

LA ARTICULACION DOCENTE-ASISTENCIAL A.D.A. MARCO CONCEPTUAL

Eduardo Cano Gaviria M.S.P.*

Resumen

La articulación docente-asistencial enfocada como una relación necesaria entre la teoría y la práctica ha sido un común denominador en la formación y desarrollo de todas las disciplinas profesionalizantes. Su importancia actual, caso de las disciplinas de la salud y en particular en el de la medicina deriva de la falta de correspondencia entre el "corpus académico" de la medicina como disciplina situada en la intersección de varias ciencias y las necesidades de los servicios de salud. Estas necesidades se encuentran en la actualidad fundamentadas en un paradigma del proceso salud-enfermedad considerada como resultado de la interacción de factores biológicos, sociales, psicológicos, culturales del medio ambiente físico y de los servicios de salud. En estas condiciones la articulación docente-asistencial no puede quedarse en las simples y anticuadas formas de cooperación y/o coordinación, sino que por el contrario debe avanzar en la búsqueda de nuevas formas organizativas que posibiliten una mayor integración alrededor de recursos, que resultan cada vez más especializados, más costosos y escasos y la mayoría de las veces organizados alrededor de objetivos muy dispares. Se busca entonces que la asistencia, la docencia y la investigación trabajen en forma coherente dentro de unas relaciones sistemáticas establecidas a través de subsistemas de normas muy sólidos y definidos con un propósito común: el mejoramiento de la salud de una comunidad específica, con la cual todos los organismos de salud deben establecer un diálogo que posibilite una comunicación de doble vía y una evaluación real del impacto sobre las condiciones de salud de la población, no solo de la asistencia, sino también de la docencia y la investigación. Se analizan también los principales obstáculos para el desarrollo de este tipo de articulación docente Asistencial y sus requisitos fundamentales.

* Médico de Salud Pública. Ex Rector de la Universidad de Antioquia, Colombia.

Introducción

Aunque solo en los últimos tiempos, digamos en la década de los años ochenta se ha venido insistiendo con más fuerza sobre la importancia de la A.D.A. no debemos olvidar, que ésta se ha hallado siempre presente en el desarrollo de todas las disciplinas y profesiones, si entendemos que lo que de esencial hay en el concepto es el de las relaciones entre la teoría y la práctica que de otro lado han sido tema para grandes debates filosóficos a través de toda la historia de la humanidad.

Porque lo que realmente hay de fundamental en el concepto de la A.D.A., es el de las relaciones necesarias entre la teoría y la práctica. Toda disciplina humana, tiene digámoslo así, un cuerpo de doctrina o de saberes que constituyen el resultado de su desarrollo científico durante muchos años de experiencia y decantaciones y que a su vez se encuentra legitimado socialmente por un saber hacer o una práctica. Y esto es de la mayor importancia puesto que no debe olvidarse que ya se trate de las más grandes abstracciones o de aquellas más positivas siempre, es la práctica socialmente reconocida, lo que al final de cuentas legitima el cuerpo teórico de toda disciplina. Ganarse esta legitimación social, ha representado para muchas disciplinas una verdadera lucha en la que algunos han dejado hasta la propia vida, lo cual implica que la validez de lo teórico sea puesta en cuestión, ya que la ciencia pura, la ciencia como tal no necesita de la legitimación, ella simplemente existe como verdad, aunque por condiciones sociales específicas no se le reconozca en determinado momento. Pero su legitimación social por una práctica se constituye en el paso fundamental de reconocimiento social, digamos así en el acta de nacimiento de una disciplina o profesión.

Si bien pudiera pensarse que teoría y práctica han evolucionado paralelamente, una mirada detenida nos muestra cómo en las relaciones entre uno y otro se han dado desarrollos combinados pero desiguales. Es decir, en muchos momentos la teoría avanza y deja de lado transitoriamente su práctica o al contrario, la práctica, más en contacto con los cambios sociales aventaja al cuerpo teórico existente y se aleja transitoriamente de éste, hasta que la fuerza de los hechos los hace encontrarse de nuevo en un equilibrio inestable para volver a separarse.

Decidir a priori cuál de los dos polos de esta relación llega a ser el más conservador o el más progresista, no resulta conveniente, puesto que son las condiciones sociales específicas mediadas por muchos factores concretos, es decir históricos, los que hacen que ya la teoría o ya la práctica se conviertan en obstáculos o en oportunidades para el desarrollo de una disciplina.

Las profesiones de la salud y la medicina en particular, no son ciencias en sí mismas sino como bien lo expresó Canguilhem acerca de la medicina, disciplinas situadas en la intersección de varias ciencias y por lo mismo su teoría es tributaria de un desarrollo científico muy amplio, un espectro científico que no solo contiene las llamadas ciencias biológicas sino que también incluye con iguales derechos muchas de las ciencias llamadas sociales y humanas. Esta tributividad de un espectro tan amplio, lógicamente se hace aún más amplia cuando se afronta la problemática de los Sistemas de Servicios de Salud.

Es así como los problemas inherentes a la obligación de prestar una atención médica integral al mayor número de habitantes, resultan a su vez tributarios de una multidisciplinariedad mayor que la de la misma medicina. Aquí nos situamos ya no ante problemas biológicos, humanos y sociales, sino también ante problemáticas mucho más complejas en la medida en la que abarcan no solamente lo biológico y lo social, sino también lo político, lo administrativo, lo financiero y lo organizativo. Además, estos problemas no tienen el grado de estructuración de un problema puramente biológico en donde los hechos son evidentes y las cadenas causales muchas veces claras y definidas. Son además de complejos, difíciles de definir y de explicar en la medida en que muy pocas veces se llega a un consenso amplio sobre su naturaleza.

