

EDUCACION CONTINUA

Un sistema para personal de Salud-Colombia

Editado por :

**ALFONSO MEJIA VANEGAS, M.D., M.P.H.
AURELIO PABON RODRIGUEZ, M.D., M.S.P.**



CON LA COLABORACION DE LA
ORGANIZACION PANAMERICANA DE
LA SALUD O.P.S./O.M.S. Y
FUNDACION W.K. KELLOGG

Asociación
Colombiana
de Facultades
de Odontología
ACFO

***Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
Ascofame 30 Años***

ISBN 958 - 9189-03-2
© ASCOFAME - COLOMBIA - 1990

Editores:

A. Mejía-Vanegas

A. Pabón-Rodríguez

Impreso en Colombia

Camargo Editores

Apartado Nacional 130 - Chía (C/marca.)



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
FACULTADES DE MEDICINA**

Biblioteca Especializada



**SISTEMA DE EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL
DE SALUD EN COLOMBIA**

EDITORES:

**ALFONSO MEJIA VANEGAS, M.D., M.P.H.
AURELIO PABON RODRIGUEZ, M.D., M.S.P.**

ASCOFAME 30 AÑOS

ACTUALIZANDO LA COMPETENCIA PARA LA SALUD

P A T R O C I N A D O R E S

MINISTERIO DE SALUD

Ministro, doctor José Granada, marzo 1987-junio 1988

Ministro, doctor Luis H. Arraut, junio 1988-febrero 1987

Ministro, doctor Eduardo Díaz, febrero 1989

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES –ISS–

Director General, doctor Rodrigo Bustamante Alvarez

INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR –ICFES–

Director, doctor Galo Burbano, julio 1988-febrero 1989

doctor Marco Palacios Rozo, marzo 1989

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA –ASCOFAME–

Director Ejecutivo, doctor Abel Dueñas Padrón

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA –ACFO–

Director Ejecutivo, doctor Mario Trujillo Vargas

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERIA –ACOFAEN–

Presidenta, Gilma Camacho de Ospino

Directora Ejecutiva, Iraídis Soto

FUNDACION W.K. KELLOGG

ASCOFAME 30 AÑOS
ACTUALIZANDO LA COMPETENCIA PARA LA SALUD

SISTEMA DE EDUCACION CONTINUA
PARA EL PERSONAL DE SALUD EN COLOMBIA

PROYECTO

CONVENIO:

ISS / ASCOFAME
MINSALUD / ASCOFAME
ICFES / ASCOFAME
FUNDACION W.K. KELLOGG / ASCOFAME
ACFO / ASCOFAEN

BOGOTA, NOVIEMBRE DE 1989

FORMULACION DEL PROYECTO:

ALFONSO MEJIA VANEGAS
AURELIO PABON RODRIGUEZ
JACQUELINE MOLINA DE URIZA
NELSA REY DE ASTAIZA

ASESORES Y COLABORADORES TEMPORALES:

VICENTE ZAPATA SANCHEZ
MARTHA LAVERDE DE ORJUELA
MARIO TRUJILLO VARGAS
CLEMENCIA MONTALVO VILLEGAS

DISEÑO DE TEXTO:

Ma. DEL PILAR PINEDA GARCIA

**GRAFICOS Y
DIAGRAMAS**

JUAN SANTOS DE BRIGARD

IMPRESION

CAMARGO EDITORES

W 18
E 244
Ej. 1

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

ASCOFAME

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina es un organismo autónomo, sin ánimo de lucro, fundado en 1959, constituido por las facultades de medicina y por instituciones afiliadas, estrechamente vinculadas con programas de educación médica. Su finalidad fundamental es promover el progreso de la educación en ciencias médicas y paramédicas, entendiendo la enseñanza como un medio para fomentar el nivel de salud de la comunidad colombiana y contribuir así al desarrollo y bienestar del país.

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Presidente

Doctor Luis Alfonso Vélez Correa
Decano Instituto de Ciencias de la Salud –CES–

Vicepresidente

Doctor Jorge Gómez Duarte
Decano Facultad de Salud
Universidad Industrial de Santander

Secretario

Doctor Alberto Vallejo Durán
Decano Facultades de Ciencias de la Salud
Universidad del Cauca

PERSONAL DIRECTIVO – SEDE

**Director Ejecutivo
Doctor Abel Dueñas Padrón**

**Jefe División de Salud
Doctor Alfonso Mejía Vanegas**

**Jefe División Educación
Doctor Humberto Janer Ruiz**

**Jefe División de Evaluación
Diego Giraldo Samper**



C O N T E N I D O

	Página
PRESENTACION	19
1. INTRODUCCION	21
2. ANTECEDENTES	29
Asociación Colombiana de Facultades de Medicina -ASCOFAME-	32
Instituto de Seguros Sociales -ISS-	33
Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior -ICFES-	33
Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería -ACOFAEN-	34
Asociación Colombiana de Facultades de Odontología -ACFO-	34
Ministerio de Salud	34
Comité de Extensión Médica Continua -CEMC-	35

SBA 9871 LI 069/MSA

3.	JUSTIFICACION DE LA EDUCACION CONTINUA	37
	a) <i>Nuevos conocimientos, enfoques o recursos</i>	41
	b) <i>Cambios en las necesidades y demandas de salud</i>	41
	c) <i>Inadecuado adiestramiento</i>	43
	d) <i>Promoción o cambio de trabajo</i>	43
	e) <i>Deterioro en la calidad del desempeño</i>	43
	f) <i>Las propias necesidades de aprender de los trabajadores de la salud</i>	44
	Necesidad de un Sistema Unificado de Educación Continua en Salud	44
4.	MARCO CONCEPTUAL	47
	a) <i>La educación como un continuo</i>	52
	b) <i>La educación continua y el aprendizaje del adulto</i>	53
	c) <i>La educación continua y la metodología de solución de problemas</i>	54
	d) <i>La educación continua y el desarrollo de los recursos humanos en salud</i>	56
	e) <i>La educación continua como proceso integrado</i>	57
	f) <i>La educación continua y la integración docente asistencial</i>	58
	g) <i>La educación continua y el enfoque interdisciplinario e intersectorial</i>	59
	h) <i>La educación continua y el proceso de descentralización administrativa</i>	60
	i) <i>La educación continua y el mejoramiento del desempeño del personal de salud</i>	61
	j) <i>La educación continua y la humanización</i>	62
5.	POLITICAS, ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS	65
5.1.	POLITICAS	70
	<i>Las políticas nacionales de salud</i>	70
	<i>Las políticas del ISS</i>	71
	<i>Políticas del sector educativo</i>	72
	<i>Las políticas de educación continua en salud</i>	73
	<i>Las políticas prioritarias</i>	74
5.2.	ESTRATEGIAS	74
	<i>Integración Funcional en la Base</i>	74

<i>Integración docente-asistencial</i>	77
<i>Integración intersectorial</i>	78
El objetivo: Salud Básica para Todos (S.B.P.T.)	79
5.3. OBJETIVOS DE LA EDUCACION CONTINUA	81
<i>Objetivo General</i>	81
<i>Objetivos Específicos</i>	81
Diseñar sistema unificado de educación continua: actividades	83
Capacitar líderes a nivel nacional, seccional y local: actividades	84
Revisar proceso normativo: actividades	86
Promover cambios en la educación de pregrado: actividades	87
Desarrollar métodos de supervisión: actividades	88
Capacitar en supervisión: actividades	89
Crear sistema acreditación institucional e individual: actividades	90
Promover investigación en servicios de salud: actividades	91
Apoyar actividades locales de salud: actividades	92
5.4. ESTRATEGIAS DE TRABAJO	93
6. DIAGNOSTICO	95
POBLACION	98
MORTALIDAD	101
<i>Mortalidad por sexo y causas</i>	101
<i>Mortalidad infantil</i>	103
<i>Mortalidad 1-4 años</i>	105

<i>Mortalidad 0-4 años</i>	105
INCAPACIDAD	107
MORBILIDAD	107
<i>Morbilidad sentida</i>	107
<i>Morbilidad por examen médico</i>	108
<i>Morbilidad atendida</i>	109
RECURSOS	119
El Sistema Nacional de Salud	119
<i>Instituciones</i>	120
<i>Recursos Humanos</i>	120
<i>Recursos Económicos</i>	122
PROBLEMATICA ADMINISTRATIVA	122
PROBLEMATICA EDUCATIVA	123
7. TEMATICA	125
TEMAS ACTUALMENTE EN DESARROLLO	128
TEMAS PARA GRUPOS ESPECIFICOS DE POBLACION	129
<i>Salud Ocupacional</i>	129
<i>Cuidado integral del anciano</i>	135
<i>Riesgos perinatales</i>	135
PATOLOGIAS PRIORITARIAS	136
<i>Drogadicción</i>	142
<i>Enfermedades de transmisión sexual</i>	142
<i>Estrés</i>	143
<i>Trauma</i>	143
<i>Infarto</i>	144

<i>Caries dental</i>	144
<i>Enfermedades periodontales</i>	144
<i>Aborto</i>	145
<i>Enfermedades de la piel</i>	145
<i>Tumores malignos</i>	145
TEMAS SOBRE DESARROLLO EDUCACIONAL	147
TEMAS ADMINISTRATIVOS	148
<i>Medicamentos esenciales</i>	148
<i>Estudios del trabajo para solución de problemas</i>	149
RESUMEN DE TEMAS	150
8. METODOLOGIA, COBERTURA Y OPERACION DEL PROCESO EDUCATIVO CONTINUO	153
8.1 METODOS EDUCATIVOS	157
Cursos	158
Reuniones	159
Autovaloración	159
Autoeducación	159
<i>Problemas de educación continua</i>	160
<i>Problemas Logísticos</i>	161
8.2 COBERTURA	163
<i>Líderes nacionales de la educación continua</i>	164
<i>Líderes locales</i>	164
<i>Beneficiarios potenciales del programa</i>	164
<i>Comunidad en general</i>	165
8.3 OPERACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA	165

9.	DESARROLLO DEL PROGRAMA	171
9.1.	NORMATIZACION	177
	<i>Justificación</i>	181
	<i>Antecedentes</i>	182
	<i>Atributos deseables de una norma</i>	184
	<i>Control de calidad</i>	185
	Ejemplo del proceso de normatización	186
	<i>Manuales</i>	189
	Ejemplo de preparación de un manual	191
	<i>Objetivos</i>	193
	<i>Actividades</i>	193
9.2	RED DE INFORMACION	195
	<i>Introducción</i>	199
	<i>Antecedentes</i>	200
	<i>Justificación</i>	203
	<i>Objetivos</i>	207
	<i>Actividades específicas</i>	208
9.3	GESTION EN SALUD	211
	<i>Introducción</i>	215
	<i>Antecedentes</i>	216
	<i>Justificación</i>	221
	Supervisión	222
	<i>Objetivos</i>	231
	<i>Actividades</i>	232
9.4	ACREDITACION	233
	<i>Introducción</i>	237

<i>Antecedentes</i>	239
<i>Justificación</i>	242
<i>Objetivos</i>	243
<i>Actividades</i>	243
<i>Pautas a seguir</i>	244
9.5. INVESTIGACION	247
<i>Introducción</i>	251
<i>Antecedentes</i>	252
<i>Justificación</i>	254
<i>Investigación en Servicios de Salud –IESS–</i>	256
<i>Las Necesidades de Adiestramiento</i>	257
<i>Objetivos</i>	258
<i>Actividades</i>	259
9.6. DESARROLLO EDUCACIONAL	261
<i>Introducción</i>	265
<i>Antecedentes</i>	266
<i>Justificación</i>	268
<i>Objetivos</i>	269
<i>Actividades</i>	270
RESUMEN DE ACTIVIDADES POR SUBPROGRAMA Y NIVELES ADMINISTRATIVOS	271
10. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA	275
<i>ORGANIZACION</i>	278
<i>FUNCIONES</i>	280
<i>EVALUACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA</i>	284

11. PRESUPUESTO POR PROGRAMAS	291
12. ANEXOS	301
1. Formularios	303
2. Tablas	305
3. Comités Profesionales	341

PRESENTACION

Es grato para la Dirección Ejecutiva de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina –Ascofame– dar a la publicidad este valioso documento acerca del Sistema de Educación Continua para Colombia, editado bajo los auspicios de la Fundación Kellog. El documento recoge los planteamientos actuales, orientaciones, estrategias y novedades técnicas que sustentan la pertinencia y eficacia de las actividades de educación continua.

Se destaca el esfuerzo de varias instituciones, fundamentalmente del Instituto de los Seguros Sociales, así como de la Fundación Kellog, el Ministerio de Salud, ICFES, Asociaciones de Facultades de Medicina, Enfermería y Odontología y otras, que con la coordinación de Ascofame, han participado activamente en el proceso de desarrollo de la educación continua en el país.

El documento, después de una breve introducción, enuncia los más relevantes antecedentes de una actividad en la cual Ascofame y otras instituciones han tenido participación intensa. Sigue una justificación de la Educación Continua, la cual sustenta la necesidad de un sistema unificado para concentrar recursos, potenciar sus efectos y reducir duplicaciones innecesarias. Se destacan los planteamientos de políticas inherentes a las entidades o sectores participantes. El compendio incluye también las estrategias, objetivos y actividades que de allí se deducen.

El marco conceptual hace énfasis en la importancia de la continuidad de los diversos eventos educativos, en las características de la educación del adulto, en la metodología basada en la solución de problemas, en la integración docencia-servicios, en el enfoque intersectorial y multidisciplinario, en la descentralización administrativa, y en los factores de tipo ético y humanístico.

A partir de un conciso diagnóstico de la situación de salud y de la problemática administrativa y docente, se enuncian, de acuerdo con su importancia y complejidad, más de 30 temas acerca de los cuales incidirá el proceso de educación continua.

El programa que se describe está articulado por subprogramas, a saber, la normatización, la organización de una red de información, la capacitación durante la gestión en salud, el establecimiento de mecanismos de acreditación, la capacitación en investigación y el desarrollo educacional. Para terminar, se plantea una organización administrativa y la manera de evaluar los programas.

Un agradecimiento especial merece el grupo que formuló el proyecto, coordinado por el doctor Alfonso Mejía Vanegas, al cual la Dirección Ejecutiva considera oportuno y justo reconocer los méritos por su excelente laboriosidad y dedicación. Así mismo, los valiosos aportes que para la elaboración del documento se han recibido a través de diversas instituciones y personas del campo docente y de los servicios.

Confiamos que el programa responda a las necesidades de los servicios y de las instituciones docentes en cuanto a las disciplinas de la salud. Nos anima la seguridad de que las actividades propuestas son suficientemente flexibles para responder a las nuevas circunstancias e imprevistos no reflejados en esta versión.

ABEL DUEÑAS PADRON
Director Ejecutivo

1. Introducción



1. INTRODUCCION

El creciente reconocimiento de que la salud es un derecho fundamental de todo ser humano y al propio tiempo, un elemento valioso del patrimonio nacional, determina que la cuestión crucial que se plantea a los decisorios políticos no es si el país debe o puede mejorar los servicios de salud, sino, si puede permitirse no hacerlo. La persistencia de la desigualdad en la distribución de los recursos de salud, tanto dentro como entre los países, es intolerable; constituye un ultraje a la justicia social, un freno para el desarrollo y, ante expectativas de salud crecientes y comunicaciones rápidas, es una amenaza para la paz mundial y la estabilidad política.

Se ha desarrollado consenso en que el mantenimiento de la salud en una sociedad es una tarea de amplitud mucho mayor que la atención médica y que exige conocimientos y aptitudes que rebasan los límites del sector de la salud y los confines del equipo humano de la salud, tal como se le concibe tradicionalmente. Esto no significa, de manera alguna, que el sector de la salud no cumpla o no pueda ni deba cumplir una función esencial en el esfuerzo nacional para aportar la salud a sus gentes. Significa, sencillamente, que con una observación atenta del pasado, una mejor comprensión del presente y una visión realista del futuro, éste podrá desarrollar la firme decisión de eliminar conflictos de intereses y una más positiva función, dentro del espíritu de la integración docencia servicio, cuya única justificación sea la elevación del nivel de salud de la población.

Puesto que el servicio de salud es esencialmente una empresa con gran densidad de mano de obra, el personal es elemento importantísimo.

El desarrollo del recurso humano debe ser más pertinente a las necesidades de salud de la comunidad, menos oneroso y debe mantener plenamente su capacidad para lograr lo que es un objetivo manifiesto de todas las sociedades: la organización de un sistema de desarrollo de los recursos humanos más accesible, más equitativo, más humano y más eficaz. Hace falta algo más que un incremento numérico de la oferta de médicos, odontólogos y enfermeras, por cuanto la calidad y la forma de utilizar el personal son tan importantes como la cantidad y a veces, más importantes que ésta.

El sector de la salud se ha convertido en muchas partes en una organización grande y compleja que rara vez funciona como un todo coordinado; su rendimiento y eficiencia podrían mejorar mucho si se aplicaran técnicas de gestión ya establecidas para otros sectores.

El proceso de desarrollo del personal de salud necesita adoptar los métodos modernos de gestión y de desarrollo educativo para la solución de problemas concretos y para dar a todo el proceso de desarrollo de la fuerza de trabajo en el sector de la salud, la configuración de un sistema unificado e integrado.

El proceso de desarrollo de personal comprende 3 funciones inseparables. En primer lugar, la planeación del personal, es decir, la estimación de los requerimientos actuales y futuros de mano de obra para las actividades de salud, como base para determinar el volumen y la calidad de la oferta de cada categoría ocupacional, que el país necesita para satisfacer la demanda de servicios por parte de la comunidad, en un período dado. En segundo lugar, la definición del tipo y la calidad de la educación y su adecuación para que el trabajador preste servicios congruentes con las necesidades de salud de las comunidades. Finalmente, la administración del personal de salud, que tiene que ver con la selección, el empleo, la motivación, las condiciones de trabajo, la educación continua, la supervisión y la evaluación de su desempeño, cuyos resultados deberán tenerse en cuenta para el desarrollo de su carrera.

El objetivo del proceso de desarrollo del personal es, pues, determinar los requerimientos de la fuerza laboral del sistema de salud y conciliarla con la capacidad de empleo de dicho sistema; seleccionar a los más idóneos y educarlos en la cantidad necesaria para cada categoría ocupacional, y emplearlos y motivarlos con miras a que, con espíritu de equipo, con seguridad y eficiencia, dispensen oportunamente servicios pertinentes, cuando y donde la población los requiera.

En síntesis, el desarrollo del recurso humano es un proceso de planeación, educación y administración de personal idealmente integrado y orientado hacia el objetivo final de dispensar servicios de salud pertinentes a toda la población. Por desgracia este objetivo se pierde con frecuencia en la absurda y enconada contienda de instituciones y grupos profesionales que aspiran a perpetuarse, en la preocupación excesiva por el insumo más que por el producto, por la autosuficiencia de las partes más que por la eficacia y eficiencia del conjunto. Como resultado, las necesidades de la población se subordinan a las necesidades del sistema, es decir, el medio predomina sobre el objetivo.

La educación continua es un componente esencial de la administración de personal; constituye el camino más expedito y corto para desarrollar competencias específicas, que permitan mejorar la calidad del trabajo. Es también el medio más eficaz para adaptar el desempeño del personal de la salud a las necesidades de los servicios.

La educación continua capacita al trabajador de salud para la aplicación correcta de las normas, procedimientos y técnicas prescritos para el cumplimiento de sus responsabilidades, adaptando su desempeño a:

- las nuevas concepciones y cambios estratégicos en el sector de la salud, tales como la “Salud Básica para Todos”, la descentralización administrativa y fiscal, la integración funcional en la base de los servicios de salud, todo dentro de la política del gobierno para la erradicación de la pobreza absoluta;
- los cambios epidemiológicos que ocurren en su propio ambiente (estructura demográfica, mortalidad, morbilidad);
- los cambios impuestos en el desarrollo de la ciencia y la tecnología;
- Las nuevas responsabilidades inherentes al cambio de empleo en desarrollo de su carrera;
- eventuales deficiencias de la educación inicial, la cual, por ejemplo, pudo omitir el desarrollo de competencia para resolver problemas, y
- el uso más económico de los recursos, ayudando así a reducir los costos del cuidado de la salud.

Este último punto, referente al costo cada vez más alto de la atención de la salud, es crítico hoy día. La cobertura creciente, el mayor uso de tecnología costosa y las elevadas expectativas del público, hacen mayores exigencias en el presupuesto de la salud. Sin embargo, los costos de las varias intervenciones para mejorar la salud, raras veces son considerados en la formación inicial. Por lo tanto, existe un amplio campo de acción para que la educación continua induzca al personal de salud a ser más consciente del costo social y eco-

nómico de las decisiones clínicas y administrativas, reduciendo así la presión en los siempre insuficientes presupuestos de los servicios de salud. En realidad, buena parte de los costos de la educación continua podrían recuperarse con base en el ahorro así logrado.

El personal de salud aprecia la educación continua cuando esta le ayuda a resolver los problemas que encara en su trabajo, lo dota con la competencia necesaria para su desarrollo y crecimiento profesional y cuando satisface sus propias aspiraciones de progreso en su carrera.

Con seguridad, la educación continua, inspirada en sanos principios de pertinencia social, epidemiológica y técnico-científica, será bienvenida por las asociaciones profesionales como medio fundamental para ayudar a sus miembros a lograr niveles satisfactorios de competencia y motivación.

En casi todos los países existe por lo menos una semblanza de un programa de educación continua para personal de salud. Sin embargo, con frecuencia la educación continua existente es fragmentaria y errática, menos efectiva de lo que podría ser y a veces, decididamente inapropiada. Frecuentemente, mientras varias personas e instituciones tienen interés en la educación continua y realizan algunas actividades en este campo, las diferentes actividades no están coordinadas.

Los modelos actuales de educación continua suelen tener alguna o todas las deficiencias enumeradas a continuación:

- Los participantes provienen solamente de unas pocas profesiones y localidades. (Generalmente, son especialistas médicos de áreas metropolitanas).
- Utilizan con exceso las conferencias como el método fundamental de educación.
- Los conferencistas se seleccionan de un pequeño grupo de profesores universitarios.
- Los temas enfocan casi exclusivamente los nuevos desarrollos clínicos y terapéuticos.
- Las actividades son patrocinadas por la empresa privada y con frecuencia la agenda de cada evento refleja el interés comercial del patrocinador.
- Son altas las tasas de ausentismo, debido a concomitantes intereses familiares y sociales.
- Obligan a ausencias prolongadas de los sitios de trabajo.

El sistema nacional de educación continua que aquí se propone, está patrocinado por el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguros Sociales, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior y las asociaciones colombianas de Facultades de Medicina, Odontología y Enfermería, que conforman el consorcio que más adelante se menciona.

Hay acuerdo entre los patrocinadores en que la administración del programa es responsabilidad de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, con la colaboración de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología y la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería.

Dada la diversidad de intereses y la dispersión de los recursos, que actualmente se observa en las actividades de educación continua en Colombia, se ha considerado necesario organizarla como un sistema. Este término requiere para nuestros propósitos una precisión, ya que tiene variados significados.

