados.

Según informe consignado en el Plan de Economía Social de la actual administración (1987 - 1990), los recursos del sector aumentaron de \$54 252 millones en 1980 a \$160 395 millones en 1985, lo que significa una tasa de crecimiento nominal anual de 24.2% y real de -0.1%. La financiación en la atención de salud de las instituciones de seguridad social creció en términos

GRAFICA 2.1
ESTRUCTURA DIRECTIVA Y OPERATIVA DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD



* La Unidad Regional puede ser dirigida por el director de un hospital regional o universitario.

reales a una tasa promedio anual de 1.5%, mientras que las entidades adscritas al Ministerio de Salud fue de -2.5%. De otro lado, del total de recursos que se destina a la prestación de servicios de salud, el 61% financia la atención del 16% de la población, la cual está afiliada a las instituciones de seguridad social.

El gasto por persona efectuado por las instituciones de seguridad social fue de \$17 400 en 1985 y superior 8.2 veces al de las entidades oficiales dependientes del Ministerio de Salud (\$2 112). En términos reales, el gasto público per cápita del sector oficial permanece relativamente constante a partir de 1977.

La desigual distribución del gasto público en salud tiene efectos negativos de mediano y largo plazo sobre los grupos más pobres de la población, beneficiarios reales de la atención del Estado.

2.2.4. Políticas y Programas

Las principales políticas del actual gobierno están relacionadas con la Atención Primaria de Salud a través de su programa de "Salud Básica para todos", sobre el cual se prioriza la acción estatal. Los demás programas le son complementarios y están orientados a mejorar la eficiencia y eficacia de los niveles superiores de atención, retorgar las acciones en materia de salud ocupacional, racionalizar la organización administrativa y operativa del SNS, incorporar de manera efectiva el sector

CUADRO No. 2.1
 COSTO PROYECTADO Y FUENTES DE FINANCIACION
 DE LOS PROGRAMAS DE SALUD 1987 - 1990
 (MILES DE MILLONES DE PESOS DE 1987)

	Costo total	Funciona- miento	Inversión	FINANCIACION		
				Presup. Nacional	Cotizac. Franquic.	Otros
a. Salud básica para todos	400.0	340.0	60.0	5.0	239.0	156.0
b. Atención otros niveles	370.0	300.0	70.0	250.0		120.0
c. Salud para trabajj. asalariados	530.0	470.0	60.0		530.0	
TOTAL	1,300.0	1,110.0	190.0	255.0		275.0

* Incluye aportes departamentales y municipales y venta de servicios.

La financiación de las acciones se hará con cargo a recursos del presupuesto nacional (ordinarios y de crédito externo), a recursos propios de las entidades y a la participación de los municipios en el IVA. Estas dos últimas fuentes permitirán atender el 79% del gasto total.

2.2.5. La Política de Salud Actual y la AFS

La política actual del gobierno sobre la salud en Colombia se encuentra expresada en el documento "Así estamos cumpliendo":

"Satisfacer las necesidades básicas de salud de toda la población y contribuir a modificar de manera permanente, los factores que condicionan el estado de salud de la comunidad, con su activa participación". (8)

De aquí que el gobierno esté interesado en impulsar las siguientes políticas del sector en relación con la AFS:

- Universalizar la cobertura de la atención primaria, por medio del control de los factores de riesgo, el acceso de todas las familias a los servicios de salud y a la atención de las enfermedades más comunes de la población.
- Modernizar la estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, para garantizar su capacidad operativa y de gestión; lograr la integración de los servicios brindados por las entidades adscritas al Ministerio de Salud, por los organismos del sistema de seguridad social y por el sector privado, bajo una sola dirección y objetivos de servicio compatibles y complementarios.

- Descentralizar la prestación de servicios a nivel local, por medio de la incorporación de los municipios al SNS, con el apoyo del ministerio en cumplimiento de sus responsabilidades legales en materia de salud.

- Reordenar la red hospitalaria nacional, con el fin de garantizar la atención oportuna, eficiente y eficaz de las patologías de la población, poniendo en práctica un sistema de remisión basado en la atención por niveles de complejidad acorde con los grados de severidad de las enfermedades.

- Reordenar las finanzas del sector salud, para lograr mayores recursos, oportunidad de utilización en el gasto, a través del fortalecimiento de sus fuentes de financiación, la aplicación de los recursos según las prioridades, el ordenamiento del cobro por prestación de servicios y el control del gasto en todos los centros de atención.

- Fomentar la activa participación de la comunidad en la búsqueda de soluciones a sus necesidades de salud, con el propósito de controlar los factores ambientales causantes de patologías; promover el cuidado consciente y responsable de la salud personal, familiar y colectiva; y aumentar la eficiencia sectorial, mediante el desarrollo de acciones participativas para la identificación y prevención de riesgos y la educación y promoción para el autocuidado en salud.

- La prioridad de la acción estatal en salud es el programa de Salud Básica para Todos, destinado a mejorar la calidad de la atención básica y extender su cobertura a toda la población, con

especial énfasis en las familias afectadas por situaciones de pobreza en los grupos de mayor riesgo. Esto se hará mediante el fortalecimiento de los programas de atención primaria y la extensión de la cobertura de los seguros de salud.

La Atención Primaria tiene como eje fundamental el nivel local constituido por los puestos y centros de salud y por los hospitales locales, articulado con un sistema de remisión oportuna de pacientes a otros niveles, cuando se amerite atención de mayor complejidad. Las acciones se sustentan en la interacción participativa entre el individuo, la familia y la comunidad, con las instituciones de salud.

Los servicios mínimos que serán cubiertos por la Atención Primaria en salud son:

- Atención del embarazo y el parto por personal calificado según el riesgo.
- Detección precoz del cáncer uterino a través de la práctica periódica de la citología del cuello uterino.
- Servicios de Planificación Familiar.
- Vigilancia del crecimiento y desarrollo del niño.
- Inmunización contra la poliomielitis, difteria, tétanos, tos ferina, sarampión, tuberculosis y fiebre amarilla.
- Prevención y control de la enfermedad diarreica aguda y suministro oportuno de sales de rehidratación oral.
- Prevención y control de las infecciones respiratorias agudas.
- Control de la presión arterial.
- Control de los vectores que transmiten el paludismo, el dengue

y la fiebre amarilla.

- Diagnóstico de laboratorio y tratamiento inicial para malaria y tuberculosis.
- Atención preventiva odontológica.
- Atención de consulta externa médica y odontológica.
- Servicios de hospitalización en casos de baja complejidad.
- Atención de urgencias y remisión a centros especializados en caso necesario.
- Suministro de medicamentos esenciales.

Además de estos aspectos, que comprometen a las entidades de salud a nivel local, son también acciones de atención primaria: provisión de agua potable, disposición adecuada de excretas, fluoración de la sal de consumo humano y atención nutricional. La responsabilidad de estas áreas es compartida por otros sectores, cuyos programas las consideran explícitamente.

2.2.6. Programas de Bienestar Social y Seguridad Social del Hogar que se articulan con la AFS

Es importante revisar estos programas, ya que se articulan con el programa prioritario del sector salud, Salud Básica para todos y a través de ellos podría darse la coordinación institucional, como elemento clave para alcanzar los objetivos de los dos sectores.

Estos programas son:

- Hogares de Bienestar Infantil. Se inició su desarrollo en todo el territorio nacional, pretende brindar albergue diurno, alimentación, ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD y educación preescolar.

a niños menores de siete años. Según el Plan de Economía Social, para el presente cuatrienio su objetivo es la atención de 1 000 000 de niños en 66 000 Hogares localizados en las Áreas de mayor pobreza del país. La ejecución del programa está a cargo del ICSEF, con la colaboración directa de los municipios, del SNS, del Ministerio de Educación Nacional, del Instituto de Crédito Territorial -ICT-, del Banco Central Hipotecario -BCH- y del Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA-, y con la participación activa de cada comunidad.

Como beneficiarios indirectos del programa, cabe destacar la generación de más de 66 000 ocupaciones, el mejoramiento de igual número de viviendas, la cualificación de las prácticas alimentarias y nutricionales en las familias de todos los niños atendidos y la facilidad para ausentarse del hogar y para realizar las labores domésticas de cerca de 500 000 madres, gracias a la seguridad de albergue y atención para sus hijos.

- Educación familiar para el Desarrollo Infantil. Pretende la educación y capacitación a las familias sobre los comportamientos básicos esenciales para la supervivencia y desarrollo de los niños, que incluye: información sobre los derechos del niño; detección de riesgos en salud; atención de las enfermedades prevalentes en los menores; mejoramiento de las prácticas nutricionales y de conservación y aprovechamiento de los alimentos; prevención de accidentes infantiles; atención de las necesidades psicoafectivas; orientación para la recreación e información sobre las capacidades laborales del niño.

El programa es coordinado y ejecutado por el ICBF y los Ministerios de Educación y Salud, con la colaboración de entidades territoriales a través de convenios específicos.

Sus acciones prevén la utilización de la infraestructura física y humana de las entidades ejecutoras, la formación y aplicación de agentes educativos especializados y de vigías comunitarios, el refuerzo a través de la educación no formal de adultos y la movilización participativa de la comunidad.

- Atención Nutricional Materno Infantil. Pretende el mejoramiento del estado nutricional de las madres gestantes y lactantes, de los niños recién nacidos, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad infantil por desnutrición y los efectos negativos de la mala alimentación inicial en el desarrollo del niño. El programa incluye la oferta, en los centros locales de salud, de complementos alimentarios a las gestantes en condiciones de desnutrición y acciones de orientación familiar en las prácticas de nutrición y estimulación psicomotriz del niño, realizadas directamente por el nivel local del SNS y a través de los medios masivos de comunicación.

- Vigilancia del Desarrollo Físico y Atención Nutricional al Escolar. Tiene como objetivo vigilar el crecimiento y desarrollo físico de los niños de la escuela primaria y brindar complementación alimentaria a aquellos que tengan deficiencias nutricionales, con el fin de mejorar su desarrollo general y su rendimiento escolar. El programa se ejecuta bajo la responsabilidad institucional del ICBF y el Ministerio de

Educación con la colaboración del Ministerio de Salud. Los complementos nutricionales previstos se adecuan a las necesidades particulares de distintas regiones del país.

- Prevención y Atención de la Drogadicción. Bajo la responsabilidad coordinada de los Ministerios de Educación, Salud y Comunicaciones, el programa está orientado a la prevención de la drogadicción juvenil, por medio de campañas masivas de difusión y orientación, reforzadas con la capacitación en este campo de los profesores de educación media. Las acciones incluyen, además, el fortalecimiento y apoyo de las instituciones públicas y privadas especializadas en la atención terapéutica de la drogadicción y el alcoholismo de los jóvenes.

- Recreación y uso formativo y Creativo del tiempo Libre. Este programa contempla acciones dirigidas a fomentar la recreación y el deporte, mediante el impulso a la organización de asociaciones juveniles y la formación de ligas, clubes y escuelas deportivas, con el fin de contribuir a la masificación del deporte y de brindar a los jóvenes alternativas para el uso adecuado de su tiempo libre. Corresponde a Coldeportes el desarrollo de este programa.

- Plan de Atención al Anciano. Tiene como objetivo crear las condiciones necesarias para asegurar a la población mayor de 60 años su adecuada integración y el fortalecimiento de su posición en la familia y la sociedad. Las acciones previstas están orientadas a suministrar a los ancianos, con especial énfasis en los de estratos sociales más pobres, atención a sus problemas de

nutrición, salud, vivienda, recreación, participación cultural, aprovechamiento de su experiencia laboral. El plan está coordinado por el Ministerio de Salud, incluye la participación del ICBF y prevé la vinculación del sector privado en la ejecución de acciones y el financiamiento de los proyectos.

- Atención a personas con limitaciones físicas y mentales. El Ministerio de Salud, con la colaboración de los Ministerios de Educación, Trabajo y Comunicaciones y de las entidades de Seguridad Social, coordinará un programa masivo de orientación y capacitación de la comunidad y de la familia, con el fin de modificar sus actitudes frente a quienes tienen limitaciones y de reforzar los programas de rehabilitación en el hogar, para lograr así la incorporación de estas personas al trabajo y a la sociedad.

2.3 La Enfermería en Colombia

Para el análisis de la relación entre la práctica médica (específicamente la práctica de enfermería) y la educación (superior) en la estructura socioeconómica de Colombia se tomaron aquí tres periodos históricos señalados por varios autores (9), (10), (11), como importantes etapas en el desarrollo del capitalismo en América Latina:

- El primero comprendido entre los últimos años del siglo XIX y 1930, etapa caracterizada por el llamado "desarrollo hacia afuera" o primario - exportadora.

- El segundo entre 1930 - 1960, caracterizado por el llamado " Desarrollo hacia adentro" o etapa de sustitución de importaciones y.

-El tercero de 1960 hasta el presente, etapa de implantación de un nuevo modelo de acumulación capitalista.

2.3.1. Finales del Siglo XIX - 1930

Hacia 1880, casi toda la América Latina había avanzado hacia una economía primario - exportadora desarrollo hacia afuera", hecho que significó la independencia definitiva de la Península Ibérica. La actividad central de la economía estaba dirigida hacia los países más industrializados. Se producían materias primas, había un predominio de la producción agrícola ligada a la exportación de alimentos y a la industria extractiva, un mercado interno estrecho y un comercio internacional en desarrollo.

En Colombia, de la agricultura de exportación del tabaco se pasó a la agricultura de exportación del café; se promovió la inversión extranjera en la explotación minera del petróleo y del banano; se crearon obras de infraestructura como los ferrocarriles y se dió impulso a la industria nacional de bienes de consumo.

En este contexto, la Práctica Médica dominante era la práctica sanitaria. Los países latinoamericanos ajustaban sus servicios de salud a las necesidades de una producción capitalista destinada

al mercado exterior, consistente en el saneamiento, vigilancia de los puertos, la lucha contra las enfermedades que exigían cuarentena y representaban una traba para el comercio internacional.

Se promovieron campañas sanitarias contra la malaria, la fiebre amarilla, etc., para proteger y aumentar la capacidad de trabajo. En 1902, se crearon la Oficina Sanitaria Panamericana, más relacionada con la sanidad marítima y la regulación de la cuarentena y la Fundación Rockefeller, que se ocupaba de las endemias rurales (anquilostomiasis) especialmente en los nuevos campos petroleros.

La Práctica Médica, a su vez, influye en el desarrollo de las profesiones de esta área; es así como "la lucha contra las enfermedades cuarentenables se considera como el punto de partida de la transformación y desarrollo de la Práctica Médica en América Latina". (12)

Por su parte, la enfermería se desarrollaba principalmente en los hospitales (atención curativa), a través de congregaciones religiosas cuya función principal era moralizar y disciplinar a los "desviados sociales". Así la enfermería se vinculó a la estructura política - económica, ya que contribuyó a disminuir tensiones sociales y a recuperar para la industria manufacturera incipiente, la mano de obra excedente de la agricultura.

La práctica de enfermería en Latinoamérica condicionada por la situación de la mujer, cuyas labores estaban centralizadas en el hogar con un papel sumiso, en condiciones socioeconómicas inferiores a las del hombre, con un alto porcentaje de analfabetismo y escasas oportunidades para prepararse profesionalmente.

En 1890, en la Argentina se creó la primera escuela de enfermería, siguiendo en orden cronológico Cuba (1900), Chile (1905), México (1907) y Uruguay (1912). Entre 1923 y 1928 se fundaron las primeras escuelas de salud pública en Brasil y Chile: hecho que propició la transferencia de enfermería de las congregaciones religiosas a las enfermeras profesionales laicas.

En Colombia, la formación de enfermeras universitarias se inició en Cartagena en 1903 y en la Universidad Nacional en Bogotá en 1920, pero sin continuidad. La mayoría de las unidades docentes fueron fundadas después de 1938. La orientación teórica estaba dirigida por médicos y la práctica y disciplina por religiosas de la comunidad de la Presentación. Su principal área de desempeño era la hospitalaria, presentándose el mismo fenómeno que en los demás países latinoamericanos.

En Colombia, dos hechos políticos importantes incidieron sobre la educación superior de la época: La Constitución de 1886 y el concordato de 1887. La primera promulgada por Núñez, marca la época de la llamada regeneración y su objetivo final era la organización de un auténtico Estado Nacional. Esta Constitución,

altamente regresiva en materia de derechos civiles y el Concordato, hasta ahora no ha logrado su objetivo, predominando desde entonces el ejercicio de la fuerza a través de un estado represivo.

En efecto, a través de estas dos acciones políticas, se buscaba restaurar la hegemonía de las viejas fuerzas sociales, religiosas y políticas, previniendo la insurgencia popular, la revolución o la reforma. Por esto, a esta época también se la llamó, época de la Contrarreforma.

A través del Concordato (Acuerdo Iglesia - Estado) de 1887, se entregó a la Iglesia Católica y al Vaticano el control ideológico y la suprema inspección sobre la educación, las misiones, y el régimen familiar.

El resultado fue entonces, un nuevo modelo de Universidad inspirada en el confesionalismo de la Universidad Monástica y en el estrecho cuadro de las profesiones clásicas (Derecho, Medicina e Ingeniería Civil). Universidad elitista, cerrada, confesional, autoritaria. Desconocía la investigación científica, la libertad de pensamiento y de cátedra y su objetivo final e ideológico era el mismo que el adoptado por la Universidad Monástica dos siglos antes o sea impedir que la juventud respirara la atmósfera del "contaminado" pensamiento universal.

Se impidió el acceso a las aulas de los grandes valores de la filosofía y de la ciencia social considerados heréticos como

Descartes, Darwin, Kant, Hegel o Marx.

Dentro de la estructura interna de ese tipo de universidad, no existió ninguna representación del profesorado o del alumnado. Se adoptó una ideología oficial de acuerdo a las normas del confesionalismo católico, transmisión autoritaria del conocimiento, ortodoxia del texto único e imposibilidad del diálogo horizontal entre profesores y alumnos.

Dentro de ese esquema, la docencia no era una profesión y el ejercicio de la cátedra no se fundamentaba en investigación alguna sino en la capacidad de reproducción de textos, sobre un alumnado inerte y condenado a la pasividad, al monólogo profesoral y a un sistema de evaluación académica armado de dos inflexibles instrumentos; el control formal de la asistencia y la capacidad de reproducción literal de las enseñanzas o textos magistrales. (13)

2.3.2. Periodo de 1930 - 1960

La depresión de 1929 mostró la debilidad del orden mundial al que Latinoamérica había buscado tan afanosamente integrarse. El declive económico mundial se reflejó en América Latina en el estancamiento del comercio de exportación, la sustitución de importaciones "Crecimiento hacia dentro", el análisis de los efectos negativos y el impulso a la diversificación económica.

Luego, más que la crisis, la guerra de 1939 - 1945 estimuló la

industrialización; la cual, por la escasez de capital nacional, por la escasez de capital nacional, la dependencia de una tecnología importada y la gran inversión de capital extranjero impidieron un desarrollo autónomo de su economía.

La industrialización fruto del proceso de sustitución de importaciones, generó una corriente comercial de intercambio desigual, aunada a grandes inversiones directas y empréstitos, conllevándonos al atraso y la desigualdad social, como expresión de las relaciones de dependencia en que se da nuestro desarrollo.

Este modelo de sustitución entra rápidamente en crisis y se degenera, al no tener en cuenta aspectos básicos en la ampliación del mercado interno, como es la reforma agraria democrática, la redistribución del ingreso, y la ruptura de las asfixiantes relaciones de dependencia.

Este proceso de industrialización dejó a gran parte de la población al margen de sus beneficios, además de la precaria infraestructura de vías de comunicación, que separaba aun más las áreas industrializadas de las marginadas de ese proceso, y a un déficit de energía y de servicios básicos. Crecieron rápidamente las ciudades más no su oferta de viviendas; aparecieron los asentamientos humanos espontáneos en la periferia urbana, carentes de energía eléctrica y agua potable, naciéndose cada vez más frecuentes y alojando un alto porcentaje de la población citadina. Se produjo una concentración urbana que se incrementó con los progresos sanitarios de la época y la explosión

demográfica.

Durante este periodo se dió un gran avance al movimiento panamericano impulsado por Roosevelt quien lo presentó como la política de buena vecindad y respeto mútuo, el cual protegería a Latinoamerica de posibles agresiones militares por parte de occidente y de la izquierda revolucionaria. Este movimiento culmina en 1948 en Bogotá, con la creación de la Organización de Estados Americanos. OEA dirigida por organismos permanentes y comprometida en los conflictos internacionales. De esta organización emerge y se fortalecen, entre otras, una agencia especializada en salud: La Organización Panamericana de la Salud. OPS.

En Colombia, la industrialización durante este periodo fue más limitada que en otros países. El gobierno liberal de Alfonso López (1934 - 1938), intentó llevar a cabo una política proteccionista, una reforma educativa, separar la Iglesia del Estado e implantar el derecho laboral, pero la oligarquía, tanto liberal como conservadora, renuente a los cambios sociales, no lo permitió.

En 1958, después de un gobierno militar, continuas pugnas entre liberales y conservadores, se implantó el llamado Frente Nacional, mediante el cual se repartieron el poder alternativamente entre liberales y conservadores, apoyados por la Iglesia católica, durante 16 años.

La Colombia Liberal - Conservadora, se caracterizó por la violencia, una infraestructura atrasada y un rápido proceso de urbanización.

La Práctica sanitaria en este periodo dejó de ser dominante para darle paso a la atención médica individualizada. La salud pública se dividió entre lo curativo y lo preventivo.

La sanidad interna obedeció entonces, al desarrollo de las fuerzas productivas. El proceso de industrialización hizo necesaria la creación de la Seguridad Social como parte fundamental del mantenimiento y reproducción de la fuerza de trabajo, la cual incluye también la atención a la burocracia.

La población urbana de ingresos altos es atendida por la práctica médica privada; y se crearon los Ministerios de Sanidad o Higiene, los cuales se encargan de dar atención a la población desprotegida que no ha podido ser vinculada al desarrollo económico y social y que cada vez es más numerosa.

La hegemonía de la atención médica individualizada sobre la práctica sanitaria, tuvo una gran influencia sobre la medicina clínica y el desarrollo de especialidades. Se estimuló la práctica de la medicina privada y se crearon nuevas necesidades de infraestructura en el campo de la salud que permitieron el desarrollo de la industria hospitalaria.

Se crearon los grandes centros hospitalarios ligados a las

universidades; todo esto conllevó a una mayor división del trabajo, dando lugar a la aparición de nuevos grupos ocupacionales, tales como técnicos de rayos X, técnicos de laboratorios, técnicos de fisioterapia, etc.

La práctica sanitaria, aunque jugando un rol secundario dentro de la práctica de la salud, también se incrementó principalmente en las zonas urbanas y áreas de mayor productividad, adquiriendo una modalidad individualista a través de los centros de salud.

En esta etapa, el sector salud recibió gran cooperación de los organismos internacionales e interamericanos (Organización Panamericana de la Salud -OPS-, Fundación Rockefeller, Instituto de Asuntos Interamericanos, etc.), la cual se intensificó durante la Segunda Guerra Mundial. "Se establecieron también los servicios cooperativos de salud en áreas estratégicas, que en la década del 60 van a ser incorporados a los servicios de salud". (14)

En Colombia la práctica sanitaria también dejó de ser dominante para dar paso a la atención médica individualizada. Se crearon entre 1935 y 1942 las Cajas de Previsión Social de la Naciónación y de la Costa Atlántica que funcionó hasta 1949. Mediante la Ley 27 de 1946, el Estado Colombiano creó el Ministerio de Higiene, que continuó con su función de salud e Higiene Pública, de carácter preventivo, mientras que el aspecto curativo seguía bajo las Juntas Directivas de la Beneficencia, los hospitales. En el

mismo año se dictó la Ley 90 por la cual se estableció el Seguro Social obligatorio, se creó el Instituto Colombiano de Seguros Sociales - ICSS -.

En 1948, se dictó por primera vez un decreto para organizar la "salubridad nacional" pero al año siguiente, con la premisa de la alteración del orden público, el Presidente Ospina Pérez declaró al país en Estado de Sitio, situación que repercutió en la disminución del Presupuesto nacional para la salud.

En la década de los cincuenta se dieron los primeros pasos de integración y organización de la salud en sus aspectos preventivos y curativos; se cambió el nombre de Ministerio de Higiene por el de Ministerio de Salud Pública y se reclamentó el servicio de salubridad rural.

La hegemonía de la práctica médica individualizada (hospitalaria), reconoció la importancia de la profesión de enfermería, para la prestación de servicios de salud, tanto en el área hospitalaria como en medicina preventiva y se consolidó su posición entre las profesiones de salud. Otros factores, como la posición de la mujer en la sociedad, la apreciación de los conocimientos médicos por la clase médica dominante, parecen haber limitado el desarrollo de la profesión.

Los avances de la ciencia médica, la satisfacción de la atención médica, estimularon tanto el crecimiento numérico como la preparación técnica de enfermería, igualmente aumentó el

número de auxiliares de enfermería formados por los ministerios de salud y educación.

El número de aspirantes a la carrera siempre fue bajo pues los presupuestos para enfermería fueron tan escasos que no estimulaban a seguir la carrera. Por tanto, la fuerza laboral de enfermería pasó a ser constituida esencialmente por personal auxiliar, ocupando las enfermeras puestos administrativos, de enseñanza y supervisión; áreas mismas donde surgieron los cursos de postgrado, alrededor de 1950, incluyendo también la salud pública y obstetricia. En 1960 se introdujeron cambios a ese enfoque.

En Colombia durante este periodo se fundaron importantes escuelas y facultades de enfermería, con una clara orientación clínica, sin embargo las prácticas de salud fueron combinadas y se fluctúan entre lo curativo y lo preventivo. Los médicos continuaron orientando la parte teórica. La creación del Instituto Colombiano del Seguro Social en 1948, promovió cambios en la prestación de servicios y aumento la demanda de enfermeras y auxiliares de enfermería.

Un hecho que va a tener gran trascendencia en la educación en salud tanto en Occidente como en América Latina es la aparición en 1930 en la URSS, y como parte de su proceso de revolución socialista, del PRIMER MODELO DE INTEGRACIÓN DOCENTE - ASISTENCIAL mediante el servicio integrado de salud: la enseñanza de la medicina pasa a ser competencia del Ministerio de Sanidad,

en donde se crea un departamento especial encargado de administrar y coordinar los institutos de medicina en todo el país.

Los reajustes socioeconómicos y políticos de la postguerra sugieren "una reformulación de la enseñanza en salud en Latinoamérica: transformación de los cursos de higiene en programas de medicina preventiva". Las conferencias de Colorado Springs (EUA) y de Nancy (Francia) en 1952, y la Conferencia Mundial de Educación Médica en Londres en 1953, fueron seguidas en América Latina por los seminarios de Villa del Mar (Chile) en 1955 y Tehuacan (México) en 1956, "que dieron lugar a la introducción de la enseñanza de la medicina preventiva en las escuelas de medicina". (15)

Surgieron entonces, las primeras experiencias de aprendizaje en servicio relacionadas con la salud pública y la medicina preventiva, valiéndose inicialmente de los llamados "Laboratorios de la Comunidad", los cuales quedaron a nivel de simple experiencia piloto, con más valor ideológico que práctico.

En Colombia, después de medio siglo de mantener a la sociedad bajo el aislamiento cultural, el modelo de Universidad elitista, confesional, segregada del país y de las nuevas corrientes de la cultura universal es imposible de continuar, pues no responde a los fenómenos que interpositivamente se están desarrollando, a través de la rápida inculcación del país al sistema capitalista internacional.

En 1935, se produjo la reorganización de la Universidad Nacional, como centro rector de un modelo universitario de carácter profesionalista y pragmático, modelo que inició la modernización de la educación superior por medio de la integración de facultades o institutos dentro de sistemas con cierta coherencia académica, diversificó las profesiones clásicas existentes y proyectó nuevas carreras profesionales, abrió la posibilidad del libre examen de las ideas y estableció formas de participación democrática del profesorado y del estudiantado en el gobierno de la Universidad Nacional, hasta llegar al nivel del cogobierno.

Como reacción a la reforma universitaria liberal, afloró la universidad privada (Universidad Javeriana, Universidad de los Andes). Tanto la universidad estatal como la privada, se dirigieron además, hacia la renovación de la clase política, respondiendo a la exigencia de una estructura social cada vez más estratificada y conflictiva y a la expansión de nuevas formas de intervencionismo y de capitalismo de Estado.

Fero esta reforma es muy limitada: en 1945, el Presidente Ospina Pérez, reestableció el predominio de la fuerza sobre el consenso mediante un gobierno conservador oligárquico, terminando la autonomía universitaria y reinstaurando el corporacionismo católico. Desmanteló la Universidad Nacional como Centro rector del modelo liberal de universidad colombiana, el Estado orientó sus esfuerzos a la expansión de la universidad privada, a la introducción de fundaciones norteamericanas en el postgrado de la universidad pública y a la adopción de patrones tecnocráticos

en la enschianza de las ciencias sociales consideradas como subversivas, heréticas o revolucionarias". (16)

2.3.3. Periodo de 1960 hasta el presente

Durante este periodo la crisis general del capitalismo se agudiza cada vez mas; se inició en 1967, se acentuó en 1967 - 1971 y se profundiza en 1974 - 1975. Esta crisis se refleja en América Latina en la reducción del producto interno, reducción de la importación, disminución de las inversiones de capital, aumento de la deuda externa y desempleo.

En busca de soluciones oportunas, la Comisión Económica para la América Latina -CEPAL-, hizo un diagnóstico de la situación económica, encontrando insalvable el deterioro del sector primario en favor del desarrollo de los grandes centros industriales, en los cuales el nivel de vida sería cada día peor.

Se propuso una solución integral, un equilibrio entre agricultura e industria, entre zonas nucleares y marginales, pero a través de la inversión extranjera. Estas propuestas han estado enmarcadas dentro de un modelo de desarrollo para América Latina apoyado en el gran capital monopolístico, y basado en la alta utilización relativa de la mano de obra a través de una tecnología altamente desarrollada.

Como resultado de este modelo de desarrollo se ha agravado el problema de la marginalidad social y económica. El proceso de

urbanización ha sido acelerado, surgiendo paralelamente en su interior, una gran proporción de población marginal que no logra su integración completa al mercado capitalista. Esta población está formada en parte por el aumento vegetativo de la población urbana donde todavía existen altas tasas de natalidad y por emigrantes de las zonas rurales en crisis que expulsan su mano de obra campesina a la ciudad.

De otra parte, el control creciente de la gran industria por el capital extranjero disminuye las posibilidades de un desarrollo nacional independiente y somete a la sociedad, a la opinión pública y al Estado al progresivo control del capital extranjero. Esto es, el control de la economía se desnacionaliza.