Hasta hace muy poco tiempo el modelo dominante en la práctica médica era el modelo de la práctica médica privada. Mientras fue posible prestar atención médica institucional con el modelo de la práctica médica privada, es decir mientras hubo coherencia y armonía entre práctica privada y práctica institucional, no tenían por qué existir problemas en la formación del médico y por lo mismo no se planteaba ninguna brecha entre teoría y práctica médica.

Así mismo no tenía por qué plantearse el problema de la A.D.A., como fundamental para la formación del recurso humano.

¿Pero por qué razones estalla la armonía entre estos dos modelos a mediados de la década de los años setenta? El modelo médico de la práctica privada se caracteriza por una relación biunívoca entre médico y paciente a través de un contrato implícito que da lugar a responsabilidades y deberes mediados por un pago. Es en la actualidad eminentemente biomédica, individualista, con una alta concentración tecnológica, muy poco participativa y muy costosa.

De otro lado el modelo de los servicios de salud, tiene una orientación mucho más social en cuanto que su campo de acción no es el paciente sino por el contrario una comunidad específica y esta característica lo hace mucho más vulnerable a fenómenos de índole social, tales como la inflación de costos, las crisis económicas del Estado, las malas prácticas administrativas, la burocratización, el gigantismo institucional y otros que no son por otra parte exclusivos de las instituciones de salud, sino comunes a todas las grandes empresas estatales y privadas, cuyo modelo de organización y desarrollo ha sido el de la revolución industrial.

Pero lo importante es que en un momento determinado, estas instituciones no pudieron seguir funcionando con el modelo médico de la práctica privada. En primer lugar su objeto de trabajo, la comunidad, exigía de estas empresas una mayor eficiencia y equidad y, en segundo lugar el desarrollo de la ciencia había llegado a un nuevo paradigma que demostraba en primer lugar que el estado de salud de una comunidad era la resultante de factores biológicos (herencia, susceptibilidad) sociales, culturales, psicológicos del medio ambiente físico y del estado y funcionamiento de los servicios de salud; en segundo lugar que en muchos casos resulta más eficiente prevenir que curar, en tercer lugar que las comunidades tienen una responsabilidad específica en la conservación de su salud y por último y algo muy importante: que el modelo de práctica médica privada es además de poco eficiente, imposible de financiar para grandes grupos de población en absolutamente todos los países del mundo.

Este es a mi modo de ver, el "deus ex machina", que determina la importancia que en los últimos tiempos se le ha dado a la A.D.A. y es que debe

decírselo francamente: a los servicios de salud en todos sus niveles (incluido claro está el nivel terciario) no les sirve ya el médico tradicional, aquél que solamente sabe medicina, aquél que siendo buen médico, no puede desenvolverse dentro de un paradigma no solo de la curación de la enfermedad, sino dentro de un paradigma de atención integral, con sus componentes de promoción, prevención, curación y rehabilitación, dentro de un modelo de práctica médica mucho más totalizante, más participativo y por lo mismo más eficiente.

Concepto de la A.D.A.

La articulación docente-asistencial puede entenderse como el establecimiento de una relación de trabajo entre una institución de enseñanza y una institución de servicios de salud que se caracteriza por ser continua, prolongada y además facilitadora de que tanto alumnos como profesores de la primera trabajan conjuntamente con el personal de la segunda, en un área de común acuerdo que se denomina AREA DOCENTE-ASISTENCIAL.

Pero, ¿para qué se busca que el personal de las instituciones formadoras de recursos humanos trabajen conjuntamente con el personal de las instituciones de servicios? Tanto una como otra se encuentran inmersas en un medio ambiente y ese medio se encuentra en permanente cambio. Los propósitos que animan a cada una de ellas deben a su vez corresponder a las exigencias de su medio ambiente o de lo contrario se volverán obsoletas, por lo mismo los propósitos de las instituciones deben cambiar cuando cambian las circunstancias sociales que los rodean y condicionan. Siempre que una institución o empresa busca ponerse a tono con las circunstancias que la rodean, está trabajando en función del cambio, por lo mismo del mejoramiento, ya que solo se puede ser mejor cuando se sirve mejor y solo se sirve mejor cuando se satisfacen las necesidades sociales del medio ambiente en el que la institución se desarrolla.

Por esta razón cuando se busca poner a trabajar conjuntamente las escuelas de medicina y los servicios de salud, básicamente se trata de poner a trabajar conjuntamente "la academia" de las disciplinas de salud, con las experiencias y con el saber hacer de los servicios de salud, con un objetivo explícito de mejorar tanto la formación como la prestación de los servicios

de salud. Por esto se afirma, que la A.D.A. es la mejor estrategia para mejorar, transformar y cambiar tanto la educación médica como la prestación de servicios.

Justificación de la A.D.A.

Sin entrar en discusiones bizantinas sobre la naturaleza de la competencia de las profesiones, resulta preciso aclarar que en esencia aquélla es una mezcla de habilidades y conocimientos estrechamente relacionados con la problemática social prevaeciente, lo cual equivale a decir, con las circunstancias que de todo tipo rodean la práctica de una profesión. Lo anterior no implica que la formación deba ser solamente circunstancial, puesto que en toda práctica existen fundamentos más o menos estables al paso del tiempo, sino que lo circunstancial debe tener su parte ya que todo desarrollo en el tiempo es una lucha enriquecedora entre lo viejo y lo nuevo, entre lo esencial y lo circunstancial.