Aquí, sistema no significa una organización que ofrece educación continua, sino la suma de las actividades educativas armónicamente coordinadas para alcanzar máximo sinergismo; incluye también la organización que apoya y administra estas actividades, y, crucialmente, la relación entre las actividades educativas, la administración y las diversas entidades externas que ofrecen atención de salud. El sistema debe ejecutar un programa permanente, a escala nacional, en el cual la tecnología y los recursos se utilicen óptimamente.

Se ha procurado que el contenido y los métodos de los diferentes eventos de educación continua, así como también la estructura y la organización del programa sean congruentes con la plataforma política para el desarrollo social y económico del país, su política de salud y, en particular, con la descentralización administrativa y fiscal, y la integración funcional de los servicios de salud en la base, los cuales constituyen pilares importantes para el logro de la "Atención Básica de la Salud para todos", la versión colombiana de la atención primaria de la salud y uno de los objetivos políticos prioritarios del gobierno.

2. *Antecedentes*

2. ANTECEDENTES

Esta sección recapitula la evolución histórica de la educación continua en salud, en Colombia, a partir de su iniciación formal en 1965 e identifica las actividades desarrolladas por las principales instituciones que han participado en el desarrollo de esta modalidad educativa.

A lo largo de este período y aún mucho antes, algunas instituciones docentes, independientemente o con el patrocinio de la industria farmacéutica, realizaron eventos educativos ocasionales que, aunque valiosos, no se desarrollaban sistemáticamente. Estos programas jugaron un papel importante en momentos en que no se había formalizado todavía la educación de post-grado.

Por otro lado, las sociedades científicas han promovido reuniones periódicas con fines gremiales, sociales y científicos, que en su momento han contribuido al desarrollo del conocimiento y al crecimiento profesional de sus asociados.

La Academia Nacional de Medicina ha fomentado la actualización de sus miembros sobre temas científicos que subsiguientemente, ha difundido a la comunidad científica a través de sus publicaciones.

Las entidades que mayormente han contribuido la educación continua, y que participan en el Consorcio para la operación del Sistema Nacional de Educación Continua del personal de salud, son:

● **Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME)**

La Educación Continua ha sido un área de actividad de ASCOFAME, lo cual es consistente con su misión fundamental de desarrollar la Educación Médica y los recursos humanos para la prestación de los servicios de salud. Sus actividades regulares de Educación Continua se iniciaron a través de un contrato suscrito con el Ministerio de Salud a mediados de la década del 60.

Desde entonces, ASCOFAME ha desarrollado una vasta experiencia en educación continua. Con el patrocinio del Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el ISS, la Asociación llevó a cabo durante el período 1965-1980, un total de 1.393 eventos de educación continua, de los cuales el 81% fueron cursos, 11% programas de adiestramiento individual y 8% seminarios y talleres. Participaron en estos eventos 21.115 profesionales de las ciencias de la salud, predominantemente médicos. La tasa de asistencia de una persona a más de un curso fue de 21% ; los cursos fueron dictados en 378 lugares diferentes.

Estas cifras demuestran la importancia de la labor cumplida por ASCOFAME, dirigida a los profesionales médicos y a veces, a equipos interdisciplinarios.

A partir de 1981, las actividades de educación continua de ASCOFAME se reorientaron, como consecuencia del mayor énfasis que las universidades y particularmente, las facultades de ciencias de la salud dieron a sus propios programas de educación continua. El resultado de esta etapa fue la puesta en marcha de programas nacionales innovadores, por parte de la sede de Ascofame y las Facultades, así como la apertura hacia un estudio de un Sistema Nacional de Educación Continua, concertado desde aquel entonces con la O.M.S.

La División de Salud de ASCOFAME, en su nueva orientación espera alcanzar, entre otros, los siguientes objetivos generales.

- *Aumentar la capacidad de liderazgo y la competencia técnica y gerencial del personal de salud para identificar problemas, definir prioridades, organizar equipos de trabajo y comunidades, negociar y resolver conflictos, asignar y utilizar recursos racionalmente.*
- *Planear y desarrollar mecanismos para armonizar las actividades de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina con las del Sistema Nacional de Salud en todos sus niveles —central, intermedio y local—, con miras a consolidar el proceso de integración docente-asistencial para el desarrollo de los servicios.*

● Instituto de Seguros Sociales (ISS)

El Instituto de Seguros Sociales ha reconocido recientemente que sus servicios tienen serias deficiencias y para superarlas ha formulado políticas para mejorar la salud, las prestaciones económicas y dignificar a sus trabajadores y funcionarios¹.

Como estrategia para el cumplimiento de estas políticas, propone:

- *“Impulsar el desarrollo organizacional y administrativo del ISS, mediante la estructuración de sistemas y procedimientos, la adopción de medidas de control y mejoría de la calidad de los servicios, con participación de los funcionarios, desarrollo del recurso humano y otras iniciativas”.*
- *“Establecer mecanismos de cooperación con las demás entidades del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social, para optimizar la utilización de los recursos, así como también implantar mecanismos de control y supervisión”.*

● Instituto Colombiano de Educación Superior (ICFES)

Desde hace varios años, el ICFES viene apoyando los programas de educación continua de las universidades y de las Asociaciones de Facultades de Medicina, Enfermería y Odontología, específicamente, en lo concerniente a autoevaluación, investigación y formación de los profesionales de la salud.

Actualmente, el ICFES reconoce que uno de los objetivos de la educación superior es estimular la promoción individual y colectiva de los colombianos, tratando de desarrollar sus capacidades y talentos e inculcando inquietudes y anhelos de superación permanente.

El ICFES, consciente de la importancia de este desiderátum, ha decidido apoyar el diseño y operación del Sistema Nacional de Educación Continua, propuesto por ASCOFAME. Es intención del ICFES aprovechar la experiencia que se logre en este programa para extenderlo a otras disciplinas.

¹ Instituto de Seguros Sociales, Colombia. Programa de Desarrollo, Bogotá, 1987.

- **Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN)**

La Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) ha desarrollado en la última década actividades de educación continua apoyada por el Ministerio de Salud, el ICFES, la Oficina Panamericana de la Salud (OPS), la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, la Asociación para Estudios de Población y las unidades docentes que la constituyen.

Con base en la identificación de necesidades, las facultades de enfermería y los organismos de salud delimitaron áreas de interés tales como la investigación, a través del desarrollo de coloquios nacionales y panamericanos y los estudios sobre el desempeño del egresado, que han permitido iniciar investigaciones para reorientar el currículo de las facultades, y la capacitación pedagógica de profesores de áreas básicas y clínicas.

Las demás actividades de educación continua las desarrollan las facultades de enfermería para sus egresados, eligiendo los temas de interés, de acuerdo con políticas formuladas por ACOFAEN.

- **Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO)**

Las facultades de odontología, a través de sus departamentos de educación continua y post-grado, vienen realizando programas de educación continua mediante convenios que se firmaron con la Dirección de Recursos Humanos y los servicios de salud del Ministerio de Salud.

La Federación Odontológica mantiene desde hace muchos años un programa nacional de educación continua, que actualmente ha llevado a la creación del Instituto de Educación Continua.

- **Ministerio de Salud**

En Colombia y en el medio oficial, el Ministerio de Salud ha estado siempre presente en los eventos educativos para el personal de salud en general. Desde años atrás, en coordinación con la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, viene patrocinando estas actividades.

A partir de 1980, ha actuado directamente en un programa de demostración, que ha venido expandiéndose a todo el territorio nacional, dirigido a los profesionales de la salud en los niveles regionales y locales. Tiene como temas las diez primeras causas de morbimortalidad y emplea variados métodos y técnicas educacionales.

Además, el Instituto Nacional de Salud desarrolla programas educativos, que van desde la especialización en ciencias básicas hasta la actualización de conocimientos a través de seminarios y la distribución de material educativo. Igualmente, el Instituto Nacional de Cancerología desarrolla programas para especialización, complementación y actualización de conocimientos del personal de salud.

- **Comité de Extensión Médica Continua (CEMC)**

Otras actividades de educación continua han sido desarrolladas por el CEMC, el cual ha organizado eventos sobre temas de actualidad y educación a distancia, mediante la revista *Tribuna Médica*.

El papel del CEMC en la divulgación sobre temas pediátricos y más recientemente, sobre SIDA, a través de teleconferencias, ha sido encomiable.

De lo anterior se deduce que, dada la gran proliferación de programas de educación continua, algunos con fines lucrativos, y la multiplicidad de agencias patrocinadoras, es difícil evitar la dispersión de actividades y el dispendio de recursos.

Se hace, pues, indispensable reordenar y coordinar las actividades de Educación Continua, que realizan actualmente diferentes entidades, para proveer oportunidades de aprendizaje que respondan mejor a los problemas prioritarios de salud de la comunidad, a la necesidad de proveer servicios costeables y eficientes por parte del Sistema de Salud, y a satisfacer el natural deseo de desarrollo profesional del personal de salud.

3. Justificación de la Educación Continua

3. JUSTIFICACION

Esta sección está basada fundamentalmente en las ideas expuestas por el doctor Alfonso Mejía al presentar el programa de Educación Continua ante la XII Asamblea de ASCOFAME¹ y en la publicación "Continuing the Education of Health Workers. A Workshop manual"².

La mayoría de las consideraciones sobre la importancia de la Educación Continua se centran sobre los cambios políticos, sociales, económicos y epidemiológicos que alteran la magnitud y naturaleza de los problemas de salud y sobre el acelerado desarrollo científico y tecnológico que enriquece la gama de opciones para resolver dichos problemas. La explosión del conocimiento y de sus medios de transmisión, enfatiza la necesidad de administrar este fenómeno adecuadamente, en beneficio de la salud humana, individual y colectiva.

1 Mejía, A. "Desarrollo de un Proceso Integrado de Educación Continua en Colombia". Revista Colombiana de Educación Médica. ASCOFAME, Vol. 1: 1, 1988, pp. 161-164.

2 Abbat, F.R.; Mejía, A. "Continuing the Education of Health Workers. A Workshop manual". World Health Organization, Ginebra, Suiza, 1988.

La Educación Continua es necesaria por cuanto la educación inicial (básica o de pregrado), independientemente de su duración, no garantiza un desempeño idóneo indefinidamente.

Capacita sólo para iniciar una carrera y, aunque idealmente debe desarrollar actitudes para un aprendizaje permanente, esto raramente ocurre en la práctica; sin educación continua, la competencia decrece progresiva e inexorablemente.

Parte de la educación inicial no es congruente con los requerimientos de la práctica y una inevitable "tasa de olvido" tiende a menguar la competencia desarrollada. Aunque la experiencia consolida conocimientos, destrezas, actitudes y juicios, puede también inducir prácticas erróneas y actitudes indeseables.

La educación continua implica una importante inversión de tiempo, esfuerzo y dinero por parte del individuo, el sistema de salud y la comunidad y debe, por lo tanto, programarse cuidadosamente. El ingrediente esencial de la educación continua es la información y la instancia crítica es la comunicación, el mecanismo para transmitirla de manera oportuna, pertinente y exacta.

John Naisbitt ha señalado que en la sociedad industrial el poder estuvo representado por el capital en manos de unos pocos; en la sociedad contemporánea, la sociedad de la información, el poder es la información al alcance de todos¹.

La inversión para educación continua del personal de salud debe considerarse esencial y justificada; el país ha invertido cuantiosos recursos en la formación de su personal disponible y, la competencia de éste será progresivamente menos exacta, menos significativa y menos pertinente a las necesidades de salud de las comunidades y a los requerimientos de los servicios, a menos que la educación continua sea capaz de garantizar el acceso a la información.

Los sistemas de salud contemporáneos registran aumento creciente de sus costos y se mira a la educación continua como un instrumento promisorio para hacer al personal de salud más consciente de las implicaciones económicas y sociales de sus decisiones clínicas y administrativas.

¹ Naisbitt, J.; Aburdene, P. *Reinventing the Corporation*. London: Macdonald & Co. Ltd., 1986, pp. 2-24.

Ultimamente se percibe un cierto descontento de la comunidad sobre la calidad y la forma como se dispensan los servicios de atención médica, lo cual coincide con una mayor conciencia sobre su derecho a la salud. A esto se agrega la plétora de médicos y los desequilibrios ocupacionales del personal de la salud, la escalada de costos de los servicios y el aumento de los casos de práctica incorrecta; todo ello ha producido una especie de crisis de credibilidad que, a su turno, ha generado presión social y clamor popular al exigir mayor responsabilidad del personal de salud ante el público por sus acciones y omisiones, y más intensa participación de la comunidad en la prestación de servicios.

Se pueden enunciar varias razones importantes para justificar la Educación Continua:

a) Nuevos conocimientos, enfoques o recursos

El desarrollo de un nuevo enfoque, como la aplicación de la atención primaria de la salud, el uso de una nueva droga o equipo, requiere de acciones de educación continua.

Las nuevas políticas sobre Salud básica para todos, la ampliación de cobertura y el mejoramiento de la calidad de la atención, la organización y funcionamiento del sistema nacional de salud, la descentralización política, administrativa y fiscal para la prestación de servicios a nivel local, el reordenamiento de la red hospitalaria y de las finanzas, y la participación de la comunidad exigen nuevas oportunidades de educación continua para que el personal de la salud esté en condiciones óptimas para interpretarlas e implementarlas.

El mundo de hoy es consciente del cambio en los paradigmas científicos y de los avances científicos y tecnológicos, que exigen actualización para el manejo de los nuevos patrones que rigen la ciencia y la cultura.

b) Cambios en las necesidades y demandas de salud

Cambios espectaculares han ocurrido en las necesidades y demandas de servicios de salud en los últimos decenios, como consecuencia de alteraciones en la estructura demográfica y epidemiológica de los países y de las innovaciones introducidas por la investigación biomédica y por la investigación aplicada a los sistemas de salud.

En la medida en que se controla la incidencia de la infección, el parasitismo y la desnutrición en los países en desarrollo, se insinúa en algunos

de ellos el patrón de enfermedad dominado por las enfermedades crónicas y degenerativas, y los accidentes que predominan en los países desarrollados. El control de la fecundidad humana, la erradicación de algunas enfermedades y la ampliación de las posibilidades de prevención y tratamiento de otras, están acelerando cambios estructurales en la morbilidad y generando nuevas formas de una patología cuyo control exige cambios en las políticas y estrategias de salud y de educación.

En muchos países industrializados comienza a delinearse, además, una patología social y ambiental relacionada con cambios en las condiciones de la familia, la comunidad, la escuela y el lugar de trabajo que se manifiesta en el aumento de la violencia, la soledad, el ruido, el consumo del alcohol y del tabaco, la sobrealimentación, el abuso de drogas alucinógenas, los embarazos precoces y el exceso de velocidad al conducir automotores, todo en proporciones epidémicas.

Las enfermedades inducidas por el comportamiento humano aumentan en un número creciente de países. Estas enfermedades, causadas por el estilo de vida, son controlables; pero, no es fácil modificar los hábitos que la sustentan, tan profundamente arraigados en la cultura. Tampoco es fácil contrarrestar la influencia de la publicidad, pagada por la industria, para fomentar el consumo del tabaco, el alcohol, los sustitutos de la leche materna y otras prácticas malsanas. El incremento de la población mayor de 65 años está creando en algunos países lo que P.D. O'Neill denomina los "nuevos parias del siglo XX". El anciano se ha llegado a considerar un ente improductivo que es preciso recluir lo más pronto y al menor costo posible.

Los sistemas de salud requieren nuevas técnicas para cambiar el comportamiento individual y el estilo de vida de la gente, para identificar grupos de alto riesgo, de esta nueva patología de la comunidad, que no responde a la terapia tradicional. El médico, por consiguiente, deberá calificarse no sólo para el control y el tratamiento de procesos agudos, sino también para asumir estas nuevas responsabilidades y conocer mejor la biología del envejecimiento, la psicología del adolescente y el manejo técnico y administrativo de la enfermedad crónica, la desviación del comportamiento de los jóvenes y la patología social, tanto a nivel individual como colectivo.

Los cambios son notables y continuos en cada país, en cada continente y en el mundo. El gran interrogante que se plantea es en qué medida la orientación de los servicios de salud corresponden a la meta social de

alcanzar la salud para todos en el año 2000. Aún más importante es en qué medida la educación en ciencias de la salud se interesa y responde a esa meta, con objeto de disminuir los problemas y desigualdades en el acceso a los servicios.

c) Inadecuado adiestramiento

El personal de salud carece de formación para solucionar problemas de salud de las comunidades y para utilizar recursos que antes no estaban disponibles.

Una política prioritaria en el momento actual es apoyar las soluciones requeridas para los problemas de las comunidades como un concepto integral de la salud. El personal de salud no se encuentra capacitado para abordar semejante reto con eficiencia y prontitud, lo cual evidencia la necesidad de preparar líderes para el trabajo comunitario y adecuar las competencias del personal existente a los nuevos requerimientos de la sociedad.

d) Promoción o cambio de trabajo

La reorganización de los servicios de salud y la transferencia de responsabilidades entre los miembros del equipo de salud implica alteraciones en el papel tradicional de cada trabajador. Por otra parte, cada vez se da más importancia a la necesidad de formular políticas de incentivos y de proveer oportunidades de crecimiento profesional para el desarrollo de la carrera de cada trabajador de salud. Tanto las reorganizaciones administrativas como los cambios de personal (promociones, permutas y reasignaciones) implican redefinición de los cargos existentes o traslados a cargos diferentes, que habrán de ser desempeñados en un nuevo contexto. La educación continua contribuye a llenar vacíos de las competencias y a disminuir la inseguridad que a menudo suscitan estos cambios.

e) Deterioro de la calidad del desempeño

Es difícil mantener la motivación y los estándares cuando se trabaja en situaciones aisladas. Como ya se dijo, con el tiempo la competencia decrece progresiva e inexorablemente, si no se mantiene la persona en un proceso de autoaprendizaje y educación permanente. Es inevitable caer en la rutina y degradar la calidad cuando se carece de una actitud inquisitiva, que lleve a una búsqueda continua de nuevos descubrimientos, nuevas metodologías y estrategias para el desempeño óptimo.

Coombs plantea precisamente como una de las causas mundiales de la crisis de la educación "la pérdida de la calidad"².

f) **Las propias necesidades de aprender de los trabajadores de la salud**

La mayoría de los trabajadores de la salud quieren continuar aprendiendo; ellos reconocen sus deficiencias y les gustaría remediarlas. El hombre es consciente de que es un líder inconcluso, que es tan solo un proyecto de vida, que siempre se puede perfeccionar y educar, y esta justa aspiración del ser humano sólo puede satisfacerse mediante la Educación Continua.

Necesidad de un Sistema Unificado de Educación Continua en Salud

Es necesario organizar un sistema unificado de educación continua, que lleve a la concertación política, técnica, educativa y financiera de las varias instituciones que se unen para proporcionar un programa coherente de actividades educativas, que conduzcan al aprendizaje permanente y progresivo.

Un sistema de educación continua incluye las personas, las políticas, los planes, las funciones y las instalaciones de varias instituciones que han aceptado trabajar mancomunadamente. Así, pues, un sistema de educación continua es un mecanismo de coordinación para un enfoque intersectorial y multidisciplinario de la educación continua. Un mecanismo coordinado deberá dar al sistema suficiente flexibilidad para que identifique y adopte el tipo de configuración que mejor responda a la situación local o nacional. La educación continua, como un sistema, facilitará la participación comunitaria, actuará como un catalizador entre las instituciones y asegurará el uso racional de los recursos provenientes de los varios sectores, agencias y programas.

Hay ventajas en organizar la educación continua con la orientación y el propósito de que se estructure y opere como un sistema, es decir, como un conjunto de elementos interrelacionados para alcanzar un objetivo específico. Cuando esto ocurre, el programa adquiere un enfoque amplio, se facilita la participación comunitaria, se coordinan o integran las varias instituciones y centros de decisión en los diferentes sectores, y los recursos de todo orden (políticos, técnicos, administrativos, educativos y financieros) de las diferentes instituciones patrocinadoras se unen para constituir un programa coherente de actividades educativas, con una secuencia lógica que conduce al aprendizaje progresivo.

2 Coombs, Philip H. *La crisis mundial de la educación*. Barcelona: Gráficas, 1974.

Un sistema de educación continua es orgánicamente parte integrante de otro sistema más amplio y se relaciona funcionalmente con otros sistemas. Desde el punto de vista orgánico, un sistema de educación continua debe concebirse como parte del Sistema Nacional de Salud, del Sistema Nacional de Educación y del Servicio Civil del país respectivo. Debe relacionarse también con la formación inicial o de pregrado en la medida en que los errores identificados a través de la educación continua, dan lugar a que se instituya la acción correctiva. Por otro lado, la educación inicial debe desarrollar actitudes positivas hacia el aprendizaje permanente autodirigido, lo cual mantiene la competencia.

La administración del sistema de salud tiene repercusiones inevitables en la educación continua del personal de salud, por lo cual, es importante que los métodos de gestión sean utilizados para alcanzar niveles satisfactorios en la prestación de los servicios; la educación continua es uno de los medios, tal vez el más efectivo, por el cual el personal aprende nuevas técnicas y desarrolla nuevas actitudes.

El enfoque sistémico de la educación continua estimula la coordinación de sus actividades con enfoque intersectorial y multidisciplinario.

Todo lo anterior justifica la concertación de esfuerzos de ASCOFAME, ACFO y ACOFAEN con el Ministerio de Salud, el ISS y el ICFES para participar en la organización y operación de un Sistema Nacional de Educación Continua, orientado hacia el desarrollo de las nuevas políticas de salud del gobierno, dentro del espíritu y la práctica de la integración docencia-servicio.

4. Marco Conceptual



4. MARCO CONCEPTUAL

Para los propósitos de este proyecto, la educación continua es:

“El conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permiten al trabajador de salud mantener, aumentar y mejorar su idoneidad para que ésta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades. La Educación Continua debe ser pertinente a las necesidades de salud de la comunidad y congruente con sus recursos y planes para satisfacerlas; comprende una amplia gama de experiencias de muy diversa índole, aun las más informales, tales como encuentros con colegas, comunicaciones postales y muchos otros métodos, presenciales y a distancia”¹.

La Educación Continua es un instrumento efectivo para la adquisición, actualización y profundización de conocimientos científicos, tecnológicos y administrativos tendientes al mejoramiento de la capacidad y destreza de los individuos. La Educación Continua facilita así la movilidad ocupacional, el crecimiento profesional y el desarrollo de carreras. De esta manera, contribuye al mejoramiento de la eficiencia de los servicios.

¹ Mejía, Alfonso. Desarrollo de un Proceso Integrado de Educación Continua en Colombia. En: Revista Colombiana de Educación Médica, Vol. 1, No. 1, 1988, p. 162.

La Educación Continua es un proceso dinámico y creativo, que mejora la atención de la salud de las comunidades, racionalizando la utilización de los recursos existentes en los sectores de la salud y de la educación, particularmente en lo atinente a la competencia y comportamiento del recurso humano.