Al mismo tiempo, a través del proceso de desarrollo se ha logrado una democratización política. La vieja estructura clientelista que domina el campo durante el siglo XIX y comienzos del siglo XX se traslada a las ciudades y contamina las nuevas formas de acción política. En cierto modo, el populismo reproduce a su manera estos viejos procedimientos clientelísticos y representa una situación de compromiso entre las técnicas de masa urbana y las técnicas personalistas tradicionales. Así, a pesar de que la mayoría de la población asume un papel de importancia en la vida nacional, no se logra una democracia burguesa a la manera europea.

Estamos entonces ante un desarrollo dependiente, definiendo la dependencia como "una situación histórica que configura una

cierta estructura de la economía mundial que favorece el desarrollo económico de algunos países en detrimento de otros , que determina las posibilidades de desarrollo de las economías internas constituyéndolas como realidades económico - sociales". (17)

En Colombia se mantendrá el carácter de sustitución de importaciones hasta 1967, en efecto, durante la década de los sesenta se dió el agotamiento del modelo, fenómeno que produjo una reorientación de la economía hacia el impulso de las exportaciones de productos manufacturados, lo cual implicó un desarrollo prioritario del sector industrial, mediante la utilización de alta tecnología que, si bien aumentó el nivel de productividad, disminuyó la capacidad de absorción de mano de obra, la cual pasó del 21% entre 1958 y 1963 a 11.8% entre 1963 y 1968.

El desempleo apareció entonces, como la contradicción más preocupante de la economía nacional durante la década del sesenta, acompañándolo en parte como su reverso dramático, el segundo gran problema nacional de la década: el problema agrario.

De otra parte, políticamente el país acababa de pasar por el período más importante de la lucha de clases que se había dado hasta el momento, comúnmente denominado "la violencia", de naturaleza esencialmente agraria y que constituyó el giro de derecha de la burguesía colombiana, el fortalecimiento del Estado, la dominación por la fuerza de los sectores sociales y la

garantía de una nueva oleada industrial, convirtiéndose pues, en elemento esencial para la consolidación de la hegemonía de la clase dominante. Cabe anotar, que durante este periodo la ciudad de Bogotá pasó de 550 000 a 900 000 habitantes (1950 a 1958), constituyéndose en ciudad refugio.

En la década siguiente se fortaleció la hegemonía de la clase dominante con el llamado Frente Nacional, constituido bajo supuestos democráticos que alternaban el dominio del poder entre liberales y conservadores, pero con un contenido de restricción a las libertades democráticas de las masas. Hubo un retorno a la Constitución y a las instituciones anteriores y en la práctica se limitó el impulso socioeconómico del país, ante la necesidad de la convivencia entre los dos partidos, de mantener la maquinaria del Frente Nacional y de frustrar la peligrosa subversión de las décadas anteriores, esto es, la formación de la contrahegemonía.

El énfasis en el sector industrial promovió políticas que asignaban un mayor porcentaje de capital al sector urbano, de tal manera que los habitantes del campo debían de pagar por el desarrollo industrial con su pobreza social.

Políticas como la llamada "Operación Colombia", muy popular en el país a principios de la década del sesenta, basada en modelos que suponían factible un proceso rápido de transferencia masiva de lo que los economistas del desarrollo conocen como mano de obra excedente del sector tradicional al sector moderno, llevaban a la conclusión de que no era necesario tomar acciones destinadas

a aumentar la mano de obra en el campo o a elevar sus niveles de productividad, hasta tanto las transferencias no se hubieran realizado.

En 1967 con la expedición del Estatuto Cambiario para resolver la insuficiencia del mercado interno y la escasez de divisas, se reafirmó la promoción de exportaciones, volcando la capacidad productiva hacia el mercado mundial y haciendo que la industria se ganara en el exterior las divisas necesarias para su reproducción y ampliación internas.

El Sistema UPAC (Política de ahorro mediante la Unidad de Valor Adquisitivo Constante), puesto en vigencia en 1972, para los grupos de medianos y altos ingresos, mas como política de generación de empleo que como solución al problema de vivienda, aumentó la migración hacia las grandes ciudades; en los dos primeros años de su funcionamiento el 90% de los recursos se concentró en las cuatro grandes ciudades. En este mismo año la capacidad de absorción de empleo llegó al 8.4% y en 1973 se mantenía en 7.6% mientras que la fuerza laboral crecía el 3.8%. En sólo tres años se crearon tanto o mas empleos que en la década anterior, lo cual si bien no resolvió el problema del desempleo, mostraba un mayor dinamismo en la acumulación.

Pero al tiempo que avanzaba la acumulación y se modificaba internamente la composición de la industria, fueron apareciendo nuevos elementos en los patrones de acumulación que configuraron

el campo de acción de la política económica desde 1970. De una parte un notable deterioro en los salarios reales, que para 1975 se habían reducido en un 25.6% con relación a los niveles existentes en 1970.

Esta contracción de los salarios era necesaria para mantener la competitividad internacional y fue compensada en el plano de la demanda interna con el aumento del volumen total de empleo y por tanto de remuneraciones. De otra parte el igualmente necesario aumento de la tasa de explotación, se produjo no sólo por el deterioro de los salarios agudizado por una represión al movimiento sindical sin precedentes, sino por un aumento en la productividad de los sectores productores de bienes - salario fundamentalmente en la agricultura, aspecto en que se concentra la política agraria.

Como resultado del proceso de industrialización y de la penetración del modo de producción capitalista en la actividad agrícola se dio un proceso migratorio acelerado, con la consecuente urbanización del país a costa esta última de la pauperización rural y la inversión indiscriminada de recursos financieros y humanos en los principales centros urbanos. La sociedad política preparó a las masas para este proceso mediante la coerción y la fuerza y estas respondieron con una limitada organización popular, con un movimiento migratorio acelerado del campo a la ciudad, sometándose a vivir en las peores condiciones, ocupando espacios de la periferia urbana considerados por los urbanistas como 'no urbanizables' y que

hasta ahora les han servido de refugio.

Con la recesión de los ochenta, la situación ha empeorado. El ajuste económico iniciado en 1984, originó un mayor crecimiento de la deuda del país con un impacto negativo sobre la calidad de vida de la población al sumarse el desempleo, los bajos ingresos, la política salarial restrictiva y el aumento en el precio de los servicios públicos para servir a la deuda.

Finalmente, en el país, de once planes de gobierno y documentos de misiones internacionales (seis planes de desarrollo y cinco documentos de misiones) estudiados, puede inferirse "Una permanente preocupación por la redistribución del ingreso como el objetivo permanente del desarrollo en el país, mientras el crecimiento económico sería un objetivo secundario". (16)

Sin embargo, al confrontar los objetivos con las políticas, en orden a evaluar el grado de implementación de los planes, se encuentra que en seis de los siete planes que enfatizan la equidad, no se definen políticas distributivas o del mejoramiento del nivel de vida y en todos se hacen depender los objetivos de equidad de los resultados del crecimiento. Para este último objetivo abundan las políticas sectoriales y específicas, enfocándose preferentemente hacia la industria, la agricultura y las obras de infraestructura. Por lo que hace a los programas sociales (educación, salud, vivienda,) debe anotarse que el área de mayor énfasis es la de educación, seguida de la salud, con escasa presencia de la vivienda como objetivo de la política

social.

Iguaimente, el actual Plan Nacional de Desarrollo está basado en la "economía social", estrategia que establece una convergencia directa entre el cambio económico y el cambio social, bajo una nueva orientación política. Según ésta, el crecimiento cumple una clara función social, a la vez, que el desarrollo social es factor de crecimiento. Según los expertos, ha sido un absoluto fracaso.

Continúa en este periodo la hegemonía de la atención médica individualizada sobre la práctica preventiva, hegemonía que se mantiene hasta el presente, destinando un alto porcentaje del gasto en salud para modernizar la infraestructura hospitalaria. Sin embargo, en la década del setenta, se propone para América Latina la Extensión de Cobertura de los servicios de salud con sus dos estrategias principales, la Atención Primaria en Salud y la Participación Comunitaria, surgiendo a su vez una serie de críticas a la atención médica individualizada, a la cual solamente tiene acceso una parte muy reducida de la población.

En Colombia, también continúa la hegemonía de la atención médica individualizada sobre la práctica preventiva. Los lineamientos de las políticas de salud obedecen esencialmente a los trazados por organismos internacionales, es decir, a la política de Extensión de Cobertura de los servicios de Salud, con sus dos estrategias principales: la Atención Primaria en Salud y la Participación Comunitaria.

La práctica de enfermería sigue centrada en los hospitales; como resultado del aumento en el número de profesionales, las enfermeras tienden a ubicarse menos en el área administrativa y más en el área clínica, surgiendo varias especialidades: enfermería médico - quirúrgica, cardiológica, maternoinfantil, psiquiátrica, pediátrica, etc., lo cual le permite una mayor participación en el tratamiento y control de la salud.

En 1978, una vez establecida la política de Extensión de Cobertura en Salud y a partir de una serie de críticas a la práctica tradicional de enfermería, la OPS convocó una reunión de un grupo de trabajo, compuesto por enfermeras, médicos y odontólogos en Washington para analizar la posición de la enfermera en la atención de salud; en el informe de este grupo se reconoce que LA ENFERMERA DEBE SER LA COORDINADORA DE LAS ACCIONES DE SALUD EN EL NIVEL PRIMARIO DE ATENCIÓN. Desde entonces, en el campo educativo se inició la reformulación de los currículos hacia la salud de la comunidad y la preparación de las enfermeras para la Atención Primaria, incluyéndose en estos la expansión de sus funciones en relación con medidas terapéuticas y de diagnóstico. Aparecen en la educación en enfermería la integración docencia - servicio, autoinstrucción, enseñanza extramural, preparación de personal en gran escala, servicio social para egresadas, etc. (19)

Por este mismo año, Barros destacó que:

Se estaba viviendo un periodo de transición de la enfermería de salud comunitaria hacia una enfermería social que tuvo origen en la década del setenta, y que tiene como marco de referencia, LA INTERFERENCIA DE LA ESTRUCTURA SOCIAL EN LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA, EL PAPEL DE LA MUJER EN LA SOCIEDAD Y EL COMPROMISO SOCIAL DE LA ENFERMERA, conceptuando a la enfermería social como un área que tiene como objeto al ser humano, con un cuerpo socialmente investido (por el trabajo) y ocupando diferentes posiciones en la sociedad (clases sociales). (20)

Por otra parte, en 1983, el Comité Asesor de la UPS en Educación en Enfermería, señaló que la enfermería:

No puede examinar su problemática fuera del contexto de la recesión económica... el desempleo, la inflación, la migración de poblaciones campesinas hacia las grandes ciudades, el deterioro del medio ambiente, que entre otros factores están agravando y generando nuevos problemas que afectan... las poblaciones.

Señaló también, por otro lado, que:

La deuda fiscal viene dificultando la acción de los gobiernos para la promoción de salud y el bienestar social, y que es necesario que la enfermería se integre con las demás profesiones y personal del sector salud para encontrar alternativas viables que aseguren una atención de salud amplia y de buena calidad a las poblaciones. Asimismo hizo hincapié en la investigación como un mecanismo generador de conocimientos para la solución de problemas de la práctica de enfermería, aunque se observe en el momento una fuerte desvinculación entre la investigación y la práctica. (21)

En Colombia, se da el mismo proceso que en el resto de América Latina. Como hechos importantes se han destacado el establecimiento en 1960 del sistema de regionalización en el sector salud, lo que implicó un cambio en las funciones de

enfermería en los diferentes niveles de atención.

En 1970, Colombia acogió la política de Extensión de Cobertura de los servicios de salud y por tanto, considera a la enfermería como indispensable en la prestación de dichos servicios. Durante el período 1974 - 1978 se establece el Sistema Nacional de salud con base en niveles de atención, de acuerdo con el grado de complejidad del servicio prestado, situación que determinó el incremento en la formación de enfermeras y auxiliares.

En 1970, mediante Decreto 2184 se reglamenta la Ley 8ª de 1946. Este decreto regula el ejercicio de la enfermería en Colombia. La definición de niveles en él presentados, resuelve situaciones políticas de la época: legalizar la práctica de los ayudantes de enfermería en las instituciones adscritas o vinculadas al Sistema Nacional de Salud, ubicar jurídicamente los promotores de salud, e institucionalizar el servicio social obligatorio para los profesionales de enfermería.

La reglamentación no responde a las expectativas de quienes conforman esta rama profesional. Por el contrario dificulta el ejercicio: en el mismo Decreto se determinan las funciones para los diferentes niveles, dejando privativo para los profesionales las administrativas, funciones estas muy importantes para la buena marcha, tanto de los servicios como de las instituciones de salud. Sin embargo, es que las normas jurídicas dan la posibilidad de que las funciones asistenciales sean realizadas por todos los que conforman el equipo, sin tener en cuenta el

nivel de preparación, permite que las instituciones que compran la fuerza de trabajo de este recurso humano, lo hagan vinculando personal con poca o ninguna preparación, puesto que ello les significa menos costos; poco o nada interesa la calidad de la atención. Cuando las instituciones así actúan, en el mercado de la fuerza laboral se presenta competencia entre quienes conforman esta rama: ayudantes compiten con auxiliares, estas con enfermeras, etc.

En 1979, las escuelas de enfermería comienzan a establecer reformas curriculares incorporando elementos de expansión del rol, haciendo énfasis en el trabajo comunitario, de acuerdo con las tendencias de salud en el país.

En 1983, la educación en enfermería en Colombia acogió los señalamientos del Comité Asesor de la OPS en Educación en Enfermería. Finalmente, hoy en el país se tiene la preocupación por resolver los problemas detectados mediante el Estudio Nacional de Enfermería finalizado en diciembre de 1987, el cual cubre el periodo comprendido entre 1973 - 1985, señala como problemas prioritarios del sector servicio:

- Inadecuada utilización del recurso de enfermería.
- Deficiencias en la dotación de servicios y en el Sistema de Suministros.
- Falta de decisión para apoyar el desarrollo de la capacidad de liderazgo de enfermería en procesos para mejorar la salud de la comunidad.

- Inadecuada distribución del recurso de enfermería según competencias y niveles de atención.
- Dificultad para lograr la integración docente - asistencial en el plano operativo.
- Inadecuada relación enfermera / personal auxiliar.
- Escasez de oportunidades para promoción profesional. (22)

La educación en las décadas del cincuenta y el sesenta, es considerada por los países de la América Latina como elemento esencial para la modernización política, social y económica, impulsando la mano de obra altamente especializada que solo puede ser producto de la educación intermedia o superior.

Se esperaba que con la ampliación del cupo a nivel intermedio y superior se estimularía la creación de empleos y el desarrollo económico. Pero los resultados de estas medidas a finales de la década del sesenta mostraron: un incremento del gasto público asignado a la educación, hecho que contribuye en la crisis fiscal de los países; y un creciente desempleo de los educados o un empleo por debajo de sus expectativas.

Surge entonces una serie de críticas al sistema educativo, inculpándolo de los fracasos y de los elevados costos: sin embargo, se mantiene la creencia en el valor de la educación para el desarrollo. En la Educación Superior, se sugieren medidas en que se valoriza el espacio exterior. En efecto, se produce una reacción contra las ciudades universitarias, apareciendo en los

bordes de las ciudades pequeños grupos universitarios, con el objeto de integrar la educación al trabajo y a las necesidades de la población.

Sin embargo, existe también la necesidad de despolitizar al estudiante e interiorizar el imperialismo con sus necesidades de ampliación del mercado interno y la urgencia de mantener la armonía social.

En Colombia, mediante la Misión de la Universidad de California en 1964, se impulsó el Plan Básico de Educación Superior y el diseño de modernización de la universidad colombiana, a través de los cuales se inicia un nuevo ciclo de implantación del modelo norteamericano de educación superior, transfiriendo el centro dinámico de la Universidad Nacional y la universidad privada, a las asociaciones gremiales y a los organismos descentralizados del Estado cuya función institucional ha sido el apoyo técnico financiero al modelo de privatización.

Con la implantación del modelo norteamericano, se introdujeron todos los elementos (básicos y operacionales) que lo tipifican, desde el punto de vista de la estructura interna de la universidad o desde la perspectiva de la sociedad en que se inserta.

Según Antonio García, la Universidad:

- Se adecua a las demandas actuales o potenciales de la economía capitalista de mercado, con una progresiva

privatización y orientación tecnocrática de la enseñanza superior.

- Se transplantan los programas curriculares de pregrado y posgrado y se introducen las fundaciones transnacionales (Ford, Rockefeller, Kellogg, etc.), en los institutos de investigación aplicada y en los posgrados en ciencias sociales.

- Se canalizan directa e indirectamente los recursos presupuestales del Estado hacia el financiamiento y sustentación de la Universidad privada (subvenciones, auxilios, becas, etc.).

- Se reestructura la universidad pública dentro de la concepción privatista de la formación profesional y aplicación de las normas vigentes en la universidad norteamericana en relación con el ordenamiento académico y temporal (departamentalización y semestralización de la enseñanza) y con la planificación física, académica y administrativa. (23)

Dentro de este esquema la universidad pública o privada debe administrarse como una empresa, guiada por la rentabilidad comercial y el autofinanciamiento, desapareciendo las formas de participación profesoral y del estudiantado en un sistema de conducción implícitamente autoritario y vertical.

La Reforma de la Educación Postsecundaria mediante el Decreto 80 de 1980, tiene implicaciones trascendentes para enfermería:

Al hablar de las modalidades educativas, da la impresión de incrementar las oportunidades de acceso a la educación superior especialmente con énfasis en la formación tecnológica. Esta, permite incrementar un nivel en el mercado de la fuerza laboral de enfermería en cuanto exige que una vez finalizado el primer ciclo, debe certificar experiencia profesional para continuar con

el segundo ciclo. Con estas posibilidades de incremento, la situación en el campo de la demanda laboral será más difícil y aumentará la competencia, lo cual como ya se ha dicho, se decidirá por el costo que representa para las instituciones la vinculación de personal, aumentando así las posibilidades de desempleo y subempleo, entre quienes tienen mayor capacitación y formación.

La Reforma Postsecundaria plantea como requisito para ejercer legalmente la profesión, que "quienes obtengan un título universitario deben cumplir con el servicio social obligatorio. Para Enfermería este requisito existía desde 1970. Sin embargo, el Ministerio de Salud hace una nueva reglamentación a la luz de la Ley 50 de 1981 que supuestamente resolvía las irregularidades de la anterior. (24)

Finalmente, el Estudio Nacional de Enfermería detectó los siguientes problemas prioritarios en el Sector Educativo de la Formación del recurso de Enfermería, los cuales están por resolverse:

- Dificultad para lograr la integración docente - asistencial en el plano operativo.
- Bajo rendimiento del recurso docente en términos de producción intelectual y programas de extensión a la comunidad.
- Ausencia de un marco conceptual operativo que oriente la acción educativa y los programas de formación universitaria.
- Falta de flexibilidad en el diseño y administración curricular a nivel de pre y posgrado.

- Baja oferta de programas de educación continuada de acuerdo con las necesidades del sector salud.
- Baja retención en programas de formación universitaria.
- Distorsión en la relación Enfermera . Personal Auxiliar. (25)

NOTAS

- (1) ZAPATA, Vicente et. al. La Docencia - Asistencia en el Nivel Primario. ASCOFAME, ACOFAEN, ACFD, Fundación L. Kellogg. Proyecto para el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Bogotá. ASCOFAME. p. 30
- (2) ICFES. Reforma de la Educación Post - Secundaria 4a. Ed. Bogotá. 1987. p. 220 - 21
- (3) "Son actividades de Extensión Científica y Cultural, aquellas destinadas a la difusión de conocimientos y a la elevación espiritual de la sociedad (AR1. 160); son actividades de servicio las destinadas a satisfacer necesidades específicas e inmediatas de la sociedad" (AR1. 160).
- (4) BARCO, Virgilio. Así estamos cumpliendo. Plan de Economía Social. Planes y Programas de Desarrollo Económico y social. 1987 - 1990. p. 71
- (5) Ibid.
- (6) Ibid., p. 178
- (7) Ibid.
- (8) Ibid., p. 205
- (9) NACIONES UNIDAS. El Proceso de industrialización en América Latina. Comisión Económica para América Latina. Nueva York, 1965
- (10) MORALES, E. Características y tendencias del Desarrollo Latinoamericano. Consejo Internacional de Enfermería. Publicación Científica N.5, 1974
- (11) GARCIA, J.C. La Articulación de la Medicina y de la Educación en la Estructura Social. Mimeoografiado, 1976.
- (12) Ibid.
- (13) GARCIA, A. La Crisis de la Universidad. La Universidad en el Proceso de la Sociedad Colombiana. Bogotá: Plaza y Janes, 1985. p. 62.
- (14) VERDERESE, Olga. Análisis de la Enfermería en América Latina. En: Educación Médica y Salud. 13(4), 1979. p. 315

- (15) VIDAL, C.A. y J. Quinones. Integración Docente - Asistencial. En: Educación Médica y Salud. 20(1), 1986. p.9
- (16) GARCIA. A., op. cit., p.82
- (17) DOS SANTOS, THEODONIO. Imperialismo y Dependencia. 2a. Ed. Mexico: Ediciones Era, 1982. p. 307
- (18) RODRIGUEZ, M. y IRIANA, L. Evaluación de los Planes de Desarrollo en Colombia. Tesis de Grado, Universidad Externado de Colombia, Departamento de Economía, 1983
- (19) VERDERESE, G. op. cit., p. 328
- (20) BARROS, S.M.P.F. Enfermagem Social, seu objeto de trabalho. Anales del XXXIII Congreso Brasileño de Enfermería. Manaus, Brasil, agosto 2 - 7, 1981.
- (21) BARRERA, C.I. y M.C.F., Almeida. La Investigación en Enfermería como instrumento de Cambio en la Práctica y en la Formación de Recursos Humanos. En Educación Médica y Salud 19(3), 1985. p. 313.
- (22) MINISTERIO DE SALUD, OPS/OMS, ACOFAEN y ANEC. Estudio Nacional de Enfermería (Resumen). Primera Reunión para presentación oficial de resultados. Bogotá, Dic. 9 de 1987. p. p. 37 - 38.
- (23) A. GARCIA. op. cit., p. 62
- (24) COLOMBIA. PRESIDENCIA DE LA REPUBLICA. Ley 50. Bogotá. 1981.
- (25) MINISTERIO DE SALUD, OPS/OMS, ACOFAEN, ANEC. op. cit., p.p.39-40

III LA INTEGRACION DOCENTE - ASISTENCIAL ENTRE UNA FACULTAD DE ENFERMERIA Y UNA UNIDAD DE ATENCION PRIMARIA DE SALUD

De acuerdo con nuestro desarrollo teórico, la factibilidad y viabilidad del proceso de Integración Docente - Asistencial dependen de factores sociales, políticos y económicos, los cuales tratamos de enmarcar en los dos primeros capítulos y, del eficaz funcionamiento de diferentes mecanismos que permitan la articulación de las instituciones involucradas. Estos últimos, sólo pueden ser analizados en una situación concreta y por ello esta reflexión responde a una experiencia de Integración Docente - Asistencial, iniciada en enero de 1987 entre la Facultad de Enfermería de la Fundación Escuela de Ciencias de la Salud de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y el Centro Médico San Camilo situado en el Sur - Oriente de la ciudad de Bogotá.

Para el estudio de este proceso específico se comenzó por hacer un diagnóstico de la situación Docente - Asistencial, a través del cual se hace un análisis institucional teniendo en cuenta los aspectos legales, administrativos y técnicos, análisis que permite detectar la necesidad de formular estrategias que viabilicen y den continuidad al proceso de Integración Docente - Asistencial ya iniciado.

Las fuentes principales de las cuales fueron obtenidos los datos para

la elaboración del diagnóstico señalado fueron:

- Archivo del Comité de Coordinación Docente - Asistencial de Facultad;
- Archivo de "Elementos curriculares" de la Facultad;
- Entrevistas personales con las Directivas y algunos docentes de la Facultad y el Centro Médico; y,
- Trabajos elaborados en 1987 por los estudiantes de la Facultad que cursaban el último año de la carrera y rotaban por el Centro Médico.

Como acercamiento a lo que hasta ahora han sido las condiciones de desarrollo del proceso de Integración Docente - Asistencial entre nuestra institución educativa, nuestra institución de Atención Primaria, se elaboró una descripción basada en los aspectos legales, administrativos y técnicos de cada una de ellas, las cuales condicionan su estructura de poder, sus posibilidades de democratización a nivel interno, sus posibilidades de integración al Espacio de Atención Primaria. En el último capítulo haremos las reflexiones pertinentes sobre estos aspectos del proceso.

3.1. Aspecto Legal (1):

Desde su creación en 1902, la Sociedad de Cirugía de Bogotá - SCB - y su Hospital sede, el Hospital San José al tener como objetivos principales prestar servicios a la comunidad y formar el recurso humano en salud han vinculado a su gestión de una u otra forma la Integración Docente - Asistencial. En 1936 el

Hospital San Jose sirvió de campo de práctica para la primera escuela de enfermería que funcionó en el país, dependiente de la Universidad Nacional y que en 1943 fue transformada en Escuela Nacional de Enfermería; posteriormente apoyó la formación del recurso humano de enfermería matriculado en las Facultades de la Universidad Nacional y de la Cruz Roja Colombiana, fue campo de práctica de varias escuelas de auxiliares de enfermería y, entre 1962 y 1975, mediante un curso de nivelación promovió a sus ayudantes de enfermería al nivel de auxiliares.

En 1975, en el Hospital se creó el primer Comité de Educación integrado por enfermeras y al año siguiente (1976) la SCB, inició trámites para la creación de la Corporación Escuela de Ciencias de la Salud (2), a la cual se le otorga Personería Jurídica mediante Resolución 0917 del Ministerio de Educación Nacional (1 - 12 - 76), luego cambia de razón social a Fundación sin ánimo de lucro (Resolución No. 2077. 30- 12 - 87).

En 1979 el Instituto Colombiano de Fomento a la Educación Superior - ICFES - luego de una visita de asesoría para otorgar nueva licencia de funcionamiento recomendó por primera vez el establecimiento de convenios de Integración Docente - Asistencial en el nivel terciario de atención de acuerdo con el Decreto 1210 del Ministerio de Salud. A partir de esta visita se dividió la Facultad en tres Departamentos: de Administración, de Enfermería Clínica y de Salud Pública y Educación, los cuales siguen funcionando.

Hasta 1982, la Decana de la Facultad ocupó al mismo tiempo el cargo de Directora del Departamento de Enfermería del Hospital sede como estrategia para lograr la Integración Docente - Asistencial. Ante el exceso de funciones y la dificultad para cumplirías, se separaron los cargos en 1984. En el mismo año se creó en el Hospital el cargo de Coordinadora de Educación con voz y voto en el comité de currículo de la Facultad; se creó también la División de Educación e Investigación con dos grupos de apoyo: el comité de investigación y el Comité de Educación.

El Comité de Educación fue reemplazado en 1986 por el Comité de Coordinación Docente - Asistencial, integrado por la Decana, la Jefe de la División de Educación Continuada e Investigación y dos docentes, por la Facultad, y, por el Hospital, la Directora y la subdirectora del Departamento de Enfermería, la Jefe de personal (no es enfermera) y enfermeras representantes de cada área. El objetivo principal de este Comité desde su creación ha sido velar por la actualización del personal docente y asistencial al servicio de la sociedad de Cirugía de Bogotá, es decir, en el nivel terciario de atención y sin contemplar otras instituciones fuera del Hospital sede.

Ahora bien, el último ajuste curricular (agosto 1987) tuvo como objetivo darle continuidad al proceso de integración docente - Asistencial en los tres niveles de Atención mediante la reestructuración del último año de la carrera el cual ya no se realizará por semestres sino continuo. Sin embargo, esta

reestructuración no obedeció a programas específicos, con el riesgo de que el estudiante pase a jugar un papel principal como trabajador y no como estudiante - trabajador.

Actualmente la estructura de la facultad esta representada en la Carta de Organización (Diagrama D.1) y, aunque no muestra relación con el Hospital ni con su Departamento de Enfermería, el máximo órgano de Dirección recae sobre el Consejo Directivo (CD), máxima autoridad de la Fundación Escuela de Ciencias de la Salud de la Sociedad de Cirugía de Bogotá y como tal responsable de su orientación, dirección y manejo, está integrado por: El Rector de la FECS, el Presidente de la SCB, el Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Rosario, el Director del Hospital San José y solamente un representante del personal docente de la Facultad de Enfermería. La Secretaria Académica de esta facultad se desempeña como Secretaria Ad Honorem de dicho consejo y la Decana asiste a él como invitada con voz pero sin voto. Son funciones del Consejo directivo (ARL. 10):

- Establecer las políticas generales de la FECS.
- Elaborar su propio reglamento interno, los reglamentos de profesores, estudiantes, manual de funciones y reglamento de personal.
- Crear los programas académicos de la FECS y determinar la estructura académica y administrativa adecuada para su funcionamiento.
- Nombrar los responsables de cada programa y el personal académico y administrativo.

- Expedir normas de presupuesto para adoptar el presupuesto anual de la FECS.
- Aprobar el balance de fin de ejercicio así como las cuentas que rindan los empleados de manejo.
- Crear o suprimir los cargos académicos y administrativos necesarios y fijar las respectivas funciones.
- Velar por el cumplimiento de las normas legales, estatutarias.
- Velar por la correcta utilización de los recursos de la FECS.
- Reglamentar los estatutos y reformarlos.
- Aprobar el sistema de selección para aspirantes de primer semestre.
- Definir cupos para primer semestre.
- Determinar sanciones contempladas en los reglamentos tanto para docentes y estudiantes como para los demás empleados de la institución.
- Aprobar permisos y gastos para estudios de postgrado a docentes.

El aspecto legal del Centro Médico San Camilo está relacionado con su creación en enero de 1987 por la comunidad religiosa de los sacerdotes Camilianos, como institución privada sin ánimo de lucro. Este Centro venía funcionando desde 1984 como consultorio Médico en un local del colegio de bachillerato 'Juan Rey' aledano a la que es hoy su sede definitiva y dirigido por la comunidad religiosa de las hermanas de Nuestra Señora de la Paz quienes donaron el terreno para su construcción.

Las dos comunidades religiosas han querido dar una respuesta a la

necesidad detectada por ellas, de atención "médica y espiritual" que tiene la población de los barrios de la periferia sur - oriental de Bogotá, y se han propuesto a través del Centro Médico, prestar atención Médica integral al individuo, familia y comunidad, con énfasis en la Atención primaria y la Participación Comunitaria, para, además de ampliar la cobertura en salud, disminuir la morbimortalidad del área.

Dada su reciente creación, el Centro Médico San Camilo atraviesa por un proceso de conformación de su infraestructura: El Ministerio de Salud aborota un Médico de tiempo completo y la papelería; aprobó 5 plazas de servicio social (dos médicos, una enfermera, una bacterióloga y un odontólogo), cuyo salario debe ser asumido por la institución, de estas plazas, todas están ocupadas excepto la de enfermería por falta de presupuesto.