Con la aparición de un nuevo paradigma en las disciplinas de la salud, se transformaron tanto la teoría como la práctica de los servicios de salud a tal punto que apareció una nueva circunstancia dentro de la cual tiene que realizarse la formación de los recursos humanos en salud, si se quiere que la brecha entre la práctica y las instituciones formadoras no se siga aumentando.

Este nuevo paradigma, que se relaciona fundamentalmente con la naturaleza del fenómeno salud-enfermedad y por lo mismo con la atención concebida como un proceso integral en el cual no pueden faltar la promoción, la prevención y la rehabilitación de la salud junto con la curación, sobre una base de equidad y eficiencia en la utilización de los recursos, implica necesariamente la consideración de una base poblacional, objeto de nuestros esfuerzos y por lo mismo de mecanismos de evaluación de la A.D.A. que permitan conocer el impacto verdadero de los programas tanto docentes como asistenciales, lo cual a su vez cuestiona los objetivos tradicionales y seculares de unos y otros.

Es esta la forma en la que A.D.A., se convierte en estrategia de cambio al posibilitar tanto el cambio en los modelos de formación como en los de servicios mejorando a su vez el planeamiento de cada uno de ellos.

En la medida en la que una población concreta se convierte en el objeto de la A.D.A., ésta posibilita que la atención y la docencia se salgan de los muros de las instituciones y busquen la población en los diferentes niveles de atención de la salud, mejorando la presión demográfica y la presión de los costos, sobre ciertas instituciones como los hospitales de tercer nivel y propiciando cambios fundamentales en la actitud de los docentes sobre los programas extramurales.

Tipos de articulación docente asistencial

De acuerdo con el tratamiento que en un momento dado se le dé al problema del poder, de la autoridad y de la responsabilidad, es decir de acuerdo con el grado de delegación de autoridad y de descentralización de responsabilidades o funciones, la A.D.A. puede tomar tres formas fundamentales: 1) la cooperación, 2) la coordinación y 3) la integración.

A pesar de que en los tres tipos es necesario que se dé algún tipo de integración, la cooperación se caracteriza fundamentalmente por la pobre delegación de autoridad y desconcentración de funciones o responsabilidades, por parte de las instituciones docente y asistenciales comprometidas, en favor de aquellos responsables de desarrollar el programa A.D.A. Este tipo como bien lo dice el término no dejaba de ser un trabajo conjunto y voluntario con otro para alcanzar un fin, sobre el que los cooperantes estaban de acuerdo.

Este tipo de A.D.A. resultaba muy común años atrás cuando como ya se dijo, los objetivos de la práctica médica privada y los de las instituciones de servicios se identifican completamente y el conflicto si se producía era muy débil y fácil de resolver.

En cuanto al segundo tipo en el cual predomina la coordinación se produce fundamentado por la teoría administrativa tradicional en la que se postula que resulta posible interrelacionar los recursos de diferentes empresas o departamentos simplemente por un acto decisorio de naturaleza jerárquica.

Lo cierto al respecto es que dentro de instituciones afectadas de gigantismo funcional, en donde el proceso de especialización del trabajo se ha agudi-

zado hasta el ridículo, no resulta fácil que se produzca una delegación de autoridad importante, aunque se logre claro está la descentralización de funciones.

De aquí surge una imposibilidad estructural para la coordinación, ya que la división funcional de por sí implica atomización, feudalización de las partes frente al todo y por lo mismo, sin una mentalidad conciliadora que haga realidad la coordinación, ésta se convierte en una burla. En este caso concreto, sería mejor llamar al modelo A.D.A. "por conciliación" ya que lo único que puede coordinar las partes de un todo gigantes más o menos atomizado y burocratizado es la negociación puesto que los intereses comprometidos son muy fuertes y el conflicto por lo tanto también lo es.

En cuanto a la A.D.A. por *integración funcional* no sobra decirlo se trata de la verdadera integración docente asistencial e implica necesariamente requisitos organizacionales que le den a la interrelación de las partes comprometidas la característica de sistema o totalidad funcional.

Al respecto es bueno recordar que existen tres formas de pensar la conformación de una totalidad. Existe la totalidad comprensiva o idealista. En ésta, la unidad entre las partes o elementos se hace por la acción de la idea misma de totalidad. Las partes del todo, no serían más que parte de la esencia misma de la totalidad y por lo mismo la totalidad sería preexistente a la existencia misma de las partes. Por ejemplo:

La segunda forma de pensar la totalidad, es la de la totalidad atomística. En ésta, la totalidad no es más que la simple suma de las partes componentes. Este concepto deja de explicar aquello que caracteriza precisamente la totalidad o sistemas y es que éste siempre resulta mayor que la simple suma mecánica de sus partes.

La tercera forma de explicar la totalidad, es la totalidad relacional, en donde la totalidad se explica como conjunto de relaciones. Son éstas las que en última instancia explicarían que la totalidad o sistema sea algo diferente a la simple suma de las partes componentes.

La disgregación anterior se hizo por la siguiente razón: Porque a mi modo de ver la A.D.A. en sus dos tipos principales, como coordinación y como integración para que tengan un impacto importante deben configurar un sistema de docencia-asistencia e investigación. Y para que configuren un sistema entre instituciones diferentes y entre diversos departamentos y dependencias, algo que sea más que la simple suma de ellos, es necesario que configure una totalidad relacional; es decir, que se posea una estructura de relaciones.