La Educación Continua retroalimenta los programas de pregrado, puesto que de su ejercicio se desprende un permanente cuestionamiento de la formación inicial o básica de los profesionales e igualmente, es un instrumento de apoyo para la formación de docentes y una forma de someter a prueba metodologías y material educativo innovador.

Para que la educación continua alcance la plenitud de su potencial, esta debe ser *pertinente*, es decir, congruente con las necesidades y demandas de los servicios de salud y con los recursos y planes que estas puedan arbitrar para satisfacer tales necesidades. Una comprensión cabal de la magnitud, naturaleza y estructura de dichas necesidades y demandas es requisito esencial para asegurar la pertinencia.

Para ser pertinente, la Educación Continua debe ser consistente con las políticas, estrategias y planes del Sistema Nacional de Salud, en cuanto estos respondan a las necesidades y demandas de salud de la comunidad.

Pertinencia, en este contexto, es la medida en que la educación continua responde a las competencias que el personal de salud debe desarrollar para dispensar los servicios que la sociedad demanda, con el fin de satisfacer sus necesidades de salud. Los responsables de la Educación Continua deben evitar a todo trance una formación no pertinente, porque ella representa un desperdicio evitable de tiempo y dinero, es fuente de frustraciones y tiene graves repercusiones éticas y sociales.

La pertinencia de la Educación Continua exige una clara e inequívoca descripción de las funciones y responsabilidades de cada miembro del equipo para prestar los servicios de salud, en cada nivel de operaciones. Esto, a su turno, presupone la existencia de descripciones de cargos que estipulen las tareas específicas asignadas a cada trabajador. Sin esta descripción, es difícil formular objetivos del aprendizaje en términos de comportamiento, determinar contenidos y curriculares realistas y disponer de parámetros válidos para supervisar al trabajador y evaluar su desempeño.

La comunicación es un ingrediente esencial de una educación continua pertinente. Para asegurarla, se deben crear canales expeditos, que garanticen una conexión fluida, oportuna y exacta entre los procesos de la formación básica

o de pregrado, los de postgrado y los de la educación continua. Sólo de esta manera es posible rectificar las deficiencias y lagunas de la educación de pregrado y postgrado, identificadas durante la educación continua. Así mismo, es necesario establecer un canal de comunicación entre los responsables de la educación continua y los supervisores, para enterarse del desempeño del personal. Tal información debe ser transferida a los responsables de la formación para introducir las modificaciones que correspondan en los contenidos y métodos de la educación continua.

Un factor importante, que dificulta la comunicación entre los diferentes estamentos mencionados, es la tradicional fragmentación del proceso de desarrollo de los recursos humanos (planeación, formación y utilización) y el divorcio entre los responsables de la educación de pregrado y la educación continua. La separación tradicional entre Ministerio de Salud e instituciones doncentes para el personal de salud, dificulta el desarrollo de consenso sobre la preparación requerida por el personal, para satisfacer las necesidades de salud de las comunidades. Se debe preservar la congruenciis entre lo que el trabajador debe hacer y lo que realmente hace en la práctica.

Este programa de educación continua tiene varias características que lo distinguen:

- a) Concibe la educación como un “Continuo”, es decir, como un proceso incesante y perenne.
- b) Singulariza la educación y el aprendizaje del adulto.
- c) Sustenta la educación basada en la metodología de solución de problemas.
- d) Promueve el desarrollo de los recursos humanos en salud.
- e) Concibe la educación continua como un proceso integrado.
- f) Tiene en cuenta la integración docencia-servicio.
- g) Utiliza el enfoque multidisciplinario e intersectorial.
- h) Apoya la descentralización política, administrativa y fiscal.
- i) Se basa en el desempeño profesional.
- j) Hace énfasis en la humanización de la atención en salud.

a) La educación como un continuo

Parte de la premisa de que el ser humano permanece siendo un ser educable hasta finalizar su existencia y que el sistema debe ofrecerle oportunidades para aprender de manera continua, según la naturaleza de su desempeño personal y profesional.

*"Por lo tanto, la educación continua incluye todas las experiencias de aprendizaje, no únicamente cursos de actualización, y discurre desde cuando se termina la capacitación inicial hasta el retiro. Se interesa en una amplia gama de competencias y no simplemente en los conocimientos directamente relacionados con la provisión de la atención en salud"*¹.

La fase de pre-adiestramiento de la educación primaria y secundaria desarrolla destrezas sobre el lenguaje, la comunicación, las matemáticas y la lógica. La capacitación profesional o vocacional inicial se basa en las destrezas ya aprendidas y prepara al personal de salud en las competencias necesarias para la práctica; generalmente, termina con la asignación de una calificación o diploma a los estudiantes que tuvieron éxito.

A partir de este momento, el trabajador de la salud en ejercicio puede continuar su capacitación en tres formas: 1. mediante estudios de postgrado, que conduzcan a una mayor especialización; 2. por la experiencia adquirida en la práctica de la atención en salud; 3. a través de la educación continua. Los límites entre estos tipos diferentes de aprendizaje no son claros y no deben serlo, ya que todos se superponen².

*"La educación formal (primaria, bachillerato, universidad) ha estado inscrita dentro de los determinantes de espacio y de tiempo, esto es, de edad y de institución, de lo cual se deduce que no permanece a lo largo de la vida. En cambio, la educación no formal campea por lo ancho y largo de la vida". No posee etapa propia y exclusiva. "La educación no formal se prolonga hasta la ancianidad porque la educación supera toda barrera de edad y de tiempo"*³.

1 Abbatt, F.R.; Mejía, A. Continuing the Education of Health Workers. A workshop Manual. Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 1988.

2 Ibid., pp. 10 y 11.

3 Borrero, Alfonso. Educación Permanente. Bogotá, 1982, p. 1-D.

En consecuencia, se asume que la educación no-formal es un proceso que permanece actuante a lo largo del tiempo que dure la existencia humana. Es, pues, “Educación Permanente”, porque el acto o acción educativa permanece a lo largo del suceso concatenado de las edades de cada individuo, y a través de todas las situaciones e instituciones sociales en que el hombre se encuentre o se desempeñe a lo largo de su vida. La educación no-formal es, pues, “permanente”, es “continua”.

Estos dos atributos caracterizan el hecho educativo no-formal. Permanencia y continuidad, que no pocos teóricos de la educación de hoy equiparan a “un estado o situación del espíritu”, una actitud continua y permanente del individuo. “Una situación de reforma, de re-educación del sistema educativo total”.

De lo anterior se concluye que educación no formal, educación permanente y educación continua son sinónimos.

b) La Educación Continua y el aprendizaje del adulto

La educación del adulto (andragogía) tiene características propias, que la distinguen de la educación del niño y del joven.

Al adulto no se le enseña; se le estimula para que descubra sus propias necesidades de educación y se le motiva para el autoaprendizaje. Por lo tanto, es deseable que los programas de educación continua estimulen actitudes positivas hacia el autoaprendizaje y que se desarrollen en escenarios donde el adulto aprenda por sí mismo.

La educación del adulto debe basarse en los siguientes principios:

- El proceso de aprendizaje está condicionado por sus propias experiencias, necesidades, intereses y estilos de aprendizaje.
- La participación activa es esencial.
- Está enfocada a la solución de problemas prioritarios.
- Debe estimular la creatividad en la búsqueda de iniciativas para un mejor desempeño.

- El espíritu de investigación es uno de los pilares de la educación del adulto.

En resumen, la educación continua para el adulto debe ser pertinente a sus propias necesidades personales y laborales, consistente con sus expectativas y contribuir a su satisfacción y realización personales.

c) La Educación Continua y la metodología de solución de problemas

La educación apunta al desarrollo de cinco capacidades básicas del ser humano: las habilidades intelectuales, las destrezas motoras, las estrategias cognoscitivas, las actitudes y el manejo de la información¹.

Mediante las habilidades intelectuales, el hombre discrimina, conceptualiza, aplica reglas y por sobre todo, *soluciona problemas*, lo cual es, evidentemente, el nivel más integrador y superior en el proceso de aprender.

Mediante las destrezas, adquiere habilidad neuromuscular, destreza motora y agilidad manual.

Mediante las estrategias cognoscitivas, desarrolla sus potencialidades y procesos internos para aprender, discernir, investigar, concluir, decidir y sortear las situaciones problemáticas.

Mediante las actitudes, manifiesta disposiciones favorables hacia su profesión, su trabajo y su vida personal; solidaridad social ante la familia, la comunidad y sus problemas, y espíritu humanitario en sus relaciones individuales.

Mediante el manejo de información, desarrolla capacidad para seleccionar, codificar y utilizar la información que le ofrece el desarrollo científico y la tecnología contemporánea.

Este programa se propone facilitar el desarrollo armónico de las capacidades de los profesionales de la salud, con énfasis en la metodología de solución de problemas. Al proporcionar una solución práctica a un problema, el trabajador de la salud adquiere una capacidad nueva, aprende algo que puede generalizar a otros problemas que tengan características formales similares. Esto presupone que ha adquirido una nueva regla, o acaso, un nuevo conjunto de reglas.

1 Cagné, Robert M. Las condiciones del Aprendizaje, México, Edit. Interamericana, 1979.

El concepto de solución de problemas y cómo orientar la enseñanza para desarrollar las habilidades propias de este proceso, es actualmente discutido por varios grupos académicos en el campo de la medicina. Los comentarios de los estudiantes en las evaluaciones de cursos reflejan la necesidad de incrementar las oportunidades de solución de problemas y de disminuir el énfasis en el aprendizaje memorístico. En la reunión de Caracas de 1976, donde se definieron los principios básicos para el desarrollo de la educación médica en la América Latina y el Caribe, se recomendó la aplicación de la formación científica en la solución de problemas médicos, el fomento del espíritu de investigación basado en los principales problemas de salud en cada región o país, y el desarrollo del currículo en forma integrada. Sin embargo, muy a menudo estas discusiones se desarrollan sólo entre docentes y se centran exclusivamente en los aspectos conceptuales, sin llegar a una clara definición de cómo se pueden desarrollar efectivamente las habilidades y destrezas intelectuales que esta modalidad de aprendizaje entraña.

La variedad de términos usados para describir el proceso de solución de problemas en medicina, tales como juicio clínico, síntesis, formulación de problemas, solución de problemas médicos, toma de decisiones, etc. ha dificultado el desarrollo de consenso sobre el significado e implicaciones de este proceso y cómo debe enseñarse. El proceso de solución de problemas, en general, se refiere a la identificación de una situación problemática, a la obtención de datos concernientes a esa situación y a la aplicación de la información obtenida para lograr una solución apropiada”¹.

La “Declaración de Edimburgo”, con la cual cristalizó la Conferencia Mundial de Educación Médica, formuló la siguiente recomendación trascendental:

“Integrar la educación en las ciencias y la educación práctica, utilizando el método de solución de problemas en escenarios clínicos y de la comunidad como base de aprendizaje”².

1 Shumway, James; Vargas, Elsa; Keller, Leonard. “Métodos para la enseñanza de solución de problemas en las Escuelas de Medicina. En: Revista Educación Médica, Vol. 18, No. 1, 1984.

2 Federación Mundial de Educación Médica. Declaración de Edimburgo. Informe de la Conferencia Mundial de Educación Médica. Edimburgo, 1988.

La esencia del aprendizaje basado en problemas radica en proporcionar a los educandos una situación problemática, que constituye un reto o tarea que los estimula al aprendizaje de tópicos aplicables a otras situaciones que, seguramente, tendrá que afrontar en su vida profesional. Con apoyo tutorial, analizan luego los diferentes aspectos y factores del problema (básicos, clínicos, epidemiológicos, administrativos, éticos) y exploran mecanismos para proponer soluciones al problema. Una instancia incitante de este método es la formulación de objetivos educacionales, por los mismos estudiantes para resolver el problema en cuestión.

La mayor dificultad práctica en el fondo del aprendizaje basado en problemas es la adopción y seguimiento de una estrategia programada para el desarrollo progresivo de competencias para resolver problemas, de manera que se facilite la capacidad de análisis y de extrapolar estas experiencias en la solución de otros problemas, y de establecer juicios más eficientes que los logrados a través de tradicionales métodos memorísticos.

d) La Educación Continua y el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud

La administración de salud debe asegurar el máximo beneficio de los recursos disponibles. Entre estos, el más importante y más costoso es el recurso humano. Consiguientemente, una de las responsabilidades ineludibles del sistema de salud del país es proporcionar el número correcto de cada tipo de personal para cumplir su compromiso institucional de proteger la salud de los ciudadanos. Para asegurar que el personal tenga las capacidades apropiadas, se requiere que esta responsabilidad sea compartida solidariamente con el sistema educativo, las universidades e instituciones docentes.

Esta provisión de recursos humanos de salud se logra mediante un apropiado adiestramiento inicial, el cual requiere ser complementado por educación continua para allanar deficiencias de la formación inicial y para responder a circunstancias cambiantes.

La administración de los recursos humanos de salud cubre la vinculación del personal al sistema de salud, su selección, empleo y la preservación de su motivación, asegurando su satisfacción en el trabajo y desarrollo y crecimiento profesional. Con este objetivo, el desempeño de

los trabajadores de la salud debe supervisarse utilizando, entre otras, técnicas de autoevaluación, estudios del trabajo y descripción de cargos.

Así concebida, la educación continua reside en el corazón de la administración del sistema de salud, más concretamente, de la repartición responsable del desarrollo de los recursos humanos de salud, a su turno, articulada con el sistema educativo.

En síntesis, es evidente que el desarrollo institucional de la salud radica fundamentalmente en la calidad de sus recursos humanos y por tanto, las instituciones de salud deben ser copartícipes de la educación continua para preservar el buen desempeño de su fuerza laboral, mediante estrategias que combinen el estudio y el trabajo.

e) La Educación Continua como Proceso Integrado

El desarrollo de los recursos humanos es, teóricamente, un proceso de adecuación, en el sentido de que trata de encontrar el tipo y la combinación de competencias e insumos más adecuados para que los servicios de salud dispongan del personal necesario en todas las zonas geográficas, niveles de operación, especialidades e instituciones; tiende a asegurar, además, que el personal se desempeñe competentemente y esté motivado, mediante la supervisión, la educación continua, la provisión de incentivos y adecuadas condiciones de trabajo.

Para que esto ocurra, se requiere que el desarrollo de recursos humanos sea integrado; es decir, que la planificación, la formación y la utilización de personal estén íntimamente articuladas. Teóricamente, estas funciones son complementarias e interdependientes y constituyen un proceso integrado e indivisible.

La educación continua, concebida como un proceso integrado dentro del espíritu de la articulación docencia-servicio, puede constituir el eslabón que enlace los elementos del proceso. En efecto, funcionalmente la educación continua abarca elementos de cada una de las tres funciones básicas del proceso de desarrollo de recursos humanos y orgánicamente, debe funcionar como un sistema integrado, con uniformidad de política, unidad programática y con concentración de recursos.

Lo anterior tiene las siguientes implicaciones prácticas:

- *Que la educación continua ocupe un justo lugar entre las prioridades nacionales de la salud.*

- *Que los requerimientos de la educación continua estén explícitamente consignados en los planes de los recursos humanos para la salud.*
- *Que las deficiencias en el desempeño, identificadas durante la educación continua, sean informadas a los responsables de la educación inicial para que se instituya la corrección correspondiente.*
- *Que la educación inicial desarrolle actitudes positivas hacia un aprendizaje permanente.*
- *Que las instituciones responsables de la educación inicial sean copartícipes de la educación continua, de la valoración del desempeño y de la supervisión.*
- *Que la educación continua se oriente hacia el desarrollo de competencias para resolver problemas específicos en el desempeño de las acciones de la salud.*

f) La Educación Continua y la Integración Docencia-Servicio

La crisis actual de la formación profesional hunde sus raíces en el divorcio entre la escuela y el mundo real, en la ruptura entre la educación y el trabajo, en el abismo entre la salida del universo estudiantil y la entrada en la vida productiva, en la discrepancia entre la formación recibida y el primer empleo, en la divergencia entre el sistema de valores del estudiante en la universidad y los del joven en el trabajo, en los conflictos entre el deseo de innovación de los estudiantes y la resistencia de los docentes. Es decir que los dos universos, el educativo y el laboral, están polarizados y permanecen radicalmente indiferentes el uno del otro. “El gran problema es el de la articulación entre el proceso educativo y el mundo laboral, articulación que habría que determinar, establecer e instaurar en la práctica educativa”¹.

“Los esfuerzos de la comunidad internacional reflejan las grandes tendencias de las diversas acciones para que tanto en contextos de opulencia como de penuria, se puedan sentar las bases que requiere la elaboración de modelos de articulación educación-trabajo”².

1 UNESCO, Morsy, 2. Aprender y trabajar. Imprimerie de Presse Universitaire de France, Vendôme (Francia), 1988.

2 *Ibíd.*

En el campo de las ciencias de la salud, se busca hacer realidad la tendencia anterior con la estrategia llamada integración docencia-servicio, como un medio de promover la educación continua dentro de la problemática social y de adecuar el proceso de formación de recursos humanos a las características socioeconómicas y epidemiológicas de la comunidad.

Para efecto de este programa, se interpreta la integración docencia-servicio como “el proceso mediante el cual, a partir del conocimiento de la comunidad se vinculan en forma dinámica los esfuerzos docente-asistenciales y la investigación, con el propósito de formar recursos humanos para la salud, ampliar la cobertura de los servicios, elevar la calidad de los mismos y mejorar los niveles de salud”.

g) La Educación Continua y el enfoque interdisciplinario e intersectorial

La atención de la salud implica enfrentar la multicausalidad de la enfermedad en toda su complejidad, con una actitud multidisciplinaria e intersectorial, donde se conjuguen profesiones, ciencias, saberes, esfuerzos públicos y privados en torno a la búsqueda de alternativas para satisfacer las necesidades y demandas identificadas de servicios de salud. En efecto, “La interdisciplinariedad persigue la urgente articulación de las profesiones y de los profesionales para que en concierto nacional, investiguen y ofrezcan mejores respuestas y soluciones a los complejos problemas técnicos y sociales del mundo contemporáneo”¹

La prestación de los servicios de salud no es competencia o responsabilidad preponderante de una sola disciplina o sector; por lo tanto, las acciones de actualización del personal en ejercicio deben favorecer un trabajo interdisciplinario y concertado, con espíritu de equipo. El enfoque de la interdisciplina y de la concertación ha sido liderado por las tres asociaciones de facultades de ciencias de la salud (ASCOFAME, ACFO, ACOFAEN) en los últimos tres años, a través de los programas de Salud Familiar, Docencia-Servicio y Autoevaluación institucional.

La experiencia interdisciplinaria se ha potenciado con el enfoque intersectorial adoptado decididamente por este programa de educación

¹ Borrero, Alfonso. La interdisciplinariedad. Bogotá, 1983-1984.

continua. En efecto, el programa convoca la acción y patrocinio de diversas instituciones involucradas en el proceso de planeación, formación y utilización de los recursos humanos en el campo de la salud, tales como el Ministerio de Salud, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, el Instituto de Seguros Sociales, la Escuela Superior de Administración Pública, entre otras.

Por otra parte, el sistema de educación continua considera en su organización, el apoyo en los niveles intermedio y local de núcleos integradores para la ejecución de actividades de educación en servicio. Donde existan Centros Primarios de Docencia-Servicio, serán estos los que asuman tal responsabilidad.

Estos núcleos invitarán a las instituciones docentes en las disciplinas de la salud, intermedias y locales, a que formen parte de tales comités, bajo cuya responsabilidad estará la ejecución, supervisión y evaluación de las actividades que se realicen. Se ha propuesto para estos comités la denominación de Comités de Integración Funcional (CIF), con las responsabilidades que se describen más adelante.

A este efecto, en algunos casos, será necesario ampliar su composición para adaptarlos a los intereses y objetivos de cada programa en su respectiva jurisdicción.

h) La Educación Continua y el proceso de descentralización administrativa

La Ley 12 de 1986 y el Decreto 77 del 15 de enero de 1987 establecen y reglamentan la descentralización política, administrativa y fiscal, en beneficio de los municipios, mediante la cual se busca el fortalecimiento de las atribuciones locales y se estimula la participación ciudadana en las decisiones relacionadas con servicios del Estado, su organización, vigilancia y control.

Esta transferencia de funciones a los municipios implica reordenamientos administrativos para cuyo desarrollo se requiere capacitación de las comunidades y del personal responsable, para que adquieran idoneidad en el manejo autónomo de su propio desarrollo y en el logro de esquemas participativos acertados.

La participación organizada de la comunidad permitirá identificar necesidades y demandas, preservar los intereses comunes, definir objetivos

económicos, políticos, sociales y propender por una racional asignación de los recursos disponibles y por su óptima utilización en la jurisdicción respectiva.

Un esquema de participación organizada de la comunidad debe fundamentarse en el reconocimiento de las expectativas sociales, con la orientación de un liderazgo calificado.

Los líderes para los nuevos sistemas locales de salud cumplirán un papel definitivo en la programación del desarrollo social y económico, en la administración de los recursos del municipio y en la coordinación de las diversas instituciones competentes para, con acertado manejo intersectorial y multidisciplinario, abordar los problemas locales integralmente.

El programa de educación continua propende por el desarrollo de este tipo de liderazgo en salud, en los niveles seccional y local, para que los municipios generen autónomamente proyectos y eventos de educación en servicio para el personal de salud, y de los sectores anexos. La estrategia general del Programa apoyará las iniciativas pertinentes de los líderes en estos dos niveles.

i) La Educación Continua y el mejoramiento del desempeño del personal de salud

El programa hace énfasis en la revisión y/o formulación, por parte de expertos, de las normas, procedimientos y técnicas (NPT) que deben aplicarse para la atención de salud y la administración de los servicios. Estas normas, una vez adoptadas o promulgadas por el Ministerio de Salud, se difundirán a través de diferentes medios y estrategias educativas.

Los líderes de salud de los niveles seccional y local organizarán los eventos de educación continua que sean necesarios para que el personal de salud de sus respectivas jurisdicciones sea informado sobre la existencia, manejo e importancia de la aplicación de las normas. Los líderes llevarán a cabo actividades de supervisión para conocer el grado de aplicación de las NPT por parte del personal de salud y su incorporación a la rutina institucional. De esta manera, se espera mejorar sustancialmente el desempeño del personal y de los servicios de salud en general.

Ante todo, la educación continua debe procurar que el profesional aprenda a ser, a hacer, a convivir y a descubrir la trascendencia de su actividad, en el contexto de la institución y de la comunidad a las cuales está vinculado.

j) La Educación Continua y la humanización

Para un adecuado desempeño del personal del sector salud, tanto a nivel de formación como de prestación de los servicios, no basta con poseer conocimientos científicos y habilidades técnicas en relación con las responsabilidades rutinarias. Es necesario desarrollar, además, actitudes que garanticen la dimensión humana de la atención y que contribuyan a disminuir o disipar la creciente deshumanización de los servicios de salud.