La Facultad de Enfermería con las estudiantes de primero y último año desde octubre de 1987 han ido estructurando los programas del Sistema Nacional de Salud para el nivel Primario de Atención; elaboraron también, una propuesta de carta orgánica, (Diagrama No. 3.2) la cual está por aprobarse, en ella el Centro San Camilo aparece como Satélite del Centro No. 46 de Altamira, sin que hasta el momento exista ningún documento que legalice ese vínculo. Esta carta nos permite observar que existe una línea de asesoría directa de la Unidad Regional No. 2 de S.S.B.

No existe ningún convenio como tal entre el Centro Médico y la

Secretaría de Salud de Bogotá; es importante señalar, la Resolución No. 0467 del 19 de mayo de 1967, mediante la cual el servicio de Salud de Bogotá nombro un médico General de tiempo completo en el Centro San Camilo. Se acordó también, aunque verbalmente, el uso común de papelería de la Secretaría de Salud de Bogotá, para facilitar el acceso a los niveles de mayor complejidad y para unificar el sistema de información estadística.

De la misma manera se acordó que el personal del Centro Médico debe asistir a todas las reuniones citadas por la Unidad Regional No.2 o por el Centro de Salud que cubre el área (No.46, Nitmirra), con los cuales debe haber una permanente coordinación. Entre el Centro Médico y la Facultad de Enfermería no se ha suscrito legalmente un convenio de Integración Docente - Asistencial aunque se elaboró un proyecto de convenio el cual hasta julio de 1988 no había sido aprobado.

Aunque en este centro no existe ningún órgano que defina políticas, normas, convenios o contratos, la Comunidad Camiliana nombró a uno de sus sacerdotes como Gerente y este debe presentar propuestas organizativas, técnicas y administrativas que serán discutidas por la Comunidad para su aprobación; lo mismo debe hacerse con toda propuesta de convenio con otras instituciones.

No existe ningún documento oficial que fije las fuentes de financiamiento. El Gerente junto con el Contador elaboran el presupuesto anual. El presupuesto será sustentado por el Gerente ante

SECRETARÍA DE SALUD DE BOGOTÁ
UNIDAD REGIONAL NO. 2
CENTRO DE SALUD NITMIRRA
CALLE 100 N.º 100-100
BOGOTÁ D. C.

la Comunidad Camiliana que lo aprobara en última instancia. La asignación de Fondos hasta el momento, se ha hecho de acuerdo con las necesidades inmediatas.

3.2. Aspecto Administrativo(4)

Los niveles jerárquicos existentes en la Facultad aparecen en la carta de organización (Diagrama No. 3.1). Como Facultad perteneciente a la Escuela de Ciencias de la Salud, está involucrada en la estructura general de la Sociedad de Ciencias de Bogotá. De esta forma el Rector depende del Consejo Directivo; la Decana del Rector, y el resto del personal docente y administrativo depende en línea directa de la Decana. El Consejo Académico es la máxima autoridad académica de la Facultad, está integrado por la Decana quien lo preside, la secretaria académica, los Jefes de Departamento, un representante de los docentes y un representante de los estudiantes.

La Decana de la Facultad es asesorada por el Comité de Personal Docente y el Comité de Currículo. El primero integrado por cuatro profesores de tiempo completo, uno nombrado por la Decana, uno por el rector, uno por el Consejo Directivo y uno por los profesores. Este Comité debe elaborar el reglamento docente y controlar su aplicación; el Comité de currículo está integrado por la Decana, la Asistente de Educación del Departamento de Enfermería del Hospital San José, implicando un énfasis en el nivel terciario, un profesor de cada departamento elegido por los

FUNDACION ESCUELA DE CIENCIAS DE LA SALUD
 FACULTAD DE ENFERMERIA
 SOCIEDAD DE CIRUGIA DE BOGOTA-HOSPITAL SAN JOSE
 Sep. 12 de 1986.

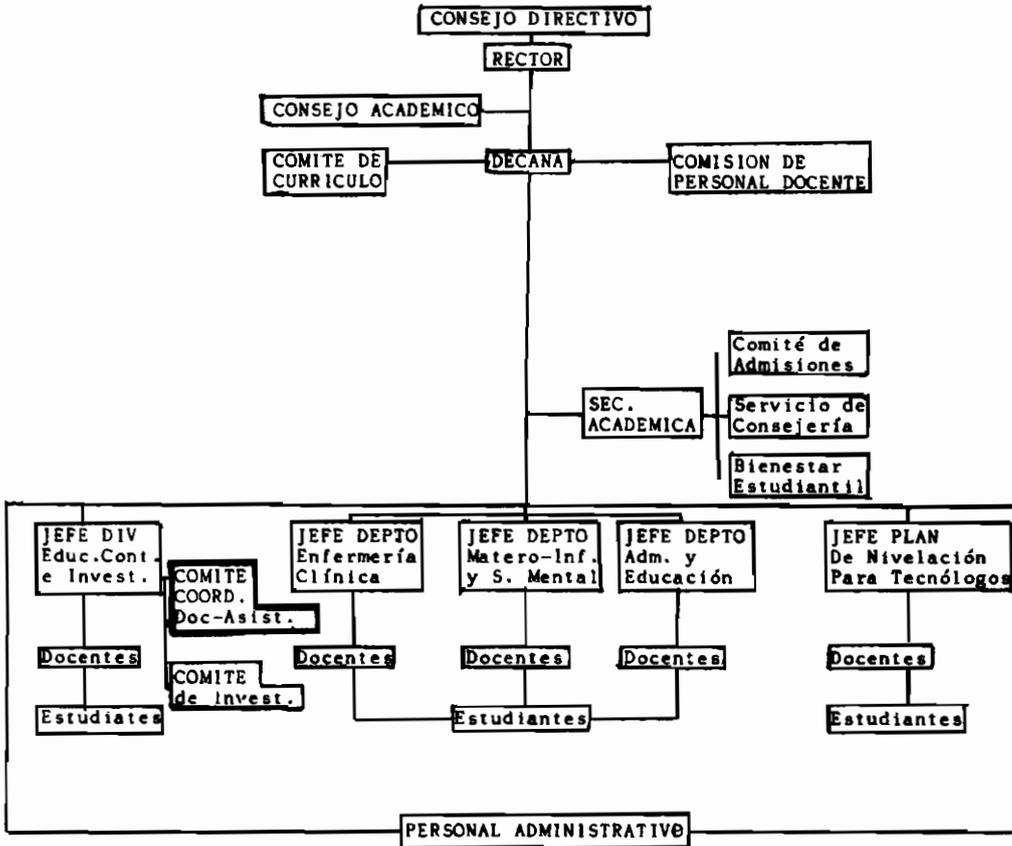


DIAGRAMA No. 3.1

profesores del departamento y la Secretaria Académica; se encarga de evaluar periódicamente el plan de estudios.

La Secretaria Académica es asesorada por el Comité de admisiones y promociones integrado por la misma quien lo preside, un representante del Consejo Directivo, un representante del Rector, un representante de profesores; con sus funciones elaborar el sistema de selección, admisión, promoción, transferencia o cancelación de las admisiones.

La Jefe de la División de Educación Continua e Investigación es asesorada por el Comité de Educación, compuesto por un profesor de cada área y por el Comité de Investigación el cual preside y está integrado por la Secretaria Académica, el profesor de Metodología de la Investigación, el profesor de Bioestadística, el profesor de expresión oral y escrita y un representante de los profesores; este comité debe promover, asesorar y evaluar el planeamiento y desarrollo de las investigaciones en la Facultad.

Las líneas de autoridad están claramente identificadas en la carta de la organización y su funcionamiento corresponde a lo descrito en ella. La autoridad que se ejerce tiende a ser centralizada en los niveles superiores; en los niveles inferiores es más democrática.

En la Facultad, la comunicación vertical se da en forma escrita

por medio de cartas y circulares, prevaleciendo la comunicación verbal por medio de entrevistas personales y reuniones; la comunicación horizontal se realiza mediante reuniones y entrevistas; interinstitucionalmente la facultad mantiene comunicación escrita (cartas, circulares, boletines) y verbal mediante reuniones o entrevistas personales de acuerdo con las necesidades de las dos instituciones, específicamente en lo relacionado con los campos de práctica, al iniciar y terminar cada período académico; la comunicación con la comunidad se lleva a cabo a través de los estudiantes que rotan por la práctica de enfermería en salud comunitaria y de Administración, mediante encuestas a líderes comunitarios, visitas domiciliarias, observación directa, y educación en salud.

Aunque existen planes a corto, mediano y largo plazo relacionados con cambios en la metodología y técnicas de enseñanza, de acuerdo con los requerimientos del proceso enseñanza - aprendizaje y como producto del proceso de autoevaluación curricular, son difíciles de implementar dados los problemas estructurales y de presupuesto; las variaciones curriculares también se ven limitadas en la medida en que no se hace un análisis de perspectiva de la problemática del país y un proceso permanente de revisión y crítica de la práctica de enfermería. Hasta la fecha no se ha hecho un seguimiento de los egresados de esta Facultad.

Organizativamente en esta Facultad existe personal de tiempo

completo, parcial y de hora cátedra, con contratación a término fijo o indefinido, ubicados en cada departamento según las necesidades. Cada departamento tiene un jefe y cada semestre un coordinador. El personal es contratado de acuerdo a las necesidades de la Facultad, los conocimientos, experiencia y el área de especialidad.

Los campos de práctica son solicitados semestralmente adjuntando los objetivos académicos, instrumentos de supervisión y evaluación, tiempo de duración y cuadro de rotación.

Cada docente organiza su trabajo en coordinación con los diferentes docentes del semestre y la jefe del departamento respectivo, teniendo en cuenta su participación en los diferentes comités.

Hasta ahora no existe un archivo de los instrumentos de supervisión, evaluación, planes y programas utilizados por la Facultad.

Las decisiones son tomadas por el Consejo Directivo, como máximo estamento de dirección siguiéndole en línea jerárquica el Consejo Académico. En los diferentes niveles y departamentos se toman de acuerdo con las necesidades, mientras que a nivel de Rectoría se hace en relación con la administración y funcionamiento de la Facultad. A nivel de Decanatura, se toman decisiones relacionadas

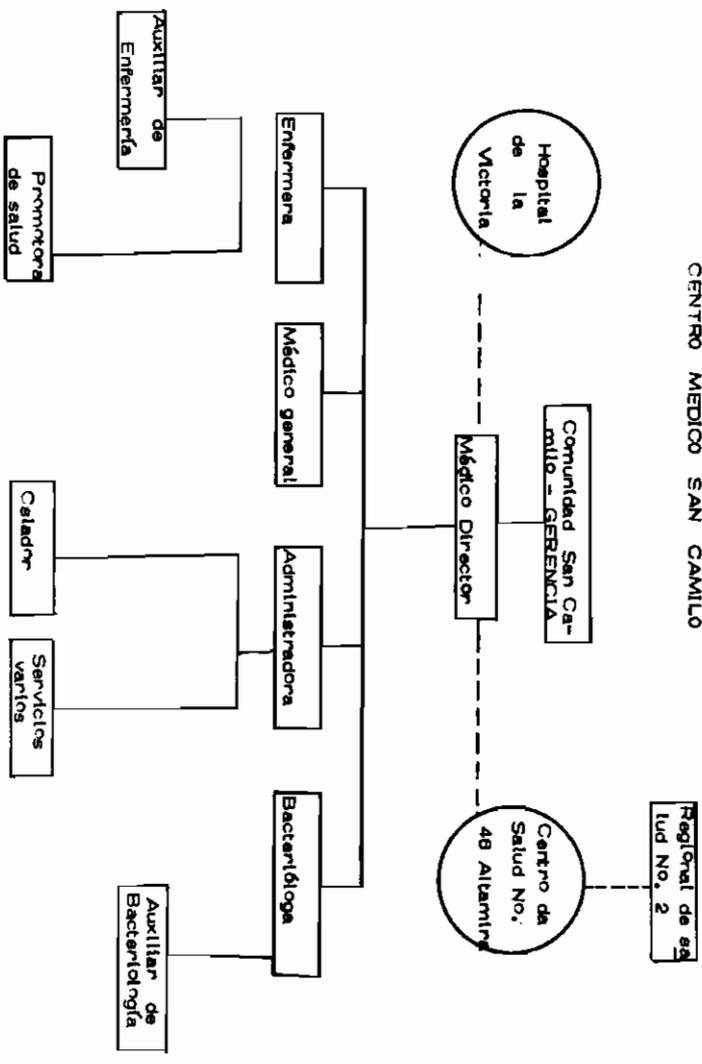
con el desarrollo docente y administrativo de la Facultad. A nivel de departamento con el planeamiento y desarrollo de cada una de las asignaturas que correspondan. A nivel personal, con el cumplimiento de funciones y tareas inherentes al cargo.

Finalmente, en el nivel de control, le compete al comité de Currículo evaluar el plan de estudios y controlar su desarrollo a través de los jefes de departamento. Cada asignatura es evaluada utilizando formatos específicos. El estudiante es evaluado mediante la aplicación de instrumentos de supervisión y evaluación. El formato de evaluación es utilizado por el docente. Sin embargo, algunos docentes prefieren aplicar el sistema de autoevaluación el cual ha dado buenos resultados.

Con respecto al aspecto administrativo del Centro Médico San Camilo, los niveles jerárquicos aparecen en la Carta de Organización (Diagrama No. 3.2). Como institución perteneciente a la comunidad Religiosa de los Camilianos esta involucrada en la estructura general de la misma. Así el gerente, (Sacerdote Camiliano) depende de la comunidad y de este depende en línea directa todo el personal del centro, incluso el Médico Director. En este caso, el Médico Director depende también, en línea directa de la Secretaría de Salud, y es el responsable de la coordinación entre el Centro y la misma Secretaría.

El Gerente es la máxima autoridad administrativa y el médico

DIAGRAMA N^o. 3.2
CENTRO MEDICO SAN CAMILO



director se encarga de la coordinación de la atención médica, junto con los demás integrantes del equipo de salud. La autoridad tiende también a centralizarse en la gerencia y hasta el momento el equipo de salud no ha logrado cohesionarse, en función de un diseño, coordinación y evaluación de programas específicos que respondan efectivamente a las necesidades propias del espacio de Atención Primaria.

La comunicación formal e informal se hace mediante cartas, reuniones y entrevistas personales. Dado que el equipo de enfermería aún no se ha estructurado por completo, se detecta ineffectividad en la comunicación de su personal tanto verticalmente como horizontalmente; la comunicación con los estudiantes de enfermería se da básicamente mediante la relación maestro - alumno. No se realizan reuniones entre el personal de enfermería, estas se llevan a cabo solamente entre docentes, estudiantes, en ocasiones con el resto del personal profesional.

Intersectorialmente se utilizan los mismos canales de comunicación; existe comunicación con el ICBF para el programa de recuperación nutricional, con organismos de la Alcaldía Mayor de Bogotá como la Alcaldía de San Cristóbal para coordinar actividades o pedir alguna dotación que mejore las condiciones de vida de las comunidades.

La comunicación con la comunidad se lleva a cabo de manera

individual mediante las consultas médicas, odontológicas y de enfermería; familiar, a través de visitas domiciliarias realizadas principalmente por los estudiantes de enfermería; grupal, mediante charlas educativas a los demandantes de atención, cursillos a grupos de madres encargadas de hogares infantiles comunitarios, maestros de escuela, vigías de salud y adolescentes.

La comunicación de abajo hacia arriba con la comunidad esta dada principalmente por la solicitud que hacen los maestros de escuela y las madres de los hogares infantiles para que se les impartan cursos básicos de salud; en ocasiones, miembros de la comunidad solicitan visitas domiciliarias a hogares donde han detectado maltrato a los niños o ancianos o donde se encuentra algún enfermo que por sus condiciones es difícil de transportar.

En el Salón Múltiple del Centro se realizan reuniones de las Comunidades pero sin la participación del equipo de salud. En el mismo, se realizaron en 1987 dos talleres de salud a los que asistieron más de 100 personas; fueron dirigidos por estudiantes de enfermería.

En lo que a planeación se refiere, aunque no se ha hecho un diagnóstico estructurado del área de trabajo, se han ido conociendo algunos de sus problemas mediante la asistencia religiosa y la atención médica, los estudiantes de VII semestre

de enfermería establecieron en el Centro planes a corto, mediano y largo plazo, sin hacer explícitos los mecanismos de participación de la comunidad dentro de ellos:

- Crear la infraestructura del servicio de enfermería.
- Montar los programas establecidos por el SNS.
- Dar educación en salud.
- Divulgar los servicios que presta el centro.
- Proyectarse a la comunidad.
- Adecuar recursos humanos y materiales.
- Establecer el programa de recuperación nutricional.
- Atender el parto a domicilio.

La comunidad religiosa camiliana respalda y orienta el Centro Médico con el siguiente personal:

- AREA DE ATENCION A LAS PERSONAS:

Funcionan 5.5 cargos, sin que hasta el momento se haya definido la planta de personal. En total son 10.000 horas contratadas, de las cuales 3.000 corresponden a enfermería (una auxiliar de tiempo completo y una ayudante de medio tiempo).

- INFRAESTRUCTURA:

Existen tres cargos para un total de 6.000 horas contratadas, sin que se haya definido el número total de cargos.

3.3. ASPECTO TECNICO (5)

La planta de personal docente de la Facultad está conformada por

el Rector, la Decana, Secretaria Académica, Jefes de Departamento, Jefe de la División de Educación Continuada e Investigación, Coordinadora de Autoevaluación, profesores. El 14% de los docentes tienen nivel de maestría, el 28% son especialistas y el 57% licenciados. Su tiempo de trabajo fluctúa entre 8 y 11 años el 34%, 4 y 7 años el 42%, 1 y 3 años el 20% y menos de un año el 6%.

El reclutamiento del personal docente se hace por concurso, aunque se dá prioridad a exalumnos de la facultad que hayan obtenido grado de honor y a las enfermeras al servicio del hospital que deseen trabajar como docentes, exigiéndose una experiencia mínima de dos años en el área. No existe escalación docente y las diferencias salariales se dan por la antigüedad en la institución mas no por los estudios realizados. Los jefes de departamento tienen un sobresueldo del 12.7%.

Para la promoción y desarrollo del personal docente, la Facultad se ha preocupado por estar representada a través de sus docentes en eventos científicos; estos a su vez tienen acceso al desempeño de cargos administrativos en la facultad; los docentes tienen derecho a la comisión de formación avanzada con tiempo y gastos completos después de tres años de trabajo. Hay solamente un docente por año en esta comisión.

La dotación y estado de los equipos en relación con las actividades básicas que se realizan en la Facultad se considera

que el programa cuenta con los recursos básicos de apoyo tanto en organización como en equipamiento en las áreas en que éstos son por convenio con el programa de medicina de la universidad del Rosario (laboratorios, campos de practica). Sin embargo, en las que son propias del programa (bibliografía, material didáctico, laboratorios de enfermería) se requiere un incremento de materiales de trabajo.

La planta física de la Facultad está ubicada dentro de las instalaciones del Hospital San José, donde los estudiantes realizan la mayoría de las prácticas clínicas, facilitando el desplazamiento de docentes y estudiantes de la Facultad al Hospital y en sentido contrario, lo que a su vez facilita la integración entre estos dos organismos, esto es, en el nivel terciario de atención en salud.

Posee un edificio propio que está en proceso de remodelación y ampliación, pues en la actualidad es pequeño para la población docente y estudiantil que allí habita dificultándose el desarrollo de las actividades docentes. Sumado a lo anterior el vecindario de la Facultad y del Hospital es una zona de prostitución y comercio del sector primario, hay mucho ruido y se carece de áreas o lugares de esparcimiento.

El monto presupuestal está dado básicamente por las inscripciones y matrículas de los estudiantes (118 000 pesos semestrales por

alumno - 1987 - 347 US). El Rector de la Fundación y la contadora de la Facultad son los encargados de la elaboración del presupuesto, no hay participación de la Decana de la Facultad ni de la secretaria académica y los responsables del manejo presupuestal son el Concejo Directivo y el Rector.

El procedimiento que se sigue para la actualización y estandarización de procedimientos y técnicas de enseñanza consiste en hacer reuniones y cursos de actualización del profesorado mediante los cuales se operan modificaciones que se aplican progresivamente en las diferentes áreas de enseñanza para luego evaluarlas. También previo a las modificaciones se tienen en cuenta evaluaciones parciales que se hayan hecho.

Actualmente se está desarrollando un taller - Seminario del proceso de enfermería con participación de enfermeras docentes y asistenciales y se está elaborando un manual de procedimientos en el Departamento de Enfermería Clínica.

Las ayudas didácticas existentes son insuficientes y no se permite su uso fuera de la Facultad, lo que impide que sean utilizadas en el desarrollo de actividades con las comunidades. En el anexo I adjuntamos el plan de estudios, la filosofía y objetivos de la Facultad, cuyos comentarios abordaremos en el último capítulo.

No fue posible describir la aplicación de los elementos del proceso administrativo en la enseñanza de las asignaturas del plan de estudios que necesitan del Centro Médico, debido a que la participación de la Enfermera del Centro Médico y de los demás miembros del equipo de salud en las actividades de enseñanza - aprendizaje, se reducen hasta la fecha a conocer los objetivos académicos, no participan en las evaluaciones y sus responsabilidades en el planeamiento, organización, ejecución y control no han sido precisadas; por lo tanto no se identifica en forma clara el desarrollo real del proceso administrativo en la enseñanza de las asignaturas del plan de estudios que necesitan del Centro Médico.

En el Centro Médico el aspecto técnico relacionado con los recursos humanos en el área de atención a las personas, el servicio de enfermería está conformado por: una enfermera voluntaria de nacionalidad austriaca quien se desempeña principalmente como administradora del Centro Médico, una auxiliar de enfermería encargada de la ayudantía en el laboratorio clínico y una ayudante de enfermería encargada de la organización de la consulta en las horas de la tarde.

Existe el cargo para enfermera rural el cual está vacante por falta de presupuesto; por tanto en el momento no hay profesional. Todo el personal es nuevo en la institución y el tiempo que hace que ingresó a ella fluctúa entre 6 - 19 meses.

Para el reclutamiento, selección, ubicación del personal no se tienen normas específicas; solamente se tiene en cuenta la acreditación del título o certificado, de acuerdo con el cargo que debe ocupar. La enfermera austriaca recibió un entrenamiento previo de 3 meses en el Hospital Materno - Infantil.

La ubicación del personal se efectúa de acuerdo a las necesidades de la institución. Hasta el momento no se ha establecido un plan de promoción y desarrollo para el personal, ni hay una escala salarial.

En el centro Médico, los recursos materiales / de consumo han sido suficientes, según la demanda. Sin embargo, la forma de administrar el material para el servicio de urgencias dificulta el desarrollo de la práctica de los estudiantes en este servicio.

El centro Médico se encuentra ubicado en el Barrio Juan Rev, kilómetro 7 de la carretera a Oriente (Vía Villavicencio); a 30 minutos en automóvil y 45 minutos en autobús desde la Facultad. La ruta de buses "Juan Rev" pasa por la vía de acceso a la facultad y por la puerta de entrada al centro médico, lo cual facilita el desplazamiento tanto de estudiantes como de docentes. Sin embargo, existen quejas de parte de ambos por la distancia.

La distribución e instalación en relación con la prestación de servicios a la comunidad son buenas y adecuadas a los servicios que allí se prestan. El salón múltiple es el principal complemento para el desarrollo de las actividades docentes y su

extensión a la comunidad.

El monto presupuestal proviene de cuentas de servicios, comunidad Camiliana y ayuda de la secretaría de salud. El gerente del Centro Médico presenta el presupuesto anual a la Comunidad Camiliana y para su elaboración se asesora del contador del Centro Médico y del personal médico. Además se responsabiliza del mismo.

Los estudiantes de enfermería de último año elaboraron el manual del servicio de urgencias, el manual de inmunizaciones; el manual para el programa de Hipertensión arterial, el manual para el programa de "control de crecimiento y desarrollo" y el manual para el programa de rehabilitación oral, en los cuales se incluye la descripción de los procedimientos necesarios según el caso.

También se elaboró el manual de normas y funciones para todo el personal. Estos manuales siguen básicamente los lineamientos de los manuales guía del Sistema Nacional de Salud, con pocas modificaciones.

En este momento no se lleva a cabo ningún proceso de actualización de los manuales de enfermería dada su reciente elaboración e implementación. Aunque existen los manuales ya señalados, los equipos aún no han sido estandarizados y algunos están incompletos. Las técnicas de atención de enfermería utilizadas en el Centro son tradicionales.

El grupo de atención médica del centro está en proceso de estructuración y sus integrantes actualmente cumplen sus funciones de manera individual sin una filosofía y objetivos claramente establecidos.

La Facultad utiliza los servicios del Centro para desarrollar las siguientes asignaturas:

- introducción a la enfermería y salud comunitaria y sociología general; en el primer semestre.
- En el último año, administración de la atención del paciente en los servicios de enfermería. Del segundo al séptimo semestre no se utiliza el Centro Médico.

Los recursos materiales del Centro Médico están constituidos por una planta física ubicada en el kilómetro 7 de la carretera vía Villavicencio, construida en 1986 y dividida en 8 áreas: Administrativa, de Rayos X y Laboratorio clínico, farmacia, urgencias, vacunación; consulta externa con tres consultorios médicos y uno odontológico; área comunitaria con estacionamiento público, jardín exterior con juegos para niños y salón múltiple con capacidad para 300 personas; y, área privada donde vive el médico director.

Los equipos están distribuidos de acuerdo con las áreas. No hay dotación para Rayos X y el área administrativa funciona parcialmente pues una parte se adaptó como cafetería para el personal del centro. En urgencias el material de curación se

7

suministra según demanda. Enfermería, por falta de infraestructura no tiene bien definida su participación en la organización del centro.

El médico director del centro es el encargado de la toma de decisiones en relación con la atención médica, aquellas referentes a la "adquisición de recursos materiales y humanos, requiere de aprobación de la Comunidad Camiliana". En otros niveles es posible tomar decisiones de acuerdo con las funciones y dependencias.

Dado que no existe una infraestructura de enfermería en el centro, las decisiones que le competen son tomadas en primer lugar por los estudiantes de enfermería y por diversas personas que laboran como voluntarias desempeñando funciones propias de enfermería (religiosas).

No existe ningún instrumento de evaluación en el Centro. El control está dado por la supervisión directa del médico Director. El sistema de evaluación empleado por enfermería está relacionado con los instrumentos utilizados para evaluar la actividad académica de los estudiantes.

En conclusión, aunque la integración Docente - Asistencial ha sido una ocupación permanente de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, ésta siempre se ha dado en el nivel terciario de atención a

través del Hospital San José. El cambio de razón social de "Corporación" a "Fundación", implica una mayor autonomía en la relación que puede darse entre la facultad y la Comunidad, dada la connotación social de las fundaciones. Con la creación del Comité de Coordinación Docente - Asistencial se considera establecido en forma explícita un mecanismo de integración Docencia - Asistencia que también puede dirigirse al segundo y tercer nivel de atención. De otra parte, es importante retomar el hecho de que el Centro Médico San Camilo desde su apertura se haya dirigido a la Facultad con el objeto de organizar sus servicios, sin embargo, es importante la suscripción legal de un convenio que aclare las relaciones entre las dos instituciones y entre estas y la comunidad. Ahora bien, es necesario hacer un análisis de la estructura de poder a nivel institucional pues ésta dificulta el desarrollo del proceso de Integración Docente - Asistencial y lo haremos en el último capítulo.

NOTAS

- (1) ASPECTO LEGAL, tiene en cuenta los documentos legales que respaldan la creación de la Facultad y el Centro Médico, que determinan su estructura formal inicial, cambios significativos en su estructura y su estructura formal actual; mecanismos legales de coordinación entre las dos instituciones y entre estas y la Secretaría de Salud de Bogotá; disposición legal por la cual se establece la participación y responsabilidad de los miembros de cada una de las instituciones en los diferentes niveles de decisión; y, documento legal que fija las fuentes de financiamiento.
- (2) ACIA No. 02; 21 - 01 - 76.
- (3) Estatutos de la Facultad de Enfermería aprobados en julio de 1985.
- (4) ASPECTO ADMINISTRATIVO, comprende: Carta Orgánica de las dos instituciones (niveles jerárquicos, líneas y tipo de autoridad); y, aplicación del proceso administrativo (planeación, organización, dirección y control).
- (5) ASPECTO TÉCNICO, comprende: recursos humanos, materiales, físicos, financieros, plan de estudios de la Facultad y Filosofía y objetivos institucionales.

IV. ESPACIO DE ATENCION PRIMARIA EN EL QUE SE DESARROLLA EL PROCESO DE IDA

La investigación permanente de los aspectos concretos de la realidad debe constituir la base cognoscitiva indispensable del proceso, por ello tratamos de aproximarnos a la realidad del Espacio de Atención Primaria, no sin dejar de reconocer que fue una aproximación individual y desde afuera, haciendo un esfuerzo por lograr la interrelación de los fenómenos observados para dar una visión global que nos permitiera concebir las dimensiones de existencia de las condiciones materiales de vida de la población.

Esta caracterización, aunque tiene en cuenta aspectos históricos, elementos del desarrollo demográfico e infraestructural de la Organización Comunitaria del Espacio de Atención Primaria, fue una apreciación de momento, la cual, dada la interrelación dinámica y permanente entre sus miembros, continuamente se está modificando. Como hecho histórico, sin embargo, es importante recuperarla para reinterpretarla, analizarla y complementarla una y otra vez a la luz del desarrollo del proceso de Integración Docente - Asistencial.

La determinación de la población y del área de estudio se hizo mediante el análisis de la demanda de consulta médica general por

barríos en el Centro Médico San Camilo durante el segundo semestre de 1987 (cuadro 4.1), el cual muestra los diez principales barrios demandantes de consulta.

Con este dato se procedió a agrupar los barrios por comunas y sectores censales (1) para determinar la población por sexo y grupos de edad según el Censo de 1985, y para recopilar y seleccionar información necesaria a la elaboración del Diagnóstico Socioeconómico del Área.