Para el caso las relaciones estarían dadas por un conjunto de normas que deben de discutirse y negociarse con anterioridad a la puesta en marcha del programa y que deben referirse entre otras cosas:

- a. Modelos docentes o curriculares.
- b. Modelos asistenciales adaptados a nuestras necesidades y recursos (protocolos de manejo de pacientes).
- c. Modelos de investigación-acción y de investigación para el apoyo logístico del sistema de servicios de salud, que se constituyan en la base para la conformación de un verdadero subsistema de investigación y desarrollo tecnológico.
- d. Modelos de información, puesto que un programa de este tipo, necesita de una información integral (administrativa, docente-asistencial) para la toma de decisiones, la programación y la evaluación).
- e. Modelos de programación y evaluación que permitan una programación ágil y una evaluación global no solo del cumplimiento de las metas como del impacto de los programas.
- f. Modelos de gestión, no solamente a nivel de la alta dirección del programa (por ejemplo para la administración del recurso humano comprometido) sino también en los niveles de operación, lo cual tiene que ver con el grado de delegación de la autoridad y de descentralización de funciones. Dentro de una integración docente-asistencial

bien entendida y sobre todo bien organizada, todas estas cosas deben discutirse y establecerse, de tal forma que se destaquen por su claridad, ya que resultan fundamentales para evitar que se creen expectativas que posteriormente resulten difíciles de satisfacer.

Obstáculos para la A.D.A.

Los obstáculos se derivan de todas aquellas situaciones acumuladas por mucho tiempo y que en el presente actúan como peso muerto convirtiéndose en obstáculos para el trabajo multi e interdisciplinario. En primer lugar la tendencia a la excesiva división del trabajo médico, resultado a su vez del proceso de desarrollo científico y tecnológico acelerado. En segundo lugar el crecimiento funcional exagerado de las instituciones docentes y de servicios de salud que a la larga ha redundado en el gigantismo institucional y la burocratización. Como consecuencia de todo lo anterior la desintegración y fragmentación tanto de las escuelas de medicina como de la atención del paciente.

Debemos tener muy claro que tanto la organización de las escuelas de medicina, como la de los servicios de salud son derivados de una concepción organizativa de la etapa de la industrialización en la cual predominaba el sentido de la institución como fábrica, ya fuera para formar profesionales o para curar enfermos, en donde predomina la concentración de recursos especializados bajo un mismo techo, la división del trabajo, la uniformación, la sincronización de tareas y la centralización; todas razones de ser de los obstáculos que en la actualidad se encuentran para el trabajo coordinado e interrelacionado de varias disciplinas científicas y profesionales.

Requisitos

Hablamos en el capítulo anterior de los obstáculos y si uno se fija en los requisitos, ve cómo ellos tienen mucho con la remoción de aquéllos:

- a. Regionalización de servicios de salud: Tradicionalmente se ha exigido para el desarrollo de programas de A.D.A., la organización de servicios de salud regionalizados por niveles de atención. Sucede que es éste precisamente, un gran paso en el que los servicios de salud le

salieron adelante, a principios de siglo, a todos los modelos organizativos derivados de la industria. Porque la regionalización no es más que un modelo en donde se aplica la descentralización y las economías de escala. Entonces cuando se dice que este tipo de organización de los servicios de salud es un requisito para la A.D.A., se está diciendo a su vez que la empresa formadora de recursos debe de descentralizarse o al menos desconcentrar la organización de sus recursos y programas.

- b. **Respeto por la autonomía institucional:** Uno de los requisitos más importantes para el desarrollo de la A.D.A., ha sido el de que la integración debe realizarse sin interferir la autonomía de las instituciones comprometidas. Esta exigencia tiene su razón de ser en la importancia que cada uno de los elementos fundantes, la docencia y los servicios se dan a sí mismos en la multiplicidad de problemas que se presentan en el quehacer cotidiano, originados en las presuntas violaciones de la autonomía de cada una de las instituciones comprometidas. Este requisito no es sino la otra cara de las dificultades existentes para encontrar un instrumento de trabajo que posibilite hacerlo coordinadamente, con unos objetivos comunes a dos instituciones diferentes y autónomas.
- c. **Adopción de una administración participativa:** El requisito anterior tiene que ver con la necesidad de una administración participativa en todos los niveles, lo cual implica a su vez una planificación y programación conjunta. Esto significa, como ya se dijo, un modelo de trabajo que permita la fijación de objetivos y metas comunes y por lo mismo la utilización conjunta de recursos escasos, dentro de un modelo de programación docente y asistencial conjunta. Este requisito resulta francamente problemático dentro de las condiciones organizativas tanto de los servicios de salud como de las escuelas de medicina.
- d. **Mecanismos adecuados de formalización:** Son requisitos íntimamente relacionados con los anteriores, la A.D.A., exige la existencia de mecanismos adecuados de formalización. Estos mecanismos legales que pueden ir desde un simple convenio, hasta el contrato, deben de tener siempre una base operativa muy concreta y definida. No resulta po-

sible operar un programa docente asistencial en la actualidad únicamente con un compromiso inter-institucional. El compromiso para que se concrete en acciones debe extenderse dentro de una política de descentralización y desconcentración a las unidades operativas responsables tanto de la docencia como de la asistencia. Es allí en donde el contrato o el convenio se hace realidad, y por lo mismo es allí en donde debe hacerse la gestión del proceso de A.D.A.

Lógicamente que tanto los convenios como los contratos de carácter "marco" son necesarios no solo para formalizar el compromiso institucional, como para explicitar una imagen objetivo de lo que se busca alcanzar con el desarrollo de la A.D.A., pero en ningún momento estos documentos de orientación general pueden resultar suficientes.

- e. Necesidad de nuevos modelos docentes y asistenciales: La A.D.A., necesita de nuevos modelos docentes y asistenciales, que permitan precisamente adaptar las disciplinas de la salud y los servicios de salud a una nueva práctica caracterizada por la adopción de un nuevo paradigma de la atención, más integral, más eficiente, y más equitativo fundado sobre una base poblacional.