El humanismo, en este sentido, refleja una predisposición auténtica a manifestar valores humanos en cada aspecto de la actividad profesional. Esta actitud está orientada hacia el respeto por la libertad, la dignidad, la concordia, el sufrimiento y por los valores y creencias individuales. Se traduce en una manera considerada y juiciosa de responder a un problema o necesidad individual o colectiva.

Una actitud humanitaria o humanística comprende:

- Integridad intelectual
- Capacidad de comunicación
- Interés y respeto por los valores de los demás
- Simpatía y sensatez en las relaciones con los pacientes y sus familias.

La integridad intelectual obliga a reconocer honestamente los límites de la propia competencia. La capacidad de comunicación es un elemento crítico en todas las ocupaciones de la salud, aunque su naturaleza y grado de sofisticación varían de una a otra disciplina, según tipo y nivel de responsabilidad y según características del entorno. El interés y respeto por los valores de las demás reconoce el derecho de colegas y relacionados a discrepar de muchas opiniones y a respetar sus ideas y creencias. La simpatía y sensatez en las relaciones con pacientes y sus familias se refiere a consideración ante la enfermedad, el sufrimiento y la solidaridad ante situaciones de pobreza, carencias y limitaciones individuales, familiares y comunitarias.

La educación continua debe orientarse dentro de un espíritu humanístico, donde no solamente importe el saber, sino también la aplicación

de los valores éticos y los principios morales, que rigen la práctica de las profesiones de la salud, dentro de un espíritu de convivencia y solidaridad social en la prestación de los servicios.

5. Políticas, Estrategias y Objetivos

5 POLITICAS, ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS

Marco Político de la Educación Continua

El desarrollo del personal de salud en general, entraña decisiones políticas y depende del tipo de sistema político de cada país. Los planes para el desarrollo del personal de salud se deben fundamentar en las leyes y en las políticas vigentes, que a menudo involucran a otros sectores distintos del sector de la salud. En Colombia existe un cuerpo coherente de políticas del gobierno; una de estas políticas es la erradicación de la pobreza absoluta y otra la descentralización política, administrativa y fiscal.

Hay, por otra parte, las 7 políticas que abajo se enumeran y que constituyen la plataforma de la política de salud del país. Estas políticas se realizan a través de estrategias para cuya formulación y desarrollo es preciso tener en cuenta las orientaciones, los recursos y limitaciones del sector y así evitar que sean simples anhelos sin viabilidad.

Las decisiones políticas se formulan no sólo a nivel nacional, sino también a nivel departamental, local e incluso a nivel institucional. Este punto tiene importancia, puesto que la descentralización administrativa otorga un alto grado de autonomía a los municipios colombianos y los convierte en importantes centros de decisión.

La identificación de las autoridades encargadas de formular las políticas y la comprensión de los fundamentos y razonamientos en que tales políticas se apoyan en cada nivel, son elementos importantes para la elaboración y ejecución de los planes de desarrollo del personal de salud, en general, y de la educación continua, en particular. La importancia relativa que se da a las consideraciones políticas, económicas, sociales, legales, técnicas y éticas, en la adopción de decisiones, influye grandemente en la preparación de los planes y de las estrategias que se adopten para su ejecución.

Una de las tareas más arduas que aguardan a los responsables de planificar la educación continua del personal de salud es la armonización de todos estos criterios distintos y el establecimiento de opciones para la política de recursos humanos para la salud y la educación continua, que sean coherentes con otras políticas económicas y sociales. Relacionar la preparación del personal de salud y la demanda efectiva de sus servicios con las políticas del país no es fácil.

La promoción de la salud, el desarrollo de los recursos humanos y de la educación continua en particular, requieren concertar consultas interinstitucionales y con frecuencia, intersectoriales, que permitan decidir sobre la ejecución de los planes. Ello implica la vinculación de los procesos técnico y político, y entraña el conocimiento de las decisiones tomadas en relación con la salud y el desarrollo de los recursos humanos para la salud por los órganos legislativos, las autoridades del poder ejecutivo, los organismos de control, los encargados de la planificación socioeconómica, los administradores de salud de diferentes niveles, los planificadores del desarrollo de recursos humanos, los educadores y directores de programas y los miembros de otros órganos y grupos profesionales. Estas consultas, indispensables en todo el proceso de planificación del desarrollo del personal de salud y de la educación continua, deben proseguir permanentemente, aunque quizás, con menos intensidad, pero son necesarias para garantizar una armónica ejecución del plan. Es esta una labor ardua, que es preciso adelantar con paciencia, tacto e inteligencia, pues tiene tanta trascendencia como los aspectos puramente técnicos del programa.

Se debe partir de las políticas que rigen los sectores de la salud y de la educación, y de las políticas específicas para la educación continua, aprobadas en la XII Asamblea de la Asociación de Facultades de Medicina, ASCOFAME, en agosto de 1987.

En esta Asamblea, el Director Ejecutivo reiteró la necesidad de desarrollar un sistema nacional de educación continua, con base en la siguiente sustentación:

- Proliferación de programas, generados por diversas instituciones y organismos, sin coordinación, coherencia y consistencia.
- Apertura de programas internacionales que requieren acoplamiento nacional y evaluación permanente.
- Iniciación de un proceso de comercialización de la Educación Continua.
- Ausencia de sistemas de evaluación, supervisión y monitoría.
- Necesidad de promover, por medio de la Educación Continua, un sistema factible de recertificación para médicos generales y especialistas.

En consecuencia, la Asamblea adoptó como una de sus prioridades y políticas... "diseñar, implementar y desarrollar un Sistema Nacional de Educación Continua en Colombia y para el efecto, autorizó al Consejo Directivo y a la Dirección Ejecutiva de ASCOFAME, a adelantar las gestiones necesarias para lograr cumplir este programa.

La Asamblea sugiere que se cree un clima propicio para utilizar la Educación Continua, de manera concertada con el Gobierno y las sociedades científicas como medio nacional de recertificación (médicos generales y especialistas)"¹.

Los objetivos establecidos para el sistema constituyen la forma de traducir las políticas en hechos, los cuales a su vez, requieren estrategias que hagan factible su cumplimiento.

¹ Dueñas, Abel. Informe del Director Ejecutivo a la XIII Asamblea de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. En: Revista Colombiana de Educación Médica. Vol. 1, No. 1, Bogotá, 1988.

5.1. POLITICAS

Las políticas nacionales de salud

Las políticas nacionales de salud, vigentes, son las siguientes:

- “— ... *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 la atención de las enfermedades más comunes de la población.*
- *Ampliar la cobertura y mejorar la calidad en la atención de salud a los asalariados para elevar su productividad y su bienestar físico, síquico y laboral, mediante el control de la afiliación a la seguridad social y el cumplimiento de las normas relativas a la salud ocupacional.*
- *Modernizar la estructura, organización y funcionamiento del Sistema Nacional de Salud, para garantizar su capacidad operativa y de gestión, y lograr la integración de los servicios brindados por las entidades adscritas al ministerio del ramo con los organismos del sistema de seguridad social y del 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 Sistema Nacional de Salud, 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 de la 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 efectiva 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 desa-*

rollo de acciones participativas para la identificación y prevención de riesgos y la educación y promoción para el autocuidado de la salud”.

Las políticas del ISS

Según el informe del primer año de labores, el director general del ISS¹, plantea como políticas de la institución:

- Mejoría de los actuales servicios.
- Extensión de cobertura.
- Dignificación de los funcionarios.
- Relaciones con beneficiarios, patronos y comunidad.
- Fortalecimiento financiero.

“... El Instituto de Seguros Sociales viene trabajando, desde 1987, con el Ministerio de Salud, el Instituto de Fomento de la Educación Superior (ICFES), bajo la coordinación de ASCOFAME, en un esfuerzo que busca establecer un sistema de educación continua en el país, en el área de la salud, tanto en sus aspectos técnicos y científicos como administrativos. Comprende las funciones básicas de planeamiento, formación y utilización de personal...”.

A través de esta política, el ISS busca:

- Ofrecer oportunidades de capacitación en servicio al mayor número posible de trabajadores de salud...
- Aumentar la competencia técnica y administrativa del personal de salud para identificar y resolver los problemas...
- Estimular la capacidad del personal de salud para valorar su nivel de competencia...
- Integrar la Educación Continua con el proceso educativo formal y enlazarla con el desempeño ocupacional...

¹ Bustamante, Rodrigo. Informe del primer año de labores, marzo 1987-marzo 1988, Bogotá, Colombia.

- Contribuir a consolidar la relación entre el proceso educativo y el mercado laboral, particularmente el Sistema Nacional de Salud...
- Dar suficiente flexibilidad a la Educación Continua para responder a las necesidades de aprendizaje individualizado, cuando sea requerido”.

Las políticas del sector educativo

Las políticas del sector educativo son:

- Garantizar la educación básica a toda la población, como fundamento de la organización ciudadana, de la acción social y política y del crecimiento productivo, cultural y científico.
- Elevar la calidad de la educación en los niveles básicos, como condición esencial para el desarrollo del hombre, artífice del desarrollo económico, social y político.
- Aumentar la eficacia y eficiencia del aparato educativo estatal, a través de una mejor administración y una reasignación equitativa de los recursos.

Para el logro de estas políticas, se desarrollará, dentro del programa de Educación Básica para Todos, el de Educación Básica Continuada.

Este programa busca ofrecer un conjunto de procesos metodológicos y pedagógicos, que permitan atender en forma permanente las demandas de formación de los sectores pobres de la población, en aspectos de salud, nutrición, vivienda, bienes básicos y atención al hogar, en correspondencia con la edad y sus intereses particulares.

Con este fin, se desarrollarán procesos educativos presenciales o a distancia, con la participación de los estudiantes avanzados de educación secundaria, de ciencias de la educación y de todos los maestros del país.

Educación superior.

Las acciones previstas para la educación superior, integradas dentro del sistema universitario estatal, procuran ante todo el avance cualitativo de la formación universitaria, la racionalización en el uso de los recursos, una mejor interrelación con los restantes niveles educativos y un desarrollo universitario equilibrado en las distintas regiones del país.

Se busca también integrar el nivel post-secundario a los demás niveles del sistema educativo, a través de la revisión del sistema actual de formación de docentes y la reorientación de los programas, en función de las necesidades educativas del país.

Se impulsa, además, la evaluación de todos los programas actuales de post-gradado y se fomenta la formación de doctorados de alto nivel científico e investigativo.

El servicio social obligatorio se extenderá a todos los estudiantes de post-secundaria, acción que requiere la modificación de las normas vigentes y favorece el desarrollo de programas e iniciativas de las instituciones, que respondan a las políticas de erradicación de la pobreza y de generación de empleo.

Las políticas de educación continua en salud

- Ofrecer oportunidades de capacitación en servicios al mayor número posible de trabajadores de salud, con enfoque interdisciplinario y, cuando sea requerido, también con enfoque de equipo, bien para completar un ciclo de formación, ya para actualizar su competencia, o para progresar en su carrera.*
- Aumentar la competencia técnica y administrativa del personal de salud para identificar y resolver los problemas prioritarios en el área de su responsabilidad.*
- Estimular la capacidad del personal de salud para valorar su nivel de competencia y arbitrar los medios para preservar la calidad de su desempeño.*
- Integrar la educación continua con el proceso educativo formal y enlazarla con el desempeño ocupacional para asegurar, por un lado, la continuidad del proceso educativo y, por otro, su pertinencia a los requerimientos del trabajo.*
- Contribuir a consolidar la relación entre el proceso educativo y el mercado laboral, particularmente el sistema nacional de salud, para asegurar el desarrollo integrado de los recursos humanos y los servicios de salud, dentro del espíritu de articulación docente-asistencial.*
- Dar suficiente flexibilidad a la educación continua para responder a las necesidades de aprendizaje individualizado, cuando sea requerido.*

Las políticas prioritarias*

Dentro de la plataforma integrada por las 7 políticas de salud ya descritas, los responsables de las decisiones en el Ministerio de Salud han identificado 3 políticas críticas, una especie de “prioridad de prioridades”, a las cuales se les deberá conceder cierta prelación en una primera instancia. Brevemente enunciadas, estas políticas son:

- *Descentralización política, administrativa y fiscal.*
- *Desarrollo administrativo y control de gestión.*
- *Reordenamiento del gasto y refinanciación del sector.*

5.2. ESTRATEGIAS

Tal como se ilustra en el diagrama No. 1, estas políticas se deben implementar a través de otras tantas estrategias, cada una de las cuales se refiere a un determinado nivel de integración:

- *Integración funcional en la base*
- *Integración docente-asistencial*
- *Integración intersectorial*

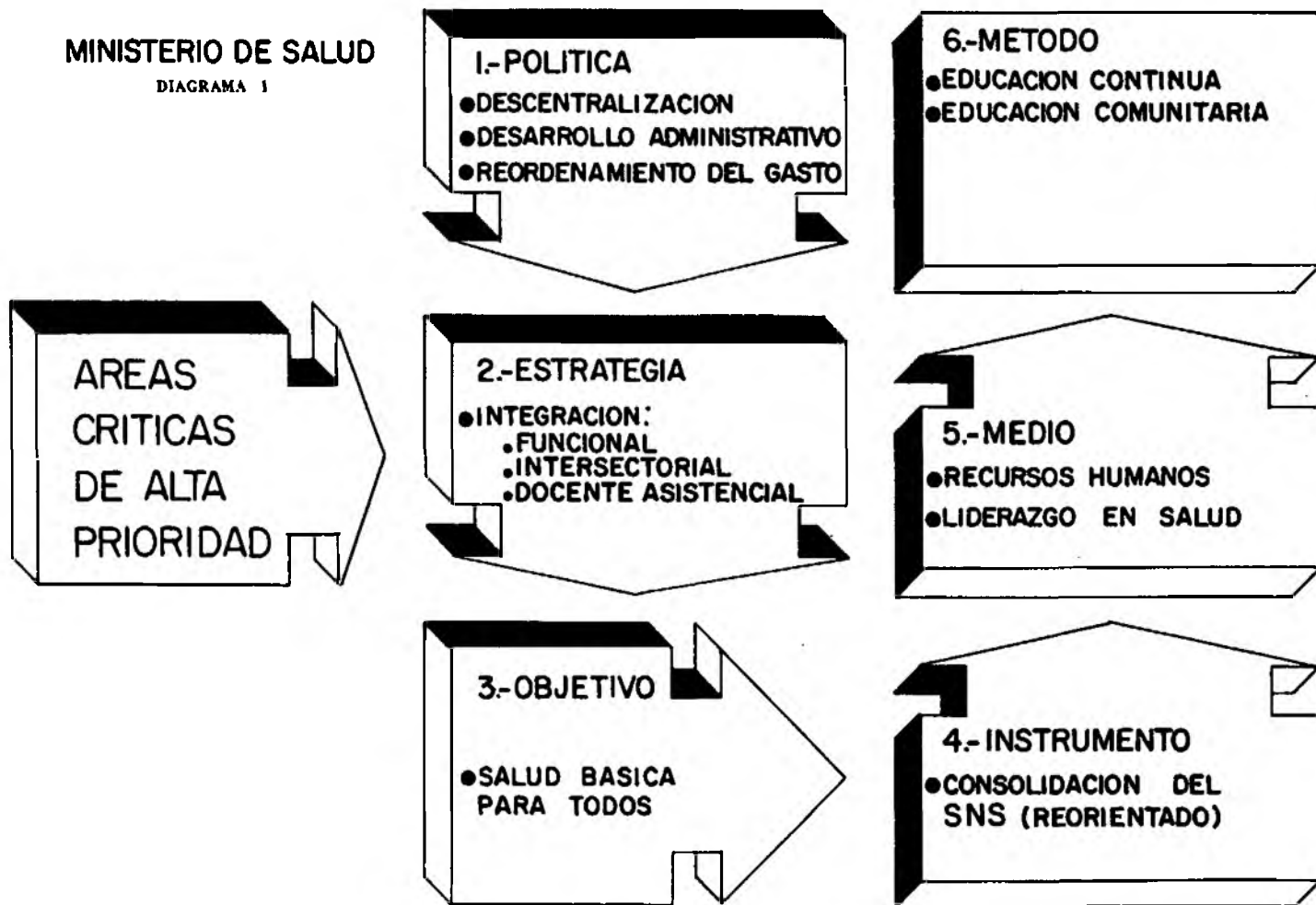
Integración funcional en la base

Es la estrategia propuesta por el Ministerio de Salud y el Instituto de Seguros Sociales para impulsar la concentración de recursos de salud, independiente de su procedencia y procurar la unidad de programación, a través de la concentración de recursos, concertación de esfuerzos y de acciones complementarias. Tal integración no compromete la autonomía institucional ni tiene implicaciones en el orden jerárquico existente; simplemente, aprovecha la coyuntura de la descentralización política, administrativa y fiscal, la aceptación del concepto de salud familiar y de la atención primaria y el reconocimiento de la importancia de la participación comunitaria para integrar funciones de salud en los municipios.

- Ver diagrama No. 1 en pág. 75.

MINISTERIO DE SALUD

DIAGRAMA 1



La importancia de la integración se apoya en el reconocimiento de que la dispersión de recursos de salud, públicos o privados, dificultan y encarecen la prestación de los servicios de salud en Colombia, y de que la integración aumenta la probabilidad de coordinación de las instituciones en el nivel nacional.

Se postula que la descentralización política, administrativa y fiscal (leyes 11 y 12 de 1987 y decretos reglamentarios) aumenta la viabilidad de la integración en la base y que las asociaciones voluntarias cooperativas, que surjan como consecuencia de esta integración, contribuirán a disminuir la frecuencia y severidad de las crisis hospitalarias, a favorecer el incremento de los aportes oficiales para los servicios locales de salud, a disminuir sus costos y a elevar su eficiencia y calidad.

La integración funcional en la prestación de servicios en los municipios tendrá como objetivo fundamental articular y adecuar los recursos de aquellas entidades que existan en las diferentes regiones o municipios, de fuentes públicas o privadas (Ministerio de Salud, servicios seccionales de salud, facultades de ciencias de la salud, Instituto de Seguros Sociales, cajas de previsión nacional, departamental o municipal, cajas de compensación familiar, cooperativas médicas, asociaciones, federaciones agrícolas, industriales, etc.).

Según el doctor Ricardo Galán, asesor de ASCOFAME, esta modalidad de integración se apoya en las siguientes hipótesis básicas:

- La consolidación de las bases del sistema nacional de salud, actuando de "abajo hacia arriba" aumenta la cobertura en salud, expande la calidad y el proceso continuará en forma ascendente hasta lograr la integración progresiva del sistema nacional de salud y su coordinación con los otros sectores del desarrollo.
- La integración funcional de los servicios de salud y su concertación con los otros sectores en la base, sólo se pueden lograr si se capacitan líderes institucionales y líderes populares, que se comprometan en el proceso y comprometan a los demás.
- Consecuentemente, se requiere un programa de educación continua, que sirva de plataforma permanente a la promoción y desarrollo del recurso humano para la salud, que incluya a todos los sectores de la comunidad.

Integración docente-asistencial

Parte del supuesto de que un acercamiento de la vertiente educativa a la vertiente de los servicios de salud, aumenta la pertinencia de la fuerza laboral en salud a los requerimientos de los servicios, promueve el equilibrio entre la oferta de personal y la capacidad de empleo del sector y contribuye a ampliar la cobertura de los servicios y a elevar su calidad.

La estrategia de la integración docente asistencial puede definirse como el esfuerzo concertado de los sectores de la salud y educación en el planeamiento, la ejecución y la evaluación de procesos educativos tendientes a desarrollar conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes congruentes con el desempeño esperado del personal de salud, para dispensar servicios de salud eficientes, oportunos y alcanzables con los recursos que los individuos, las familias y las comunidades sean capaces de movilizar en el momento.

Esta integración está justificada en razón de la necesidad de:

- *Permitir un contacto más estrecho del estudiante de ciencias de la salud con la patología prevalente en la diversidad de escenarios existentes en el ambiente natural de la comunidad.*
- *Lograr una mayor exposición a situaciones que ayuden al estudiante a desempeñarse como oferente de servicios de salud, como administrador, como epidemiólogo, como educador y como líder comunitario y agente de cambio.*

Las instituciones docentes en el campo de la salud han ampliado considerablemente su capacidad formadora, tanto en las áreas básicas como en la clínica y la social. En la medida en que esto ha ocurrido, el hospital universitario se ha especializado, tanto desde el punto de vista docente como de servicio y, concomitantemente, ha disminuido su adecuación y pertinencia como escenario único para la educación del personal de salud. En estas circunstancias, difícilmente se le puede considerar "representativo" de la problemática de la salud y de la gama de opciones que el futuro profesional encontrará en su práctica.

La Declaración de Edimburgo, formulada por la Conferencia Mundial de Educación Médica, agosto 7-12 de 1988, señaló la necesidad de "ampliar la gama

de escenarios en los cuales se desarrolla la educación médica, con miras a incluir todos los recursos de salud de la comunidad, no sólo hospitales"¹.

Integración intersectorial

Se apoya en el concepto mismo de multicausalidad de la enfermedad y de la salud; esta es el resultado de acciones multisectoriales, imposible de considerar como el monopolio de un sector, disciplina o grupo profesional, aisladamente.

La reducción de las desigualdades en las condiciones de salud, dentro y entre los países, exige la distribución equitativa de recursos y oportunidades, lo cual a su vez, requiere de estrategias y actividades capaces de ampliar la equidad social y de promover la equidad en salud. La salud es fundamental para la calidad de la vida y es, por lo tanto, una finalidad que el desarrollo social y económico procura alcanzar.

El nivel de salud del país es uno de los indicadores más reveladores de la calidad de su desarrollo. Las estrategias del desarrollo nacional, su impacto en la distribución del ingreso y en la pobreza, sus sesgos entre las áreas urbanas y rurales, sus efectos en las disparidades sociales y en los grupos vulnerables, tienen consecuencias profundas en las condiciones de salud de la población. Los programas y proyectos en sectores distintos de la salud, ejercen gran impacto en la salud de las gentes. Por ejemplo: las políticas agrícolas, los proyectos de irrigación que aumentan la producción e influyen sobre la disponibilidad y precios de los alimentos, la educación de la mujer, que puede tener efectos espectaculares en las tasas de supervivencia infantil.

El desarrollo nacional de la salud no sólo es efecto del desarrollo social y económico, sino que contribuye a éste. Las nuevas estrategias e indicadores del desarrollo reconocen que el mejoramiento de la salud es, en sí mismo, una medida del desarrollo socioeconómico. Las causas de las desigualdades de acceso a los servicios de salud sólo se pueden eliminar mediante intervenciones multisectoriales. Las políticas del desarrollo socioeconómico y las políticas de salud, por consiguiente, deben considerarse complementarias.

1 World Conference on Medical Education. REPORT Edinburgo, 7-12 august, 1988.

Se reconoce una correlación estrecha entre los niveles de salud y los niveles de ingreso, pero en la medida en que estos se elevan, comienzan a aparecer los riesgos resultantes del desarrollo económico. El personal de salud debe, por lo tanto, alertar a los planificadores del desarrollo socioeconómicos sobre los potenciales efectos secundarios en el nivel de salud, que pueden resultar de las estrategias del desarrollo general, e identificar oportunamente las consecuencias, que puedan comprometer la salud.