Las principales fuentes utilizadas para la elaboración de este diagnóstico fueron:

- D.A.F.D. -SISE. "La Calidad de Vida en Bogotá". 1973, 1981 y 1986. Esta última en revisión e inédita, no disponible.
- DANE, Censo de 1985
- Alcaldía Mayor de Bogotá y Cámara de Comercio, "Bogotá para todos 1987 - 1990". Plan de Desarrollo Social y Económico. Políticas y Medidas para el Sector Prioritario del Distrito Especial de Bogotá. Bogotá, Noviembre de 1987.
- Cámara de Comercio de Bogotá. "Estudio de Población. Prospectiva". Agosto de 1985.
- Sección de Información y Sistemas. Secretaría de Salud de Bogotá. Regional N. 2. Estadísticas vitales. 1987.
- Centro Médico San Camilo. Registros Clínicos. Segundo semestre de 1987.
- D.A.F.D. Inventario de equipamiento comunitario
- D.A.F.D. - SISE Utilización del Espacio Construido de Bogotá,

CUADRO No. 4.1
 NUMERO Y DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA CONSULTA MEDICA POR BARRIOS
 CENTRO SAN CAMILO . SEGUNDO SEMESTRE DE 1987

Barrios	# cons	# cons	# consu	# Cons	# cons	# cons	Total	Percent
	Julio	Agosto	Septie	Octubre	Novie	Dicie		
1. Juan Rey	285	249	342	278	405	278	1837	27
2. Los Libertadores	141	60	155	132	253	127	868	12
3. La Flora	135	98	183	137	180	80	813	12
4. La Esperanza	66	70	116	88	88	40	426	6
5. Nueva Dalhi	59	46	29	30	88	50	302	4
6. Ciudad Londres	59	50	160	48	89	85	451	6
7. La belleza	58	48	29	98	154	83	470	7
8. San Rafael	43	42	50	59	54	41	289	4
9. República de Canadá	28	24	41	26	40	27	187	3
10. Quindío	16	15	28	33	26	37	155	2
11. Otros	176	179	68	245	267	147	1178	17
TOTAL	1087	866	1211	1184	1682	985	6885	100

Fuente : Registros clínicos (Estadísticas Vitales). Centro Médico San Camillo, 1987.

1980.

- Actualización de los planos topográficos de la zona.

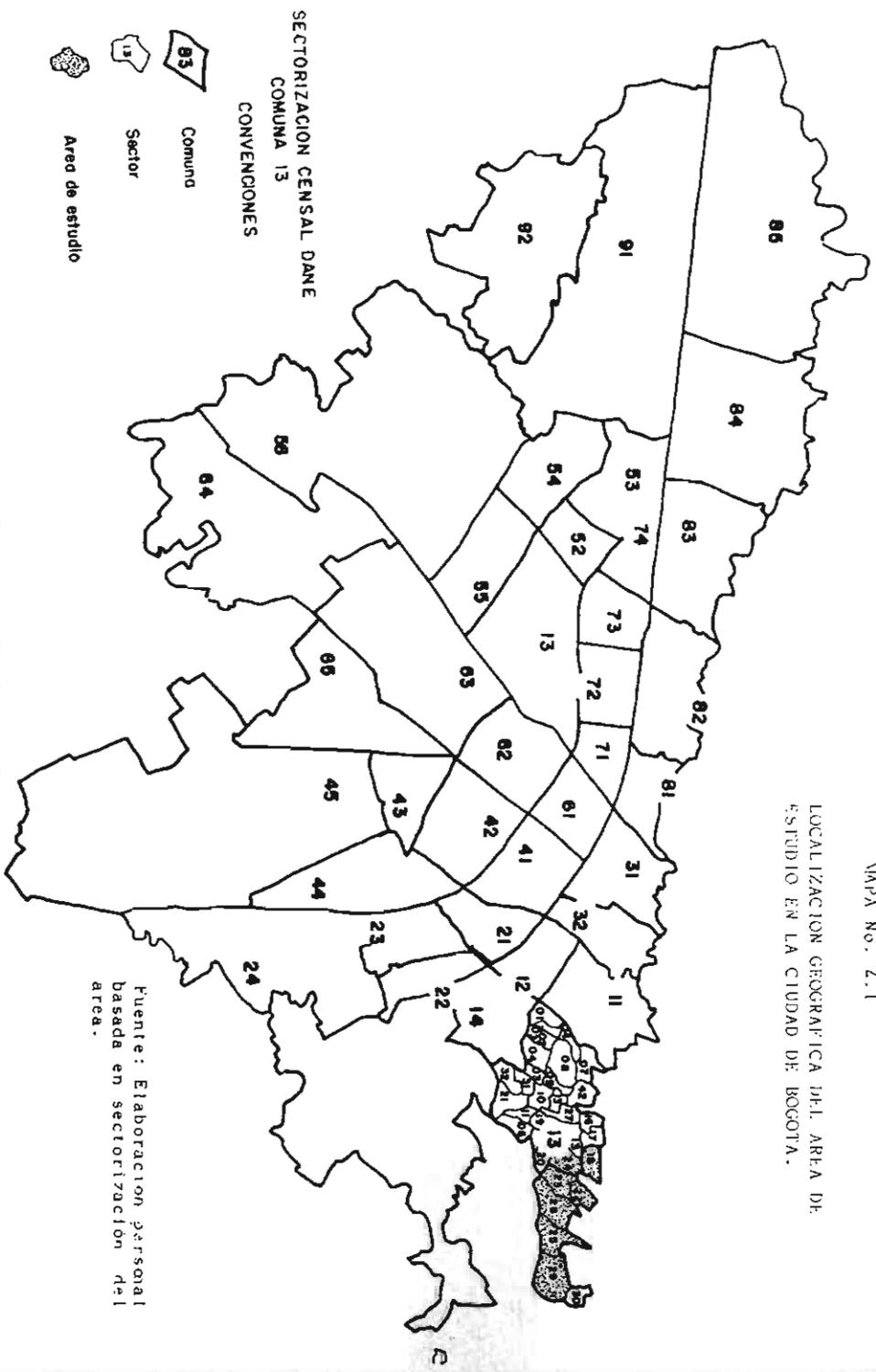
Además de la recolección de información a partir de las fuentes secundarias, del cruce y análisis de variables, se hizo observación directa en cada uno de los sectores del área de estudio y se llevaron a cabo entrevistas adientas con integrantes y líderes de la comunidad, que incluyeron preguntas sobre el proceso salud - enfermedad eficiencia de la atención, principales problemas de la comunidad y búsqueda de identificación de interés de grupos o personas con respecto a la problemática de salud. Esto con la colaboración de las estudiantes de primer semestre de la carrera quienes rotaron por el Centro Médico San Camilo en 1987.

4.1. Localización

Nuestra área de trabajo esta ubicada en la periferia suroriental de la ciudad de Bogotá, entre el kilómetro 6 y el kilómetro 7 de la carretera a Oriente.

Limites: NORTE, calle 14A, barrio Fuente Colorado, quebrada Chiguaza, barrio Altamira, Transversal 12A - Este, barrio Nueva Gloria. SUR, Parcelación San Pedro y carretera a Oriente. OCCIDENTE, Diagonal 67 Sur, barrio Nueva Gloria; diagonal 72 sur, zona sin urbanizar. ORIENTE, cerros orientales, carretera a Oriente, Parcelación San Pedro. (Véase mapa 4.1 y anexo 4)

MAPA No. 2.1
LOCALIZACION GEOGRAFICA DEL AREA DE ESTUDIO EN LA CIUDAD DE BOGOTA.



Fuente: Elaboración personal basada en sectorización del área.

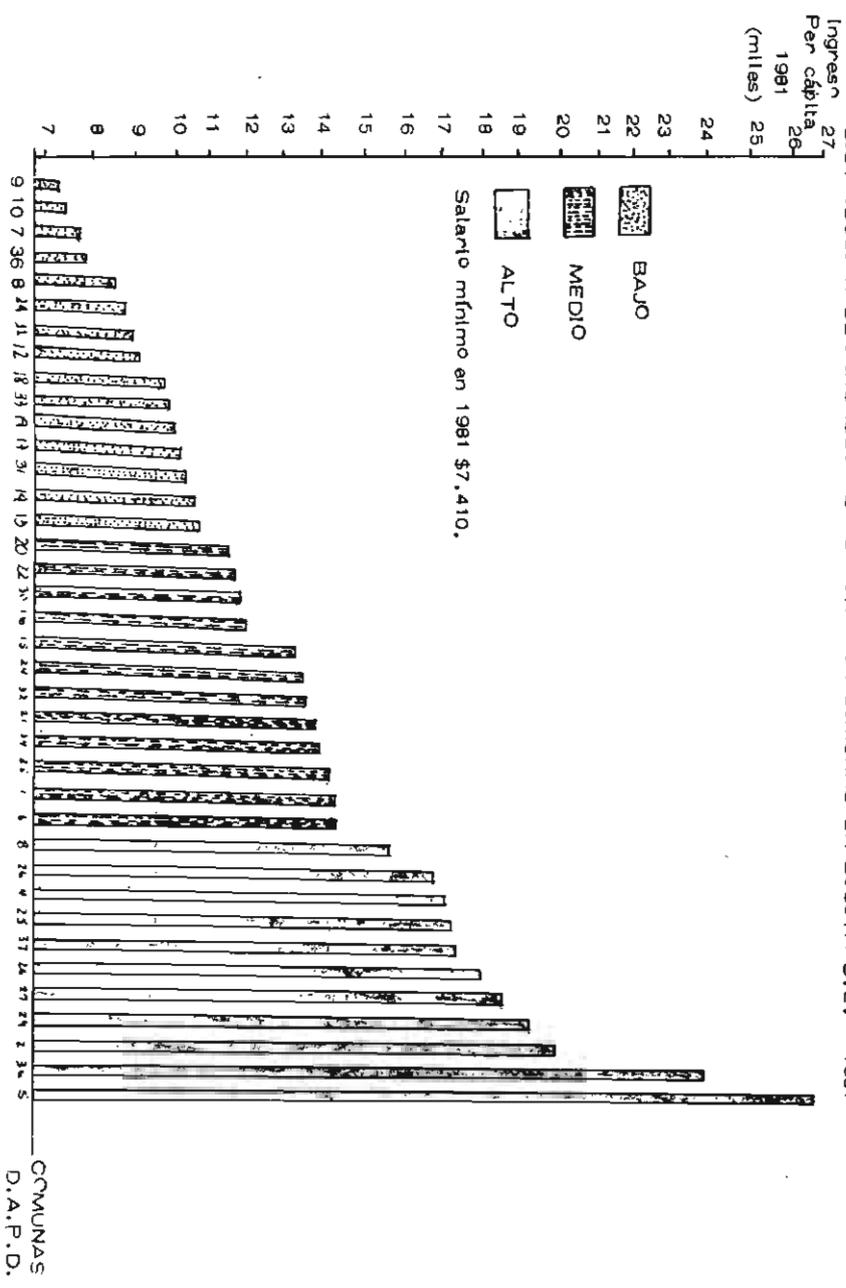
Ocupa un área de 311,1 hectáreas sobre terreno montañoso, erosionado por el establecimiento de varios "chircales" (2) y que amenazan en época de invierno con deslizamientos de tierra. La Quebrada Chiguaza está contaminada con desechos industriales y de la población, convirtiéndose en alcantarilla abierta. Temperatura máxima media anual 15°C, media anual 13°C, mínima media anual 2°C y mínima absoluta -5°C; precipitación media anual 1013 mm, con periodos de lluvias en los meses de enero, febrero, junio, julio y septiembre.

Esta área forma parte de la Comuna 13 censal del Departamento Administrativo Nacional de Estadística - DANE - y le corresponden los sectores 1316, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326 y 1329 de la misma comuna, dentro de los cuales se encuentran los barrios Quindío, República de Canadá, Los Libertadores, Juan Rey, La Belleza, San Rafael, Ciudad Londres, La Flora y la Esperanza. (Tabla 4.1) pertenecientes a su vez a la Alcaldía Menor de San Cristóbal.

Es importante anotar que la ubicación geográfica de la Comuna 13 está incluida dentro del área considerada por el Gobierno actual como de "Pobreza absoluta", entendida esta como "la insatisfacción de las necesidades básicas de la población, con énfasis en cinco aspectos: alimentación, vivienda, salud, acceso al agua potable y alcantarillado. A su vez, esta situación se ha asociado claramente con muy bajos niveles de ingresos". El supuesto básico e latente detrás de esta consideración es que el

GRAFICA No. 4.1

DISTRIBUCION DEL INGRESO PER CAPITA POR COMUNAS EN BOGOTA D.E. 1981

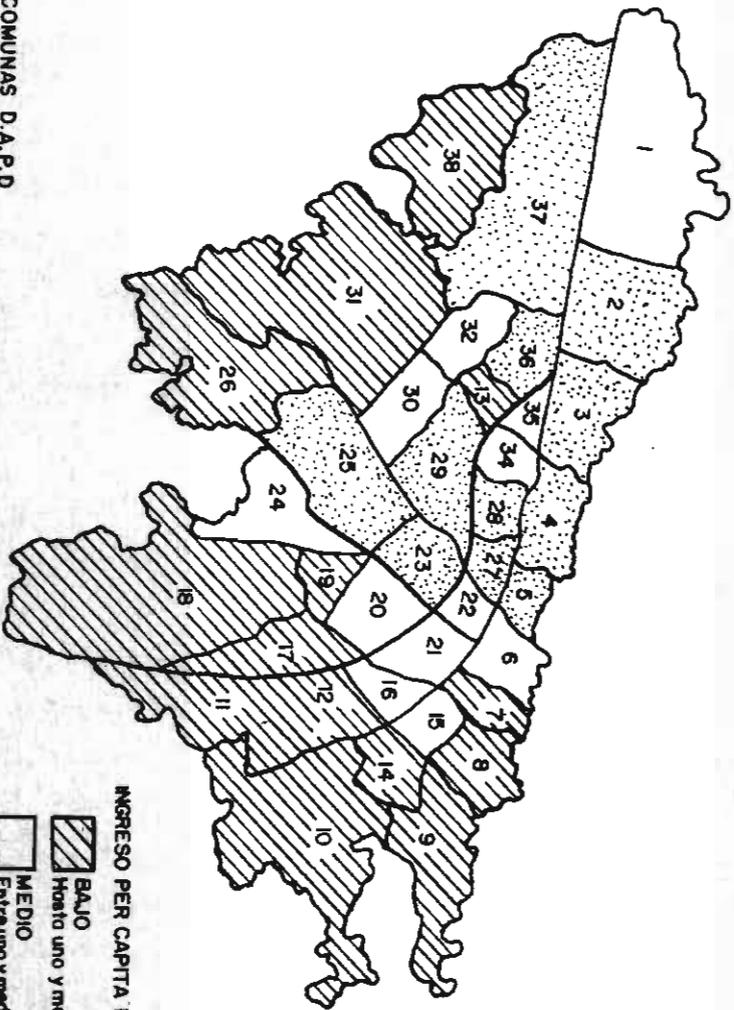


Fuente : Estudio de Población DANE 1981, Cálculos Consultores.

MAPA No. 4.2

Localización espacial del ingreso per cápita por comunas en Bogotá

Aproximación para la identificación de las zonas de pobreza absoluta en Bogotá D.E.



INGRESO PER CAPITA 1981

-  BAJO
Hasta uno y medio salarios mínimos
-  MEDIO
Entre uno y medio y dos salarios mínimos
-  ALTO
Más de dos salarios mínimos

I-38 COMUNAS D.A.P.D
Fuente : ESTUDIOS DE POBLACION DANE 1981 Y CAPITULOS DE LOS CONSULTORES

nivel de ingreso es el determinante fundamental de la capacidad de demanda y de posibilidades de satisfacción de las necesidades básicas de la comunidad. (3) (véase gráfica 4.1 y mapa 4.2.).

4.2 Marco Histórico

El proceso de urbanización de esta zona de la ciudad se inició a finales de la década del sesenta, está relacionado económicamente con el agotamiento del modelo de sustitución de importaciones y políticamente con la implantación y mantenimiento del llamado Frente Nacional, con las consecuencias sociales a que ello condujo, entre otras, el acelerado proceso de migración interna, que llevó a las ciudades, en especial a Bogotá a grandes masas de la población campesina, en su mayoría acogidas por la ciudad en medio de precarias condiciones de vida, dándose a su vez un proceso de segregación interna relacionado principalmente con la estructura de clases.

Así, la población de la clase que no ha podido ser vinculada formalmente al mercado de trabajo, esto es, la población relativa excedente, mal denominada "población urbana marginal" (ejemplos: vendedores ambulantes, oficiales de artesanía, cargadores, servidores domésticos, etc.), se aloja en la periferia urbana, mientras que la población vinculada al desarrollo industrial y económico se encuentra dentro del perímetro urbano de la ciudad y goza de todas las comodidades que este le ofrece.

Según estudio del Banco Mundial:

Es evidente la alta segregación de la ciudad de Bogotá por niveles de ingresos, lo que obstaculiza la movilidad de la fuerza de trabajo y reproduce un sistema urbano heterogéneo en donde la pobreza de los anillos bajos se perpetúa en el tiempo. Nacer en la periferia sur implica educación de baja calidad, aprender a tener pocas aspiraciones, desarrollar una red pobre de contactos, marginación continua y reproducción ampliada de la pobreza y de la heterogeneidad. (4)

La ciudad sigue creciendo en la periferia urbana, aunque es un hecho que la ocupación clandestina disminuyó en el periodo 1977 - 1981 con respecto al periodo 1970 - 1977, no hay evidencias empíricas que muestren que durante la severa crisis de los años 80 haya continuado dicha tendencia.

4.3. Población

Para el año 1973, la población del área objeto de estudio ascendía a 8 004 personas y en toda la ciudad a 2 571 548, en un periodo de ocho años, es decir, en 1981 había aumentado en un 66% pasando a 20 518 personas, mientras para Bogotá, en el mismo año se contabilizaron 3 770 007 (31%) más que en 1973. Así mismo, para 1985 había ascendido a 33 817, esto es 76% en los doce años y 30% en los últimos cuatro años. Para ese mismo año la población de Bogotá había alcanzado 1 767 988 habitantes, 65% en los doce años y 4.8% en los últimos cuatro años. dados estos, que nos dan una idea del acelerado crecimiento de la población en esta zona de la ciudad con respecto a la totalidad de la misma. Ahora bien, si observamos la proyección para 1991, vemos que el

proceso de crecimiento sigue siendo igualmente acelerado, llegando a 58 240 habitantes, 41% más que en 1985; para ese mismo año la ciudad habrá alcanzado 4 807 150, lo que significa un 17% más que en 1985. (Véase cuadro 4.2 y tablas 4.2, 4.3 y 4.4).

Los sectores de mayor dinamismo poblacional en el área han sido el 1323 (Barrios Libertadores y Nueva Delny), el 1324 (Barrios República del Canadá y San Rafael), 1325 (Barrios Juan Pab. Ciudad Londres, La Flora y San Manuel) y 1326 (Barrio La Belleza). Se calcula que para 1990 estos sectores alberguen 16 393, 8 485, 6 780 y 8 914 habitantes respectivamente. El sector más reciente es el 1329 (Barrio La Esperanza). (Cuadro 4.2).

Otros sectores, cuyo crecimiento poblacional no fue tan vertiginoso durante el periodo 1973 - 1981 se proyectan con un gran crecimiento para el periodo 1985 - 1990, el sector 1329 (Barrio La Esperanza) que pasa de 1 764 personas en 1981 a 9 294 en 1990 (Cuadro 4.2 y tabla 4.3).

Asimismo, el sector con mayor densidad de población es el 1323 con una densidad de 250.6 habitantes por hectárea, siguiéndole en su orden el 1324 con una densidad de 142.4 y el 1318 con una densidad de 121.9. El sector menos denso es el 1329, dada su reciente formación. La densidad de población general para el área es de 96.3 habitantes por Ha. (tabla 4.5).

CUADRO No. 4.2

POBLACION DE ALGUNOS SECTORES DE LA COMUNA 13 DE BOGOTA.

1973, 1981, 1985

Sector	Población		Población 1985
	1973	1981	
1318	2646	3990	4258
1322	603	1058	1794
1323	2180	7780	10714
1324	1014	3496	5057
1325	738	3069	4250
1326	853	2361	4167
1329	-	1764	3637
TOTAL	8034	23518	33817

Fuente : DANE. Población y Vivienda. Censos 1973-1985 y recuento de vivienda 1981.

"Barrios de Bogotá".

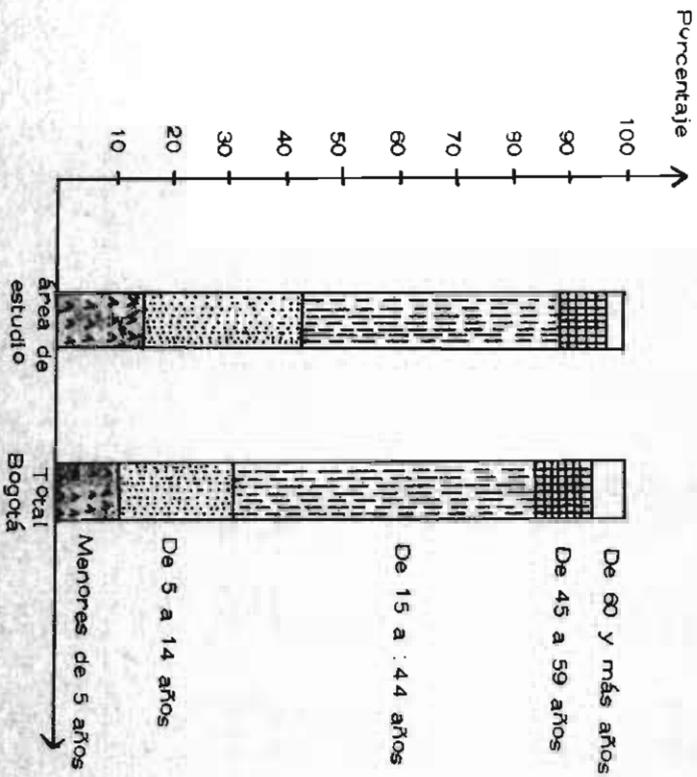
CUADRO No. 4.3
POBLACION POR GRUPO DE EDAD Y SEXO . CENSO 1985

Grupos de Edad	Hombres	Mujeres
Menores de 1	466	431
De 1 a 4	2191	2123
De 5 a 14	4737	4585
De 15 a 44	7604	8114
De 45 a 59	1329	1269
De 60 y más	436	506
TOTAL	16763	17018

Fuente : DANE, Censo 1985. Tomado de D.A.P.D.. No Disponibles.

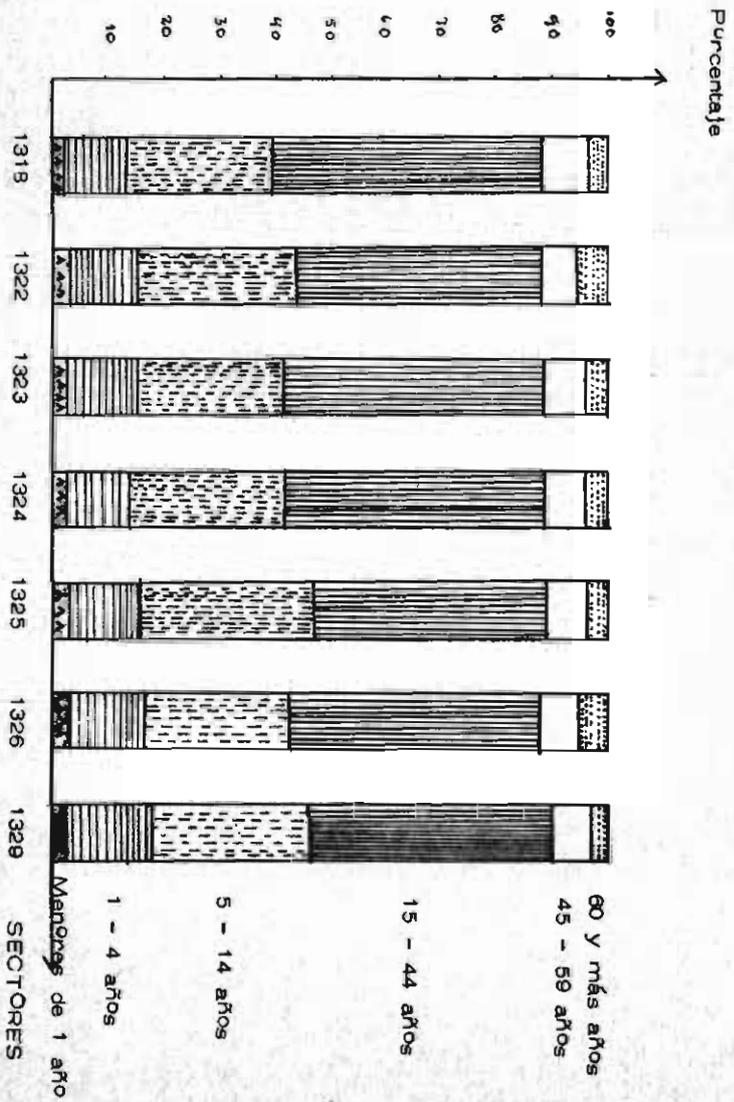
GRAFICA No. 4.2

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION DEL AREA DE ESTUDIO Y SU RELACION
CON LA POBLACION DE BOGOTÁ, POR GRUPOS DE EDAD 1985



Fuente : Departamento Administrativo de Planeación Distrital. Demografía. Censo 1985.
Datos no publicados. XV Censo Nacional de Población y IV de Vivienda, oct de 1985.

GRAFICO No. 4.3
 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION POR GRUPOS DE EDAD, EN ALGUNOS
 SECTORES DE LA COMUNA 13 DE BOGOTA 1985



Fuente : Departamento Administrativo de Planeación Distrital - Demografía. Censo 1985.
 Datos no publicados.

CUADRO No. 4.4
 PARTICIPACION DE LOS GRUPOS DE EDAD EN EL TOTAL DE
 LA POBLACION (POR CIENTO)

Grupos de Edad	Población Total	Porcentaje
Menores de 1	897	3
De 1 a 4	4158	12
De 5 a 14	9322	28
De 15 a 44	15719	46
De 45 a 59	2589	8
De 60 y más	942	3
TOTAL	33781	100

Fuente : DANE. Censo 1985. Tomado de DAPD. No Disponibles.

En contraste con la ciudad de Bogotá que tiene una estructura poblacional adulta, el censo de 1985 registro para nuestra área de estudio una estructura poblacional joven, en la que los menores de quince años tienen una participación del 43% y predominan los grupos de edad de 15 a 44 años y de 5 a 14, con una participación del 46% y 28% respectivamente; las edades extremas, menores de un año y de sesenta y mas años participan cada una con el 3% sobre el total de la población (Cuadro 4.1 y Gráfica 4.2); esta estructura es similar para todos los sectores incluidos en el área, como se observa en la gráfica 4.3; hasta los 15 años existe una proporción mayor de hombres y a partir de esta edad sucede lo contrario (Cuadro 4.4). Esta estructura es característica de las zonas de la periferia urbana que sirven de asiento a los migrantes jóvenes.

4.4 Ocupación

En cuanto a esta categoría, si bien es cierto que no tenemos información de cada una de las comunales, en 138 familias estudiadas encontramos que las principales ocupaciones de los padres están relacionadas con la industria de la construcción (37%) y todas las demás pertenecen al sector informal de la economía excepto un 3% que dijeron ser empleados de oficina pero sin especificar su posición en la ocupación. Llama la atención el 5% que dice ocuparse en oficios varios, a lo que ellos mismos llaman el "rebusque", esto es, trabajan en lo primero que encuentran y su trabajo es mas inestable que para el resto (Cuadro 4.5).

CUADRO No. 4.5
 PARTICIPACION DE LAS PRINCIPALES OCUPACIONES DE LOS PADRES (%)
 (EN 138 FAMILIAS ESTUDIADAS) - 1987

<u>Ocupación del Padre</u>	<u>Porcentaje</u>
Obrero de la construcción	37
Celador	12
Vendedor ambulante	11
Mecánico automotriz	11
Conductor	8
Artesano	8
Oficios Varios, "Rebusque"	5
Mensajero	3
Empleado de Oficina	3
Reciclador de basuras	2

Fuente : Fundación Escuela de Ciencias de la Salud, Facultad de Enfermería. Primer Semestre, "Grupo San Camillo", "Diagnóstico de la Comunidad del Barrio Ciudad Londres, Bogotá, Noviembre de 1987.

Las mujeres, además de ser las principales responsables del oficio doméstico, en un 29% trabajan fuera del hogar cumpliendo con una doble jornada de trabajo y su principal ocupación está relacionada con el servicio doméstico y solamente un 3% son obreras (cuadros 4.6 y 4.7).

El salario obtenido mediante estas ocupaciones, apenas en un 58% llega al mínimo legal establecido, mientras que todavía un 26% no alcanzan este nivel y solamente un 2% sobrepasan los dos salarios mínimos (Cuadro 4.8).

4.5 Índice de Calidad de Vida. (5)

El índice de calidad de vida para la zona es uno de los más bajos de la ciudad. El promedio para toda la ciudad en 1986 fue de 69.5. Los sectores que figuran en la escala menor -1- son en su orden el 1329 y el 1328 y el único que llega a la escala -0- es el 1318. Es importante anotar, que entre 1981 y 1986 el sector 1328 aumentó su población y disminuyó su calidad de vida, pasando de la escala -2- a la -1-, esto se debió posiblemente a varios deslizamientos de tierra que derrumbaron algunas viviendas y deterioraron otras. Así mismo el sector 1329 desde su formación ha permanecido en la escala -1-; los demás sectores han estado en la escala -2- desde 1981. (Cuadro 4.9 y Tabla 4.6)

4.5.1. Condiciones económicas

En los tres periodos estudiados, la parte de la riqueza social

CUADRO No. 4.6

PARTICIPACION DE LAS PRINCIPALES OCUPACIONES DE LAS MADRES
(%) (EN 138 FAMILIA ESTUDIADAS) - 1987

Ocupación de la Madre	Porcentaje
Ama de casa	71
Empleada del servicio doméstico	19
Vendedora de alimentos	7
Obrera	3

Fuente : Fundación Escuela de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería. Primer Semestre. Grupo "San Camillo". "Diagnóstico de la Comunidad del Barrio Ciudad Londres. Bogotá, Noviembre de 1987.

CUADRO No. 4.7
PORCENTAJE DE MADRES TRABAJADORAS FUERA DEL HOGAR
(EN 138 FAMILIAS ESTUDIADAS) - 1987

Permanece la madre en el hogar ?	Porcentaje
SI	71
NO	22
Parcialmente	7

Fuente : Fundación Escuela de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería. Primer Semestre. Grupo "San Camillo". Diagnóstico de la Comunidad del Barrio Londres. Bogotá, Noviembre de 1987.

CUADRO No. 4.8

NIVEL SALARIAL Y SU PARTICIPACION POR FAMILIAS

(EN 138 FAMILIAS ESTUDIADAS) - 1987

Nivel Salarial	Número de familias	Porcentaje
Menos del mínimo	36	26
Mínimo	80	58
Más del mínimo pero menos de dos mínimos	8	6
Dos mínimos	11	8
Más de dos mínimos	3	2
TOTAL	138	100

Fuente : Fundación Escuela de Ciencias de la Salud. Facultad de Enfermería. Primer Semestre "Grupo San Camilo", "Diagnóstico de la Comunidad Ciudad Londres", Bogotá, Noviembre de 1987.