Cuando se habla de un nuevo modelo docente debe tenerse siempre en cuenta el carácter cada vez más multidisciplinario de la medicina como teoría y como práctica. Si resulta cierto que la medicina se halla en la intersección de muchas disciplinas, también es aún más cierto que esta intersección se multiplica y adquiere cada vez más el carácter de encrucijada en el camino, en la cual a cada momento no sabemos ya qué sorpresa vamos a encontrar, ya que tal es la naturaleza del cambio cultural y tecnológico a que un modelo docente se puede ver sometido en la actualidad. Porque lo que la evolución de la práctica médica está demostrando es de la misma naturaleza que lo que en el campo de la cultura estamos viendo.

Así pues, en la misma medida en la que ya no existe una cultura particular sino una cultura mundial mezcla de absolutamente todo lo que la humanidad ha producido en todas las edades, así mismo la

práctica médica en el futuro no se podrá reducir a lo que en la actualidad conocemos como biomedicina y menos a la medicina tradicional o científica o medicina occidental.

La medicina del futuro, será una mezcla sincrética de todas las medicinas que la humanidad ha conocido. Todo lo anterior, iluminado por una irrefragable verdad, como es la de que "se educa para el futuro"; debe llevar a los diseñadores de modelos docentes, a ser muy elásticos y a no tratar de coagular dentro de un plan curricular una estructura que pudiera convertirse en una camisa de fuerza para la práctica médica futura. A partir de estos últimos años del presente siglo, la regla de oro para el educador médico tendrá que ser la de aprender a caminar en medio de un laberinto de incertidumbres y de verdades viejas y nuevas que muy difícilmente podrán codificarse dentro de la estructura de un plan curricular a largo plazo.

Problemas que se presentan a la A.D.A.

Los problemas que dificultan el desarrollo de la A.D.A. son de tres tipos:

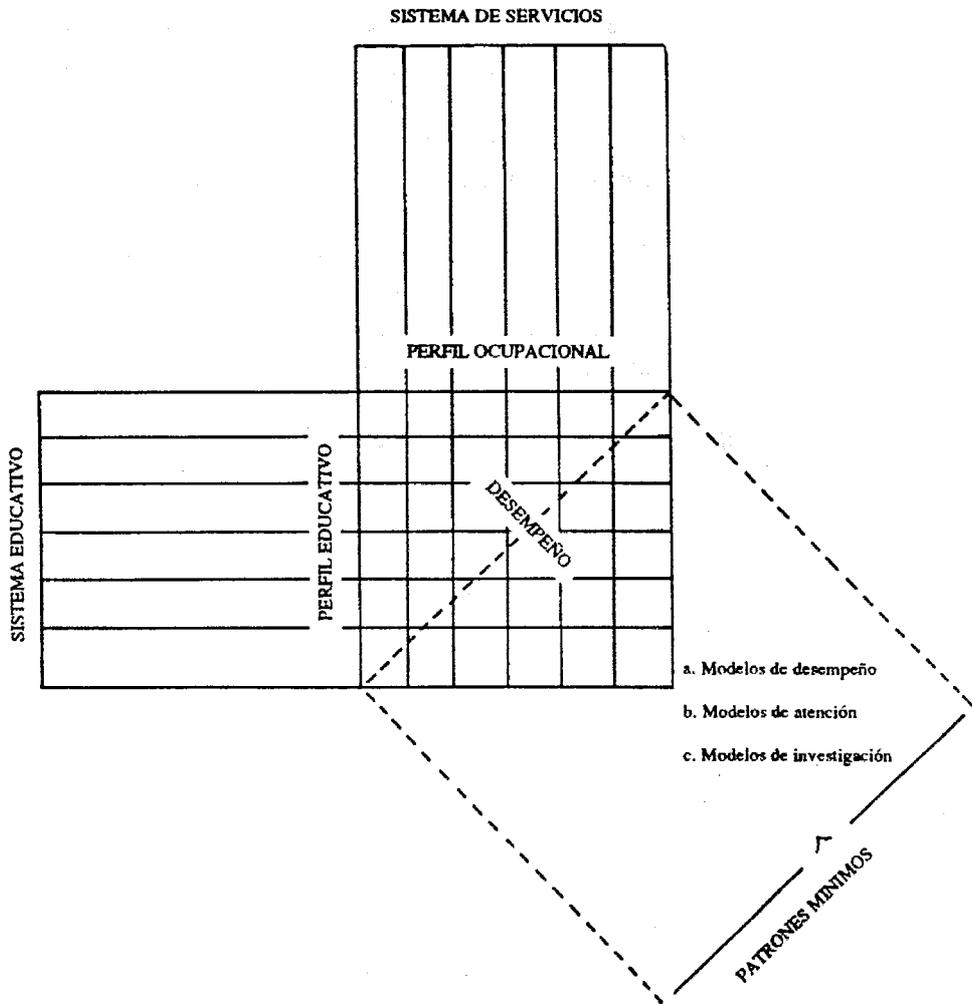
- a. Problemas de política institucional.
- b. Problemas organizacionales y
- c. Problemas operativos

Los problemas de política institucional se refieren básicamente a la falta de políticas institucionales (docentes y asistenciales) (ver gráfico No. 1).

Es necesario decir que una política es una decisión sobre un área de interés público, que tiene un *propósito* definido, unos objetivos claros y un horizonte temporal dentro del cual se pretende realizar tal decisión. Además posee unos instrumentos de programación y de evaluación y unos canales o instrumentos de comunicación.

Lo anterior implica que toda falla en la formulación de la política de A.D.A. necesariamente significa dificultades muy grandes en su ejecución.