Una de las razones por las cuales los planes de salud no han sido suficientemente exitosos en el pasado es porque han pretendido ser procesos aislados y autosuficientes, confinados sólo al sector de la salud, para ser implementados casi exclusivamente por personal de salud, separados de los demás procesos del desarrollo nacional. Tal aislamiento ha sido potenciado por la tendencia de la mayoría de los sectores a percibir la salud como una jurisdicción exclusivamente médica. En este contexto, otros sectores del desarrollo tienden a mirar los enfoques multisectoriales de la salud como un dispendio de tiempo y de recursos, ajeno a sus propias prioridades.

La Declaración de la Conferencia Mundial de Educación Médica indicó la necesidad de "estimular y facilitar la cooperación entre los Ministerios de Salud, Ministerio de Educación, los Servicios Comunitarios de Salud y otros órganos pertinentes, en la formulación conjunta de políticas de desarrollo, planeación, implementación y revisión de programas"¹.

El Objetivo: Salud Básica para Todos (S.B.P.T.)

El objetivo político y estratégico de las áreas críticas de alta prioridad es el programa de Salud Básica para Todos (SBPT).

Este programa es uno de los componentes del Plan de Lucha contra la Pobreza y Generación de Empleo, y el principal elemento de la política de salud del gobierno; significa un cambio en la política de salud, pues se centra en reconocer y hacer efectivo el derecho de la familia a estar sana. En este sentido, constituye un avance con respecto a los programas tradicionales, al trasladar el énfasis hacia las actividades de fomento de la salud y prevención de las enfermedades.

La atención primaria de salud, estrategia para adelantar el Programa de Salud Básica para Todos, ha sido definida como "la asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que

1 Ibid.

les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del Sistema Nacional de Salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad (Conferencia de Alma-Ata. OMS y UNICEF).

El objetivo fundamental de la política de salud es cubrir con servicios básicos de salud a los colombianos, con prioridad y énfasis en aquellos que viven en situación de pobreza absoluta.

Los servicios básicos de salud comprenden las acciones a nivel comunitario y familiar, la consulta externa o cuidado ambulatorio y la hospitalización de primer nivel o de menor complejidad, con inclusión de la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la atención al enfermo y su rehabilitación básica o de primer nivel.

Estos servicios están orientados a mantener sana la población, evitando en primera instancia que la enfermedad se presente y actuando lo más tempranamente posible para recuperar la salud cuando esto ocurra. Las acciones deben llevarse a cabo lo más cerca posible del lugar de residencia habitual, a un costo razonable y alcanzable, con empleo de tecnología de comprobada eficiencia, dispensadas por personal de salud auxiliar y profesional, miembros de la comunidad y la propia familia.

Para alcanzar este objetivo trascendental, que requiere la consolidación y reorientación del Sistema Nacional de Salud, la extensión de la atención primaria y la activa participación de la comunidad, todo lo cual está contemplado en el proyecto de consolidación del Sistema Nacional de Salud, que actualmente ejecuta el Ministerio de Salud con el patrocinio del Banco Mundial. Este proyecto es *el instrumento* de la SBPT.

Como *medio*, se deben desarrollar todos los recursos humanos y el liderazgo en salud, tanto en las instituciones como en la comunidad, mediante los métodos de educación continua, que no solamente mantengan y desarrollen la competencia del personal de salud, sino que incluyan el componente educativo para incrementar los conocimientos y modificar las actitudes y prácticas inconvenientes de la población. (Ver diagrama en pág. 75).

5.3. OBJETIVOS DE LA EDUCACION CONTINUA

Objetivo General

Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud —sus organismos, su personal y las comunidades a las que sirven—, mediante la aplicación de estrategias de educación continua, que mejoren los procesos de normatización, gestión y supervisión de la prestación de los servicios de salud.

Objetivos Específicos

1. *Diseñar, desarrollar y evaluar un sistema nacional de educación continua en el país.*
2. *Capacitar líderes a nivel nacional, seccional y local para que ejecuten el programa de educación continua en el país.*
3. *Revisar el proceso normativo del Sistema Nacional de Salud y, cuando se crea necesario, reformular las normas, procedimientos y técnicas y traducirlos en material didáctico que facilite su aplicación.*
4. *Promover cambios en la educación de pregrado para que ésta adopte un enfoque de solución de problemas y métodos de aprendizaje activo, tendientes a inducir actitudes positivas hacia la educación continua.*
5. *Diseñar, desarrollar y evaluar métodos de supervisión.*
6. *Capacitar al trabajador de salud en el ejercicio de nuevos métodos de supervisión.*
7. *Crear un sistema de acreditación institucional e individual para la educación continua en el país.*
8. *Promover la investigación en servicios de salud, en los niveles locales, con énfasis en estudios del trabajo y en la investigación del desempeño del personal de salud.*
9. *Apoyar actividades que permitan el desarrollo de los servicios de salud de nivel municipal, con un enfoque multisectorial e interdisciplinario, dentro de la política de descentralización administrativa y fiscal.*

LOS OBJETIVOS Y SUS ACTIVIDADES

***SE PLANEA LA REALIZACION DE UNA VARIEDAD
DE ACTIVIDADES CONCRETAS PARA CUMPLIR CON CADA UNO
DE LOS OBJETIVOS, COMO SE MUESTRA A CONTINUACION.***

OBJETIVO GENERAL

Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud mediante la Educación Continua

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA UNIFICADO DE EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIDERES A NIVEL NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL

3. REVISAR PROCESO NORMATIVO

4. PROMOVER CAMBIOS EN EDUCACION DE PREGRADO

5. DESARROLLAR METODOS DE SUPERVISION

6. CAPACITAR EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA ACREDITACION INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

8. PROMOVER LA INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD

9. APOYAR ACTIVIDADES LOCALES DE SALUD

ACTIVIDADES

1.1. Conformación del consorcio nacional para el financiamiento y apoyo de la educación continua.

1.2 Conformación del grupo de trabajo para proponer un Sistema Nacional de Educación Continua.

1.3 Preparación de un diagnóstico de necesidades de educación continua, en las áreas de:
 a) problemas de salud,
 b) administración de servicios de salud en medicina, odontología y enfermería, y
 c) provisión de recursos humanos, materiales y financieros.

OBJETIVO GENERAL

*Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud
mediante la Educación Continua*

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA UNIFICADO DE EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIDERES A NIVEL NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL

3. REVISAR PROCESO NORMATIVO

4. PROMOVER CAMBIOS EN EDUCACION DE PREGRADO

5. DESARROLLAR METODOS DE SUPERVISION

6. CAPACITAR EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA ACREDITACION INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

8. PROMOVER LA INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD

9. APOYAR ACTIVIDADES LOCALES DE SALUD

2.1 Selección en las facultades de ciencias de la salud y en los servicios de salud de individuos que tengan capacidad y disponibilidad para planear, dirigir y evaluar programas de educación continua a nivel seccional y local.

2.2 Establecimiento de los criterios de selección de líderes dentro del nivel seccional y local.

2.3 Identificación de los servicios locales con capacidad para desarrollar actividades de educación continua, en coordinación con los participantes de las facultades de ciencias de la salud.

2.4 Estímulo a las facultades de ciencias de la salud y servicios de salud para la organización de los comités de integración funcional para la educación continua (CIF).

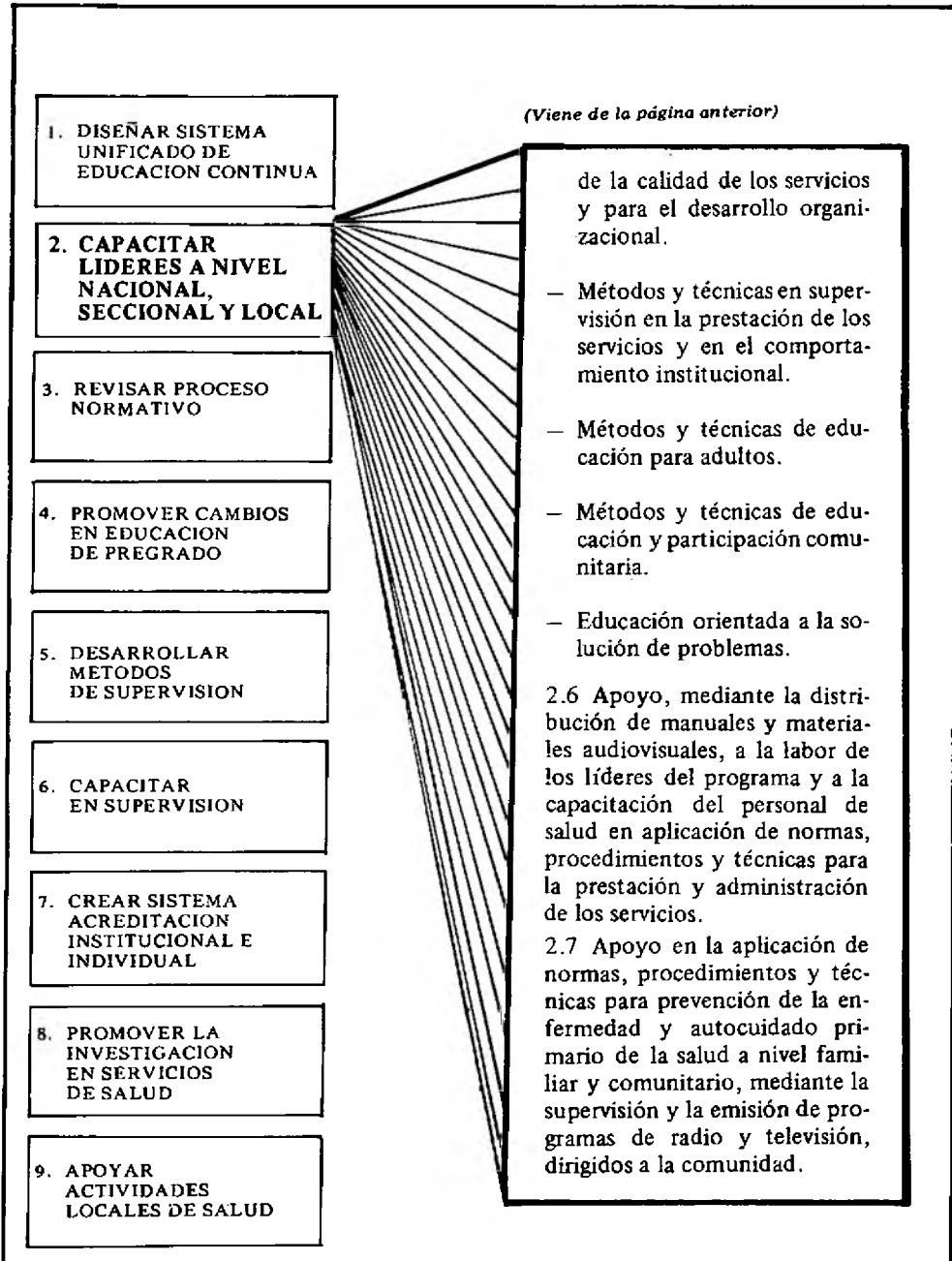
2.5 Desarrollo de eventos educativos presenciales y a distancia en:

- planeación, ejecución y evaluación de programas de educación continua.

- gestión de los servicios de salud para el mejoramiento

OBJETIVO GENERAL

*Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud
mediante la Educación Continua*



OBJETIVO GENERAL

*Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud
mediante la Educación Continua*

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA
UNIFICADO DE
EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIDERES
A NIVEL NACIONAL,
SECCIONAL Y LOCAL.

3. REVISAR PROCESO
NORMATIVO

4. PROMOVER CAMBIOS
EN EDUCACION
DE PREGRADO

5. DESARROLLAR
METODOS
DE SUPERVISION

6. CAPACITAR
EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA
ACREDITACION
INSTITUCIONAL E
INDIVIDUAL

8. PROMOVER LA
INVESTIGACION
EN SERVICIOS
DE SALUD

9. APOYAR
ACTIVIDADES
LOCALES DE SALUD

ACTIVIDADES

3.1 Conformación de grupos de trabajo intersectoriales e interdisciplinarios para el análisis, revisión y reformulación de normas, técnicas y procedimientos para el manejo de los problemas identificados en el diagnóstico, cuando sea necesario.

3.2 Elaboración/impresión de manuales didácticos, con base en las normas, procedimientos y técnicas.

OBJETIVO GENERAL

*Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud
mediante la Educación Continua*

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA UNIFICADO DE EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIDERES A NIVEL NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL.

3. REVISAR PROCESO NORMATIVO

4. **PROMOVER CAMBIOS EN EDUCACION DE PREGRADO**

5. DESARROLLAR METODOS DE SUPERVISION

6. CAPACITAR EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA ACREDITACION INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

8. PROMOVER LA INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD

9. APOYAR ACTIVIDADES LOCALES DE SALUD

ACTIVIDADES

4.1 Participación de los docentes de medicina, odontología y enfermería en el proceso de supervisión, y corrección sobre deficiencias de conocimientos y prácticas.

4.2 Preparación de talleres "estudio del trabajo para mejores decisiones", con participación de personal docente de las facultades de medicina, odontología y enfermería, y de los servicios de salud.

4.3 Asesoría para la orientación de los currículos hacia la educación basada en la solución de problemas.

OBJETIVO GENERAL

*Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud
mediante la Educación Continua*

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA UNIFICADO DE EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIDERES A NIVEL NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL.

3. REVISAR PROCESO NORMATIVO

4. PROMOVER CAMBIOS EN EDUCACION DE PREGRADO

5. DESARROLLAR METODOS DE SUPERVISION

6. CAPACITAR EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA ACREDITACION INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

8. PROMOVER LA INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD

9. APOYAR ACTIVIDADES LOCALES DE SALUD

ACTIVIDADES

5.1 Elaboración, por grupos de expertos, de material didáctico sobre supervisión.

5.2 Elaboración de material sobre métodos para la capacitación presencial y a distancia.

5.3 Seguimiento de las instituciones pertinentes para verificar el grado en que se utilizan los resultados de la supervisión en:

- La evaluación de los programas de los servicios de salud, según las normas, procedimientos y técnicas, dentro del cronograma previsto.
- La identificación de problemas críticos, remediabes por la educación continua.
- La retroalimentación a las entidades docentes para que se instituyan las acciones correctivas a que haya lugar, incluyendo cambios en los contenidos curriculares, cuando sea necesario.

OBJETIVO GENERAL

*Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud
mediante la Educación Continua*

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA UNIFICADO DE EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIDERES A NIVEL NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL.

3. REVISAR PROCESO NORMATIVO

4. PROMOVER CAMBIOS EN EDUCACION DE PREGRADO

5. DESARROLLAR METODOS DE SUPERVISION

6. CAPACITAR EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA ACREDITACION INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

8. PROMOVER LA INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD

9. APOYAR ACTIVIDADES LOCALES DE SALUD

ACTIVIDADES

6.1 Selección de los candidatos elegibles, para la capacitación a nivel nacional, seccional y local.

6.2 Realización de eventos de capacitación en supervisión a nivel nacional y promoción del "enfoque en cascada" para proyectar estos eventos a los niveles seccional y local.

6.3 Creación por las instituciones competentes de métodos de retroalimentación y seguimiento, con miras a verificar el cumplimiento de los programas, dentro de las normas, procedimientos y técnicas vigentes.

OBJETIVO GENERAL

*Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud
mediante la Educación Continua*

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA UNIFICADO DE EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIDERES A NIVEL NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL.

3. REVISAR PROCESO NORMATIVO

4. PROMOVER CAMBIOS EN EDUCACION DE PREGRADO

5. DESARROLLAR METODOS DE SUPERVISION

6. CAPACITAR EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA ACREDITACION INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

8. PROMOVER LA INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD

1. DISEÑAR SISTEMA UNIFICADO DE EDUCACION CONTINUA

7.1 Determinación de criterios y métodos de evaluación para la acreditación institucional.

7.2 Definición de un sistema de créditos para los participantes en los diferentes eventos educativos del programa de educación continua.

7.3 Conciliación del sistema de acreditación con las normas del servicio civil, del escalafón docente y de la carrera administrativa.

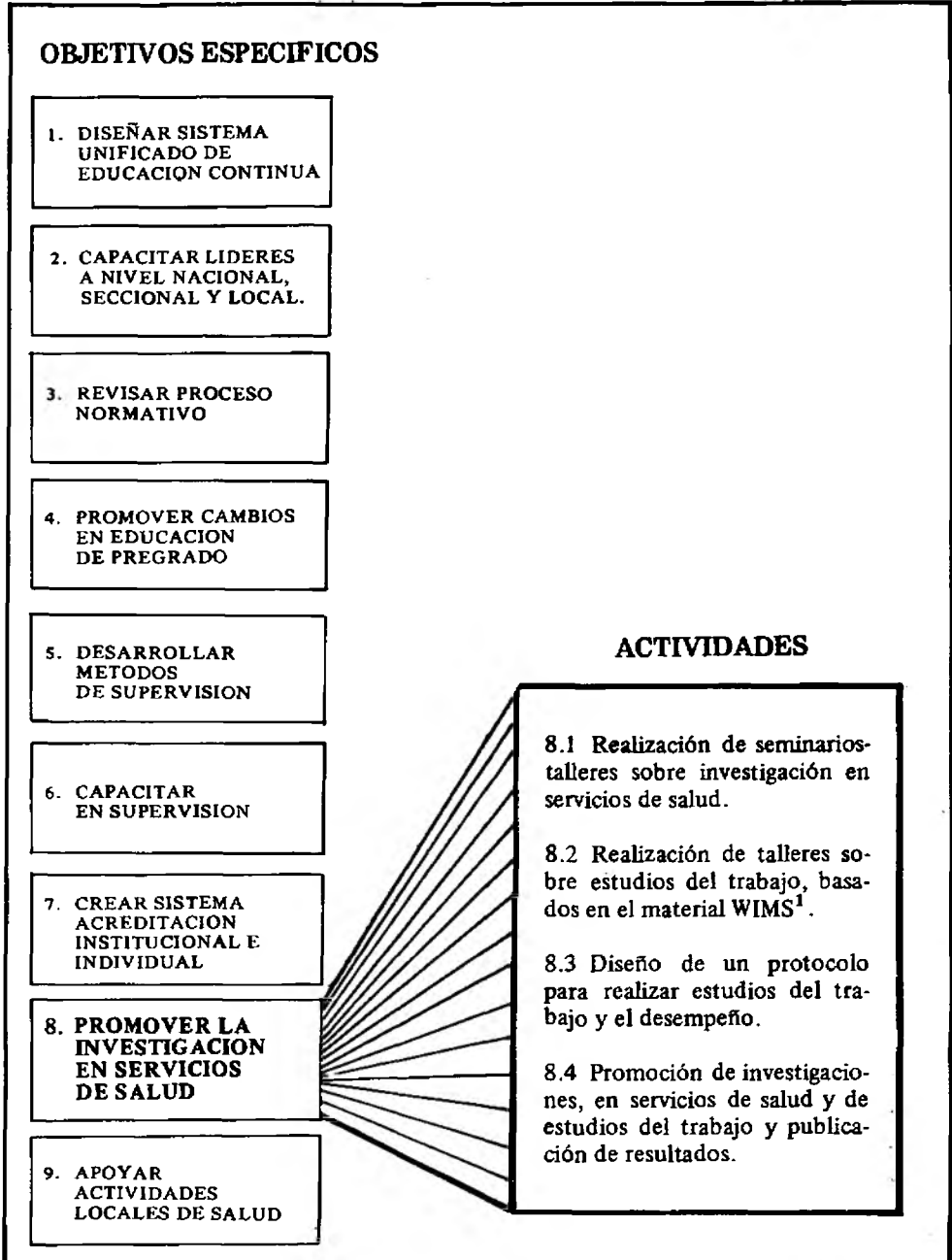
7.4 Revisión del estatuto de personal de las instituciones de salud y de sus perfiles ocupacionales.

7.5 Organización de un grupo de expertos para asesorar sobre fundamentos, bases legales y operativas de la acreditación.

7.6 Creación de una unidad de acreditación de la educación continua dentro de la infraestructura del sistema nacional.

OBJETIVO GENERAL

*Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud
mediante la Educación Continua*



¹ Sketchley, J.; Mejía, A. Estudio del trabajo para mejores decisiones. CEADS, 1988, Bogotá.

OBJETIVO GENERAL

*Contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud
mediante la Educación Continua*

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA
UNIFICADO DE
EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIDERES
A NIVEL NACIONAL,
SECCIONAL Y LOCAL.

3. REVISAR PROCESO
NORMATIVO

4. PROMOVER CAMBIOS
EN EDUCACION
DE PREGRADO

5. DESARROLLAR
METODOS
DE SUPERVISION

6. CAPACITAR
EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA
ACREDITACION
INSTITUCIONAL E
INDIVIDUAL

8. PROMOVER LA
INVESTIGACION
EN SERVICIOS
DE SALUD

9. APOYAR
ACTIVIDADES
LOCALES DE SALUD

ACTIVIDADES

9.1 Realización de seminarios
sobre administración de servi-
cios de salud a nivel local.

9.2 Capacitación de personal
del nivel local, en aspectos de
programación y administración.

5.4. ESTRATEGIAS DE TRABAJO

Para el logro de objetivos y cumplimiento de las actividades, se propone recurrir a los siguientes medios:

- Organización de grupos de expertos de diferentes disciplinas y especialidades para la elaboración y desarrollo de temas específicos y para la preparación del material educativo correspondiente.
- Desarrollo de consenso en cuanto a políticas, directrices y decisiones dentro del área de competencia del programa.
- Capacitación del personal de los servicios de salud para planear, ejecutar y hacer el seguimiento de actividades propias del programa.
- Diseño, elaboración y utilización de materiales y medios para la capacitación de grupos y personas en los servicios de salud y en las comunidades.
- Planeación, desarrollo y evaluación de talleres, seminarios y reuniones de trabajo y consulta para capacitar personal de la docencia y de los servicios.
- Financiación de estudios e investigaciones en servicios de salud dirigidos a completar el diagnóstico de necesidades de la educación continua y a retroalimentar el sistema nacional de educación continua.
- Utilización de medios de comunicación masiva para llevar los contenidos de la educación continua al personal de salud y a la comunidad.
- Adopción del “enfoque de cascada” para imprimir efectos multiplicadores a la ejecución del programa.
- Movilización de recursos humanos y financieros, dentro y fuera del país.

€ Diagnóstico

6. DIAGNOSTICO

Los planes de Educación Continua deben reflejarse en modificaciones del estado de salud y en una mayor satisfacción de los usuarios de los servicios de salud, por la atención recibida. Se hace necesario reconocer los problemas y partir de un diagnóstico de la situación de salud como base para tomar decisiones sobre la orientación y contenido de la educación continua en Colombia y evaluar sus efectos.