CUADRO No. 4.9
 EL INDICE DE CALIDAD DE VIDA POR ESTRATOS EN ALGUNOS SECTORES
 DE LA COMUNA 13 DE BOGOTA 1986. Y, SU RELACION CON EL PROMEDIO
 DE LA CIUDAD

Estrato	Sector	Indice de calidad de Vida - 1986
1	1329	39.35
1	1326	44.69
2	1322	50.95
2	1325	51.62
2	1324	56.48
2	1323	61.19
3	1318	69.17
BOGOTA		69.3

Fuente : DAPD - SISE. "La Calidad de Vida en los Barrios de Bogotá". 1973-1981 y 1986 (Ajustada).

producida de la cual se apropia esta clase social dista mucho de las clases ubicadas en los estratos (6) más altos, incluso del estrato medio, siendo para 1981 los sectores 1329 y 1326 los más afectados por tal polarización, la cual puede explicarse por las condiciones de inserción económica de la fuerza de trabajo, sometida a una gran fragmentación e inestabilidad, expuesta a contratos por servicio a destajo, con niveles de remuneración muy por debajo de los promediales, que determinan en gran medida la capacidad económica para la satisfacción de necesidades y por consiguiente el nivel de consumo de los hogares (tablas 4.10 y 4.11).

4.5.2. Tasa de Empleo

En el caso específico de Bogotá, la zona del suroriente de la ciudad es exportadora neta de trabajo mientras todas las demás reciben trabajadores, lo que explica en parte su impermeabilidad para absorber el constante crecimiento de la población en edad de trabajar y que se refleja en las tasas de empleo, las cuales ni siquiera para 1970 (época de mayor oferta de empleo) fueron altas (tabla 4.8). En 1981 los sectores más afectados fueron: 1326 y 1329 con tasas de 63.6 y 72.7. (Tabla 4.9).

4.5.3. Nivel de Hacinamiento

Nuevamente se reflejan aquí las condiciones económicas de esta clase social, su incapacidad para satisfacer las necesidades básicas, entre ellas la vivienda. Las tablas 4.8 y 4.10 nos

muestran como en los ocho años 1973 - 1981, ha permanecido el nacimiento en todos los sectores superior al 50% y en 1986 para todos los sectores estudiados según nos muestra la tabla 4.14 existían cuatro personas por cuarto.

4.5.4. Índice Elemental de Servicios

La dotación de servicios básicos públicos para esta zona de la ciudad, tales como agua, alcantarillado, luz es deficiente. Únicamente los barrios Nueva Delhi y Los Libertadores del sector 1323 tienen servicios básicos completos (agua, luz, alcantarillado). el resto tienen servicio de luz principalmente clandestino, aunque también existe el servicio legalizado; el voltaje es bajo y todos los barrios necesitan mayor número de transformadores.

El servicio de agua se presta de diversas maneras: por observación directa es posible afirmar que la modalidad de conexión por tubería de acueducto es mínima mientras que predomina la conexión por manguera a un tubo madre del acueducto clandestinamente. Existen pilas de agua y todos los hogares aprovechan las aguas lluvias; en época de verano es común el racionamiento para todos los sectores incluyendo el 1323. En esta época el servicio se presta principalmente a través de carromatales que van interdiariamente a cada barrio, lo cual implica el tener que hacer largas colas por una mínima cantidad de agua generalmente en malas condiciones higiénicas.

A raíz del racionamiento del agua, estas comunidades se han organizado y en ocasiones se han declarado en paro cívico, bloqueando la carretera a Oriente, importante puerta de entrada para el abasto de alimentos a toda la ciudad.

Dicha situación se refleja en el índice elemental de servicios, cuyo mejoramiento solamente se alcanza a notar en los sectores 1318 y 1323 con un índice de 18.2% y 14.4% respectivamente, el cual sigue siendo muy bajo con respecto a los estratos altos (tablas 4.8 y 4.11).

Referente a los servicios complementarios (teléfono, alumbrado público, alcantarillado de aguas lluvias), en todos los barrios existen teléfonos comunitarios y tan solo en Los Libertadores hay teléfonos privados: Los Barriles Juan Rey, La Esperanza, La Flora no cuentan con alumbrado público, ningún barrio tiene alcantarillado de aguas lluvias ni servicio de recolección de basuras, en todos son comunes los botaderos abiertos.

Aunque la tabla 4.12 muestra que más de un 80% de las viviendas tienen baño exclusivo, no sabemos si hay letrina, pozo séptico o tasa sanitaria. Igualmente, más del 80% de las viviendas tiene cocina exclusiva pero, solo el 15% y menos cocinan con gas, electricidad, lo cual quiere decir que los demás cocinan con "cocinol" (gasolina + petróleo), altamente inflamable.

4.5.5. Tasa de Alfabetismo

Aunque existen diez escuelas de enseñanza primaria, no en todas se desarrolla la primaria completa por falta de salones, materiales y maestros; en ocasiones se cierran por falta de agua o se trabaja media jornada.

Al igual que los demás indicadores, las tasas de alfabetismo aunque se han incrementado, siguen siendo bajas con respecto a los demás estratos. Para 1981, el sector con la tasa más alta fue el 1322 (88.5) y el de la tasa más baja el 1323 (73.2) (Tabla 4.13).

A su vez, el porcentaje más alto de escolaridad en el área está en el sector 1324 (48.16) con un índice de analfabetismo de 11.08 y el más bajo en el sector 1329 (34.6%) con un índice de analfabetismo de 13.5, para un mismo año (Tabla 4.9).

El Colegio Juan Key es el único plantel de bachillerato en el área y pertenece a la comunidad de las Hermanas de la Paz. En los barrios Los Libertadores, Ciudad Londres, La Flora y La Esperanza, las madres de familia se han organizado para constituir los "Hogares Infantiles" con el apoyo del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF -. A pesar de los esfuerzos comunitarios, el Estado de los mismos es bastante precario, las viviendas son pequeñas y el problema más sobresaliente es el nacimiento de los niños.

4.6. Equipamiento Comunitario

4.6.1. Educación

Como ya lo habíamos señalado, en la zona se puede determinar que la Secretaría de Educación presta el servicio de educación en el nivel de Básica Primaria por medio de diez establecimientos; para el nivel de Secundaria el Colegio privado "Juan Rey"; el sector oficial no posee ningún colegio de Bachillerato dentro de esta zona.

4.6.2. Recreación y Cultura

En cuanto a la Recreación Básica, esto es, "parques y zonas verdes dotados con una infraestructura mínima de funcionamiento cuya responsabilidad debe estar a cargo del Estado" (7)... "simultáneamente la población debe tener acceso a grandes parques, en donde se tengan posibilidades de mayor esparcimiento, práctica intensiva del deporte y otro tipo de actividades recreativas (como juegos mecánicos)" (8).

Se ha estimado, de acuerdo con diversas experiencias en el Distrito y con normas del Departamento Administrativo de Planeación Distrital, "que las comunidades requieren en promedio de un parque que, en forma simultánea, pueda albergar al 50% de la comunidad, y con un área de seis metros cuadrados por persona. Estos cálculos permiten una utilización intensiva, virtualmente diaria de los parques de barrio, el uso de los parques por

persona de los grandes parques" (9).

De acuerdo con estos conceptos, el sistema de recreación de Bogotá se caracteriza por dos elementos. En primer lugar, la infraestructura bruta disponible, es decir, el número de parques y áreas verdes existentes, es en promedio suficiente para atender las necesidades de la población de Bogotá. En segundo lugar, se presentan sin embargo otros problemas derivados de la mala ubicación y difícil acceso de la comunidad a los parques y es precisamente este segundo elemento, el que hace que las zonas con peor cobertura se encuentren ubicadas en la periferia urbana. Adicionalmente, si se agrega el pésimo estado de infraestructura en que se encuentra la mayoría de los parques recreativos de la periferia, inclusive convertidos en potreros, se concluye que la situación de cobertura para esas zonas es dramática.

Es así como en ninguno de los sectores de nuestra área de estudio existe un parque y en los sectores 1325 y 1329, no hay terreno planeado para zonas verdes. Lo único que encontramos fue una cancha de Basquet Ball en el barrio Los Libertadores en muy mal estado y otra en el Colegio Juan Key a la cual tiene acceso toda la comunidad; en seis barrios se adaptaron canchas de tenis.

La recreación complementaria, dirigida a otros factores, en especial la práctica del deporte, espectáculos públicos, competencias y demás. El desarrollo de esta recreación implica el impulso de programas más especializados, la disponibilidad de

infraestructura y de medios de alta calidad (estadios y teatros entre otros).

Parte de esta recreación Complementaria es ejecutada por entidades privadas que orientan sus recursos para la construcción y adecuación de clubes deportivos y recreativos de primera categoría, academias especializadas en las diferentes áreas del deporte, academias folclóricas de danza, de baile y demás escenarios teatrales. Así, la recreación hecha por el sector privado es dirigida hacia la población de mayores recursos, en su defecto, hacia aquellas personas que, en especial por su situación laboral tienen acceso a la seguridad social, a través de cajas de compensación y demás empresas en cuya estructura se encuentra la recreación. Ante tales circunstancias, en la periferia urbana es imposible desarrollar este tipo de recreación, como efectivamente sucede en nuestra área de estudio.

En relación con la cultura, el Colegio Juan Key cuenta con una biblioteca bien dotada, con suficiente espacio para trabajar y de aspecto agradable pero que es utilizada solamente por estudiantes y maestros del plantel.

4.2.3. Espacio Urbano

Con excepción de una parte del Barrio Nueva Delhy, toda esta zona ha venido siendo urbanizada clandestinamente.

"urbanizaciones piratas" (11) sin que la ilegalidad haya sido un impedimento para la construcción de las viviendas, por el contrario, aunque el Estado a finales de la década del setenta y en años posteriores, ha venido ofreciendo como alternativa a la urbanización pirata, la urbanización de normas mínimas (12). según el Estudio del Banco Mundial, esta alternativa no es viable, pues la urbanización pirata "es un negocio competitivo y no monopolístico y el urbanizador gana una tasa normal de retorno", mientras que, "las urbanizaciones aprobadas legalmente, conocidas como barrios de normas mínimas, en 1978 obtuvieron las tasas más altas de ganancias". Así mismo, "los lotes de las urbanizaciones piratas han sido de mayor tamaño que los de normas mínimas (120 - 90 M². en promedio respectivamente en 1978)", por lo cual los primeros han tenido mayor aceptación. "Las unidades construidas en este tipo de urbanizaciones proporcionan techo a sus dueños y además sirven a otros hogares en calidad de arriendo: hay en promedio un arrendatario por unidad de vivienda" (13).

La principal vía de acceso a la zona es la carretera a Oriente que bordea todos los barrios: en los barrios La Belista, Los Libertadores y República del Canadá existen algunas vías interiores pavimentadas y en el resto de barrios las vías interiores están en su totalidad sin pavimentar.

En el área solamente existen dos fábricas, una situada en el barrio Quindío, "Fábrica Colombiana", la otra en la zona

"Ladrillera La Flora"; sin embargo existen otras fábricas alrededor de la zona como son: Ladrillera Las Violetas, fábrica de tubos Moore, fábrica de Materas, fábrica de cerveza La Alemana, fábrica de Mechas para tejo y algunas fábricas pequeñas de zapatos (Vease Anexo 2).

El Comercio aunque no es muy denso se ubica principalmente en el barrio Los Libertadores y República de Canadá, donde también se encuentra la mayor densidad de la vivienda.

4.6.4. Transporte

Existen dos rutas de transporte que llegan, la primera al Barrio Los Libertadores y la segunda al barrio Juan Key. Esta última bordea todos los barrios de la zona y trabajan de cuatro de la mañana a once de la noche. A las horas "pico" (14), son insuficientes para la población que las utiliza, a lo largo de la carretera no existe ningún sistema de paraderos. La gente se sube o baja "donde puede" y existe un alto índice de accidentalidad.

Dadas las distancias a los lugares de trabajo, los habitantes de esta zona gastan en promedio cuatro horas diarias transportándose dos y tres veces hasta llegar a su destino. Esto implica un menor tiempo de descanso y reposición de la fuerza de trabajo frente a jornadas más largas y de mayor gasto energético.

4.6.5. Servicios Administrativos

Esta zona, al pertenecer a la Alcaldía Menor de San Cristóbal, debe utilizar la sede de la misma (Avenida 1a. de Mayo 1 - 43) para los actos administrativos que le sean necesarios, al igual que sus respectivas dependencias:

- Tesorería Distrital: Veinte de Julio
- Administración Postal: Calle 22 No. 8 - 04 S.
- Sub Estación de Policía: Calle 19 S 20 - 84
- Junta zonal de Deportes: No. 4 Veinte de Julio
- Central Telefonica Las Cruces, Carrera 8a. 2-01
- Parroquia de San Cristóbal: Calle 13 S 2-71 S.

Ninguna de las dependencias administrativas señaladas está ubicada dentro de nuestra Área de estudio, se necesita de aproximadamente treinta minutos para trasladarse en autobús.

4.6.6. Servicios de Salud

La zona pertenece a la Regional No. 2 de la Secretaría de Salud del Distrito Especial de Bogotá, "La Samaritana". En el nivel Primario esta cubierta por el Centro de Salud No. 48, ubicado en el Barrio Altamira; en el nivel secundario por el Hospital Local "La Victoria" (Diagonal 19 Sur No. 3 - 20 E); y, en el nivel terciario de atención en salud, por el Hospital Universitario de La Samaritana (Carrera 8a. 55 S).

4.7. Organización Comunitaria

Cada uno de los barrios tiene Junta de Acción Comunal con su respectiva personería jurídica; en las escuelas de cada barrio hay Asociación de Padres de Familia y en los Hogares Infantiles hay un Grupo de Madres. Pero más que señalar su existencia, es importante conocer su dinámica, su estructura de poder. Para ello retomamos principalmente el análisis de Carlos Jimenez:

LAS JUNTAS DE ACCIÓN COMUNAL:

La idea inicial de estos organismos fue de los estrategas del State Department, y su formulación corresponde a los días de la primera respuesta norteamericana a la revolución cubana. La base conceptual la suministraron los antropólogos funcionalistas, quienes requeridos por el poder imperial sobre los métodos y las formas de bloquear el acceso de la nueva izquierda a las masas populares, propusieron organizaciones amplias aunque políticamente conservadoras, con estructuras y tipos de acción congruentes con los usos y tradiciones de la gente. En Colombia, sobre todo en su área andina, persistía hasta hace muy poco la "minga", una costumbre por la cual los miembros de una comunidad campesina se reunían para efectuar trabajos de utilidad colectiva. La minga, supervivencia de la vida comunal de las civilizaciones precolombinas, fue transformada, fue cambiada al tenor de la estrategia de los norteamericanos, en acción comunal, y ésta se concretó en la labor de los vecinos de una pequeña localidad campesina o de un barrio popular destinada a resolver alguno de los muchísimos problemas que afectan estos núcleos humanos: falta de aulas escolares, de caminos, de centros de salud, de lugares de recreación, etc. En los hechos las juntas encargadas de promover la acción comunal desnecharon, antes de intentar siquiera, la movilización autónoma de las masas y se insertaron sin más en la estructura electoral de los partidos oligárquicos, convirtiéndose en el instrumento principal del "clientelismo". Un resultado final no muy distante de las expectativas de los teóricos del State Department. (15)

La Junta de Acción Comunal, en su funcionamiento ordinario,

gestiona la intervención del Estado en la solución de alguna de las acusantes carencias que señalamos antes: a cambio los vecinos así beneficiados se comprometen a votar por alguno de los jefes locales o regionales de uno de los dos partidos oligárquicos. Atrapada en esta dinámica la acción comunal no ha experimentado la evolución progresiva de las asociaciones de usuarios campesinos y las masas populares no la reconocen como un instrumento ápto para reivindicar sus derechos.

Las otras agrupaciones corporativas, asociaciones de padres de familia y grupos de Madres Comunitarias además de las restricciones a la acción impuestas por sus objetivos declarados y por la debilidad numérica, sufren de sus propias deficiencias internas que en la actualidad las limitan, más que a los sindicatos para satisfacer las necesidades de Organización de las mayorías populares.

4.8. Perfil Salud - Enfermedad

4.8.1. Morbilidad y Mortalidad General

En 1987, el subsector oficial a través del Centro de Salud número 46 - ALIAMIKA, Centro que cubre la población de nuestra área de estudio, registró un total de 163 defunciones, de las cuales el 24% ocurrió en menores de quince años: es decir, que casi una cuarta parte de la mortalidad general se da aun en edades tempranas, teniendo como componente principal los menores de un año (Cuadro No. 4.10). En el grupo de 15 a 19 años, esta es

CUADRO No. 4.10

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DEFUNCIONES POR GRUPOS DE EDAD
 OCCURRIDAS EN EL CENTRO No. 46 - ALTAMIRA - 1987

Grupo de edad	Defunciones	Porcentaje del total
Menores de 1 año	26	16
1 - 4 años	9	6
5 - 14 años	4	2
15 - 44 años	40	25
45 - 59 años	25	15
60 y más años	59	36
TOTAL	163	100

Fuente : Sección de Información y Sistemas. Secretaría de Salud de Bogotá. Regional No. 2.

el grupo que atraviesa por la edad de mayor dinamismo desde el punto de vista productivo y reproductivo, hay una participación del 40% sobre el total de muertes, hecho que puede ser explicado por el tipo de vinculación de la población a un mercado de trabajo informal, en condiciones de inestabilidad, sobreexplotación y mayor riesgo de accidentes.

Cuantitativamente, esta pequeña zona de la ciudad refleja las condiciones de violencia que azota el país y que se han recrudecido en los últimos años. Así, las lesiones en que se ignora si fueron accidentales o intencionales y el homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otro, ocupan el primero y octavo lugar entre las diez principales causas de muerte, participando con un 17.7% en la mortalidad general del área. Las enfermedades crónico - degenerativas del tipo de enfermedades del corazón, tumores malignos y las enfermedades cerebro - vasculares, que afectan especialmente a personas en edades avanzadas tienen un componente del 29.4%. Las neumonías, las otras enfermedades del aparato respiratorio, la enfermedad hipertensiva y las otras enfermedades del sistema nervioso, están comprometidas con el 14.7% de las muertes, y muestran la baja cobertura y mala calidad de los servicios existentes (Véase Cuadro 4.11).

La morbilidad general se da por causas diferentes de las que llevaron a la muerte, todas las causas que ocupan los diez primeros lugares son prevenibles, con el mejoramiento de las

CUADRO No. 4.11

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
GENERAL POR SEXO 1987. TOTAL ETAREU. CENTRO DE SALUD No. 46
ALTAMIRA

Número	Código	Causa	Hombres	Mujeres	Total	Porcentaje
001	169	Lesiones en las que se ignora si fué accidental o intencional	21	3	24	14.72
002	098	Enfermedad cerebro vascular	8	15	23	14.11
003	095	Infarto agudo del miocardio	6	8	14	8.56
004	106	Neumonías	4	6	10	6.13
005	051	Tumor maligno del estómago	4	2	6	3.68
006	063	Tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificas	1	4	5	3.06
007	110	Otras enfermedades del aparato respiratorio	2	3	5	3.06
008	168	Homicidios y lesiones Intencionales	5	0	5	3.06
009	094	Enfermedad hipertensiva	2	3	5	3.06
010	087	Otras enfermedades del sistema nervioso	4	0	4	2.45
000	000	Otras causas	32	30	62	38.03
TOTAL			89	74	163	100.00

Fuente : Sección de Información y Sistemas. Secretaría de salud de Bogotá. Regional No. 2.

condiciones de vida de la población este perfil sería cualitativamente diferente (Cuadro No. 4.12).

4.8.2. Morbilidad Infantil

En toda la zona hay varias fábricas de ladrillos, cemento, y demás elementos para la construcción, algunas muy grandes y otras clandestinas. Esto, sumado a las condiciones de vida, de la población favorece las dos primeras causas de mortalidad infantil, neumonías y neumoconiosis y otras enfermedades pulmonares por agente lo mismo que las otras enfermedades del aparato respiratorio, responsables las tres, del 30,7% de las muertes infantiles (Tabla 4.14): favorece igualmente, la primera causa de morbilidad infantil específica para nuestra área de estudio, donde las infecciones respiratorias agudas son la principal causa de consulta, en la que participan con un 24,2% (Tabla 4.15).

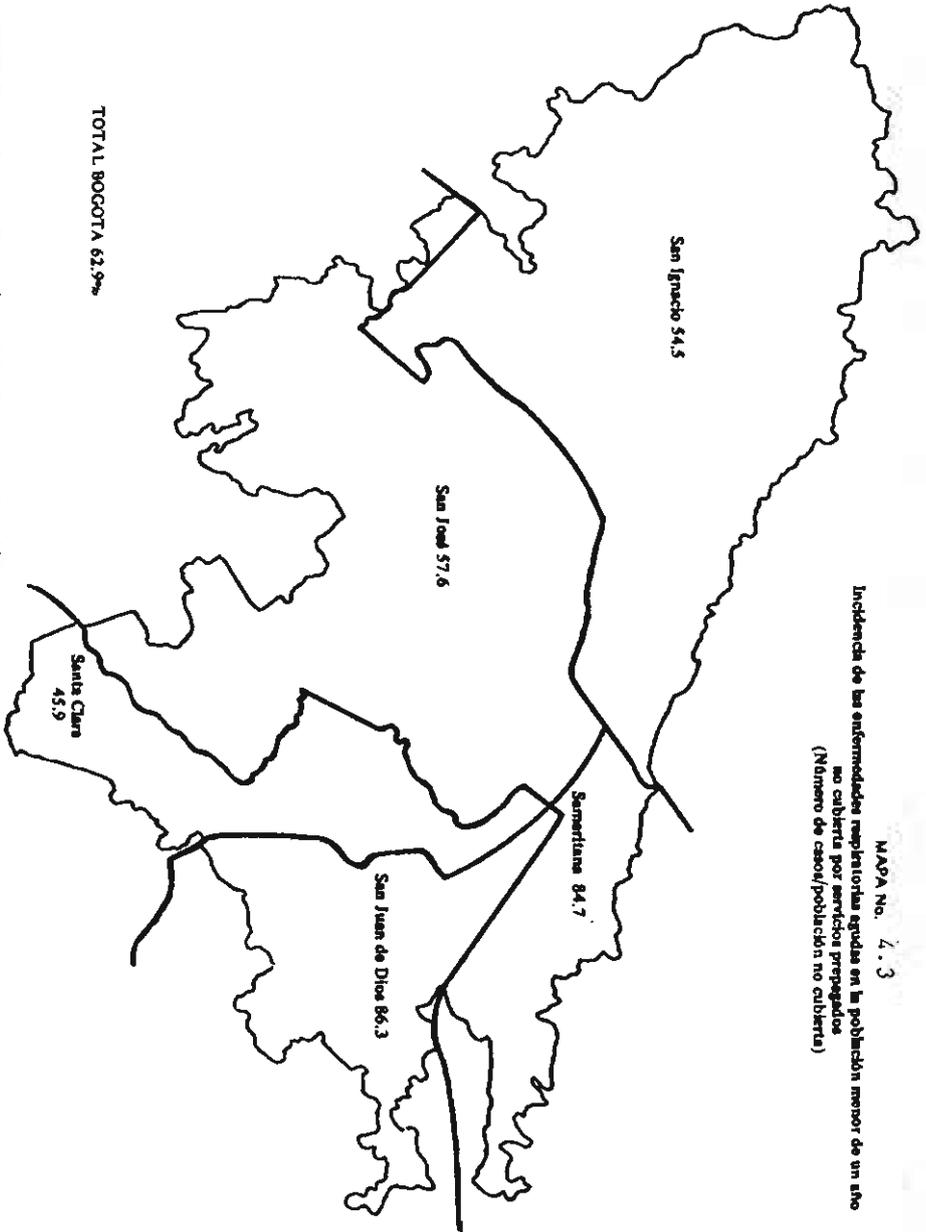
Para dar una idea de la magnitud del problema de las enfermedades respiratorias, basta decir, que el 80% de los niños menores de un año que no están cubiertos por sistemas de salud prepagada, consultan en nuestra área de estudio por infección respiratoria aguda, patología distribuida diferencialmente en la ciudad según la calidad de vida de la población de cada zona, como se observa, en el Mapa 4.3.

La segunda causa de morbilidad y la sexta de mortalidad infantil

CUADRO No. 4.12
 PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA
 EN EL TOTAL ETAREU PERTENECIENTE A LA POBLACION DEL AREA DE ESTUDIO
 CENTRO MEDICO SAN CAMILLO 2o. SEMESTRE 1987

Número	Código	Causa	Número	Porcenta
001	006	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	1300	21.56
002	127	Otras enfermedades de los órganos genitales	505	8.37
003	103	Infecciones respiratorias agudas	461	7.64
004	136	Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	394	5.54
005	104	Enfermedad crónica de las amígdalas y vegetaciones adenoides	313	5.19
006	122	Otras enfermedades del aparato urinario	229	3.79
007	094	Enfermedad hipertensiva	229	3.79
008	113	Gastritis y duodenitis	168	2.78
009	108	Bronquitis, enfisema y asma	146	2.42
010	078	Trastornos neuróticos	131	2.17
000	000	Otras causas	2212	36.69
TOTAL			6028	100.00

Fuente : Registros clínicos (estadísticas vitales), centro Médico San Camillo 1987.



MAPA No. 4.3
 Incidencia de las enfermedades respiratorias agudas en la población menor de un año
 no cubierta por servicios prepagados
 (Número de casos/población no cubierta)

FUENTE: Cálculos realizados por la Oficina de Comando de Salud basada en los datos del E.S.S.

son las enteritis y otras enfermedades diarreicas (tabla 4.14 y 4.15), en las zonas de menores ingresos como la de nuestra área de estudio, el 41% de los niños menores de un año que no están cubiertos por programas de salud prepagada consultaron por esta causa (mapa 4.4). Como es sabido, la prevención de las enfermedades diarreicas se logra mejorando las condiciones sanitarias, lo cual puede esperarse solamente con la ampliación de las redes de acueducto y alcantarillado.

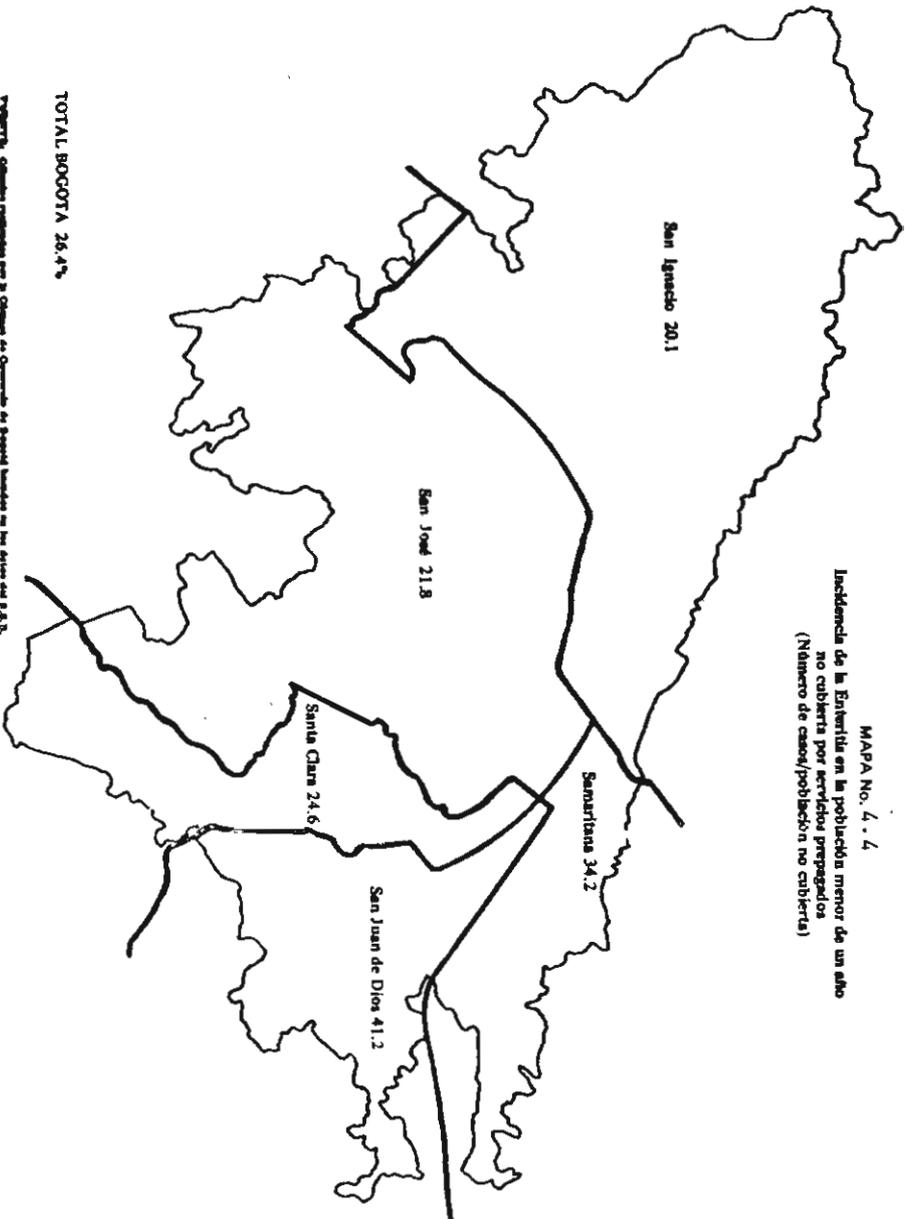
Las afecciones anoxicas e hipoxicas del feto o recién nacido y las otras formas de morbilidad y mortalidad perinatales, comprometidas con el 19.2% de las muertes infantiles (tabla 4.14), están relacionadas con una deficiente atención del embarazo y el parto, con la gestación en edades extremas y con embarazos a cortos intervalos de tiempo, vinculados a un proceso acelerado de desgaste de la fuerza de trabajo, aspectos que son comunes en esta zona.

Las demás causas de morbilidad (tabla 4.15), muestran las condiciones en que sobreviven los niños menores de un año, cuyas madres se ven obligadas a abandonarlos en edades muy tempranas y que generalmente quedan al cuidado de sus hermanos, también de corta edad, o de personas ajenas a ellos.

4.6.3. Morbimortalidad en las diferentes zonas

El tipo de prescripciones no difiere en mucho del anterior, es

MAPA No. 4.4
Incidencia de la Eritentia en la poblacion menor de un año
no cubierta por servicios prepagados
(Número de casos/poblacion no cubierta)



TOTAL BOGOTÁ 26.4%

INFORME: Estudios realizados por la Oficina de Operación de Salud Unificada en los distritos S.A.T.U.

preocupante el hecho de que las muertes por violencia se estén registrando desde una edad tan temprana como ésta, ocupando las lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencional un séptimo lugar entre las diez primeras causas de muerte (Tabla 4.16), lo cual nos puede dar un idea del maltrato a que son sometidos los niños generalmente por sus padres o por personas ajenas, ya sean en estado de embriaguez o por el estrés a que son sometidos ante su situación económica.