Gráfico No. 1



Tomado de: Kissil, Marcos y otros. Problemas de la integración docente asistencial. Serie de documentos de la Asociación Brasileira de Educación Médica. Nro. 6, 1983.

Especial mención debe hacerse de la falta de comunicación ya que lo anterior quiere decir que debe abrirse respecto de la A.D.A. una discusión amplia en cada una de las instituciones comprometidas, sobre todos los aspectos de la política de A.D.A. que se pretende adoptar con la finalidad de asegurar el éxito de aquélla.

También es fundamental, que exista una política muy concreta y bien formulada sobre la A.D.A. en todos los niveles del sistema de salud, tanto nacional, como seccional y local, puesto que ya se mencionó, la participación de todos ellos resulta fundamental en el desarrollo de cualquier forma de A.D.A. que se adopte, ya que es sobre los diferentes niveles de atención donde deben integrarse tanto la docencia como la investigación.

Por último debe hacerse especial referencia a la necesidad de que las instituciones formadoras de recursos, tengan una buena integración entre sus *diferentes departamentos*, lo cual a su vez redundará en una integración de cursos. *Si la enseñanza de las ciencias de la salud se encuentra desintegrada por un crecimiento funcional exagerado*, (especializado) este problema se ve a trasladar a las instituciones de salud, reproduciendo allí su *atomización y dificultando en forma grande la A.D.A.*

Problemas organizacionales. Se refieren fundamentalmente a tres áreas críticas:

- La formulación del proyecto.
- La gerencia del proyecto.
- La financiación del proyecto.

La formulación del proyecto: Entiéndese por formulación el acto de darle forma legal al proyecto y de allí precisamente su importancia.

Los tipos de formalización más comunes son: los convenios, los protocolos y los contratos. Todos ellos tienen sus ventajas y problemas pero de acuerdo con la situación concreta de las instituciones y con el desarrollo de sus

programas. Los convenios y los protocolos pueden estar más relacionados con aquellas formas de A.D.A. más sencillas y flexibles, tales como la cooperación y la coordinación, mientras que se utiliza el contrato para las formas más complejas con objetivos y recursos *complejos como los proyectos de integración docente asistencial*, en las que se relacionan *modelos de formación de recursos humanos novedosos*, con propuestas de organización de los servicios *novedosos*. Estos proyectos que implican una propuesta para el *cambio institucional tienen* que estar respaldados por una contractual en donde se definan muy bien las obligaciones y derechos de cada institución comprometida, los *propósitos, los objetivos, los recursos, los mecanismos de dirección o gestión, los de evaluación y la duración del proyecto.*

La dirección gerencia del proyecto: La dirección gerencial del proyecto resulta fundamental para la A.D.A. Entiéndese por dirección la función que tiene la responsabilidad de coordinar hacia la *consecución de unos objetivos*, recursos humanos, físicos y financieros. Si en condiciones normales esta función resulta difícil, qué decir cuando se trata de coordinar recursos *escasos de diferentes instituciones* hacia objetivos múltiples como es el caso de la A.D.A. Hasta hace poco se había considerado que lo más recomendable para la organización de esta gestión eran las comisiones de alto nivel; locales o regionales, conformadas por representantes de las instituciones responsables del proyecto *con poder normativo y ejecutivo*. Este tipo de organismo de gestión tuvo su vigencia histórica cuando se trataba de la cooperación o de la coordinación, pero pienso que no es lo mejor para la integración. En este sentido mientras más complejos sean los proyectos, más difícil será su dirección por un organismo *centralizado* y más necesaria la descentralización de la gestión.

En este sentido la gestión o dirección de la integración docente-asistencial debe ser responsabilidad de los directores de los *proyectos operativos*, aquellos en donde realmente se realiza la asistencia, la docencia y la investigación.

Solo ellos pueden cumplir a cabalidad con las funciones de impulsar el desarrollo del proyecto, supervisar y evaluar el desarrollo de las actividades y el cumplimiento de los objetivos y la efectiva participación de la comunidad en el proyecto.