Los problemas de salud pueden identificarse y cuantificarse por la mortalidad que ocasionan, por la incapacidad que producen, por la demanda de hospitalización y consulta que originan y, en forma más general, por la morbilidad percibida por la población y por aquella diagnosticada por médicos y odontólogos en las encuestas de salud.

Se hace uso de la información disponible más reciente, tal como registros de mortalidad 1984, DANE, no ajustados; demanda atendida de consulta y hospitalización 1985-1986, Ministerio de Salud; Plan Nacional de Salud 1987-1990; publicaciones sobre mortalidad 1973-1981. Estudio Nacional de Salud 1977-1980; informe del primer año de labores marzo 1987-marzo 1988, ISS; estadísticas ISS 1985; Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud, 1983; censo de población y vivienda 1985, DANE.

6.1. POBLACION

El XV Censo Nacional de Población realizado por el DANE el 15 de octubre de 1985, dio para Colombia una población de 27'830.000 habitantes. Si se hacen los ajustes por cobertura, tanto de viviendas como de personas dentro de las viviendas, más los ajustes especiales para los territorios nacionales y para la población indígena, se obtiene una población ajustada de 31'650.000 personas para la fecha del censo correspondiente, con una cobertura censal del 88% .

Se estima una tasa de crecimiento de 0.02 anual para el período intercensal 1973-1985, compatible con una natalidad del 26‰, una mortalidad del 6‰ y equilibrio migratorio, en 1985.

No es buena la información demográfica en Colombia. La cobertura estimada para el último censo fue del 88% . En mortalidad, el subregistro puede superar el 15% para el total, siendo muy alto, del orden del 25% , en los menores de 5 años. La magnitud del subregistro de natalidad es prácticamente desconocida, así que sólo se dispone de aproximaciones.

A pesar de estas limitaciones, las cifras disponibles indican una fuerte disminución de la fecundidad, debida a mayor uso de medios anticonceptivos, participación de la mujer en la fuerza de trabajo, dilación en la edad del matrimonio y otros cambios culturales, la cual se inició en los años sesenta. Por otra parte, ha habido una igualmente importante reducción de la mortalidad, más acentuada en las últimas décadas, lo cual, unido a la menor fecundidad, ha conducido a un cambio en la estructura por la edad de la población.

Según el censo de 1985 (Tabla No. 1 en Anexo 2)* el 24.5% de la población es menor de 10 años, el 36.1% está por debajo de 15 años, 57.9% está entre 15 y 59 años y un 6% corresponde a la población de 60 y más años. Estas cifras contrastan con las obtenidas en el Censo de 1964: 46.6% de menores de 15 años, 48.4% de 15-59 años y 5.0% de 60 y más años. Cuadro 1. Gráfico 1.

En 1985 las mujeres entre 15 y 49 años, edad fértil, representaron el 26.8% de la población.

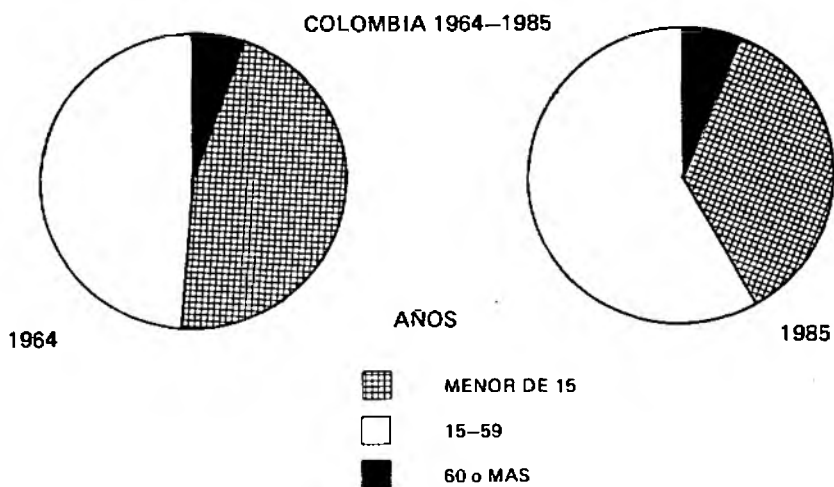
* Tablas se refieren a las incluidas en el Anexo 2. Cuadros, hacen referencia a los incluidos en el texto.

CUADRO 1

DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION, SEGUN
GRANDES GRUPOS DE EDAD. COLOMBIA, 1964-1985

EDAD	1964 %	1985 %
Menores 15 años	46.6	36.1
15-59 años	48.4	57.9
60 o más años	5.0	6.0
TOTAL	100.0	100.0

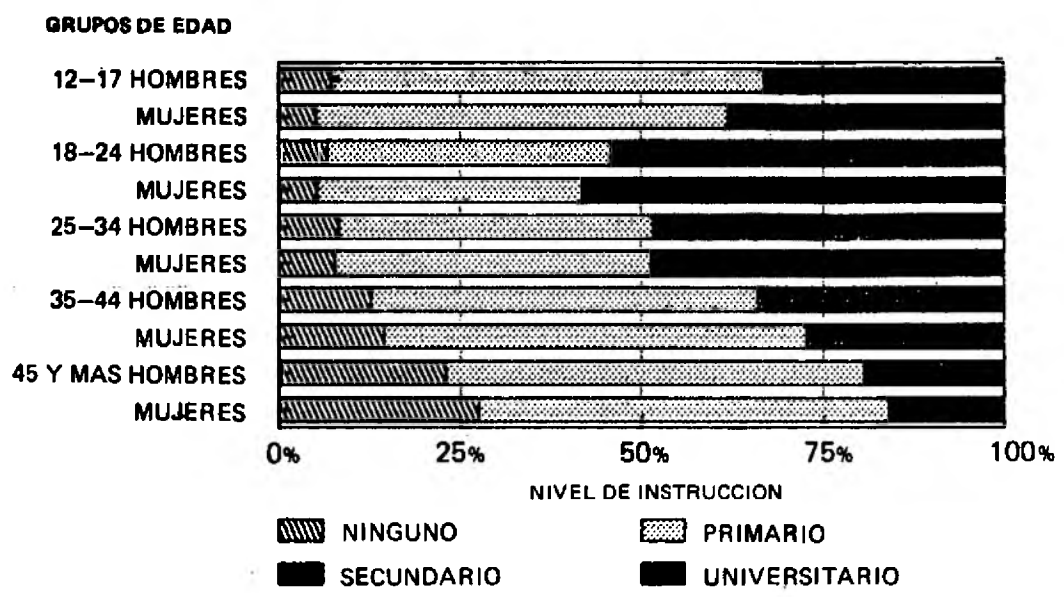
Gráfico No. 1
DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION
SEGUN GRANDES GRUPOS DE EDAD



Fuente: Dane

ASCOFAME
EDCON

Grafico No. 2
POBLACION DE DOCE AÑOS Y MAS, SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION
POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
Colombia, 1985



Fuente: Dane, XV Censo de Población

El nivel de instrucción es diferente según la edad: entre los 12 y 34 años, población joven, aproximadamente el 7% de las personas no han cursado ningún año de primaria; la falta de instrucción aumenta con la edad, así que una cuarta parte de las personas de 45 y más años no tienen instrucción formal.

La proporción de mujeres jóvenes sin instrucción es menor que la de hombres en el mismo grupo de edad, relación que se invierte después de los 35 años. En el otro extremo de la escala de instrucción, si bien hay casi equilibrio entre sexos hasta los 44 años, después de esta edad la proporción de mujeres con algún estudio universitario es sumamente baja, menos del 1% (Tabla 1-A del Anexo 2). Gráfico No. 2.

La distribución de la población por regiones y sus respectivos departamentos en 1985, clasificada por sexo e índice de masculinidad se encuentran en la Tabla No. 2 del Anexo 2.

6.2. MORTALIDAD

Mortalidad por sexo y causas

Las Tablas Nos. 3, 4 y 5 del Anexo 2 presentan las causas de mortalidad, clasificadas en 51 grupos ordenados por magnitud, hombres, mujeres y total, en 1984. Son defunciones no ajustadas, pues no hay estimación confiable del subregistro para ese año.

Con base en proyecciones de la publicación Mortalidad V¹, que estimó el número de defunciones para 1984 en 153.968, el factor de ajuste sería de 1.223, que corresponde a una mortalidad ajustada de 5.9% , con un estimado de 26.167.658 de habitantes.

Si, como se mencionó, la cobertura del censo 1985 fue de 0.88, la cifra utilizada en el denominador podría estar tan subestimada como las defunciones y las tasas reales podría estar cercanas a las calculadas a partir de valores sin ajustar.

1 Pabón, A.; Ruiz, M. La Mortalidad en Colombia. Vol. V, Bogotá, Imprenta INS, 1986.

Las Tablas 6, 7 y 8 del Anexo 2 presentan las tasas de mortalidad de las primeras causas de defunción para hombres, mujeres y total, de 1973 a 1984. Para 1984, los valores ajustados por subregistro de defunciones y no por población, pueden considerarse como una estimación máxima, bastante probable, pues en conjunto corresponde a una tasa de mortalidad de 5.9%.

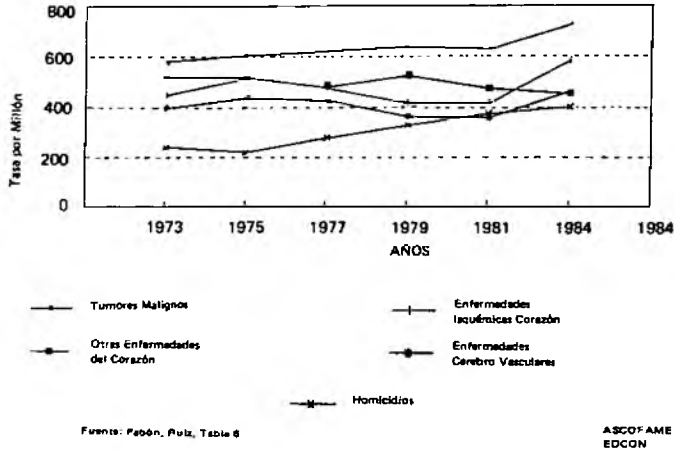
Se parte, además, del supuesto de que la omisión no es diferencial por edad, sexo y causa.

La agrupación de 52 causas de morbimortalidad, que se utiliza, es la misma empleada en las publicaciones del Estudio Nacional de Salud 1977-1980, realizado por el Instituto Nacional de Salud. Las tablas para hombres, mujeres y total, los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 1975, incluidos en los grupos, se presentan en las Tablas 3, 4 y 5 del Anexo 2, con número de defunciones, porcentajes y tasas por millón. Las tablas 6, 7 y 8 del mismo Anexo muestran los cambios de estas últimas entre 1973 y 1984:

En las primeras diez causas de defunción, ordenadas por su magnitud en 1984, para la población total se destaca:

- El aumento de los tumores malignos, que en parte puede ser atribuido a un mejor diagnóstico.
- El descenso en "otras formas de enfermedad del corazón" por la misma razón, ya que aquí están comprendidas afecciones cardíacas mal definidas como insuficiencia cardíaca, paro cardíaco, cardiopatía, etc.
- El incremento del homicidio, cuya tasa se ha doblado en el período y donde podría haber un fuerte subregistro.
- El aumento moderado de los accidentes de transporte.
- El descenso de las enfermedades infecciosas intestinales a una quinta parte y de las infecciones respiratorias agudas a casi una cuarta parte.
- El descenso de las afecciones respiratorias crónicas.
- El descenso de las afecciones del período neonatal: afecciones anóxicas e hipóxicas, "otras perinatales". Gráfico No. 3.

Gráfico No. 3
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
Colombia, 1973-1984



Las diferencias por sexo, más notorias, son:

El homicidio, primera causa de defunción en hombres, con una tasa de 671 por millón, 12 veces mayor que la de las mujeres.

Los accidentes de transporte y los otros accidentes, con tasas mucho mayores en los hombres.

El análisis de la mortalidad infantil y la del grupo 1 a 4 años, es importante, pues sus tasas son indicadores de los cambios en el status socioeconómico de la población.

Mortalidad Infantil

El número de defunciones ajustadas (factor 1.4) y los nacimientos estimados (685.600) se traducen en una tasa de Mortalidad Infantil de 34.2 por mil nacidos vivos. Este valor es consistente con las estimaciones más recientes:

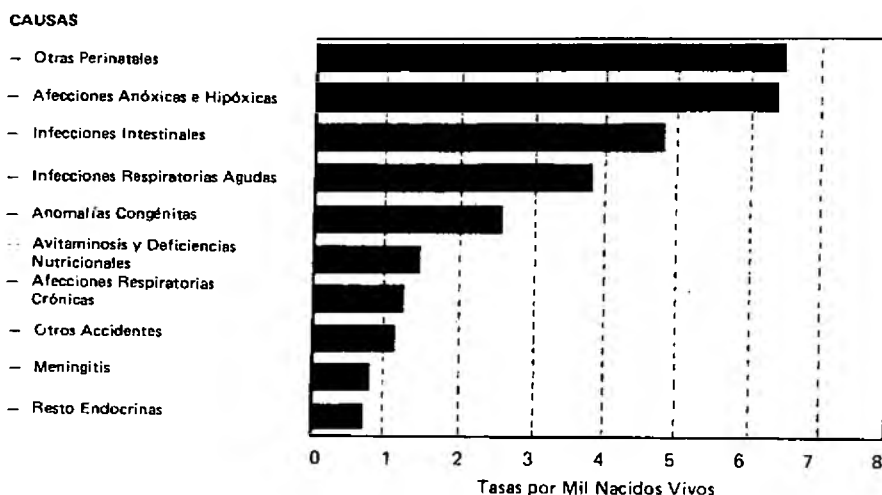
Encuesta de Prevalencia, Demografía y Salud de la Corporación Centro Regional de Población (CCRP), que da 33.2% para el período 1981-1986 y las cifras derivadas del XV Censo de Población analizadas por Myriam Ordóñez*, que dan un valor similar.

Hay grandes diferencias entre regiones y ciudades del país; la publicación "Análisis complementario de la mortalidad" (Pabón, Ruiz) estima, para el período 1977-1980, con base en información recolectada en tres encuestas domiciliarias de cobertura nacional, una mortalidad infantil de 54.7 por mil nacidos vivos, para la población en los departamentos del país, con tasas de 32.1 por mil para la región oriental, 34.0 por mil para Bogotá y 20.2 por mil para Medellín.

En la distribución por causas están en primer lugar las afecciones anóxicas e hipóxicas y las "otras enfermedades del período neonatal", que suman el 37.6% de las muertes; siguen las enfermedades infecciosas intestinales y las afecciones respiratorias agudas, que suman 25.2% . (Tabla 9 del Anexo 2). Gráfico No. 4.

Se confirma la gran disminución de la enfermedad diarreica, que en 1979 ocupaba el primer lugar con una tasa tres veces mayor. (Pabón, Ruiz, 1986).

Gráfico No. 4
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
Colombia, 1984

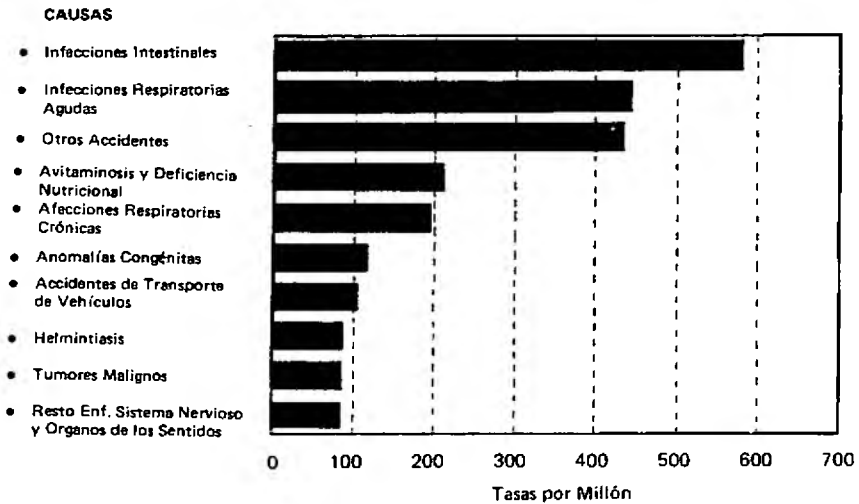


* Comunicación personal.

Mortalidad 1-4 años

Las enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias agudas siguen ocupando los primeros lugares y explican más del 30% de las muertes en este grupo de edad (Tabla No. 10 del Anexo 2). Gráfico No. 5. Aparecen dentro de las primeras causas de muerte los accidentes y los tumores malignos.

Gráfico No. 5
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD
DE 1-4 AÑOS
Colombia, 1984



Fuente: Ministerio de Salud

ASCOFAME
EDCON

Mortalidad 0-4 años

Las primeras diez causas de mortalidad en este grupo se presentan en la Tabla 11 del Anexo 2 y los cambios en el tiempo pueden observarse en la Tabla 12 del mismo Anexo. En la comparación entre los valores obtenidos en años anteriores y los valores de 1984, ajustados por el factor 1.4, resalta que:

Las enfermedades infecciosas intestinales y respiratorias agudas descienden fuertemente.

Las enfermedades del período neonatal mantienen en conjunto su importancia.

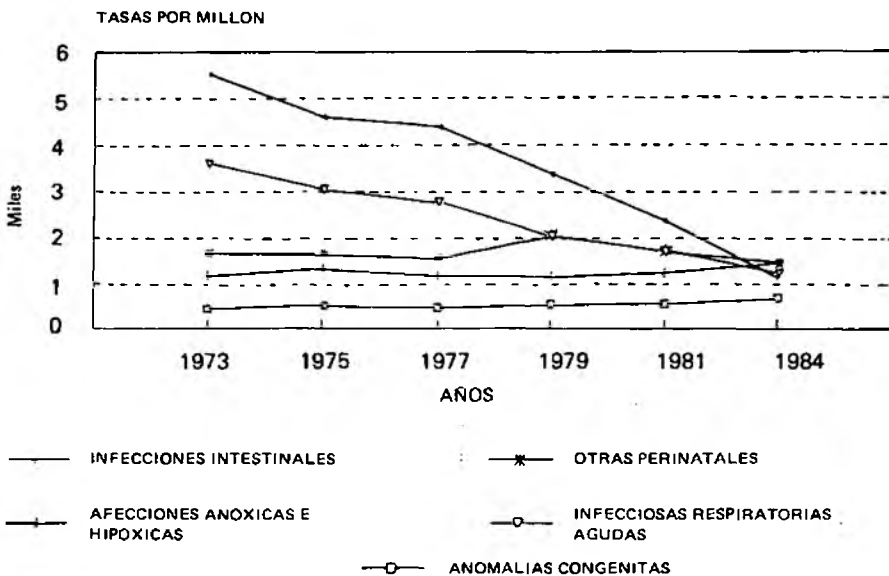
Las malformaciones congénitas muestran aumento moderado, tal vez por mejor diagnóstico o por sobreestimación del subregistro de 1984.

Las deficiencias nutricionales bajan bruscamente, podría ser por subregistro diferencial, en cuanto los no informantes son los que pueden estar más afectados.

Los accidentes (no de transporte) se incrementan. La meningitis y las enfermedades respiratorias crónicas descienden. Gráfico No. 6.

En conjunto, el análisis de estas causas sugieren un mejoramiento en la situación socioeconómica de la población.

Gráfico No. 6
PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCION DE NIÑOS
0-4 AÑOS
Colombia, 1973-1984



Fuente: Pabón, Ruiz, Op. cit.

ASCOFAME
EDCON

6.3. INCAPACIDAD

Una medida de la gravedad de una enfermedad está dada por la incapacidad que ella produce; no hay mucha información disponible al respecto.

En el ENS¹ de 1977-1980, se preguntó por los días que en el período de dos semanas anteriores a la de la entrevista, las personas de 6 y más años habían estado incapacitadas para desarrollar sus actividades ordinarias (trabajo, estudio, etc.) como consecuencia de las enfermedades padecidas. La discriminación de esta incapacidad por causas es muy pobre, pero para la población total el número de días de incapacidad por enfermedad (excluyendo problemas dentales y accidentes) es de 291 millones en un año².

Suponiendo que no haya habido modificaciones en los patrones de incapacidad y si se aplican las cifras de 1977-1980 para la población de 20.653.369 personas de 6 y más años, que entonces tuvieron un promedio de 14.1 días de incapacidad por año, se tendría que para la población de 6 y más años, estimada en 1987 (28.142.000), el número de días de incapacidad habría sido de 396.800.000 días aproximadamente, en ese año.

Según la misma encuesta, los accidentes originaron en un año 30.476.000 días de incapacidad, un promedio de 1.48 días por persona de 6 y más años.

6.4. MORBILIDAD

Hay diferentes fuentes de información que dan medidas de morbilidad, según se trate de su percepción, el diagnóstico o la demanda satisfecha. Estas son:

Morbilidad sentida³

Según el Estudio Nacional de Salud 1977-1980, el 41.1% de la población se sintió enferma en las dos semanas anteriores a la de la entrevista. Las mujeres se enfermaron más que los hombres. La percepción de enfermedad fue

1 Estudio Nacional de Salud, realizado por la División de Investigaciones Especiales del Instituto Nacional de Salud en una muestra probabilística de la población colombiana, 1977-1980.

2 Pabón, Aurelio. Población y morbilidad general. Vol. 1: Morbilidad sentida. Bogotá, Imprenta INS, 1983.

3 *Ibid.*

mínima entre los 5 y los 14 años y luego, aumentó gradualmente con la edad. A mayor educación, mayor ingreso familiar y mayor nivel de urbanización, menor fue la frecuencia de enfermedad, es decir, se enferman más los más pobres, los más ignorantes y los que viven en el campo o en las pequeñas localidades. Se enferman más los obreros que los empleados, más los no afiliados a sistemas de seguridad que los afiliados.

Necesidad de consultar.

Según la misma encuesta, no todos los que se enferman sienten la necesidad de consultar. Del 33.8% de las personas que se sintieron enfermas por accidentes u otra razón (con exclusión de problemas relacionados con la dentadura), sólo en el 24.4% la enfermedad estaba asociada con la necesidad de consultar, en tanto el 9.4% restante, si bien se sintieron enfermas, no sintieron la necesidad de hacer una consulta. La cifra de quienes, estando enfermos, sienten además la necesidad de consultar, podría ser menor, 20.7% si se indaga con más cuidado.

Los entrevistados no pueden en muchas ocasiones determinar la enfermedad que los aqueja; sin embargo, hay algunas causas frecuentes, identificables por sus manifestaciones. En el período de referencia, dos semanas, el 1.5% de la población manifestó estar enferma como consecuencia de un accidente o envenenamiento, el 5.0% padeció enfermedad diarreica y el 9.3% enfermedad respiratoria.

Excluyendo problema dental y accidente, el 15.5% de las personas iniciaron su enfermedad en las dos semanas de referencia (incidencia) y un 10% llevaban más de un año de estar enfermos.

El total de episodios de enfermedad, iniciados en un año, fue de 6 por habitante, distribuidos en 1.75 problema dental, 0.28 accidentes y 4.04 otros problemas; es decir que para la población actual, 34.300.000, se tendrían 208 millones de episodios de enfermedad en 1988.