Para este grupo de edad, la morbilidad por deficiencias nutricionales ya se hace presente entre las diez primeras causas (Tabla 4.17), lo mismo que las enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén, en este sentido es importante anotar que para nuestra área de estudio existen dos odontólogos del subsector oficial, con un total de 2000 horas contratadas, lo que significa 5 000 habitantes por consultorio (16) y muestra la baja cobertura al respecto.

En el grupo de escolares si bien la mortalidad es baja, el 75% de las causas son por violencia (Tabla 4.18), esta es fácilmente comprobable, al visitar las escuelas y dialogar con maestros y alumnos quienes dan testimonio de esta situación. La morbilidad para este grupo sigue siendo similar a la de los dos anteriores; sumándose como causas importantes de consulta, el trauma superficial, los no específicos, contusiones o magulladuras sin alteración y las enfermedades del aparato genitourinario (Tabla

4.19).

Para el grupo de 15 a 44 años la violencia es responsable del 60% de las muertes, afectando principalmente a los hombres. Las enfermedades crónico - degenerativas del tipo, de tumores malignos, enfermedad cerebro - vascular y afecciones del corazón son ya causales importantes de muerte; y, la desnutrición y enfermedades infecciosas como la meningitis todavía ocupan lugares "privilegiados" (tabla 4.20).

La morbilidad para este grupo de edad, además de reflejar las condiciones de vida, refleja también las condiciones de trabajo ya que es el grupo que con mayor intensidad es sometido a trabajo excesivo con consumo deficiente acompañado por el stress, así vemos aparecer la enfermedad hipertensiva, la gastritis y los trastornos neuróticos como productos del stress; las enfermedades osteomusculares, producidas por posiciones inadecuadas al realizar las actividades del trabajo, y los traumas que generalmente son por accidentes de trabajo pero que no se registran como tales (tabla 4.21).

La mortalidad en el siguiente grupo, de 45 a 59 años, también perteneciente, como el anterior, a la llamada edad productiva, está representada en un 78% por las enfermedades crónico - degenerativas y la violencia aun esta presente con un 8% de las muertes (tabla 4.22). De la morbilidad siguen siendo responsables

Principales las condiciones de trabajo, sumando otras patologías como las várices de los miembros inferiores que afectan principalmente a las mujeres (Tabla 4.23).

Finalmente, en el grupo de 60 y más años, son responsables de la morbimortalidad las enfermedades crónico - degenerativas (tablas 4.24 y 4.25).

4.9. Los servicios de Salud .

4.9.1. Subsector oficial

Como ya se dijo en la parte correspondiente a equipamiento comunitario, nuestra Área de estudio pertenece a la regional No. 2 de la Secretaría de Salud del Distrito Especial de Bogotá, "La Samaritana". La cual cubre 124 barrios del centro y sur - oriente de la ciudad de Bogotá a través del hospital Universitario "La Samaritana" (270 camas), un hospital regional La Victoria (177 camas) y un Hospital Local San Blas (135 camas), seis centros de salud y un puesto de salud:

- Centro de salud No. 2 Las Cruces : 12 barrios
- Centro de salud No.3 Los Lachos : 5 barrios
- Centro de salud No. 10 San Blas : 29 barrios
- Centro de salud No. 28 Bello Horizonte: 16 barrios
- Centro de salud No. 45 Politécnica el Guano: 4 barrios
- Centro de salud No. 46 Altamina: 34 barrios (entre los que se encuentran los 10 barrios que hemos venido estudiando).

- Centro de salud No. 67 Lourdes : 6 barrios
- Puesto de salud La Victoria : 14 barrios

Se considera que la Regional 2 cuenta con vías de comunicación aceptables para llegar a cualquier unidad de salud. Sin embargo, áreas periféricas del Centro de Salud No. 46 Altamira y el 59, no cuentan con medio de transporte adecuado, por lo cual su desplazamiento se realiza a pie.

Esta regional tiene una población total de 573 620 habitantes y una población asignada de 403 877, de los cuales al centro de salud No. 46 Altamira le corresponden 84.593 en total y 70 465 asignada; de la población asignada al centro se atendió en 1987, 14 570 lo que significa una cobertura de 20.67%. (17)

Según el tiempo de desplazamiento de la vivienda a los puestos o centros de salud hay 59 231 habitantes que viven a menos de una hora y 25 378 gastan entre una y dos horas. (18)

En el inventario de recurso humano para el Centro de salud 46 Altamira en 1987 (19), aparecen asignados 27 cargos para las tres áreas, de atención a las personas, al ambiente e infraestructura; de estos cargos, solamente 20 están ocupados, lo que significa un déficit de: 35.65%; déficit que analizado cualitativamente, afecta en primer lugar, el área de atención a las personas ante la falta de dos auxiliares de enfermería y dos promotores de

salud, en segundo lugar, el área de atención al ambiente, que solamente cuenta con la tercera parte del recurso humano asignado y en tercer lugar la infraestructura, para la cual no se cuenta con un director de la institución.

Ahora bien, al hacer una revisión por programas encontramos la siguiente situación:

- Programa Materno - Infantil (20). En 1987, se atendieron 1322 gestantes, de las cuales el 12% se clasificaron como de alto riesgo obstétrico, el 11% de mediano riesgo y las restantes de bajo riesgo. Datos estos que no nos permiten pensar en la calidad de la atención. De las usuarias de planificación familiar, el 66.1% prefieren el DIU, seguido de la esterilización, método que se practicó para ese mismo año en 85 mujeres.

Finalmente, el escaso número de citologías tomadas, 465, teniendo en cuenta que el número de usuarias de planificación familiar pertenecientes a la población asignada es de 6701 (21) y sin contar con el resto de la población femenina, nos permite afirmar, que la atención que se da a la mujer es de muy baja calidad, y que la detección precoz del cáncer cervicouterino es prácticamente inexistente.

- Situación Nutricional (22). De 7390 niños menores de cinco años controlados, 2281, esto es el 24.3% se encontraron desnutridos y 193, 34% a riesgo de desnutrición, lo cual conviene decir que el

58% de los niños menores de cinco años no cuentan con una nutrición adecuada; ante esta situación, se sugirió mayor atención a los programas de nutrición del área, pero hasta ahora no se ha tomado ninguna medida.

Acercas de la nutrición en las gestantes no hay datos, lo cual confirma lo que hemos venido diciendo acerca de la mala calidad de la atención. Finalmente, en la tercera edad podemos hablar de mala nutrición, dada en algunos casos por exceso de peso y otros por déficit.

- Salud oral (23). Lo que más llama la atención es en realidad la baja cobertura, un consultorio odontológico para 70 400 habitantes.

- Participación de la Comunidad (24). Este formulario no nos dice mucho, pues no hace un análisis de los mecanismos de participación de la comunidad, ni de las acciones que hasta el momento se han realizado.

4.9.2. Subsector privado

En el Centro Médico San Camilo. No fue posible hacer un diagnóstico programático del Centro Médico San Camilo en el segundo semestre de 1987, pues los programas del Sistema Nacional de Salud, apenas se iniciaban, por tanto, presentamos aquí solamente algunos datos cuantitativos:

Para este semestre se realizaron un total de 6 805 consultas médicas, de las cuales el 45% correspondieron al grupo de 15 a 44 años, lo mismo que para los menores de 15 años y los mayores de 45 años solamente participaron con el 10% de las consultas (Cuadro No. 4.13); así mismo, de las 3 081 consultas en el grupo de 15 a 44 años, solo 381 fueron para hombres y entre las 2 066 consultas para las mujeres, 634 fueron controles prenatales, esto es, 20.5% del total de consultas para dicha edad (Cuadro No.4.14). Es importante señalar, que el 21.6% de los controles prenatales son mujeres en edades extremas, esto es, menores de 18 años, 66, y mayores de 35 años,71. (Cuadro No. 4.15).

CUADRO No. 4.13

CONSULTA MEDICA GENERAL POR GRUPOS DE EDAD Y POR MES Y SU PARTICIPACION
PORCENTUAL EN EL SEGUNDO SEMESTRE DE 1987. CENTRO MEDICO SAN CAMILLO

Grupos de edad	No Consultas mes						Total	Porcentaje
	Julio	Agos	Sept	Octu	Novi	Dicla		
Menores 1 año	111	88	168	148	217	123	855	12
1 - 4 años	154	118	167	165	203	117	924	14
5 - 14 años	207	116	135	136	462	254	1310	19
15 - 44 años	480	439	597	563	600	402	3081	45
45 - 59 años	74	66	84	78	59	55	416	6
60 y más años	41	39	60	64	41	34	279	4
TOTAL	1067	866	1211	1154	1582	985	6865	100

Fuente : Registros clínicos (Estadísticas vitales) . Centro Médico San Camillo 1987.

CUADRO No. 4.14

CONSULTA MEDICA GENERAL POR SEXO EN EL GRUPO DE 15-44 AÑOS Y CONTROLES
 PRENATALES. MEDICU SAN CAMILO. SEGUNDO SEMESTRE 1987

Mes	Consulta general Hombres	Consulta general Mujeres	Control Prenatal	Total
Julio	53	320	107	480
Agosto	48	295	96	439
Septiembre	68	399	130	597
Octubre	57	401	105	563
Noviembre	68	413	119	600
Diciembre	87	238	77	402
TOTAL	381	2066	634	3081

Fuente : Registros clínicos (Estadísticas Vitales). Centro Médico San Camillo 1987.

CUADRO No. 4.15

CONTROLES PRENATALES POR GRUPOS DE EDAD. CENTRO MEDICO SAN CAMILLO
SEGUNDO SEMESTRE 1987

Mes	Menores 18 años	18 - 34 Años	Mayores 35 años	Total
Julio	13	82	12	107
Agosto	1	83	12	96
Septiembre	17	99	15	130
Octubre	11	84	10	105
Noviembre	16	90	13	119
Diciembre	8	60	9	77
TOTAL	66	497	71	634

Fuente : Registros clínicos (Estadísticas vitales). Centro Médico San Camillo 1987.

NOTAS

- (1) Forman parte de las definiciones y conceptos básicos de la cartografía de Bogotá ("Circuito", "Comuna", "Sector", "Sección", "Manzana", y "Área no manzanada"). La "Comuna" es el conjunto de barrios contiguos agrupados según determinadas características para fines de planificación urbanística. Bogotá, D.E., se encuentra dividida en 38 comunas con áreas y población variables. Las comunas a su vez están formadas por grupos de sectores y barrios. Las comunas se identifican con la combinación del primer dígito que corresponde al circuito y el segundo número que corresponde al ómnibus que ocupa la comuna dentro del mismo circuito.

El "SECTOR" o "BARRIO" es un área geográfica más pequeña que la comuna, con características físicas y socioeconómicas muy particulares. Los sectores están compuestos por un grupo de secciones. Un sector se identifica en el plano con cuatro dígitos, siendo el primer dígito el circuito, el segundo la comuna, y los dos últimos ubican el sector o barrio dentro de los anteriores (División Administrativa de Planeación Distrital).

- (2) Fábricas de ladrillos
- (3) ALCALDIA MAYOR DE BOGOTÁ. CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ. Bogotá para todos, 1987 - 1990, p. 233.
- (4) BANCO MUNDIAL. LA CIUDAD. 1977.
- (5) El índice de Calidad de vida se define como: "El indicador que expresa el grado de distribución de la riqueza social, generada y de las condiciones materiales en que se reproduce la fuerza de trabajo".

El contenido del I.C.V. resume pues, variables fundamentales que reflejan las condiciones en que se realiza el proceso de producción, reproducción, consumo y disfrute de la riqueza social. El marco conceptual en la formulación del I.C.V. está conformado por variables tales como el ingreso, la posición ocupacional, el empleo, el alfabetismo, el nivel de nacimiento de los hogares, la dotación de servicios públicos y la salud.

La importancia del I.C.V. radica en la cuantificación de los conceptos señalados anteriormente, la cual da a conocer en valores estandarizados los cambios socioeconómicos ejercidos sobre cada sector. (I.A.F.D. - CISE, La calidad

de vida en los barrios de Bogotá 1973 y 1981. p. 18 - 19).

- (6) "El concepto de estratificación actual dado a los barrios de la ciudad, ha tenido como base un conjunto de variables que proporcionan características físicas de la vivienda, las cuales permiten hacer diferenciación de la calidad del espacio construido entre los diferentes sectores de la ciudad...La asignación del estrato se cimbó básicamente a la aplicación de conceptos que permitieron señalar rasgos característicos predominantes de la vivienda en cada sector, tales como: conexión con servicios públicos, localización en el contexto urbano, dotación de áreas verdes, condición de las vías públicas y el tipo de material de la edificación. A pesar de que esta estratificación expresó el producto de trabajo invertido por la sociedad en la producción del espacio en forma diferencial, constituye tan solo un elemento de varios que reflejan la calidad de vida de sus habitantes. (DAFD - CISE. La calidad de vida en los barrios de Bogotá. 1973 y 1981 p. 18).
- (7) ALCALDÍA MAYOR DE BOGOTÁ, CÁMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ, op. cit. p. 353.
- (8) Ibid.
- (9) Ibid., p. 354
- (10) Juego con rasgos precolombinos, típicamente boyacense, es practicado principalmente por hombres y necesita mechas de pólvora de fabricación y mantenimiento delirioso.
- (11) Cualquiera de los barrios de nuestra área de estudio, tipifica el barrio loteado y vendido por un "urbanizador pirata". El sistema opera así: el dueño de la tierra lotea y adjudica lotes mediante "promesa de compraventa" hecha en papel sellado. vende por varas, recibe de contado 30% del valor; el saldo a tres años de plazo. Si se atrasa tres meses, paga multa igual al valor de la cuota inicial, si persiste en el atraso, se le entabla juicio a costa del comprador. El vendedor por su parte, se obliga a pedir a quien corresponda los servicios de agua para plias y la red de luz, "Una vez se haile aprobada la urbanización", ambos, "vendedor y comprador se someten irrestrictamente a las normas y modificaciones que pudieran resultar de financiación Distrital o de la Superintendencia Bancaria.
- (12) Oferta de lotes a bajos precios con todos los servicios.
- (13) BANCO MUNDIAL op.cit.
- (14) Horas de mayor congestión de transporte
- (15) JIMENEZ, Carlos "Colombia Quilata", en : Cuadernos Políticos No.22, Mexico D.F. Editorial EHA, Oct. - Dic. 1977, p. 41

- (16) Sección Información y Sistemas. Secretaría de Salud de Bogotá, Regional No. 2
- (17) Fuente: Cobertura Intrasectorial por Consulta médica. Servicio Seccional de Salud de Bogotá, Unidad local No. 46 Altamira. SIS 14 - 031 año 1987.
- (18) Fuente: Ibid., SIS 14 - 013 1987
- (19) Fuente: Ibid., SIS 15 - 0918 1987
- (20) Fuente: Ibid., SIS 11 - 041 1987
- (21) FLEHNE: Sección de Información y Sistemas. Secretaría de Salud de Bogotá, Regional No. 2 Datos de población Unidad Local No. 46 1987
- (22) Fuente: Cobertura Intrasectorial por Consulta Médica. Ibid., SIS 11 - 091 1987
- (23) Fuente: Ibid., SIS 11 - 051 1987
- (24) Fuente: Ibid., SIS 14 - 021 1987

V. REFLEXIONES SOBRE EL CASO OBSERVADO Y ELEMENTOS PARA UNA PROPUESTA QUE VIABILICE EL PROCESO DE I.D.A.

El diseño de estrategias que permitan dar viabilidad al proceso de Integración Docente - Asistencial entre la Facultad de Enfermería y el Centro Médico San Camilo en el espacio de atención Primaria descrito, requiere de la reflexión sobre la estructura de poder de las instancias organizativas comprometidas en el proceso. De hecho, la consideración de la comunidad como ESPACIO SOCIAL en el cual se incorpora el concepto de la satisfacción de sus necesidades y el FODEK INTERNO de ese grupo para tomar sus propias decisiones, esto es, de considerarla también como instancia organizativa que participa en el proceso, es la que crea la probabilidad de democratización de la comunidad y la posibilidad de que se organice en torno a sus problemas y demandas de salud.

Las reflexiones estarán guiadas entonces, en primer lugar por los aspectos institucionales descritos en el capítulo anterior: legal, administrativo y técnico, y su relación con la posibilidad de integración orgánica a la comunidad teniendo como directriz el proceso de IDA.

En segundo lugar la reflexión crítica sobre una primera

caracterización del Espacio de Atención Primaria orientará el diseño de estrategias para la transformación de la práctica educativa y asistencial como una respuesta a las necesidades sociales detectadas.

5.1. Reflexiones sobre la Estructura de Poder

5.1.1 El Poder Político

Esta reflexión esta basada en el análisis de los aspectos legales del proceso de integración Docente - Asistencial entre la Facultad de Enfermería y el Centro Médico San Camilo y nos permite discernir acerca de la viabilidad de un proyecto de integración Docente - Asistencial considerado como un proceso político que comprende un conjunto de acciones y relaciones específicas vinculadas a la generación, toma y control de decisiones entre los componentes y estructuras a través de las cuales se realiza el proceso.

Es decir, el poder político se encuentra directamente vinculado con el problema de la participación de la población en la generación, toma y control de decisiones sobre sus problemas de salud - enfermedad, y se convierte por lo tanto en un aspecto central del proceso de integración Docente - Asistencial.

tenemos entonces que, la estructura formal actual de la institución de educación y de salud muestra verticalidad y

centralización de las líneas de autoridad, dificultando el desarrollo del proceso de integración docencia - servicio - comunidad:

En la Facultad, el máximo organismo de Dirección es el Consejo Directivo (Diagrama 3.1); por lo tanto, la orientación y el diseño de políticas y programas, depende de los objetivos y metas que éste se trace. Desde el Rector de la Fundación y la Decana de la Facultad hacia abajo, todos sus segmentos le deben lealtad última al Consejo. La Facultad está representada minoritariamente ante el Consejo por una sola persona (contra cuatro), con voz y voto y por la Decana, esta última sin derecho al voto.

A través de tal estructura, los sectores de base, docentes y estudiantes no pueden plantear demandas que estén en contradicción con las instituciones provenientes del Consejo Directivo. Los principales representantes de estos sectores son los jefes de Departamento en el caso de los docentes, y el Consejo Estudiantil en el caso de los estudiantes, quienes juegan un papel de intermediarios entre sus representados y el Consejo Académico, haciendo difícil la posibilidad de trazar una línea a fin de precisar que intereses están representando, y mostrando la imposibilidad de llegar al máximo organismo de Dirección.

El derecho de nominación de los miembros del Consejo Académico y de los diferentes Comités Asesores, privilegia al Consejo Directivo, al Rector y a la Decana de la Facultad, los cuales

mediante la distribución de posiciones logran coordinar eficazmente las actividades de los miembros y de los no miembros.

Este sistema político ha sido efectivo para controlar la formación de líderes docentes o estudiantiles al interior de la facultad y va a limitar a su vez la democratización que se pretenda impulsar a través de un proceso de Integración Docente - Asistencial, donde la participación de la comunidad sea uno de los principales objetivos.

Un fenómeno similar sucede con la estructura actual de la institución de salud, aunque a ésta hay que sumarle la esencia de su existencia que es el sentido religioso, a través del cual se concibe la participación comunitaria, dándole una proyección paternalista que puede limitar la organización comunitaria.

Por lo anterior creemos que la articulación de las demandas que plantee la comunidad deben canalizarse a través de sus propias organizaciones, surgidas de necesidades sentidas, sin pretender inicialmente constituir otras, sino fortaleciendo las ya existentes y motivándolas hacia la importancia de su participación para el mejoramiento de sus condiciones de salud. Esto evitara a su vez que se aisle el problema de salud de su contexto social, limitándose la discusión al interior del sector salud con la participación condicionada de algún grupo de

población.

Las organizaciones ya conformadas serán capaces de viabilizar un programa tal como ya ocurre en nuestro espacio de Atención Primaria, por ejemplo, con los grupos de madres de los Hogares Infantiles Comunitarios y los Comités pro-agua.

Una vez incorporada la población a través de alguna o algunas de sus agrupaciones a una discusión sustantiva sobre políticas de salud, es prácticamente imposible limitar esa discusión al ámbito estrecho del sector salud, cualquiera sea la definición que se adopte del problema. Lo que la población discutirá como problemas de salud sin darle ese nombre, serán las condiciones materiales de vida y de trabajo, expresándolas a través de sus apariencias más visibles: precio de los alimentos, de la vivienda, salarios, etc. En la medida en que se adquiere más claridad sobre los problemas la discusión se llevará a los procesos de producción, reproducción y consumo y al poder de decisión sobre las condiciones en las que estos se realizan.

El diálogo sobre la salud se transformará así en un diálogo sobre la sociedad. Las propuestas que surjan de ese diálogo ya no serán propuestas sectoriales, aunque se refieran al sector salud, sino propuestas totalizantes y orgánicas a una clase social. El estudiante al hacerse partícipe de este proceso irá también transformando la concepción del proceso salud -

enfermedad, de la participación comunitaria y de su misma práctica, inscribiéndose en el proceso de formación de un intelectual orgánico.

5.1.2 El poder administrativo

Estas reflexiones se sintetizan en las diversas formas de financiamiento de las dos instituciones. En este aspecto, tanto el organismo de educación como el de salud, pertenecen al subsector privado y funcionan como instituciones sociales sin ánimo de lucro. El primero se autofinancia con las inscripciones y matrículas de los estudiantes. El segundo se financia con la venta de servicios, una partida de la Comunidad Camiliana y una mínima parte asignada por la Secretaría de Salud a través del nombramiento de un médico de tiempo completo. Así mismo el instituto Colombiano de Bienestar Familiar - ICBF - aporta los insumos básicos para el Programa de Recuperación Nutricional, con un cupo para treinta familias.

El Centro Médico San Camilo, aun no ha logrado autofinanciarse y por falta de presupuesto no ha completado su planta de personal, específicamente de personal de enfermería, reemplazándolo por personal voluntario y en ocasiones empírico, lo que va en detrimento de la calidad de la atención.

Por su parte, la Facultad de Enfermería ha tratado de suplir esta

necesidad con tres estudiantes de último año de enfermería, que rotan cada tres meses por el Centro Médico con asesoría de una instructora, hecho que crea una contradicción del significado del proceso de integración docente - asistencial, ya que este no plantea en ningún momento el reemplazo del personal asistencial por estudiantes, sino el trabajo y responsabilidad compartidas.

En la Facultad no existe un fondo presupuestal para la integración docente - asistencial en el nivel primario de atención y para la institución de salud la integración docente asistencial hasta el momento ha servido de estrategia para no completar su planta de personal en cuanto a profesionales de enfermería se refiere.

Dada la presente situación de financiamiento, ninguno de los grupos de base que participan en el proceso de IDA (docentes, estudiantes, equipo de salud y comunidad) ejerce algún mecanismo de control, por lo que la propuesta estratégica estará referida principalmente a la prestación del servicio, a la legalidad de la cobertura y a la regulación de las comunicaciones entre las dos instituciones y entre estas y la comunidad mediante la suscripción legal de un convenio en el que se aclaren dichos aspectos.

5.1.3 El poder técnico

Este tipo de poder está relacionado con las características de la

información que se maneja en la relación equipo de salud - paciente - comunidad; información sobre la distribución de la enfermedad en la población; información administrativa; y concepción ideológica en la que se inscriben las anteriores.

Para este caso, la ideología implícita o no, en la que se ha venido desarrollando el proceso de Integración Docente - Asistencial está dado por la concepción biologicista del proceso salud - enfermedad y por una práctica médica dominante de carácter individual y curativo. Esta concepción inscrita dentro de una ideología positivista, determina la orientación del plan de estudios de la Facultad y, por lo mismo, el perfil de su egresado.

El plan de estudios de la Facultad es lineal, esto es, presenta las diversas asignaturas paralelamente y sin ningún nexo. Cada docente dicta aisladamente su materia y el estudiante recibe en forma yuxtapuesta las diversas asignaturas. Está limitada la interdisciplinariedad o articulación e interacción de las diferentes ciencias o disciplinas; al abordar el currículo se limita la inducción de procesos de síntesis y de integración de los problemas de salud - enfermedad que aborda el estudiante, pues los descontextualiza de su base histórico - social.

En este contexto el estudiante no es guiado a conocerse a sí mismo y reconocerse en las contradicciones de la situación

histórica concreta, para transformar y elaborar consciente y científicamente una nueva visión del mundo. A través de un conocimiento fragmentado de la realidad el estudiante polariza teoría y práctica, pensamiento y acción y no participa de la transformación de su propia práctica.

El docente al actuar aisladamente no podrá en la vida práctica ser constructor organizador y persuasor para llevar al alumno a una continua autocrítica que sobrepase la intuición, el sentido común, el folkllore y lo supere, enriqueciendolo.

Así la información que manejan tanto el alumno como el docente en el espacio de atención primaria sigue siendo predominantemente clínica: la información de salud está dada por los datos de morbilidad sin tener en cuenta su distribución diferencial por clases sociales y la toma de decisiones se hace de acuerdo a los diversos indicadores de producción, costo, productividad y normas del SNS sin que la comunidad tenga acceso a ellas.

Ahora bien, al predominar las características de un modelo de práctica médica individualizada y curativa las principales acciones del proceso de integración Docente - Asistencial que se han realizado hasta el momento entre la Facultad de Enfermería y otras instituciones asistenciales, se han llevado a cabo en el tercer nivel de atención a través del Hospital sede de la facultad, el Hospital San José, donde se hace una planificación

conjunta de las actividades educativas de las dos facultades que allí funcionan (Medicina y Enfermería) y donde los dos niveles de decisión están cubiertos por los docentes - asistenciales.

De acuerdo con las reflexiones que acabamos de hacer sobre el poder técnico, creemos que el diseño de estrategias debe estar en relación con la integración de las funciones universitarias y el papel que cada una de ellas cumple en particular.

5.1.1.1 Estrategias en relación con la integración de las funciones universitarias. Estas constituyen las pautas generales para dirigir las funciones universitarias sin distinción de tareas específicas, a fin de darles organicidad y evitar la dispersión de esfuerzos. Así sugerimos a la Facultad:

- Orientar la práctica de la enfermería a problemas socialmente relevantes
- Fomentar el análisis, la reflexión e investigación permanente de su proyecto académico
- Fomentar la relación interdepartamental a través de programas específicos para el desarrollo de las actividades universitarias
- Evaluar permanentemente el desarrollo de cada uno de los modelos adoptados en la implementación de cada una de las funciones universitarias
- Establecer programas permanentes de formación del personal académico, tanto para la docencia como para la investigación, el servicio y la extensión y difusión de la cultura.
- Adecuar los procedimientos administrativos y proporcionar los

recursos materiales necesarios a la operación de sus programas.

5.1.3.2 Estrategias relacionadas con la función de investigación, las cuales deben responder a los problemas detectados en el diagnóstico del área de trabajo, para dar impulso a esta actividad de manera que se integre con el servicio y la comunidad. En este sentido creemos necesario la definición de una línea central, la integración del equipo de salud, la búsqueda de la interdisciplinariedad, el seguimiento de la investigación, estímulo, tiempo, financiamiento e infraestructura para esta actividad.

5.1.3.3 Estrategias relacionadas con la función docente, deben responder a la situación docente - asistencial para elevar la calidad de la docencia en el pregrado de enfermería, definiendo a su vez un espacio para la investigación, el servicio y la extensión y difusión cultural.

Creemos en ese sentido, que la Facultad de Enfermería debe retomar las propuestas de los miembros de la comunidad universitaria expresadas en diversos documentos como, los de autoevaluación curricular, el estudio sobre la conceptualización de la salud, los documentos de los Comités asesores, etc., para orientar y reorientar permanentemente la organización y reorganización de las instancias académico - administrativas, de tal manera que lleguen a ser organismos facilitadores de las actividades académicas.

Igualmente, los grupos de base de la comunidad universitaria: docentes y estudiantes deberán impulsar un proceso de democratización al interior de la Facultad, sin el cual no será posible una verdadera representación de sus intereses y actuarán como objetos más que como sujetos transformadores de su propia práctica, limitando su papel de liderazgo en un proceso de Integración Docente - Asistencial.

La docencia mejorará en la medida en que se logre un consistente desarrollo de la investigación como generadora de conocimientos, del servicio en sus diversas modalidades y de los programas impulsados desde cada uno de los departamentos y de su difusión, los cuales deberán responder a necesidades concretas como las detectadas en nuestro espacio de Atención Primaria, ya que los grupos de profesores insertos en ellos contarán con una formación más amplia y sólida para el desarrollo de sus actividades docentes. De lo contrario, el quehacer académico continuará en un proceso de deterioro y será superado por una producción más amplia de conocimientos desde otras profesiones asociadas también a la práctica médica.

Es importante recordar que la producción intelectual de enfermería especialmente en relación con la Atención Primaria de Salud es escasa y hasta ahora el profesional de Enfermería no ha logrado apropiarse del papel que le fue asignado en la misma. Y si bien nuestra Facultad todavía pretende continuar con un énfasis en el área clínica, cabe aquí el cuestionamiento acerca

de su respuesta a las necesidades del país o más aun acerca del cumplimiento de su función social.

Hay una serie de acciones que creemos pertinente impulsar en la Facultad en relación con la función docente y están relacionadas con:

- Establecimiento de procedimientos de evaluación sobre la vigencia y pertinencia de los programas académicos.
- Establecimiento en forma continua de cursos de capacitación del personal académico, tanto en el área científico - técnico como en el área pedagógica - didáctica.
- Estimulación al trabajo en equipo del personal académico responsable de la actividad docente.
- Planificación del Sistema de apoyo a la docencia en función de las actividades académicas.
- Adecuación y desarrollo de los espacios físicos e infraestructurales para la operación de las actividades docentes.
- Énfasis en la investigación creadora y recreadora de conocimientos y multidisciplinaria.

Todo lo anterior deberá ir paralelo a una reformulación de la concepción del proceso salud - enfermedad, la práctica médica y el proceso enseñanza - aprendizaje, abriendo paso a la investigación científica, el servicio y la extensión y difusión cultural.

5.1.3.4 Estrategias en relacion con la funcion de Servicio, estas se derivan de la actividad docente como parte del programa académico de la Facultad y por lo tanto deben: buscar modelos de servicio relacionados con la aplicación del conocimiento producido o reproducido en la Facultad; procurar la integración del servicio que se preste como resultado de la actividad docente al programa académico; y, promover la acción conjunta de los departamentos de la facultad a través de proyectos interdepartamentales que contribuyan en forma integral a resolver problemas de la realidad.

Siguendo los lineamientos señalados, el Comité de Coordinación Docente - Asistencial de la Facultad podrá cumplir un papel importante al participar con los jefes de Departamento en la elaboración de los programas de servicio; en la determinación de los espacios de trabajo para la realización de la práctica de los alumnos; en el acopio de recursos necesarios para el servicio; en la elaboración del presupuesto por programas departamentales en relación a los planes de servicio; y en relación a la comunicación y convenios con otras instituciones.