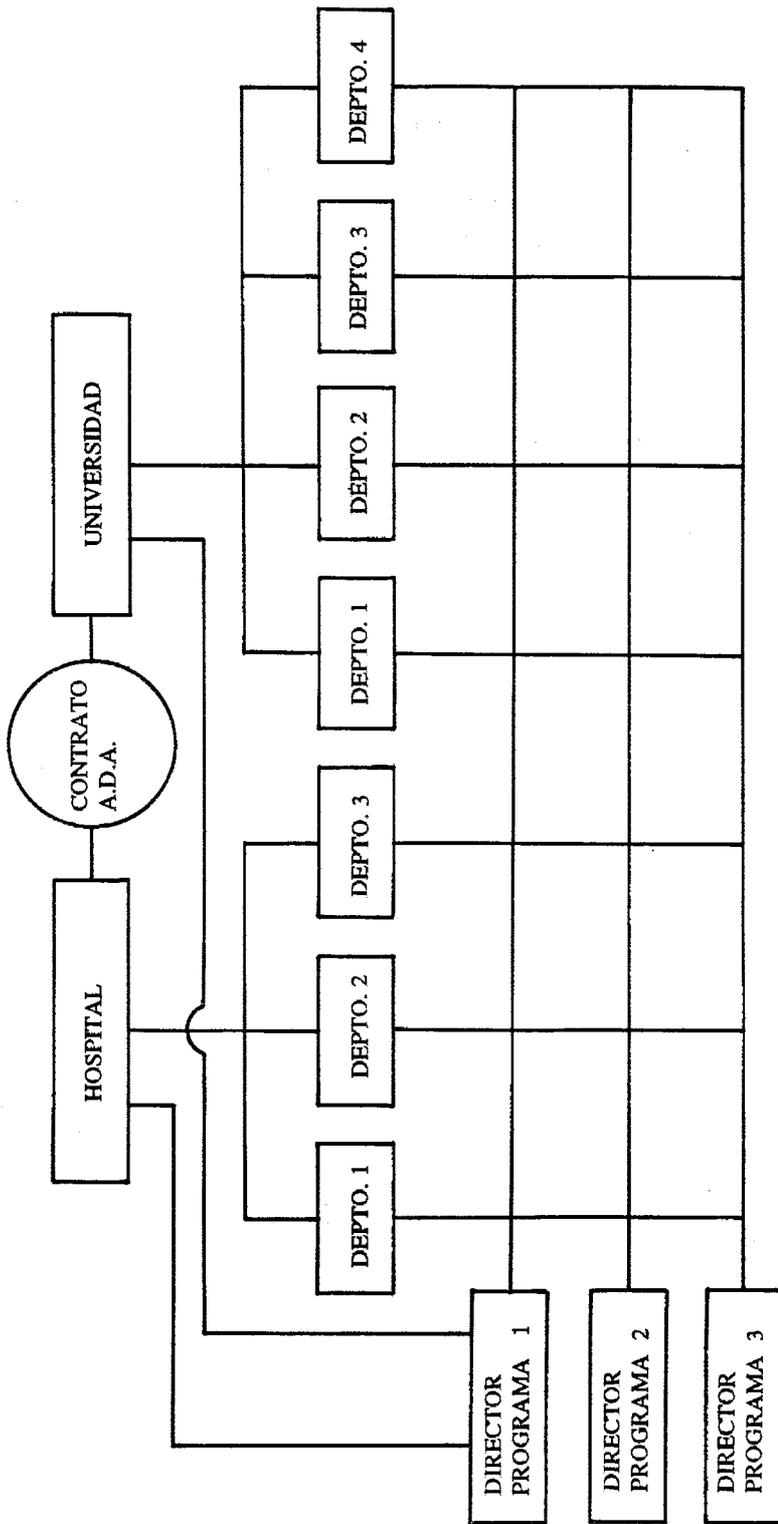
Un instrumento útil para alcanzar la coordinación de recursos escasos, especializados y compartidos, cuando se trata de alcanzar objetivos múltiples y de diferente naturaleza (docentes, asistenciales e investigativos) es la organización matricial utilizada desde hace mucho tiempo en empresas de diferente naturaleza, que precisan de un tipo de organización mucho más moderno que la organización tradicional.

La organización matricial es una combinación de la organización departamental, funcional y vertical, con la de proyectos; en una organización matricial, los proyectos cruzan las líneas funcionales, los grupos de proyectos están conformados por personas que pertenecen a los departamentos funcionales, son asignadas al proyecto por un período específico o durante la duración total del mismo. Una vez terminada su tarea, las personas regresan a sus funciones habituales. En una organización matricial, el director de proyecto y el administrador funcional tienen papeles diferentes, pero cada uno depende del otro. El director del programa tiene una visión administrativa general con respecto a su proyecto y el administrador funcional tiene bajo su responsabilidad el mantenimiento de la integridad de sus funciones; sin embargo ninguno de los dos puede operar sin el respaldo del otro (Betancour, Alberto León. Organización y Administración, Editorial Norma, 1985. Capítulo 9.) (ver Gráfico No. 2).

Es importante destacar en este tipo de organización, el papel del director de proyecto, ya que su énfasis debe estar orientado a aquellas funciones que integran sus operaciones, "La necesidad de *mezclar las acciones* de gran cantidad de grupos diversos y de muchas partes en un todo sistemático está siempre presente. En este sentido el director de proyecto es verdaderamente un *director general*, a pesar de que puede operar a un nivel relativamente bajo dentro de la organización". (Betancour, Alberto León. Organización y Administración, Editorial Norma. 1985. Capítulo 9).

Financiamiento: El financiamiento de un proyecto de A.D.A., debe ser compartido entre las instituciones comprometidas en su desarrollo. El significado exacto de este compromiso financiero debe concretarse en un presupuesto anual de ingresos y egresos para el proyecto. Única forma de darle realismo a las actividades y objetivos del mismo. De lo contrario el proyecto se queda sin piso, a la espera de que la buena voluntad realice el

Gráfico 2
ESQUEMA DE UNA ORGANIZACION MATRICIAL



milagro de sacarlo adelante y hay que aceptar que es ésta la situación más común. De esta indefinición se aprovechan tanto la docencia como en la asistencia y al final de cuentas los pocos éxitos se anotan en el haber de las instituciones en abstracto y los fracasos y problemas se les busca su chivo expiatorio, que en la mayoría de las veces resulta ser el personal del nivel operativo.

Pero si como lo vimos con anterioridad en esta ponencia, el propósito fundamental de la A.D.A., es el de contribuir a mejorar la docencia y la asistencia, definir anualmente las necesidades financieras del proyecto previa evaluación del mismo resulta de fundamental importancia. Solo así podrán ajustarse las metas y objetivos del proyecto y solo así se podrá tener una idea exacta del impacto de éste sobre las necesidades de salud de la población, de lo contrario se corre el peligro de caer en un *continuismo mediocre* y *tranquilizador*, sin mayor impacto para la población y por lo mismo sin ningún sentido.