Morbilidad por examen médico¹.

Colombia es uno de los pocos países con información sobre la prevalencia de enfermedades, obtenida ésta por medio de un examen médico y odontoló-

¹ Pabón, A.; Rodríguez, E. Morbilidad general. Vol. II: Diagnósticos médicos y consumo de medicamentos. Bogotá, Imprenta INS, 1987.

gico, uniformemente practicado en una muestra probabilística de su población en los años de 1965-1966, investigación repetida en los años 1977-1980. De acuerdo con esta última información, los diagnósticos más frecuentemente encontrados se presentan, ordenados por magnitud y clasificados por sexo, en la Tabla 13 del Anexo 2.

Son diagnósticos fundamentados en el examen médico, sin el recurso de exámenes complementarios, no excluyentes, que en total suman 41.066.450, de los cuales el 86.8% se consideraron seguros y el 11.0 son simple impresión diagnóstica; 9.9% llevaban menos de 3 meses de evolución y el 61.4% más de un año¹.

La probabilidad de encontrar una enfermedad en exámenes realizados en un corte transversal de la población es proporcional a su duración, por lo cual, las enfermedades agudas no quedan adecuadamente representadas en su frecuencia e importancia; así, por ejemplo, hubo 730.882 personas con enfermedad infecciosa intestinal en el momento del examen, cuando en un año se estima que ocurrieron treinta veces más casos de esta enfermedad (21.603.362).

Encabezan la lista los trastornos de refracción y acomodación y las "otras enfermedades de las vías respiratorias" seguidas por las helmintiasis y las infecciones respiratorias agudas.

Morbilidad atendida

Se refiere a los diagnósticos de consulta externa y hospitalización.

Consultas

Según el ENS 1977-1980, ya citado, se hicieron en un año 63.970.296 consultas al médico, distribuidas así, según lugar de atención. Cuadro 2, Gráfico No. 7⁽²⁾

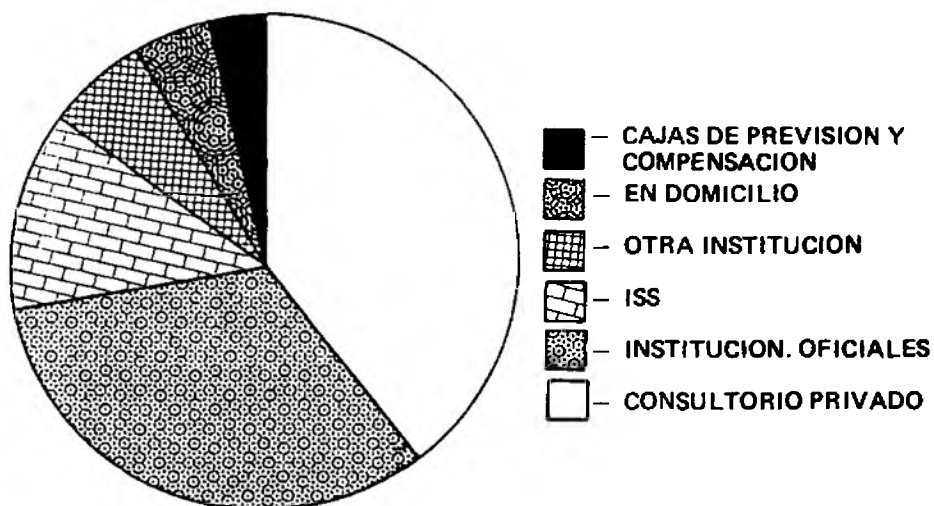
1 Pabón, A.; Rodríguez, E.; Rico, J. Demanda y Utilización de Servicios de Salud. Bogotá, Imprenta INS, 1984.

2 *Ibid.*

Cuadro No. 2
CONSULTAS SEGUN LUGAR DE ATENCION
COLOMBIA, 1977-1980

LUGAR	NUMERO	%
ISS	8.184.046	12.8
Inst. Oficiales	20.032.064	31.3
Cajas de Previsión	1.459.874	2.3
Cajas de Compensación	848.770	1.3
Consultorio Privado	26.545.168	41.5
Otra institución	3.847.428	6.0
En domicilio	3.052.964	4.8
TOTAL	63.970.296	100.0

Gráfico No. 7
CONSULTAS SEGUN LUGAR DE ATENCION
Colombia, 1977-1980



Fuente: Pabón, Rodríguez, 1984

ASCOFAME
EDCON

La información más reciente, suministrada por el Ministerio de Salud, se refiere a la consulta externa médica y odontológica del sector oficial y mixto, conformado por 3.705 Centros, Puestos de Salud, otros organismos de salud de atención ambulatoria y por los hospitales del sector oficial directo, y corresponde a 16.238.140 consultas, que sólo cubren una parte de las instituciones adscritas o afiliadas al Sistema Nacional de Salud.

Su distribución por edad y sexo se presenta en el cuadro No. 3, Gráfico No. 8.

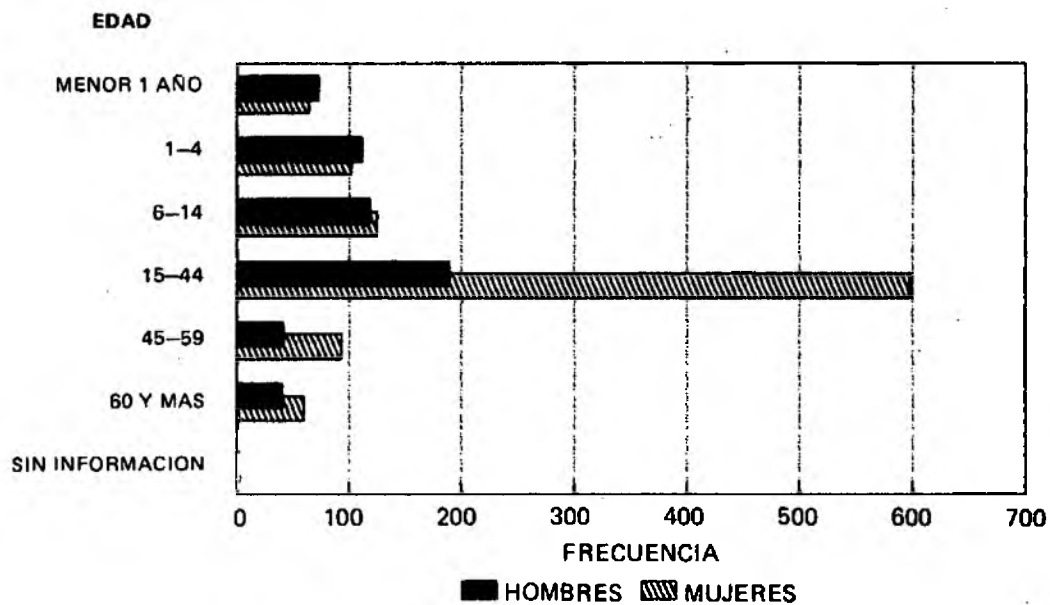
Cuadro No. 3
CONSULTAS
COLOMBIA, 1985
Sobre una muestra del 10%

EDAD AÑOS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos 1	137.445	8.5	72.927	12.7	64.356	6.2
1 - 4	212.811	13.2	110.882	19.3	101.670	9.8
5 - 14	244.001	15.1	119.027	20.7	124.512	12.0
15 - 44	787.324	48.7	188.897	32.9	597.807	57.4
45 - 59	135.057	8.3	41.830	7.3	93.105	8.9
60 y más	101.117	6.2	41.117	7.1	59.835	5.7
Sin inf. edad	6.059	—	2.112	—	3.852	—
TOTAL	1.623.814*	100.0	576.792	100.0	1.045.137	100.0

* Incluye 1.885 sin información de sexo.

La misma información, clasificada por sexo, se da en el cuadro No. 4 y Gráfico No. 9 para las primeras causas de consulta, excluyendo las consultas por motivos diferentes de enfermedad, y para las veinte primeras causas en la Tabla 14 del Anexo 2. En ambos casos, se utiliza la agrupación de 183 causas del Ministerio de Salud, Subsistema de Información.

Gráfico No. 8
CONSULTAS SEGUN EDAD
Colombia, 1985
Sobre una muestra del 10%



Fuente: Ministerio de Salud

ASCOFAME
EDCON

Cuadro No. 4

**DIAGNOSTICOS DE CONSULTA EXTERNA
(DIEZ PRIMERAS CAUSAS) - 1985**

COD-CIE	CAUSAS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
		No.	%	No.	%	No.	%
520-525	Enf. dientes y estructuras de sostén	124.396	9.4	49.807	9.4	74.445	9.3
600-709	Enf. piel y tejido celular subcutáneo	73.781	5.5	32.751	6.2	40.964	5.1
601-608, 614.3-614.9, 615-617 619-629	Otras enf. órganos genitales.	73.762	5.5	5.551	1.0	68.211	8.5
460-466	Inf. resp. agudas	72.106	5.4	32.202	6.1	39.825	5.0
008-009	Enteritis y otras Enf. diarreicas	55.529	4.2	28.676	5.4	26.753	3.3
120-124, 127-129	Otras helmintiasis	48.575	3.6	20.555	3.9	27.953	3.5
870-904	Heridas y traumatismos vasos sanguíneos	45.041	3.4	32.909	6.2	12.086	1.5
487	Influenza	44.272	3.3	21.385	4.0	22.849	2.9
591-593, 595-599	Otras enf. aparato urinario	42.719	3.2	9.614	1.8	33.058	4.1
401-405	Enf. hipertensiva	38.935	2.9	10.310	1.9	28.574	3.6
Total cons. externa/enf.		1.329.977*	46.5**	529.238	46.1**	799.009	46.9**

* Incluye 1730 sin información de sexo.

** Proporción del total de consultas por enfermedad.

FUENTE: MINSALUD, tabulados.

En 1987 el Instituto de Seguros Sociales realizó 9'236.901 consultas médicas y 1'760.592 consultas odontológicas¹. La distribución por diagnósticos en 1985, clasificadas por las categorías de 3 dígitos de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE) pueden verse en el Cuadro No. 5, Gráfico No. 10 para la consulta ambulatoria general del ISS.

Cuadro No. 5

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA GENERAL
1985**

Orden	No. de Código CIE 1975	Nombre de la Causa	No.	%
1	V22	Embarazo Normal	100.063	18.9
2	401	Hipertensión Arterial	79.415	15.0
3	724	Lumbalgias	74.650	14.1
4	006	Amibiasis	74.121	14.0
5	487	Influenza	49.237	9.3
6	460	Rinofaringitis Aguda	39.708	7.5
7	463	Amigdalitis Aguda	30.707	5.8
8	250	Diabetes Mellitus	27.531	5.2
9	V20	Control de la salud del niño	27.001	5.1
10	372	Pterigion	26.472	5.0
		Las demás causas	579	0.1
TOTAL			529.434	100.0

Fuente: Diagnóstico de las seccionales.

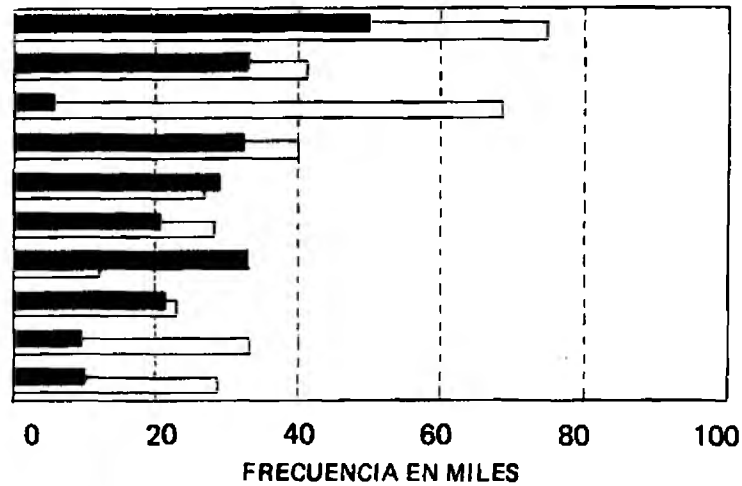
Nota. Corresponde a la muestra del 10% de toda la morbilidad.

1 ISS-Informe primer año de labores, marzo 1987-marzo 1988.

Gráfico No. 9
DIAGNOSTICOS DE CONSULTA EXTERNA
POR SEXO – DIEZ PRIMERAS CAUSAS
Colombia, 1985

CAUSAS

- Enfermedades de los Dientes y Estructuras de Sostén
- Enfermedades Piel y Tejido Celular Subcutáneo
- Otras Enfermedades Organos Genitales
- Infecciosas Respiratorias Agudas
- Diarrea y Enteritis
- Otras Helminiasis
- Laceraciones y Heridas
- Influenza
- Otras Enfermedades Aparato Urinario
- Hipertensión



□ HOMBRES □ MUJERES

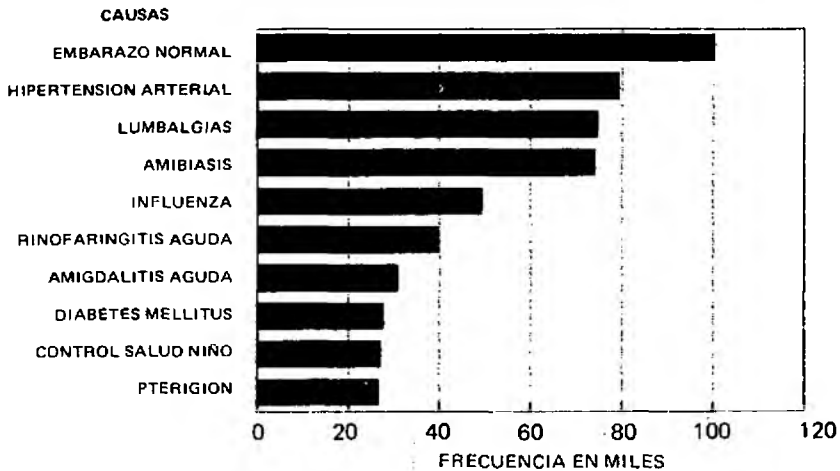
Fuente: Minsalud (Tabulado)

ASCOFAME
EDCON

DIAGNOSTICO

Se destacan las consultas para el embarazo normal y control del lactante, que corresponden a los beneficiarios no afiliados y, en el resto, la preponderancia de la hipertensión arterial, las afecciones respiratorias agudas y el pterigion, que tal como se diagnostica, parece una alteración frecuente, confirmado por el examen clínico en las encuestas de salud. Llama la atención la frecuencia de las consultas por amibiasis y diabetes.

Gráfico No. 10
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD.
AMBULATORIA GENERAL, ISS
Colombia, 1985



Fuente: Instituto de Seguros Sociales
 Nota: Muestra del 10% de la morbilidad

EDCON
 ASCOFAME

Un informe separado de la atención ambulatoria especializada no agrega mayor información, por el excesivo desglose de las causas de consulta (categorías de 3 dígitos de la CIE). Tabla 15 del Anexo 2.

Hospitalizaciones

La información recolectada por el subsistema de información del Ministerio de Salud es algo incompleto. Según esta fuente, en 1986, en 934 hospitales y clínicas, con 42.592 camas, se produjeron 1'452.119 egresos, cuya distribución por edad y sexo se muestra en el Cuadro No. 6, Gráfico No. 11.

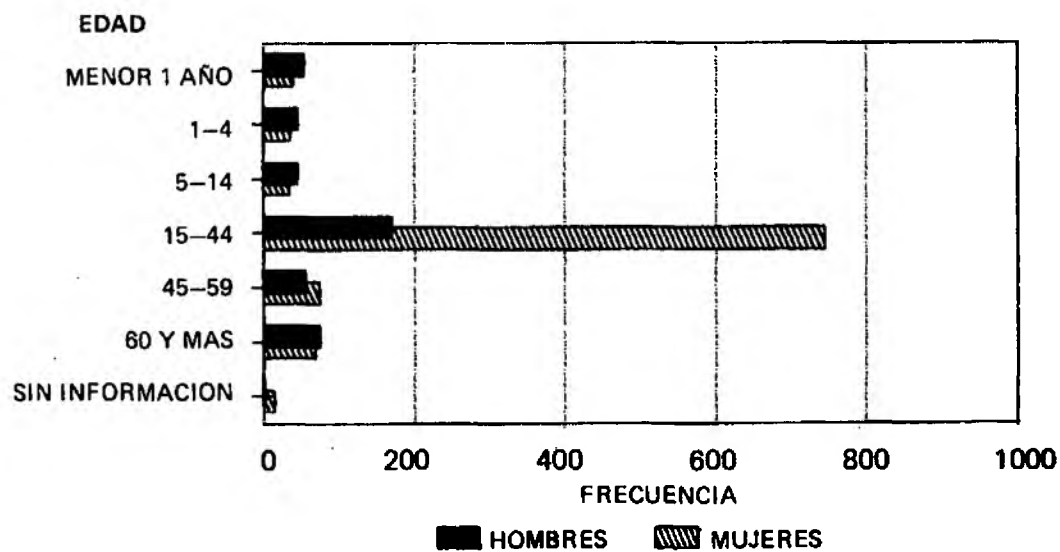
Cuadro No. 6

HOSPITALIZACIONES SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD
Colombia - 1986

EDAD AÑOS	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	No.	%	No.	%	No.	%
Menos 1	94.846	6.6	54.609	12.3	40.089	4.0
1 - 4	81.138	5.6	45.310	10.2	35.759	3.6
5 - 14	81.564	5.6	46.750	10.5	34.755	3.5
15 - 44	913.915	63.3	169.524	38.0	744.136	74.6
45 - 59	129.669	9.0	55.182	12.4	74.425	7.4
60 y más	142.660	9.8	73.985	16.6	68.598	6.9
Sin inf. edad	8.327	—	3.322	—	4.921	—
TOTAL	1.452.119*	—	448.682	—	1.002.683	—
%	100.0		31.0		69.0	

* Incluye 754 personas sin información de sexo.

Gráfico No. 11
**HOSPITALIZACIONES SEGUN SEXO
 Y GRUPOS DE EDAD**
 Colombia, 1986



Fuente: Ministerio de Salud

ASCOFAME
 EDCON

El 38.4% de los egresos corresponden al parto normal y complicaciones del embarazo, parto o puerperio, el 30.6% son egresos de mujeres hospitalizadas por otras causas y el 30.9% corresponden a egresos del sexo masculino. Los diagnósticos más frecuentes en grandes grupos se muestran en el Cuadro No. 7.

Cuadro No. 7

**PRIMERAS CAUSAS AGRUPADAS DE HOSPITALIZACION
Colombia - 1986**

CAUSA	TOTAL*	HOMBRES	MUJERES
Parto normal/complicado	558.216	—	558.216
Trauma	105.316	76.053	29.182
Enfermedades respiratorias	101.115	53.636	47.395
Enteritis, diarreas y otros	48.249	26.081	22.096
Resto	1'451.365	448.682	1'002.683

* Excluye 754 sin información de sexo.

Causas de hospitalización más detalladas, tanto para el conjunto del país como para el ISS se presentan en las Tablas 16 y 17 del Anexo 2.

Según la misma fuente, subsector de información del Ministerio, el número total de camas de 1986 fue 45.821 y 1'709.272 egresos, distribuidos en las 934 instituciones. Por lo tanto, la cobertura de los informes anteriores corresponden al 85% de los egresos y al 93% de las camas.

En la Tabla No. 18 se presenta la distribución de estas camas, por subsectores.

6.5. RECURSOS

El Sistema Nacional de Salud.

Entiéndese por Sistema Nacional de Salud el conjunto de entidades, instituciones y dependencias que forman parte de la administración pública y las personas naturales o jurídicas que, con o sin ánimo de lucro, tienen como finalidad específica atender la salud de las personas, de la familia y de la comunidad, en los aspectos de promoción, prevención, asistencia y rehabilitación.

A la cabeza del sistema se halla el Ministerio de Salud, que fija las políticas y tiene funciones principalmente normativas y de supervisión; por medio de organismos especializados, ejecuta algunas campañas directas.

En el nivel seccional o departamental, se encuentran las Secretarías de Salud, con funciones de adaptación de las normas a las circunstancias locales y ejercicio de supervisión sobre las instituciones en su jurisdicción, que tienen a su cargo la prestación de servicios: hospitales, centros y puestos de salud.

Instituciones

El país dispone (1986) de 934 hospitales y clínicas con 45.821 camas, que produjeron en el año 1.709.272 egresos, con un rendimiento de 37.3 egresos por cama año, un porcentaje de ocupación de 57.2% y un promedio de estancias de 5.2 días por egresado.

Para atención ambulatoria, se cuenta con 3.705 centros, puestos de salud y otros organismos de atención ambulatoria.

La distribución de las instituciones por subsectores se presenta en la tabla 18.

El ISS cubre una población de 3.483,569 personas, de las cuales el 64.8% son afiliados y el resto derecho habientes.

Cuenta con 4.292 camas de hospital propias y 1.509 contratadas. Solamente una parte de estas están incluidas en la tabla 18.

Recursos Humanos

Se estima que en 1985, Colombia disponía de aproximadamente 23.500 médicos, 10.066 odontólogos, 6.500 enfermeras, 80 ingenieros sanitarios, 110 veterinarios de Salud Pública, 38.787 auxiliares y ayudantes de enfermería, 5.310 promotoras de salud y 2.300 promotores de saneamiento¹.

Las cifras estimadas a 1988 son 28.200 médicos y 9.600 enfermeras².

De estos, están vinculados al sector oficial directo 9.627 médicos, 2.124 odontólogos, 2.922 enfermeras, 77 ingenieros sanitarios, 110 veterinarios y

1 Plan Nacional de Salud 1987-1990, Colombia, Ministerio de Salud, Bogotá. 1987. _

2 *Ibíd.*, cifras rectificadas.

12.227 auxiliares de enfermería (sin incluir ayudantes). Al Instituto de Seguros Sociales, 4.028 médicos, 969 odontólogos y 715 enfermeras, Cuadro 8 (ver tablas Nos. 19 y 20 del Anexo 2).

Cuadro No. 8

**PERSONAL VINCULADO AL ISS Y
AL SUBSECTOR OFICIAL DIRECTO,
POR PROFESION U OFICIO
Colombia - 1987**

PROFESION	OFICIAL DIRECTO	ISS
Profesionales	13.178	
Médicos	9.627	4.201
Odontólogos	2.124	998
Otros Profesionales	1.427	—
Licenciados	4.537	—
Enfermeras	2.025	742
Bacteriolog/Microbiol.	1.686	—
Otros Licenciados	2.512	—
Técnicos	4.766	—
Enfermería General	897	—
Otros Técnicos	3.869	—
Auxiliares	22.027	—
Auxiliares Enfermería	12.227	—
Promotoras Rurales	3.376	—
Otros Auxiliares	6.424	—
Adiestrados	39.270	—
Sin Información	5.038	—

— No hay datos.

Los planes de educación continua deben cubrir todo el personal vinculado a las instituciones de salud e idealmente, también el sector no vinculado; este último, de difícil acceso, por ahora se beneficiaría de los medios de educación masivos, como radio y televisión, y menos frecuentemente de otros medios, como conferencias y proyección de videocasetes.