5.1.3.5 Estrategias en relacion con la funcion de Extensión y Difusión Cultural. en la Facultad no se tiene una concepción clara de lo que significa esta función en una institución de educación superior, por lo que se realizan actividades de extensión sin obedecer a programas definidos; en este contexto, consideramos necesario en primer lugar que la facultad inicie un

proceso de concientización en torno a esta función antes de proponer políticas con respecto a la misma.

Aunque algunas de las estrategias mencionadas están fuera del ámbito del proceso de Integración Docente - Asistencial no nos es posible omitirlas pues concebimos la Facultad como una totalidad en la que todas sus funciones están integradas y los procesos que desarrolla dependen de las características y unificación de las mismas.

5.2 Reflexiones sobre la caracterización del Espacio de Atención Primaria

Si revisamos el diagnóstico socioeconómico del área, esto es, del Espacio de Atención Primaria podemos definir a través de él la base cognoscitiva de nuestro proceso de Integración Docente - Asistencial integrada a su vez por una base epidemiológica, una base social y una base educativa así:

5.2.1 Base Epidemiológica

Conformada por la población a cubrir a través de los servicios de Atención Primaria del Centro Médico San Camilo. Población que se ubica geográficamente dentro de un área considerada por el Gobierno actual como de "Pobreza Absoluta", población joven conformada principalmente por migrantes del campo que en la ciudad no han podido vincularse formalmente al mercado de trabajo y que su vinculación a los procesos de producción, y consumo se

nace en malas condiciones generales, medidas aquí a través del índice de Calidad de Vida con sus respectivos indicadores los cuales muestran una marcada diferencia con respecto a los grupos de población ubicados en los estratos más altos y que para los tres periodos estudiados (1973 - 1981 , 1986) han permanecido en los niveles más bajos, habitando un espacio urbano infraestructuralmente pobre.

Las condiciones materiales de vida y de trabajo de esta población determinan un perfil salud - enfermedad característico, con una distribución diferencial de la enfermedad con respecto a otros sectores de la ciudad habitados por grupos de población que tienen índices más altos de la calidad de vida.

La respuesta que hasta el momento se ha dado ante el perfil salud - enfermedad descrito es pobre si consideramos la cobertura y las acciones de los servicios de salud (sector privado y oficial) como también las acciones intersectoriales.

5.2.2 Base social

Dada por la consideración de la comunidad no solamente como un espacio geográfico con una población determinada con los mismos ideales, hábitos y costumbres, sino además como un ESPACIO SOCIAL en el cual se incorporará el concepto de la satisfacción de sus necesidades y el poder interno de ese grupo para tomar decisiones en la solución de sus problemas. En este sentido, de hecho, se

detectaron varias organizaciones comunitarias que pueden contribuir en el desarrollo de los programas que se lleguen a plantear a través del proceso de Integración Docente Asistencial (grupos escolares, madres de los Hogares Infantiles Comunitarios y Comités pro - agua).

5.2.3. Base Educativa

Dada por las transformaciones necesarias de la Facultad de Enfermería que en este contexto tendría que adoptar un enfoque colectivo, asegurar la participación de todos sus departamentos, actuar en forma coordinada con el personal del Centro San Camilo, y permitir la participación de los alumnos en el servicio con responsabilidades compartidas. El medio educativo, en este caso, reemplaza la reproducción del objeto de estudio por la interpretación crítica de la realidad.

5.3 Elementos para una propuesta que viabilice el proceso de IDA

Teniendo en cuenta las reflexiones anteriores, estamos en posibilidad de retomar los elementos para el desarrollo del proceso de IDA, formulados por Brito (Perú 1987), el cual, responderá a los siguientes objetivos:

a. Objetivos relacionados con la Base Epidemiológica:

- mejorar la atención de salud de la población mediante la prestación adecuada de servicios, individual y colectivamente y en relación con las necesidades reales de la población.
- Desarrollar un proceso de toma de conciencia del recurso

humano en formación, impulsando las actitudes críticas y creativas tendientes a producir cambios en las prácticas de salud vigentes y en el situación de salud.

d. Objetivos relacionados con la Base Social:

- Promover la creación de condiciones adecuadas y de canales formales para que las necesidades de salud de la población se expresen en forma organizada y se transformen en demandas concretas ante las instancias competentes. Se plantea así un proceso de demanda de mejor atención de salud
- Impulsar la participación de la comunidad en forma activa y consciente de las causas que originan los problemas de salud.

c. Objetivos relacionados con la Base Educativa:

- Redefinir el papel y la relación del estudiante y del profesor, al pasar ambos a ser parte de un equipo de trabajo.
- Cuestionar crítica y permanentemente el ejercicio profesional mediante la evaluación continua del proceso pedagógico como totalidad, generando un proceso creador, profundo de redefinición constante.
- Impulsar y producir cambios cualitativos en la concepción y estructura organizativa de la Facultad y el Centro Médico San Camilo, con el fin de responder efectivamente a las demandas expresadas por las organizaciones de la población.
- Integrar intelectual y estructuralmente a todos los profesionales del equipo de salud de tal manera que vaya

desapareciendo la dicotomía teoría - práctica y las divisiones arbitrarias en niveles y una racionalización de la división del trabajo.

- Contribuir con la institución formadora de recursos en la definición de perfiles profesionales en función de las necesidades reales que afectan a la población que habita el Espacio de Atención Primaria.

- Producir conocimientos y abrir vías para su difusión y utilización no solamente por los grupos que conforman el equipo de salud sino por los propios grupos poblacionales.

La formulación de tales objetivos está relacionada con las estrategias ya señaladas en nuestras reflexiones iniciales y operativamente sugerimos acciones concretas de organización para continuar con el desarrollo del proceso, tales como:

1. Organización de los Servicios. Un proceso como el señalado implica en lo referente a la organización de los servicios dos elementos principales:

- Planificación y Programación conjuntas. En una perspectiva de descentralización efectiva se deben definir y establecer formalmente las acciones colectivas para la planificación y programación, cuyo elemento esencial es el reconocimiento de la realidad concreta donde se inserta el proceso.

DIRECCION Y RESPONSABILIDAD COMPARTIDAS. Esto implica: la toma de decisiones en el servicio; la evaluación de los servicios; la supervisión y evaluación del personal; y los niveles y acciones

de participación de la población en su conjunto en las actividades de su servicio.

2. Acciones del Servicio. El criterio más importante es la participación de los docentes asistenciales y los representantes de las organizaciones de la población en la definición y ejecución de : acciones preventivas, de promoción de la salud, curativas y de rehabilitación.

En el primer nivel cobran mayor trascendencia las acciones preventivas y de promoción de la salud, sin que esto quiera decir que las otras no revistan importancia. El enfoque integral de la formación y de la atención, así como la participación popular, juega sus cartas mayores en este momento de las actividades.

3. Organización de la Docencia. Es aquí donde se deben vencer las mayores resistencias subjetivas derivadas de la división entre estudio y trabajo, entre intelectuales y trabajadores. Se encuentran también dos elementos operativos básicos :

- PLANIFICACION Y PROGRAMACION CONJUNTAS. A partir del reconocimiento de la realidad objeto de estudio debe plantearse el desarrollo de los perfiles profesionales y educacionales correspondientes . La planificación de las acciones de docencia - servicio - investigación debe obedecer al criterio rector estudio - trabajo; es allí precisamente donde la comunidad que participa y aporta su experiencia, constituye una garantía de coherencia

con dicho criterio. La asignación de los estudiantes a los servicios debe obedecer a criterios objetivos (Recursos, necesidades, perfiles) y de valor (estudio - trabajo).

- DIRECCION Y RESPONSABILIDAD COMPARTIDAS. Si bien los criterios metodológicos normativos de supervisión y evaluación del personal docente provienen del lado académico (técnicos), se debe considerar como criterio de referencia y de certeza la opinión de la comunidad.

4. Actividades de Enseñanza - Aprendizaje. En contraposición a la práctica académica tradicional, la práctica de formación en un proceso de IDA implica:

- La participación activa del personal de servicio en la docencia en los niveles apropiados (de acuerdo con el servicio de que se trate). Esto significa analizar y tomar posición frente a los problemas de reconocimiento académico y de incorporación a la carrera docente de los profesionales y trabajadores destacados.

- La participación del personal de servicio en la supervisión y evaluación de la actividad docente. Esta es tal vez el área de mayor resistencia por parte de los docentes. Pero no cabe duda de la necesidad de que los trabajadores involucrados supervisen al alumno, en la evaluación del dominio del alumno de ciertos objetivos educacionales y en la evaluación de los programas docentes. Consideramos que el criterio esencial para ejercer esta función es la educación permanente y la capacitación en servicio

de los trabajadores. Esto se convertiría en una acción de reciprocidad obligatoria de las instituciones de capacitación.

5. Actividades de investigación. La ausencia de políticas de investigación definidas por los niveles estratégicos del sector salud impide una mayor definición en este campo. Se trata de un vacío que deben llenar los niveles respectivos. Mientras tanto es necesario establecer como práctica aceptada formalmente la elaboración conjunta de protocolos de investigación, la participación conjunta en el desarrollo de investigaciones, en la definición del tipo de investigación que reviste mayor importancia para enfrentar los problemas y por último en cuanto a la utilización semejante del resultado de la investigaciones, tanto en el desarrollo de los programas de servicios y académicos como en el desarrollo integral de la comunidad.

6. Acciones de Desarrollo Integral de la Comunidad. El proceso de integración docente - asistencial tiene como finalidad principal el desarrollo integral de la comunidad en lo que se refiere al mejoramiento de las condiciones generales de vida y de salud y al ejercicio democrático de la participación en las decisiones. En el cumplimiento de ese objetivo se define la misión de las instituciones de formación y de servicios. Es importante destacar la necesidad de superar la visión de la comunidad sólo como un objeto de estudio y como usuarios de los servicios para elevar el concepto al de sujeto histórico de su desarrollo.

En este sentido se sugieren dos estrategias:

- La Educación Popular: realizada para y con la población del Espacio de Atención Primaria, y,
- La Investigación Participativa, que busca la transformación de la realidad de quienes están involucrados en el proceso.

Hasta aquí hemos desarrollado una serie de aspectos relacionados con la formación del profesional de enfermería dirigida a su quehacer en la Atención Primaria, aspectos que esperamos estimulen la reflexión y el análisis de las prácticas existentes, no solamente en las instituciones estudiadas sino en todas aquellas preocupadas por la transformación de su práctica para cumplir con su función social.

BIBLIOGRAFIA

ACUNA, Hector R. Hacia el Año 2000: En busca de la salud para todos en las Americas OPS. Washington 1983.

ALCALDIA Mayor de Bogotá: Cámara de Comercio de Bogotá. Escote para todos 1987 - 1990. Plan de Desarrollo Social y Políticas y Medidas para Sectores Prioritarios del Distrito Especial de Bogotá. ANDI - FENALCO - FEDEMETHAL - ACOFI - SCA - SCA - FEDELONJAS - ASOBANCARIA - CUF - CIC - CCC - CAMARA DE COMERCIO DE BOGOTÁ. Bogotá, D.E., noviembre de 1987.

ANDRADE, Jorge. Integración Docente - Asistencial. Documento de Trabajo del III Taller de Educación en Ciencias de la Salud. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1970.

ARANGO, Yolanda, et. al. "Integración Docente - Asistencial: Una experiencia de educación continua para el personal de servicios. Colombia", en Educación Médica y Salud. Vol. 21, No 1(1987) p.p. 47 - 55.

ASCOFAME, ACOFO, ACOFAEN. Fundación W.K. Kellogg Programa de Desarrollo Educacional con enfoque en Atención Primaria. Fascículo 2: Clima Eficaz de la Docencia - Asistencia. Neisa Beatriz Rev de Altaiza. ASCOFAME. Bogotá 1985.

ASCOFAME. Proyecto para el Desarrollo de la Atención Primaria de Salud: la Docencia - Asistencia en el Nivel Primario. Neisa Beatriz Rev de Altaiza, et. al. Versión Condensada para uso en el proceso de Investigación Participativa. ASCOFAME. Bogotá 1985.

AYALA, Ulpiano. El empleo en las grandes ciudades colombianas. Bogotá, CEDE. 1981.

BARCO, Virgilio. Así estamos cumpliendo. Plan de economía social. Planes y programas de desarrollo económico y social. 1987 - 1990 Bogotá, D.A.F.D. 1987.

BARREIRO, Julio. Educación Popular y Proceso de Concientización. Mexico, Ed. S XXI. 1986.

BARREIRA, y Castro Ieda y Maria Cecilia Funtes de Almeida "La investigación en enfermería como instrumento de cambio en la práctica y en la formación de recursos humanos". En: Educ Med. Salud. Vol.19 No 3 1985.

BARRUS, S.M.F.F. Enfermería social, seu objeto de trabalho. Anales del XXXIII Congreso Brasileiro de Enfermería. Manaus.

Brasil. 2 al 7 de agosto de 1981. Brasilia Brasil.

BASAVE, Fernandez Agustin. "Las instituciones particulares de educacion superior en Mexico en el siglo XX", en Universidades, No 79, enero - marzo 1983. Mexico. Union de universidades de America Latina, 1983.

BOJALIL, Luis Felipe y Juan Cesar Garcia. Consideraciones sobre el marco teorico de una practica universitaria. Universidad Autonoma Metropolitana - Xochimilco. Mexico 1981.

BOJALIL, Luis Felipe. Comentario presentado ante el Coloquio sobre Docencia, Investigacion y Servicio en la Universidad Autonoma Metropolitana - Xochimilco. Mexico, julio 1984, en temas universitarios. No 7. UAM-X 1985.

BREILH, P., Jaime. Bases para un replanteamiento del metodo epidemiologico. Santo Domingo: SESPAS, 1982.

BRIND, Q. Pedro E. "Integracion Docente - Asistencial: Bases para una propuesta de desarrollo. Peru", en Educ. Med. Salud, vol. 21, No 1, 1987.

CASSELLS, Manuel. La cuestion urbana. Mexico, ed. Siglo XXI, 1982.

CALALI, Avila Augusto. "La universidad latinoamericana. Su proceso historico y problematica actual", en Universidades No. 53, julio - sep. 1983. Mexico. Union de Universidades de America Latina, 1983.

CERERO, Lilia Victoria, et. al "El futuro de la Enfermeria en America Latina", en Educ. Med. Salud, vol. 13, No.4 1979.

COMISION de Planeacion Universitaria Ampliada. CPU-A. El Proyecto Academico de la Universidad Autonoma metropolitana - Xochimilco. UAM-X, mayo 1982.

CORLAMAR. Necesidades esenciales en Mexico. Situacion actual y perspectivas al ano 2000. Salud. Mexico, ed. Siglo XXI 1983.

DANE. Boletin mensual de estadistica No. 375. Bogota, oct. 1982.

DANE, Censo de poblacion 1985.

D.A.F.D. - SISE. La calidad de vida en los barrios de Bogota. 1975 - 1981. Bogota. D.A.F.D. 1983.

DOMINGUELO, Maria Cecilia y Luis Pereira. Salud y sociedad. Sao Paulo. Libreria Dos Ciudades, 1976.

DOS Santos, Theotonio. Imperialismo y Dependencia. Mexico, ed. Era, 1982.

EIBENSCHUTZ, Catalina. Hegemonia y Salud en el Estado Mexicano. Una reinterpretación de la historia de la salubridad y asistencia. Mexico UAM-X - MMS., 1979.

FERREIRA, Jose R. "Misión del Hospital a la luz de las nuevas tendencias de la educación médica", en Educ. Med. Salud Vol. 10, No.2. 1979.

FERREIRA, Jose R. "Formación de recursos humanos para la medicina del año 2000", en Educ. Med. Salud, Vol. 17, No. 1. 1983.

FERREIRA, Jose R. "Integración Docente - Asistencial y Atención Primaria de Salud", en Educ. Med. Salud, Vol. 20, No.4.

GALAN, Morera, Ricardo. Integración Docente - Asistencial, Bogotá, ASCOFAME. 1981 (Mimeografiada).

GARCÍA, Antonio. La crisis de la universidad. La universidad en el proceso de la sociedad colombiana. Colombia, ed. Plaza y Janes. 1985.

GARCÍA, Juan Cesar. "Espacio social y universidad", en Universidad y cambio social en América Latina. Mexico, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. 1976.

GARCÍA, Juan C. "Consideraciones sobre el marco teórico de la educación médica", en Universidades No. 86, 1981. Mexico: Unión de Universidades de América Latina. 1981.

GARCÍA, Juan C. "La medicina estatal en América Latina (1880 - 1920)", en Revista Latinoamericana de Salud No.1. Mexico, ed. Nueva Imagen. 1981.

GARCÍA, Juan C. La articulación de la medicina y la educación a la estructura Social. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. Sin fecha (mimeografiada).

GLAZMAN, Raquel y María Ibarrola. Planes de estudios. Propuestas institucionales y realidad curricular. Mexico, ed. Nueva Imagen. 1987.

GÓNZALEZ, Libardo. Contribución a la historia política de Colombia. Bogotá, ed. La Carreta. 1985.

GRAMSCI, Antonio Cuaderno de la Carcel No 1. Notas sobre Machiavello, sobre política y sobre el Estado moderno. Mexico, ed. Juan Fabios, Traducción del italiano Jose M. Arico. 1986

GRAMSCI, Antonio. Cuaderno de la Carcel No 2: Los Intelectuales y la organización de la cultura. Mexico, ed. Juan Fabios, Traducción del italiano Raúl Sciarrreta. 1986

GRAMSCI, Antonio. Cuaderno de la Carcel No. 3: El materialismo histórico y la filosofía de B. Croce. Mexico, ed. Juan Fabios, Traducción del italiano Isidoro Viamonte 1981.

GRAMSCI, Antonio. La alternativa pedagógica. México, ed. Fontamara S.A. 1987.

GUARDUCUYA, Batista del Villar, et. al. "La interacción entre la comunidad y la universidad en el proceso educativo". Ponencia presentada en la I Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina de América Latina, 20 - 25 de noviembre de 1977. Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Autónoma de Santo Domingo, República Dominicana. México, UDAVAL, Secretaría General 1979.

HALPERIN, Dononi. Julio. Historia Contemporánea de América Latina. México, Alianza editorial. 1981.

HERRERA, J. Julio "Sobre el sentido y la tarea de la extensión universitaria". en Revista del Consejo de Rectores de Universidades Nacionales. Vol.1, No.5 diciembre de 1972. Buenos Aires. 1972.

ICFES. Reforma de la Educación post-secundaria. Bogotá, ICFES. 1987.

JIMENEZ, Carlos. "Colombia Quieta", en Cuadernos Políticos. No 22. México, ed. Era. oct. dic. 1976.

LAFIFI, Fabio. "Universidad y Sociedad: un enfoque basado en las experiencias latinoamericanas". Ponencia presentada en la "Reunión latinoamericana sobre nuevas formas de educación postsecundaria". Caracas, 20 al 27 de septiembre de 1976 (mimeografiado).

LAURELL, Cristina. "Investigación en sociología médica". en Salud Problema 1 - II - III, Maestría en Medicina Social. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. México.

LECHNER, N. La crisis del Estado en América Latina. Caracas, ed. El Lid. 1977.

MARSHALL, R. Andrew. "Las subdivisiones no reedificadas de Bogotá: los mitos y las realidades de la construcción de vivienda suplementaria". Estudio Urbano de Bogotá, Doc. 24, Banco Mundial - CCRP. Cámara de Comercio de Bogotá. Bogotá, noviembre de 1981.

MAYA, Carlos. "El concepto de Estado en los Cuadernos de la Carcel", en Cuadernos Políticos. No. 33 México, julio - septiembre de 1980.

MINISTERIO DE SALUD. OPS, OMS, ACUFAM, ANEC. Estudio Nacional de Enfermería (Resumen). Primera reunión para la presentación oficial de resultados. Bogotá, diciembre de 1987.

MONTERRUSA, Esperanza de. "Un ensayo de investigación en la dimensión Docente - Asistencial en enfermería". en Educ. Med.

salud, vol. 17 No. 4 1983.

MOUFFE, Chantal. Hegemonia e ideologia en Gramsci. Facultad de Filosofía. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, 1972. (mimeografiado)

MUSSHRET, Jaidi. Jacobson y Joaquín Romero Jilvarés. "Integración Docencia - Servicio, México", en Educ. Med. Salud, Vol 20, No. 1, 1986.

OMS y UNICEF. Conferencia Mundial de Atención Primaria. Alma Ata (URSS). 1978.

OFS. Extension de Cobertura con las estrategias de Atención Primaria y Participación de la Comunidad HENSA 4/4 Rev. 1.13 julio 1977.

OFS. Integración Docente - Asistencial. Informe del estudio sobre los Programas existentes en los países de la Región de las Américas. Washington, D.C. 1984.

OFS. "Función de las Universidades en las estrategias de Salud para todos. Contribución al desarrollo humano y la justicia social", en Educ. Med. Salud, vol. 19 No. 1. 1985.

OFS. "La Universidad y la salud para todos en el año 2000". Editorial presentado por Carlyle Guerra de Macedo, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, en Educ. Med. Salud, Vol. 19 No. 3 1985.

OFS, OMS. Integración de los servicios de salud, la docencia y la investigación orientada a la comunidad. Comentarios a la presentación del profesor Cosme Urdóñez, por María Isabel Rodríguez, OFS/OMS.

ORDÓÑEZ, Cosme. "La integración de los servicios de salud, la docencia y la investigación orientada a la comunidad", en Rev. Primer Nivel No. 7. México, Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. 1985.

ORRIZ, José Hilario. La Función de Extensión Universitaria. Una aproximación a su papel en el desarrollo de la comunidad. Bogotá, ICFES 1987.

FORTELLI, Hugues. Gramsci y el Bloque Histórico. México, ed. Siglo XXI, 1983.

PRESIDENCIA DE LA REPÚBLICA, Colombia. Ley 50. Bogotá, 1981.

RODRIGUEZ, Margarita y Liliana Triana. Evaluación de los planes de desarrollo en Colombia, tesis de grado, Universidad Externado de Colombia, Departamento de Economía, 1981.

SALAMÓN, Magdalena. "Gramsci: Apuntes para una propuesta educativa", en Fertilizantes Educativos No. 15, México, Universidad

Nacional Autónoma de México. CISE enero - marzo 1985.

CESTA, Mario. Planificación Estratégica en el sector salud. México. CENDES: UCV, 1981.

CESTA, Mario. "Extensión de Cobertura en Atención Médica Primaria", en la Salud en América Latina. Aspectos prioritarios de su administración. México. Fondo de Cultura Económica, 1983.

FUNERMAN, Berneim, Carlos. "El nuevo concepto de extensión universitaria y difusión cultural y su relación con las políticas de desarrollo cultural en América Latina", en Anuario de Estudios Centroamericanos. Universidad de Costa Rica, Instituto de Investigaciones Sociales 1978.

UNIÓN DE UNIVERSIDADES DE AMÉRICA LATINA. La relación entre las Facultades y Escuelas de Medicina y el Estado. XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina en América Latina. 30 de Septiembre - 5 de Octubre de 1974. Escuela de Medicina Universidad Autónoma de Puebla. U.D.U.A.L. Secretaría General. México 1985.

UNIVERSIDAD DE GUADALAJARA. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. Seminario de Integración de la Investigación y docencia a modelos de atención primaria en América Latina. Memorias. Red de Instituciones Educativas en Ciencias de la Salud con orientación comunitaria. Cuaxtepec, México. Junio de 1984.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA METROPOLITANA - XOCHIMILCO. Maestría en Medicina Social. Políticas, objetivos y estrategias de los proyectos de integración docente - asistencial del Departamento de Atención a la Salud. México. agosto de 1977. (mimeografiado).

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SANTO DOMINGO. "La interacción entre la comunidad y la universidad en el proceso educativo", Unión de Universidades de América Latina. La práctica médica y la formación del personal de salud. XI Conferencia de Facultades y Escuelas de Medicina en América Latina. 29 - 05 de noviembre de 1977. Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Autónoma de Santo Domingo. Santo Domingo, República Dominicana. UDUHL, México 1979.

VAN, Dora, Silvia y Sandra Duran. Participando una experiencia de educación popular. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México. 1980.

VÉZEL, Fliege, Alfonso y Humberto Jorjio. "Hacia un nuevo enfoque de las relaciones universidad - sociedad", en Foro Universitario 36. Época II, año 5. México, Julio de 1980.

VILLARREAL, Rainer. Función de la Universidad en el Cambio Social. en Universidad y Cambio Social en América Latina. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México 1976.

VILLARROEL, Ildemaro y Carlos Sandoval. "Crisis de la Universidad dentro del contexto latinoamericano actual - problema de la masificación", en Universidades No. 74 Mexico, oct -dic. 1983. Unión de Universidades de América Latina, México 1983.

VERDERESE, Olga. "Análisis de la enfermería en la América Latina", en Educ. Med. y Salud Vol. 13 No. 4 1979.

TABLAS.

TABLA No. 4.1
 LISTADO DE LOS BARRIOS DE BOGOTÁ EXISTENTES EN ALGUNOS
 SECTORES DE LA COMUNA 13 EN 1975

Comuna	Sector	Nombre del Barrio
13	1318	Quindío
	1322	San Rafael
	1323	Libertadores y Nueva Delthy
	1324	República del Canadá y San Rafael
	1325	Juan Rey, Ciudad Londres, La Flora y San Manuel
	1326	La Belleza
	1329	La Esperanza

Fuente : D.A.P.D. - SISE. "La Calidad de Vida en Bogotá", 1973 - 1981.
 DANE Censo de 1985.

TABLA No. 4.2
POBLACION CENSADA EN 1938, 1951, 1964, 1973, Y 1985. Bogotá D.E.

Año	Población
1938	354.502
1951	715.250
1964	1.657.311
1973	2.571.549
1985	3.967.988

Fuente : Contraloría General de la República, Centro General de Población 1938. Tomo VII Departamento de Cundinamarca, Bogotá, Imprenta Nacional, 1941. pp.23-25-33-49-52-107-126-127.
 DANE, Censo de Población 1951, Julio 15 de 1964, Resumen General, Bogotá Colombia, Noviembre de 1967, Impreso en los Talleres Editoriales de la Imprenta Nacional de Colombia, pp. 33-39.
 DANE, XIV Censo Nacional de Población y III de Vivienda, Octubre 24 de 1973, Resumen Nacional, Bogotá, Febrero de 1981. Impreso en la División de Edición del DANE.
 DANE, (1986) Censo 1985, Avance de Resultados Preliminares, Diciembre 1985, Bogotá, Colombia. Enero 1986, 2 ed., Impreso en la División de Edición del DANE Pp. 19-31-25.

Tomado de : Alcaldía Mayor de Bogotá y Cámara de Comercio "Bogotá para todos 1987-1990". Plan de Desarrollo Social y Económico Políticas y Medidas para el Sector Prioritario del Distrito Especial de Bogotá". Bogotá, noviembre 1987, p. 44.

TABLA No. 4.3

PROYECCION DE LA POBLACION DE ALGUNOS SECTORES DE LA COMUNA 13 DE BOGOTA

1985 - 2000

Sector	Población		Población		Población		Población	
	1985	1986	1987	1988	1989	1990	2000	
1318	4258	4396	4530	4672	4819	4971	6775	
1322	1734	1989	2282	2618	3004	3446	13610	
1323	10714	11665	12701	13829	15056	16393	38878	
1324	5057	5608	6219	6896	7648	8485	23850	
1325	4250	4666	5123	5625	6175	6780	17253	
1326	4167	4581	5048	5576	7656	8914	40785	
1329	3637	4384	5284	6369	7677	9254	42232	
TOTAL	33817	37289	41787	46585	52035	58243	182883	

Fuente : D.A.P.D. "La Calidad de Vida en Bogotá". En revisión. No disponibles.

TABLA No. 4.4
PROYECCIONES DE POBLACION PARA BOGOTA 1985 - 2000

Período	Población total
1985	4.150.682
1986	4.277.684
1987	4.407.190
1988	4.538.830
1989	4.672.324
1990	4.807.150
2000	6.131.403

Fuente : Estudio de Población, Prospectiva.
Cámara de Comercio de Bogotá, Agosto de 1985.

TABLA No. 4.5
 AREA TOTAL Y DENSIDAD DE POBLACION EN ALGUNOS SECTORES
 DE LA COMUNA 13 DE BOGOTA - 1985

Sector	Area Ha.	Densidad de Población
1318	34.93	121.9
1322	28.60	60.6
1323	41.27	259.6
1324	35.50	142.4
1325	60.10	70.7
1326	69.12	60.2
1329	81.58	44.5
TOTAL	351.1	96.3

Fuente : D.A.P.D. - SISE. "La Calidad de Vida en Bogotá" 1973-1981.

DANE Censo 1985.

TABLA No. 4.6

EVOLUCION DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA Y ESTRATIFICACION SOCIAL
EN ALGUNOS SECTORES DE LA COMUNA 13 DE BOGOTA 1973 - 1981 - 1986

Sector	ICV 1973 Comparable	Estrato 1973	ICV 1981 Comparable	Estrato 1981	ICV* 1986 Comparable	Estrato 1986
1319	45,17	1	55,52	2	63,17	3
1322	47,92	1	49,76	2	50,95	2
1323	40,12	1	52,02	2	61,19	2
1324	43,60	1	51,13	2	56,48	2
1325	40,34	1	46,95	2	51,62	2
1326	44,75	1	44,71	1	44,69	1
1329	-	-	35,45	1	39,35	1

Fuente : D.A.P.D. - SISE. "La Calidad de Vida en Bogotá", 1973-1981.
D.A.P.D. "La Calidad de Vida en Bogotá" Datos ajustados para 1986. No disponibles

*
El censo de 1985, no preguntó ingresos, por tanto los datos de condiciones económicas fueron proyectados para 1986 y hubo necesidad de ajustar los rangos de los estratos para poder ser comparados con 1973 y 1981.

TABLA No. 4.7
 INDICADORES DEL INDICE DE CALIDAD DE VIDA. RANGOS POR ESTRATOS

1973 - 1981 - 1986

Estrato	Rango 1973	Rango 1981	Rango 1986
Estrato 1	de 26,946 a 41,442	22,431 a 37,971	0 a 49.4
Estrato 2	de 41,443 a 55,939	37,972 a 53,512	49.5 a 60.4
Estrato 3	de 55,940 a 70,436	53,513 a 69,053	60.5 a 72.3
Estrato 4	de 70,437 a 77,573	69,054 a 78,439	72.4 a 81.4
Estrato 5	de 77,574 a 84,710	78,440 a 87,825	81.5 a 89.6
Estrato 6	de 84,711 a 91,847	87,826 a 97,211	89.7 a 100.

Fuente : D.A.P.D. - SISE. "La Calidad de Vida en los Barrios de Bogotá" 1973-1981-1986 Datos de 1986 no disponibles. Estos rangos fueron ajustados para poder ser comparados con los de 1973 y 1981.