Para algunos proyectos A.D.A. se ha logrado concretar financiación externa lo cual muchas veces produce el beneplácito de todos. Sin embargo en este campo debe tenerse en cuenta que la financiación de las agencias internacionales casi siempre se encuentra condicionada a logro de determinados objetivos y lo más importante, que es una financiación para el despegue del programa, lo cual contribuye a crear expectativas que posteriormente deben confrontarse con las realidades financieras del país. En este aspecto conviene pues no hacerse ilusiones sobre la financiación extranjera que siempre será complementaria a los recursos nacionales y contar siempre en lo posible con los recursos reales que pueda financiar nuestro país.

Problemas operativos: Los problemas operativos más comunes están relacionados en primer lugar con las grandes dificultades que debido a nuestra formación tenemos para trabajar en equipos multidisciplinarios y lo más grave para que en realidad de verdad se dé la interdisciplinariedad. Y es que el avance de la ciencia y la superespecialización hace que cada vez sea más difícil para cualquiera comprender y meterse en la ciencia de los "otros" y viceversa lo cual produce un aislacionismo muy grande. Solo tal vez la pertenencia a un programa específico con propósito y objetivos muy

claros y con base organizacional adecuada logre derribar murallas y encontrar caminos de trabajo común.

De otro lado encontramos todo tipo de problemas derivados de la falta de equipos y materiales necesarios para las labores docente-asistenciales, agravadas cuando la redistribución de personal, necesaria para implantar un proyecto A.D.A., produce por una falta de conocimientos respecto de los objetivos de este tipo, proyectos y exigencias tecnológicas inadecuadas y difíciles de financiar en los diferentes niveles de atención.

Con relación a los niveles de atención resulta en muchas oportunidades que las distancias y las vías de comunicación se constituyen en muchos casos en fuente de graves problemas operativos, muy específicamente en cuanto se constituyen en serias barreras para la supervisión oportuna, fundamental en estos programas. También son fuente de serios problemas operativos la falta de docentes bien preparados y con un conocimiento adecuado de lo que significa la A.D.A. *como estrategia para el cambio y no como posibilidad para el continuismo* y las dificultades financieras ya mencionadas con anterioridad.

La A.D.A. y la población

Debe quedar muy claro que los propósitos de la A.D.A., orientados a mejorar tanto la docencia como la asistencia, tienen un común denominador y una justificación en cuanto sirven para mejorar las condiciones de salud de una población determinada. Lo anterior significa que la evaluación del impacto de los proyectos de A.D.A. se deberán hacer siempre en términos del impacto sobre la *situación de salud de una población específica y no en términos de los objetivos de un modelo docente o de un modelo asistencial*.

Lo anterior significa así mismo que todo proyecto de A.D.A debe tener un espacio poblacional propio, que sirva de referencia a los proyectos de cambio, no solo de la docencia sino de la asistencia y la investigación.

Las etapas que se pueden agotar en lo referente a la asignación de una población específica para los proyectos de A.D.A., van desde la asignación

de centros de salud a un departamento docente hasta los macromodelos de 500.000 y más habitantes asignados a sistemas de salud globales, pasando por poblaciones intermedias, 5.000 habitantes para un conjunto de departamentos docentes y los micromodelos de 40 a 50.000 habitantes asignados a unidades docentes más grandes como las escuelas o facultades. En este sentido un conjunto de micromodelos pueden llegar a conformar macromodelos más amplios.

La A.D.A. y la participación de la comunidad

Del punto anterior, una población como fin y justificación de la articulación docente-asistencial, una población como núcleo y sujeto de todo el accionar del sistema de articulación entre formación de recursos y prestación de servicios e investigación, se deriva la importancia de la participación de la comunidad en los proyectos de A.D.A.

Ninguna población específica es homogénea y por lo mismo conforma grupos primarios como la *familia* y se organiza en *comunidad* para alcanzar objetivos comunes. La salud de la comunidad es la finalidad primordial del sistema y hacia el logro de esta meta deben confluír todos los actores sociales de esta comunidad organizada, tratando de reducir los conflictos que generan los diferentes condicionantes socio-culturales, por medio de la acción concertada y decidida, a través de un proceso de PLANIFICACION PARTICIPATIVA.

Las características fundamentales de este tipo de planificación participativa, entre los sistemas de servicios de salud, las entidades docentes y la población se desprenden de la posibilidad de trabajar a partir de la definición y explicación de los *principales problemas de salud de una población para* a través de la *deliberación y concertación llegar a propuestas concretas* sobre el desarrollo de nuevos modelos de servicios de salud y por lo mismo nuevos modelos de formación de recursos humanos. Así la planificación participativa se caracteriza por:

- a. Tener como referencia permanente las posibilidades reales de la gente para contribuir a la ejecución del programa del cual es coautora.

- b. Se debe centrar en las necesidades y problemas de la población.
- c. La planificación participativa debe ser flexible. No puede desembocar en programas tecnocráticos rígidamente normativos.
- d. Debe constituir un vehículo de comunicación permanente entre los niveles de concertación y la comunidad.
- e. Debe activar la dinámica comunitaria y fortalecer los procesos organizativos y de participación social.
- f. Tiene un grandioso efecto capacitador no solo sobre la comunidad, sino sobre los profesionales de los servicios de salud y de las instituciones docentes.
- g. Establece coordinación y control colectivos (poblacionales y comunitarios) como garantía del cumplimiento de los compromisos adquiridos (convenios y contratos de A.D.A.).

Bibliografía

1. BETANCOUR, Alberto León. Organización y Administración. Editorial Norma, 1985. Capítulo 9.
2. KISSIL, Marcos y otros. Problemas de la integración docente-asistencial. Serie de Documentos de la Asociación Brasileira de Educación Médica. No. 6, 1983.
3. Universidad de Antioquia, Alcaldía de Medellín - Metrosalud - Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl. Convenio de Integración Docente-Asistencial - Zona Nororiental de Medellín. 1990.