TABLA No. 4.8

EL INDICE DE LA CALIDAD DE VIDA POR ESTRATOS EN 1981 Y SUS COMPONENTES
 (NO COMPARABLE * CON EL INDICE DE CALIDAD DE VIDA DE 1973)

Estrato	Sector	Población	I.C.V.	Condiciones Económicas		Nivel de Hábitat	Índice de Servicios	Tasa de alfabetismo
				Y1	Y2			
1	1329	1765	35.411	6.609	63.699	54.658	1.000	51.094
2	1326	2361	39.690	7.840	72.774	59.311	1.000	57.529
2	1325	3032	42.903	13.335	78.392	54.262	1.792	66.736
2	1323	7780	44.658	8.584	72.613	54.361	14.464	73.270
2	1318	3933	47.239	12.196	83.985	56.636	18.226	65.152
2	1324	3496	47.314	12.922	95.811	61.390	3.178	63.271
2	1322	1047	48.017	6.988	82.984	60.598	1.000	88.516

Fuente : D.A.P.D. - SISE. "La Calidad de vida en los Barrios de Bogotá" 1973-1981.

Estos índices no son comparables con el ICV de 1973 por que no han sido calculados tomando como patrones de medida las diferencias entre valores mínimos y máximos iguales a los utilizados para 1973. Se utilizaron los valores extremos encontrados en 1981.

TABLA No. 4.9

INDICADORES DEL INDICE DE LA CALIDAD DE LA VIDA 1981. RESUMEN

Estrato	Población	I.C.V.	Y1	Y2	Y3	Y4	Y6
1	4.535	33.171	6.155	74.190	52.296	3.655	29.625
2	262.714	48.421	8.617	84.515	60.284	16.102	72.587
3	1.631.598	62.462	10.948	81.112	71.796	63.601	84.916
4	1.329.841	72.487	16.816	83.118	82.792	85.866	93.748
5	448.266	82.790	39.768	92.671	90.623	94.621	96.072
6	76.818	91.010	74.220	94.260	92.536	97.396	96.643
BOGOTA	3.753.772	69.052	18.073	83.792	80.800	73.400	89.200

Fuente : D.A.P.D. - SISE. "La Calidad de Vida en los Barrios de Bogotá" 1973- 1981.

TABLA No. 4.10

EL INDICE DE CALIDAD DE LA VIDA POR ESTRATOS EN 1973 Y SUS COMPONENTES (NO COMPARABLE* CON EL INDICE DE CALIDAD DE VIDA DE 1981)

Estrato	Sector	Población	I.C.V.	Condiciones económicas		Nivel de hacinamiento	Indice de servicios	Tasa de alfabetismo
				Y1	Y2			
1		834	36.705	3.900	54.262	55.945	4.069	65.350
1		2.465	36.708	4.310	43.075	58.915	3.574	73.666
1		1.146	39.561	3.035	67.429	49.708	1.891	75.745
1		964	41.256	3.392	70.993	57.628	2.782	71.488
2		2.992	41.660	4.126	65.152	57.232	3.079	78.715
2		681	45.195	5.763	74.953	68.518	1.000	75.745

Fuente : D.A.P.D. - SISE. "La Calidad de Vida en los barrios de Bogotá" 1973 - 1981.

* Estos índices no son comparables con el ICV de 1980 porque no han sido calculados tomando como patrones de medida las diferencias entre valores mínimos y máximos iguales a los utilizados para 1981. Se utilizaron los valores extremos encontrados en 1973.

TABLA No. 4.11

INDICADORES DEL INDICE DE LA CALIDAD DE LA VIDA 1973. CUADRO RESUMEN

Estratos	Población	I.C.V.	Y1	Y2	Y3	Y4	Y6
1	25.984	37.852	3.882	54.966	54.106	4.534	71.773
2	177.266	49.339	5.792	70.442	67.235	25.538	77.700
3	1.106.809	66.125	7.795	74.314	74.803	86.286	87.429
4	1.096.813	73.244	13.870	80.398	85.720	92.721	93.516
5	331.216	80.963	34.222	88.831	94.120	92.180	95.464
6	107.443	87.754	60.842	92.891	95.634	93.645	95.762
BOGOTÁ	2.845.531	70.437	14.263	79.309	84.556	83.368	90.694

Fuente : D.A.P.D. - SISE. "La Calidad de Vida en los Barrios de Bogotá" 1973 - 1981.

TABLA No. 4.12
 CONDICIONES DE LA VIVIENDA EN ALGUNOS SECTORES DE LA COMUNA 19
 DE BOGOTA - 1985

Sector	Viviendas con baño exclusivo %	Viviendas con cocina exclusiva %	Viviendas que cocinan con gas y Electricidad	Hacinamiento (Personas por cuarto)
1318	84.33	98.82	9.41	4
1322	70.96	87.09	9.67	4
1323	85.63	92.70	13.02	4
1324	92.55	94.73	12.63	4
1325	93.82	97.56	14.63	4
1326	86.48	93.24	9.45	4
1329	81.94	91.89	5.4	4

Fuente : DANE, Censo 1985
 D.A.P.D. No disponibles.

TABLA No. 4.13
 PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD E INDICE DE ANALFABETISMO EN ALGUNOS
 SECTORES DE LA COMUNA 13 DE BOGOTA - 1985

Sector	Escolaridad %	Indice de Analfabetismo
1318	46.6	9.57
1322	44.57	3.85
1323	47.1	7.87
1324	48.16	11.08
1325	42.31	14.66
1326	39.22	7.72
1329	34.6	12.3

Fuente : DANE . Censo 1985
 D.A.P.D. No disponibles.

TABLA No. 4.14

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
 INFANTIL 1987. CENTRO DE SALUD No. 46 - ALTAMIRA

Número	Código	Causa	Número	Porcentaje
001	106	Neumonías	4	15.38
002	109	Neumocelosis y otras enfermedades pulmonares por agente	3	11.53
003	150	Afecciones anóxicas e hipóxicas del feto o Recién nacido	3	11.53
004	146	Las demás anomalías congénitas	2	7.69
005	006	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	2	7.69
006	152	Otras formas de morbilidad y mortalidad Perinatales	2	7.69
007	068	Otros tumores benignos de naturaleza no específica	1	3.84
008	110	Otras enfermedades del aparato respiratorio	1	3.84
009	136	Enfermedades de la piel y el tejido celular subcutáneo	1	3.84
010	143	Anomalías congénitas del corazón	1	3.84
000	000	Otras causas	6	23.07
TOTAL			26	100.00

Fuente : Sección de Información y sistemas. Secretaría de salud de Bogotá, Regional No. 2.

TABLA No. 4.15

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA EN
EL GRUPO DE MENORES DE UN AÑO PROVENIENTES DEL AREA DE ESTUDIO CENTRU
MEDICU SAN CAMILU, 20, SEMESTRE 1987

Número	Código	Causa	Número	Porcentaje
001	103	Infecciones respiratorias agudas	199	24.29
002	006	Enteritis y otras enfermedades diarreicas.	155	18.92
003	136	Enfermedades de la piel y el tejido celular subcutáneo	93	11.35
004	108	Bronquitis enfisema y asma	69	8.4
005	073	Desnutriciones protormocatóricas y las no específicas	46	5.61
006	118	Otras enfermedades del aparato digestivo	39	4.76
007	090	Enfermedad del ojo y sus anexos	36	4.39
008	104	Enfermedad de amígdalas y adenoides	26	3.17
009	031	Otras virosis	21	2.56
010	091	Enfermedades del oído y del aparato mastoide	11	1.34
000	000	Otras causas	124	15.14
TOTAL			819	100.00

Fuente : Registros clínicos (Estadísticas vitales) Centro Médico San Camillo, 1987.

TABLA No. 4.16

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

PREESCOLAR 1987. CENTRO DE SALUD No. 46 - ALTAMIRA

Número	Código	Causa	Número	Porcentaje
001	106	Neumonías	3	33.33
002	087	Otras enfermedades del sistema nervioso	1	11.11
003	006	Eteritis y otras enfermedades diarreicas	1	11.11
004	118	Otras enfermedades del aparato digestivo	1	11.11
005	143	Anomalías congénitas del corazón	1	11.11
006	154	Signos y síntomas y estados morbosos mal definidos	1	11.11
007	169	Lesiones en las que se ignora si fueron accidental o intencional	1	11.11
008	000	Otras causas	0	00.00
TOTAL			9	100.00

Fuente : Sección de Información y sistemas. Secretaría de salud de Bogotá. Regional No. 2.

TABLA No. 4.17
 PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA
 EN EL GRUPO PREESCOLAR PROVENIENTE DEL AREA DE ESTUDIO. CENTRO
 MEDICO SAN CAMILLO. 2^o. SEMESTRE 1987

Número	Código	Causa	Número	Porcentaje
001	006	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	335	27.98
002	103	Infecciones respiratorias agudas	201	16.79
003	136	Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	98	8.02
004	104	Enfermedad crónica de las amígdalas y vegetaciones adenoideas	70	5.84
005	108	Bronquitis, enfisema y asma	66	5.51
006	031	Otras virosis	86	4.67
007	073	Desnutriciones proteíno-calóricas y las no específicas	50	4.17
008	091	Enfermedades del oído y del apófisis mastoide	40	3.34
009	111	Enfermedades de los dientes y sus estructuras de sostén	33	2.75
010	080	Enfermedades del ojo y sus anexos	31	2.58
000	000	Otras causas	219	18.29
TOTAL			1197	100.00

Fuente : Registros clínicos (Estadísticas vitales). Centro Médico San Camillo, 1987.

TABLA No. 4.18

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD

ESCOLAR 1987. CENTRO DE SALUD No. 46 - ALTAMIRA

Número	Código	Causa	Número	Porcentaje
001	169	Lesiones en las que se ignora si fueron accidentales o intencionales	2	50.00
002	167	Suicidio y lesiones autointingidas	1	25.00
003	087	Otras enfermedades del sistema nervioso	1	25.00
004	000	Otras causas	0	00.00
TOTAL			4	100.00

Fuente : Sección de Información y sistemas. Secretaría de salud de Bogotá. Regional No. 2.

TABLA No. 4.19
 PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA
 EN EL GRUPO DE ESCOLARES PROVENIENTES DEL AREA DE ESTUDIO. CENTRO
 MEDICO SAN CAMILLO. 2o. SEMESTRE 1987

Número	Código	Causa	Número	Porcentaje
001	006	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	353	34.81
002	104	Enfermedad crónica de las amígdalas y vegetaciones adenoides	108	10.37
003	103	Infecciones respiratorias agudas	61	6.01
004	136	Enfermedad de la piel y tejido celular subcutáneo	59	5.81
005	167	Trauma superficial. Los no específicos, contusiones, magulladuras sin alteración	43	4.13
006	122	Otras enfermedades del aparato urinario	31	2.97
007	127	Otras enfermedades de los órganos genitales	29	2.78
008	090	Enfermedades del ojo y sus anexos	28	2.68
009	091	Enfermedades del oído y del aparato mastoideo	27	2.66
010	073	Desnutriciones protalnocalóricas y las no específicas	26	2.56
000	000	Otras causas	249	24.55
TOTAL			1014	100.00

Fuente : Registros clínicos (Estadísticas vitales) Centro Médico San Camillo, 1987.

TABLA No. 4.20

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
 POR SEXO EN EL GRUPO DE 15 a 44 AÑOS 1987. CENTRO DE SALUD No. 46 ALTAMIRA

Número	Código	Causa	Hombre	Mujer	Total	Porcentaje
001	169	Lesiones en las que se ignora si fué accidental o intencional	17	2	19	47.50
002	168	Homicidios y lesiones intencionalmente intencionalmente	5	0	5	12.50
003	083	Meningitis	2	0	2	5.00
004	059	Tumor maligno del cuello del útero	0	1	1	2.50
005	063	Tumor maligno de otras localizaciones y de las no específicas	0	1	1	2.50
006	073	Desnutriciones protetinocalóricas y las no específicas	0	1	1	2.50
007	051	Tumor maligno del estómago	1	0	1	2.50
008	087	Otras enfermedades del sistema nervioso	1	0	1	2.50
009	095	Infarto agudo del miocardio	0	1	1	2.50
010	098	Enfermedad cerebro vascular	1	0	1	2.50
000	000	Otras causas	6	1	7	17.50
TOTAL			33	7	40	100.00

Fuente : Sección de Información y sistemas. Secretaría de Salud de Bogotá. Región No. 2.

TABLA No. 4.21
PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR
SEXO EN EL GRUPO 15 - 44 AÑOS PROVENIENTES DEL AREA DE ESTUDIO. CENTRO
MEDICO SAN CAMILLO. 2o. SEMESTRE 1987

Número	Código	Causa	Hombre	Mujer	Total	Porcentaje
001	127	Otras enfermedades de los órganos genitales	12	414	426	18.85
002	006	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	66	339	405	17.92
003	122	Otras enfermedades del aparato urinario	19	139	158	6.99
004	113	Gastritis y duodenitis	14	114	128	5.66
005	104	Enfermedad crónica de las amígdalas y vegetaciones adenoideas	16	93	109	4.92
006	078	- Trastornos neuróticos	11	85	96	4.24
007	136	Enfermedades de la piel y tejido celular subcutáneo	15	71	86	3.80
008	094	Enfermedad hipertensiva	7	67	74	3.27
009	140	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	15	55	70	3.09
010	167	Trauma superficial, los no específicos, contusiones, magulladuras sin alteración	13	11	24	1.06
000	000	Otras causas	133	560	693	30.23
TOTAL			321	1998	2259	100.00

TABLA No. 4.22

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
 PUR SEXO EN EL GRUPO DE 45-59 AÑOS . CENTRO DE SALUD No. 46-ALTAMIRA

Número	Código	Causa	Hombre	Mujer	Total	porcentaje
001	098	Enfermedad cerebrovascular	2	5	7	28.00
002	095	Infarto agudo del miocardio	4	1	5	20.00
003	051	Tumor maligno del estómago	1	1	2	8.00
004	063	Tumor maligno de otras localizaciones y de las no especificas	1	1	2	8.00
005	169	Lesiones en las que se ignora si fué accidental o intencional	2	0	2	8.00
006	059	Tumor maligno del cuello del útero	0	1	1	4.00
007	097	-Otras formas de enfermedades del corazón y la circulación pulmonar	0	1	1	4.00
008	060	Otros tumores malignos del útero	0	1	1	4.00
009	110	Otras enfermedades del aparato respiratorio	0	1	1	4.00
010	118	Otras enfermedades del aparato digestivo	1	0	1	4.00
000	000	Otras causas	2	0	2	8.00
TOTAL			13	12	25	100.00

Fuente : Sección de Información y sistemas. Secretaría de salud de Bogotá, Regional No. 2.

TABLA No. 4.23

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA POR SEXO EN EL GRUPO DE 45-59 AÑOS PERTENECIENTE AL AREA DE ESTUDIO. CENTRO MEDICO SAN CAMILLO. 20. SEMESTRE 1987

Número	Código	Causa	Hombre	Mujer	Total	Porcentaje
001	094	Enfermedad hipertensiva	12	56	68	15.28
002	127	Otras enfermedades de los órganos genitales	0	42	42	9.43
003	006	Enteritis y otras enfermedades diarréicas	2	30	32	7.19
004	122	Otras enfermedades del aparato urinario	4	25	29	6.51
005	078	Trastornos neurológicos	0	28	28	6.29
006	101	·vrices de los miembros inferiores	2	24	26	5.94
007	097	Otras enfermedades del corazón y la circulación pulmonar	4	20	24	5.39
008	113	Gastritis y duodenitis	4	20	24	5.39
009	140	Otras enfermedades del sistema osteomuscular y del tejido conjuntivo	5	16	21	4.71
010	074	Otras enfermedades de las glándulas endocrinas del metabolismo y trastornos de la inmunidad	0	17	17	3.82
000	000	Otras causas	24	110	134	30.01
TOTAL			57	388	445	100.00

TABLA No. 4.24

PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD
 EN EL GRUPO DE 60 Y MAS AÑOS 1997. CENTRO DE SALUD No. 46 - ALTAMIRA

Número	Código	Causa	Número	Porcentaje
001	098	- Enfermedad cerebro vascular	15	25.42
002	095	- Infarto agudo del miocardio	8	13.55
003	094	Enfermedad hipertensiva	5	8.47
004	096	- Enfermedad isquémica del corazón	3	5.08
005	097	Otras formas de enfermedades del corazón y la circulación pulmonar	3	5.08
006	051	Tumor maligno del estómago	3	5.08
007	110	Otras enfermedades del aparato respiratorio	3	5.08
008	099	Arterioesclerosis	2	3.38
009	106	Neumonías	2	3.38
010	063	Tumor maligno de otras localizaciones y de las no específicas	2	3.38
000	000	Otras causas	13	22.1
TOTAL			59	100.00

Fuentes : Sección de Información y Sistemas. Secretaría de salud de Bogotá. Regional No. 2.

TABLA No. 4.25
 PARTICIPACION PORCENTUAL DE LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE CONSULTA
 EN EL GRUPO DE 60 Y MAS AÑOS PERTENECIENTE A LA POBLACION DEL AREA
 DE ESTUDIO. CENTRO MEDICO SAN CAMILLO. 2o. SEMESTRE 1987

Número	Código	Causa	Número	Porcentaje
001	094	Enfermedad hipertensiva	87	29.59
002	097	Otras enfermedades del corazón y la circulación pulmonar	31	10.54
003	006	Enteritis y otras enfermedades dia- rréicas	20	6.90
004	113	Gastritis y duodenitis	16	5.44
005	070	Diabetes mellitus	13	4.42
006	108	Bronquitis, enfisema y asma	11	3.74
007	122	Otras enfermedades del aparato urinario	11	3.74
008	137	Artritis, espondilitis y otros trastornos afines	11	3.74
009	127	Otras enfermedades de los órganos ge- nitales	8	2.72
010	078	Trastornos neurológicos	7	2.38
000	000	Otras causas	79	26.87
TOTAL			294	100.00

Fuente : Registros clínicos (Estadísticas vitales). Centro Médico San Camillo , 1987.

INDICE DE CUADROS

Cuadro No. 2.1
Costo Proyectoado y Fuentes de Financiación de los Proyectos de Salud 1987 - 1990.

Cuadro No. 4.1
Número y Distribución Porcentual de la Consulta Médica por Barrios. Centro San Camilo. Segundo Semestre 1987.

Cuadro No. 4.2
Población de Algunos Sectores de la Comuna 13 de Bogotá. 1973, 1981, 1985.

Cuadro No. 4.3
Población por Grupo de Edad y Sexo. Censo 1985.

Cuadro No. 4.4
Participación de los Grupos de Edad en el Total de la Población.

Cuadro No. 4.5
Participación de las Principales Ocupaciones de los Padres. en 138 Familias - 1987.

Cuadro No. 4.6
Participación de las Principales Ocupaciones de las Madres. en 138 Familias - 1987.

Cuadro No. 4.7
Porcentaje de Madres Trabajadoras Fuera del Hogar. en 138 Familias - 1987.

Cuadro No. 4.8
Nivel Salarial y su Participación por Familias. en 138 Familias - 1987.

Cuadro No. 4.9
El Índice de Calidad de Vida por Estratos en Algunos Sectores de la Comuna 13 de Bogotá 1986. y. su relación con el promedio de la Ciudad.

Cuadro No. 4.10
Participación Porcentual de las Defunciones por Grupos de Edad Ocurridas en el Centro No. 46 Altamirá - 1987.

Cuadro No. 4.11
Participación Porcentual de las Diez Principales Causas de Mortalidad General por Sexo 1987. Total Etareo. Centro de Salud No. 46 Altamirá.

Cuadro No. 4.12

Participación Porcentual de las Diez Principales Causas de Consulta en el Total Etareo perteneciente a la Población del Área de Estudio Centro Médico San Camilo. 2o. Semestre 1987.

Cuadro No. 4.13

Consulta Médica General por Grupos de Edad y por Mes y su Participación Porcentual en el Segundo Semestre de 1987. Centro Médico San Camilo.

Cuadro No. 4.14

Consulta Médica General por Sexo en el Grupo de 15 - 44 años y Controles prenatales. Centro Médico San Camilo. Segundo Semestre 1987.

Cuadro No. 4.15

Controles Prenatales por Grupos de Edad. Centro Médico San Camilo. Segundo Semestre 1987.

INDICE DE TABLAS

Tabla No. 4.1

Listado de los Barrios de Bogotá Existentes en algunos Sectores de la Comuna 13 en 1975.

Tabla No. 4.2

Población Censada en 1948, 1951, 1964, 1973, 1985. Bogotá, D.E.

Tabla No. 4.3

Proyección de la Población en Algunos Sectores de la Comuna 13 de Bogotá 1985 - 2000.

Tabla No. 4.4

Proyecciones de Población Para Bogotá 1985 - 2000.

Tabla No. 4.5

Área Total y Densidad de Población en Algunos Sectores de la Comuna 13 de Bogotá - 1985.

Tabla No. 4.6

Evolución del Índice de Calidad de Vida y Estratificación Social en Algunos Sectores de la Comuna 13 de Bogotá 1973 - 1981 - 1986.

Tabla No. 4.7

Indicadores del Índice de Calidad de Vida. Rangos por Estratos 1973 - 1981 - 1986.

Tabla No. 4.8

El Índice de la Calidad de Vida por Estratos en 1981 y sus Componentes (No Comparable con el Índice de Calidad de Vida de 1973).

Tabla No. 4.9

Indicadores del Índice de la Calidad de Vida. 1981. Resumen.

Tabla No. 4.10

El Índice de Calidad de Vida por Estratos en 1973 y sus Componentes.

Tabla No. 4.11

Indicadores del Índice de la Calidad de Vida 1973.

Tabla No. 4.12

Condiciones de la Vivienda en Algunos Sectores de la Comuna 13 de Bogotá - 1985.

Tabla No. 4.13

Porcentaje de Escolaridad e Índice de Analfabetismo en Algunos

sectores de la Comuna 13 de Bogotá - 1985.

Tabla No. 4.14

Participación Porcentual de las Diez Primeras Causas de Mortalidad Infantil en 1987. Centro de Salud No. 46 - Altamira.

Tabla No. 4.15

Participación Porcentual de las Diez Principales Causas de Consulta en el Grupo de Menores de un Año Provenientes del Área de Estudio. Centro Médico San Camilo. 2o. Semestre 1987.

Tabla No. 4.16

Participación Porcentual de las Principales Causas de Mortalidad Freescolar 1987. Centro de Salud No. 46 - Altamira.

Tabla No. 4.17

Participación Porcentual de las Diez Principales Causas de Consulta en el Grupo Freescolar Proveniente del Área de Estudio. Centro Médico San Camilo. 2o. Semestre 1987.

Tabla No. 4.18

Participación Porcentual de las Principales Causas de Mortalidad Escolar 1987. Centro de Salud No. 46 - Altamira.

Tabla No. 4.19

Participación Porcentual de las Diez Principales Causas de Consulta en el Grupo de Escolares Provenientes del Área de Estudio. Centro Médico San Camilo. 2o. Semestre 1987.

Tabla No. 4.20

Participación Porcentual de las Diez Principales Causas de Mortalidad Por Sexo en el Grupo de 15 a 44 Años 1987. Centro de Salud No. 46 Altamira.

Tabla No. 4.21

Participación Porcentual de las Diez Principales Causas de Consulta por Sexo en el Grupo 15 - 44 años Provenientes del Área de Estudio. Centro Médico San Camilo. 2o. Semestre 1987.

Tabla No. 4.22

Participación Porcentual de las Diez Principales Causas de Mortalidad por Sexo en el Grupo de 45 - 59 años. Centro de Salud No. 46 - Altamira.

Tabla No. 4.23

Participación Porcentual de las Diez Principales Causas de Consulta por Sexo en el Grupo de 45 - 59 Años Pertenecientes al Área de Estudio. Centro Médico San Camilo. 2o. Semestre 1987.

Tabla No. 4.24

Participación Porcentual de las Diez Principales Causas de Mortalidad en el Grupo de 60 y Mas Años 1987. Centro de Salud No. 46 - Altamira.

Tabla No. 4.25

Participación Porcentual de las Diez Principales Causas de Consulta en el Grupo de 60 y más Años Perteneciente a la Población del Área de Estudio. Centro Médico San Camilo. 20. Semestre 1987.

INDICE DE GRAFICAS

Grafica No.
Estructura Directiva y Operativa del Sistema Nacional de Salud.

Grafica No. 4.1
Distribucion del Ingreso per-Capita por Comunas en Bogota, D.E.
1981.

Grafica No. 4.2
Distribucion Porcentual de la Poblacion del Area de Estudio y su
Relacion con la Poblacion de Bogota, por Grupos de Edad 1985.

Grafica No. 4.3
Distribucion Porcentual de la Poblacion por Grupos de Edad, en
Algunos Sectores de la Comuna 13 de Bogota 1985.

INDICE DE DIAGRAMAS

Diagrama No.3.1

Organigrama de la Facultad de Enfermeria de la Fundacion Escuela de Ciencias de la Salud de la Sociedad de Cirugia de Bogota (Sep. 12 de 1986).

Diagrama No. 3.2

Organigrama del Centro San Camilo.

INDICE DE MAPAS

Mapa No. 4.1

Localización geográfica del área de estudio en la Ciudad de Bogotá. Sectorización Censal DANE.

Mapa No. 4.2

Localización espacial del ingreso per capita por comunas en Bogotá 1981. Aproximación para la identificación de las zonas de pobreza absoluta en Bogotá D.E.

Mapa No. 4.3

Incidencia de las enfermedades respiratorias agudas en la población menor de un año no cubierta por servicios prepagados (Número de casos / población no cubierta).

Mapa No. 4.4

Incidencia de la Enteritis en la población menor de un año no cubierta por servicios prepagados (Número de casos / población no cubierta).

Mapa Anexo

Plano del Área de Estudio.

PLAN DE ESTUDIOS

1. La filosofía del programa de licenciatura está acorde con la filosofía de la Sociedad de Cirugía de Bogotá en cuanto a que ambas fueron creadas para prestar servicio a la comunidad y para contribuir con la formación del recurso humano en salud, así, la Facultad de Enfermería de la Fundación Escuela de Ciencias de la Salud de la Sociedad de Cirugía de Bogotá, considera la enfermería como una profesión de servicio social, resultante de la aplicación de conocimientos científicos y técnicos necesarios para la identificación, análisis y solución de problemas de salud, que contribuyan a promover, mantener y recuperar la salud del individuo, familia y comunidad mediante las acciones integradas en el equipo de salud.

Concibe la educación como un proceso dinámico evolutivo que implica la acción conjunta de docentes y estudiantes. Considera al Estudiante como un ser bio-psico-social en proceso de formación, con capacidades intelectuales, necesidades, deberes, derechos y experiencias previas. Cree en la participación activa, responsable y honesta del estudiante dentro del proceso enseñanza-aprendizaje, el cual está basado en el método científico; considera indispensable desarrollar en él la capacidad de análisis, iniciativa, creatividad y habilidad para que actúe respetando los valores del individuo, familia y comunidad, y evolucione profesionalmente dentro de un proceso cambiante en condiciones socioeconómicas y de salud determinadas.

Reconoce al Docente como orientador en el proceso de enseñanza aprendizaje, consciente de la importancia de su desarrollo profesional y avance científico de la enfermería; además, considera que para hacer efectivo el proceso enseñanza-aprendizaje es indispensable la capacitación y el bienestar físico y mental del recurso humano del personal de la Facultad.

Cree que la Integración Docente-Asistencial con el Hospital de San José y con otras entidades de salud, facilita la coordinación, ejecución y evaluación de las actividades programadas para lograr los objetivos.

Considera que el egresado debe estar capacitado para administrar la atención integral de enfermería al individuo, familia y comunidad dando mayor énfasis al área clínica, participación en investigación y formación del personal de enfermería que le permita realizarse y evolucionar dentro del ejercicio de la profesión.

2. Objetivos de comportamiento final:

El Estudiante de la Facultad al terminar el periodo de formación estará en capacidad de:

- Realizar acciones de enfermería en la promoción de salud, - prevención de la enfermedad, tratamiento y rehabilitación del individuo, familia y comunidad y mediante participación activa de esta en la solución de sus propios problemas.

- Dar cuidado de enfermería, directo, integral y continuado al paciente en situaciones clínicas médico-quirúrgicas.

- Dar cuidado integral de enfermería a la madre y al niño, teniendo en cuenta los niveles de prevención.

- Aplicar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación de personal de enfermería y en dar educación en salud al individuo, familia y comunidad.

- Aplicar el proceso administrativo al dar atención de enfermería tanto en el área clínica como ambulatoria.

- Participar y realizar investigaciones de tipo interdisciplinario y de acuerdo a necesidades identificadas en su área de desempeño profesional.

- Asumir el papel de la enfermera con ética y juicio crítico al realizar acciones al individuo, familia y comunidad.

3. Areas de Enseñanza

La organización del Plan de Estudios obedece al enfoque curricular orientado por "áreas de enseñanza". (El currículo de - Dalila Esperb). El Programa de Enfermería desde 1977, organizó sus asignaturas tomando como apoyo las áreas de enseñanza así:

- Area Básica

- Area de Estudios Profesionales

- Area de Salud.

Estas áreas se apoyan a su vez en 3 campos del comportamiento:

- Campo social humanístico

- Campo de fundamentación científica

- Campo de formación profesional específica.

1. Semestre

. Biología

. Bioquímica

. Anatomía

. Introducción a la Enfermería y Salud Comunitaria

. Sociología General.

- II. Semestre
 - . Filosofía
 - . Microbiología-Parasitología
 - . Expresión oral y escrita
 - . Psicología General
 - . Enfermería Básica.
- III. Semestre
 - . Antropología Cultural
 - . Semiología
 - . Farmacología
 - . Enfermería Médico-Quirúrgica I.
- IV. Semestre
 - . Bioestadística
 - . Metodología de la Investigación Nivel I
 - . Enfermería Médico Quirúrgica II
 - . Psicología Evolutiva
 - . Electiva de Deporte: Nivel I.
- V. Semestre
 - . Enfermería Materno-Infantil
 - . Electiva de Deporte Nivel II
 - . Psicología de la Personalidad
 - . Metodología de la Investigación Nivel II.
- VI. Semestre
 - . Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental
 - . Programas de Educación en Enfermería
 - . Electiva de Deportes Nivel III
 - . Metodología de la Investigación Nivel III.
- VII. Semestre
 - . Administración de la Atención del Paciente en los servicios de Enfermería
 - . Metodología de la Investigación Nivel IV.
- VIII Semestre
 - . Administración de la Atención de Enfermería al Paciente de Materno-infantil
 - . Administración de la Atención de Enfermería al paciente adulto en situaciones clínicas específicas.

FUENTE: División de Educación Continuada e Investigaciones. -
Facultad de Enfermería, Fundación Escuelas de Ciencias de la Sa-
lud, Sociedad de Cirugía de Bogotá. Junio de 1984.