Recursos Económicos

Los recursos para el sector de la salud provienen del gobierno nacional y de aportes directos e indirectos de la comunidad. En 1987 se destinaron \$67.706 millones, provenientes del presupuesto nacional, transferencias, impuestos con destinación especial a cervezas, loterías, etc. Dentro de estos, se incluyen \$11.780 millones por venta directa de servicios.*

Por otra parte, el gasto privado en salud, llamado "gasto de bolsillo" fue del orden de \$66.249 millones en 1980¹. Esta cifra proyectada a 1987, teniendo en cuenta la desvalorización de la moneda, según índice de costo de vida, llega a \$240.000 millones. Dentro de esta cantidad, se incluye lo pagado por la población por venta de servicios.

Al restar esta última cifra del aporte gubernamental, se tendría para ese año de 1987, un gasto en salud de \$55.926 millones, más los gastos del ISS (\$69 mil millones), más los de las cajas de previsión y otras instituciones no gubernamentales, más los \$240.000 millones del gasto privado, con un total cercano a los \$370.000 millones.

Es, pues, el gasto privado aproximadamente dos tercios del gasto total, lo cual justifica la extensión de los programas de educación continua en salud a los profesionales y demás personal del sector privado, para que mejore también el rendimiento y eficiencia de las acciones que se cumplen en este sector.

6.6. PROBLEMÁTICA ADMINISTRATIVA

Muchas veces la insatisfacción de los pacientes que concurren a los organismos de salud, tienen su origen en el retardo para recibir asistencia o en la carencia de elementos esenciales o de equipos en mal estado, debido todo ello a deficiencias de orden administrativo. Es por esto que la educación continua y la supervisión deben tener en cuenta los aspectos de administración en la selección de los problemas.

* Los valores están en pesos colombianos.

¹ Velandia, F.; Yepes, F. Gasto privado en salud, Bogotá, Imprenta INS, 1986.

Además, en estos aspectos el sector salud tiene restricciones originadas en:

- Limitaciones técnicas y logísticas.
- Carencia de sistemas de planeación en las unidades locales de salud.
- Inestabilidad administrativa en las posiciones de comando del Sistema Nacional de Salud.
- Atonía de los procesos de gestión.
- Ausencia de mecanismos de supervisión y de evaluación del desempeño.
- Falta de control de calidad en los servicios de salud.
- Subutilización, inestabilidad y baja productividad de los recursos humanos.
- Falta de correspondencia entre los perfiles ocupacionales, las necesidades del servicio y los diseños curriculares.
- Ausencia de educación continua.

6.7 PROBLEMATICA EDUCATIVA

Un buen porcentaje de egresados se incorporan como docentes de las facultades de ciencias de la salud, otros ocupan cargos directos como decanos o jefes de departamento.

Paralelamente, se sospecha que a veces, quienes desempeñan estos cargos carecen de experiencia docente. Ello conlleva varios problemas:

- Dificultad para programar eventos educacionales.
- Deficiente preparación en nuevos enfoques y métodos del proceso de enseñanza-aprendizaje.
- Escaso conocimiento de tecnología educativa.
- Deficiente evaluación del aprendizaje.

- Dificultad en la transmisión de mensajes educativos.
- Desconocimiento de los procesos de diseño y revisión curricular.
- Desarticulación entre la teoría y la práctica.
- Desconocimiento de los avances de la informática y los medios de comunicación.

Se hace evidente la necesidad de incluir programas de desarrollo educacional en el proyecto de Educación Continua, con miras a lograr una excelencia académica en la formación de los recursos humanos en salud, de tal manera que se ofrezca al país un mejor producto educativo para las necesidades del país.

7. *Temática*

7. TEMATICA

La educación continua para el personal de salud debe cubrir los aspectos relacionados con la promoción de la salud y la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades, incluyendo los problemas físicos, emocionales y sociales, a nivel individual, familiar y comunitario. Además, debe considerar las dimensiones económicas, administrativas y éticas que influyen sobre la cobertura, calidad y la distribución de los servicios. La racionalización y la humanización de la atención de la salud reducen los costos por unidad de servicio, mejoran su calidad, extienden su cobertura y aumentan el grado de satisfacción de los usuarios.

No se puede actuar sobre todos los problemas simultáneamente, por lo cual, es necesario establecer un orden de prioridades para colocar en primer lugar lo que sea más importante. Tampoco es fácil diseñar una escala única para la selección de los temas prioritarios, pues es necesario tener en cuenta diversos factores.

En efecto, las prioridades pueden variar, según:

- la localidad y el tipo de población donde se realiza el trabajo, pues la patología varía de una a otra región, según su clima, la presencia de vectores y de agentes patógenos; por otro lado, los grupos de población afectados pueden variar, según sean predominantemente niños, madres, ancianos o trabajadores.

- las profesiones, especialidades y disciplinas, pues, por ejemplo, no es igual la prelación que médicos, enfermeras y odontólogos, pediatras, gineco-obstetras y geriatras conceden a un mismo tema.
- la experiencia educativa previa, la institución docente, el año de terminación de la carrera, la duración de la práctica profesional, los hábitos de estudio y la participación en las actividades de educación continua.
- las preferencias personales, pues los temas educativos no se pueden imponer.
- la institución que presta el servicio, su misión y su política. Por ejemplo, el interés del ISS puede estar centrado en la población trabajadora y en la salud ocupacional, en tanto que los centros de salud pueden tener más vocación hacia la atención materno infantil y otros aspectos generales de la salud comunitaria.

Por otro lado, no basta tan solo tener conocimientos y habilidades; es necesario también desarrollar actitudes que mejoren la calidad de la atención y que consideren los valores éticos y humanos de los usuarios.

Finalmente, la educación continua debe incluir también los aspectos educativos, económicos y administrativos, ya que el conocimiento de los profesionales de la salud sobre estos temas contribuye a reducir los costos, lo cual libera recursos que podrán aplicarse a extender la cobertura de los servicios.

TEMAS ACTUALMENTE EN DESARROLLO

Tal como se indicó en el capítulo 2, sobre antecedentes, las actividades de educación continua no se inician ahora: algunas de ellas han producido ya un impacto importante en el mejoramiento del nivel de salud. Estas actividades deben proseguirse y el sistema nacional de educación continua las apoyará, utilizando su infraestructura en la medida que sea requerido, pero, en todo caso, evitando duplicaciones innecesarias.

Entre los temas más promovidos en el desarrollo de la educación continua contemporánea, están los siguientes:

- *Enfermedad diarreica aguda.*

- *Enfermedad respiratoria aguda.*
- *Riesgos perinatales (madre).*
- *Enfermedades inmunoprevenibles.*
- *Otras comunicables de alta prevalencia.*
- *Control de la malaria.*
- *Atención nutricional.*
- *Hipertensión.*
- *Deprivación psicoafectiva.*
- *Ética médica.*

A continuación, se discuten otros temas de educación continua, que se desarrollarán en el contexto del presente programa.

TEMAS PARA GRUPOS ESPECIFICOS DE POBLACION

Con base en los criterios mencionados previamente, se sugieren los siguientes temas:

Salud Ocupacional

El ISS tiene, dentro de sus afiliados y beneficiarios, una alta proporción de trabajadores. Se estima que en el país el número de estos es del orden de los 20 millones.

Los riesgos para la salud, originados en la ocupación, llevan a una patología específica para este grupo poblacional, la cual debe ser enfrentada con medidas de tipo ambiental de atención de la salud; éstas, a su turno, requieren capacitación de los profesionales de la salud a todos los niveles, principalmente del subsector de la seguridad social, en el manejo de los problemas y educación de los trabajadores para que asuman un papel más activo y res-

ponsable en la reducción del riesgo de enfermar e incapacitarse. No menos importante es la capacitación de los empleadores para que se adopten las medidas ambientales preventivas y correctivas necesarias para un ambiente de trabajo más saludable.

La salud ocupacional es un componente de la atención integral del trabajador, que implica el desarrollo de actividades preventivas y curativas, y así mismo, prestaciones económicas relacionadas con los riesgos del trabajo. La Salud Ocupacional destaca las actividades de prevención tendientes a preservar la salud de los trabajadores, mediante el control de los riesgos ambientales a que están expuestos en su sitio de trabajo.

“Un agente de riesgo del trabajador es todo elemento cuya presencia o modificación aumenta la probabilidad de producir un daño a quien esté expuesto a él”¹. Su acción sobre el organismo depende de su cantidad o intensidad, del tiempo de exposición, de la vía de penetración al organismo y de la susceptibilidad de las personas. Los agentes de riesgo en el trabajo pueden clasificarse en:

- *Riesgos químicos*

Toda sustancia orgánica o inorgánica, natural o sintética, que durante la fabricación, manejo, transporte, almacenamiento o uso pueda incorporarse al aire ambiente, en forma de polvo, humo, gas o vapor, en cantidades que puedan lesionar al trabajador que entra en contacto con ellas.

Los agentes de riesgo químico pueden causar a los trabajadores expuestos desde efectos locales, como irritación de la piel y mucosas, hasta efectos sistémicos, tales como intoxicaciones, enfermedades respiratorias, digestivas, genitourinarias, nerviosas y otras.

- *Riesgos físicos*

Son los generados por equipos o medio ambiente durante los procesos de fabricación, uso y manejo de equipo, como ruido —que puede producir hipoacusia—, vibración —que puede causar lesiones osteoarticulares, daño a

¹ Instituto de Seguros Sociales, Subdirección de Servicios de Salud, División Nacional de Salud Ocupacional. Inducción sobre salud ocupacional para médicos asistenciales del ISS, Bogotá, 1989.

aponeurosis y afecciones de vasos periféricos—, presiones extremas, como aumento de la presión bajo el nivel del mar o su descenso en grandes alturas, temperaturas extremas y radiaciones.

- *Riesgos biológicos*

Por virus, rickettsias, hongos, bacterias, parásitos, insectos, plantas y animales. A diferencia de los anteriores, estos agentes de riesgo biológico están potencialmente presentes en diversas actividades, no tienen límites permisibles y los efectos son iguales a la enfermedad no profesional, que también causan.

- *Riesgos ergonómicos*

El enfoque ergonómico va más allá de la productividad, la salud y la seguridad, por cuanto incluye todas las exigencias fisiológicas y psicológicas que la tarea impone sobre el trabajo. Se pueden encontrar en todo tipo de trabajo y son, entre otras:

- postura de trabajo,
- desgaste en las operaciones
- esfuerzos excesivos,
- estrés,
- otras.

Sus efectos son de tipo musculoesquelético y psicológico¹.

Control

Los agentes de riesgo deben ser controlados en lo posible en su origen; si esto no es posible, sobre el medio transmisor y finalmente, en el individuo, mediante uso de elementos de protección personal, para cuya efectividad la estrategia educativa es esencial.

Accidentes

En el medio laboral, además de los riesgos mencionados, que producen enfermedad o agravan enfermedades no originadas en el trabajo, un riesgo mayor es el de accidentes.

1 *Ibíd.*

Se considera accidente de trabajo todo suceso imprevisto y repentino que sobrevenga por causa o con ocasión del trabajo, y que produzca lesión orgánica o perturbación funcional.

De acuerdo con la información obtenida en el Estudio Nacional de Salud 1977-1980, se estima que un año (1980) ocurrieron 6:800.000 accidentes en la población colombiana y que en la población de 6 y más años, el 40% de los accidentes estaban relacionados con el trabajo¹. Según el mismo estudio, durante los 15 años comprendidos entre 1965-1980, la ocurrencia de accidentes generales disminuyó en 11% y los accidentes de trabajo aumentaron en un 24%².

La incidencia de unos y otros es considerablemente mayor entre los usuarios del ISS, en comparación con los beneficiarios de otra seguridad social; además, los dos tipos de accidentes ocurren con mayor frecuencia en hombres y en su mayoría, son causados por caídas (29.7%) o por instrumentos cortantes o punzantes (30%). Para el ISS, estas cifras son 34.8% y 37.9%, respectivamente.

• Enfermedades Profesionales

Determinados riesgos de trabajo producen enfermedades profesionales o agravan enfermedades de otro origen.

Se reconoce como enfermedad profesional "todo estado patológico que sobrevenga como consecuencia obligada de la clase de trabajo que desempeña el trabajador o del medio en que se ha visto obligado a trabajar, bien sea determinado por agentes físicos, químicos, biológicos o ergonómicos".

"Enfermedad asociada al trabajo es aquella preexistente, que puede agravarse o hacer crisis por exposición ocupacional a ciertos agentes o riesgo"³
Algunas de las enfermedades de mayor consulta, que tienen un componente de riesgo ocupacional elevado, son: lumbalgias, dermatitis, enfermedades

1 Pabón, A. Población y morbilidad general. Imprenta INS, Bogotá, 1983.

2 Ocampo de Herrán, M.T.; Bustamante, R. y otros. Seguridad social en Colombia, Bogotá, 1986.

3 Instituto de Seguros Sociales, Subdirección de Servicios de Salud, División Nacional de Salud Ocupacional. Inducción sobre salud ocupacional para médicos asistenciales del ISS. Bogotá, 1989.

respiratorias crónicas y asma, las cuales pueden no ser atribuidas a su verdadera causa. Cuando se trata de afecciones como lumbalgia o dermatitis ocupacionales, neumoconiosis (silicosis, silicoantracosis, asbestosis), el diagnóstico hace presumir su origen laboral, que es lo más frecuente y lo mismo ocurre con las alveolitis alérgicas y las intoxicaciones por plaguicidas y por metales pesados, como plomo, mercurio y cromo.

Prioridades¹

El ISS tiene políticas explícitas sobre educación y el año 1989 ha sido identificado como el año de la educación en salud. Puesto que el componente educativo en Salud Ocupacional tiene la mayor importancia, se busca identificar las necesidades de educación en las seccionales del ISS, para la solución de problemas de salud ocupacional.

La División Nacional de Salud Ocupacional del ISS ha priorizado las enfermedades ocupacionales con base en elementos de juicio derivados de los siguientes estudios:

- análisis de las primeras causas de consulta externa en las seccionales;
 - estudio del componente ocupacional de las enfermedades y los accidentes, y
 - estudio sobre las características de la salud ocupacional en la mediana y pequeña industria, en la Asociación Colombiana de Pequeños Industriales (ACOPI), que congrega el 80% de las empresas afiliadas al ISS.
- *Enfermedades Profesionales.*

Se identifican las primeras 30 causas de consulta externa en cada seccional y se identifican aquellas que tienen más alto componente ocupacional, señalando la afección ocupacional asociada.

La frecuencia con que se dan estas patologías asociadas, en 20 seccionales informantes del Seguro, tienen este orden:

¹ ISS, Subdirección de Servicios de Salud, División Nacional de Salud Ocupacional. Prioridades de Educación en Salud Ocupacional en las Seccionales. Bogotá, 1989-1990.

- *Dermatitis por contacto (dermatitis ocupacional).*
- *Trastornos del dorso (lumbalgia ocupacional).*
- *Enfermedades respiratorias crónicas (enfermedades respiratorias ocupacionales).*
- *Trastornos de la conjuntiva (conjuntivitis ocupacional).*

Con mucha menos frecuencia, se mencionan los trastornos del oído (hipoacusia) y otros.

- *Accidentes.*

Los accidentes de trabajo atendidos, en relación con la parte del cuerpo afectada, se distribuyen así:

- lesiones de las manos, en un 35 a 45% ;
- lesiones de los ojos, en un 8 a 12% , y
- lesiones en miembros inferiores, 12% .

Se investigó la naturaleza de la lesión, la condición ambiental peligrosa, las actividades económicas de mayor riesgo y la categoría del riesgo.

Las actividades económicas de mayor accidentalidad son la agricultura y la ganadería, la construcción y la industria de productos alimenticios.

En cuanto a la naturaleza de la lesión, los accidentes se ordenan así:

- *las heridas y cortaduras,*
- *los machucones y otras lesiones.*

Los factores peligrosos son:

- *la falta de elementos de protección personal y la falta de guardas.*

En las categorías de riesgo, el primer lugar lo ocupan los riesgos mecánicos, seguidos por los químicos.

A la patología laboral falta agregar algunos elementos de toxicología industrial, plaguicidas e intoxicaciones por metales pesados y solventes, que no están suficientemente destacados en la consulta externa, pero sí en el balance de riesgos ambientales.

El ISS dispone de un inventario de material educativo en salud ocupacional, actualizado, que será de gran utilidad en la ejecución de las actividades educativas que se proponen, dirigidos tanto a los profesionales de la salud como a los beneficiarios del seguro, a los patrones y a la comunidad en general.

Cuidado integral del anciano

La proporción de la población en edad avanzada, 60 y más años, aumenta proporcionalmente y seguirá aumentando por la prolongación de la vida, consecuente a la reducción de riesgos de morir en otras edades.

Con más población en edad avanzada, se incrementa la frecuencia del cáncer y las enfermedades degenerativas, lo cual se refleja en las primeras causas de muerte en esa edad, en su orden:

- *Tumores malignos;*
- *Otras enfermedades del corazón;*
- *Enfermedades isquémicas del miocardio;*
- *Enfermedades cerebrovasculares;*
- *Hipertensión arterial;*
- *Arteriosclerosis y otras enfermedades de las arterias;*
- *Enfermedades digestivas (excluye úlcera gástrica y duodenal);*
- *Enfermedades respiratorias agudas y crónicas;*
- *Diabetes.*

Muchas de estas entidades requieren cuidado continuo y frecuentemente en instituciones (hospitales, albergues, ancianatos) para que los ancianos disfruten en la mejor calidad de vida posible para su edad.

Riesgos Perinatales (centrados en el niño)

Aun cuando es inseparable el manejo de los riesgos perinatales de la madre y los del niño, aquí se hace énfasis en estos últimos.

Los riesgos perinatales se han convertido en la primera causa de mortalidad infantil y causaron más de la tercera parte de las muertes de menores de 1 año en 1984. Las afecciones del embarazo, parto y puerperio

fueron la primera causa de muerte en las mujeres entre 25 y 34 años en 1981 y en 1986, ocasionaron más de 200.000 hospitalizaciones.

PATOLOGIAS PRIORITARIAS

Para decidir los temas por los cuales deba iniciarse el proceso de educación continua, se han tenido en cuenta los siguientes criterios de prioridad.

- La magnitud del problema expresado por las muertes que ocasiona, la incapacidad que crea y la demanda de servicios de salud que ocasiona.
- El riesgo de difusión, extensión o agravación, si no se controla enseguida.
- La congruencia con las políticas del sistema y las políticas institucionales.
- La preferencia de los participantes potenciales de los eventos de educación continua.
- Las posibilidades de reducir el problema por medio de los programas de educación continua.
- El posible impacto social y económico del programa.

Con base en la información presentada en el diagnóstico y teniendo en cuenta las prioridades mencionadas, el grupo responsable de elaborar este programa hizo una lista de quince posibles patologías para educación continua *que excluye los temas actualmente en desarrollo, ya mencionados*. La denominación de los temas no obedece a una sola clasificación, pues, hay estados morbosos bien definidos, como el infarto del miocardio; otros corresponden a grandes grupos de patologías, como son las enfermedades de la piel y los trastornos de refracción y acomodación; otros se refieren a grupos específicos de población, como el cuidado integral del anciano.

Sobre estas quince patologías se hizo una preencuesta entre médicos, odontólogos y enfermeras, que forman parte, en su mayoría, del grupo de líderes de programas docente-asistenciales que desarrolla ASCOFAME. Se utilizó el formulario que figura en el anexo en el cual se pide a cada respondiente clasificar, en orden de importancia, cinco primeros temas y, en relación con cada uno de ellos, el área de mayor énfasis para su manejo (educación, prevención, cuidado primario, manejo clínico).

Los resultados de la preencuesta en 153 respondientes se presentan en los cuadros 9 y 10.

En el cuadro 9, los temas se ordenan según número y porcentaje de respondientes que situaron el tema entre los cinco primeros, con la categoría que esos mismos criterios le dieron, calificada de 1a. a 5a. En el cuadro No. 10, aparecen los mismos temas categorizados, ponderando la prioridad para dar mayor peso a los temas ubicados de primeros. Los únicos cambios en relación con el Cuadro anterior corresponden al trauma —que asciende del sexto al segundo lugar, desplazando las enfermedades de transmisión sexual, el estrés y el cuidado integral del anciano— y al aborto —que pasa del noveno lugar al octavo—.

Cuadro No. 9

**TEMAS SELECCIONADOS PARA EDUCACION CONTINUA
EN ORDEN DE PRIORIDAD
COLOMBIA, 1988**

No.	TEMAS	PRIORIDAD					TOTAL	
		1.	2.	3.	4.	5.	No.	%
1	Drogadicción	29	21	20	23	13	106	69.2
2	Enfermedades transmisibles sexualmente	9	20	20	23	24	96	62.7
3	Estrés	20	15	15	15	18	83	54.2
4	Cuidado integral del anciano	17	11	18	11	21	78	50.9
5	Riesgos perinatales	15	18	8	18	14	73	47.7
6	Trauma	30	13	11	8	8	70	45.7
7	Infarto del miocardio	11	12	15	9	11	58	37.9
8	Caries dental	6	4	11	7	12	40	26.1
9	Aborto	3	15	10	5	6	39	25.4
10	Enfermedades de la piel	3	6	9	12	5	35	22.8
11	Tumores	3	7	5	9	7	31	20.2
12	Enfermedad periodontal	3	7	6	7	5	28	18.3
13	Trastornos de refracción y acomodación	1	3	—	3	4	11	7.1
14	Várices	—	1	4	—	1	6	3.9
15	Hernias	—	—	—	1	2	3	1.9

Nota. Sobre 153 correspondientes.
35 personas seleccionaron otros temas.

Cuadro No. 10

**TEMAS SELECCIONADOS PARA EDUCACION CONTINUA
EN ORDEN DE PRIORIDAD (PONDERADOS)
COLOMBIA, 1988**

No.	TEMAS	PRIORIDAD					TOTAL
		1.	2.	3.	4.	5.	
		Factor de Ponderación					
(5)	(4)	(3)	(2)	(1)			
1	Drogadicción	145	84	60	46	13	348
2	Trauma	150	52	33	16	8	259
3	Enfermedades transmisibles sexualmente	45	80	60	46	24	255
4	Estrés	100	60	45	30	18	253
5	Cuidado integral del anciano	85	44	54	22	21	226
6	Riesgos perinatales	75	72	24	36	14	221
7	Infarto del miocardio	55	48	45	18	11	177
8	Aborto	15	60	30	10	6	121
9	Caries dental	30	16	33	14	12	105
10	Enfermedades de la piel	15	24	27	24	5	95
11	Tumores	15	28	15	18	7	83
12	Enfermedad periodontal	15	28	18	14	5	80
13	Trastornos de refracción y acomodación	5	12	—	6	4	27
14	Várices	—	4	12	—	1	17
15	Hernias	—	—	—	2	2	4

Nota. Sobre 153 respondientes.

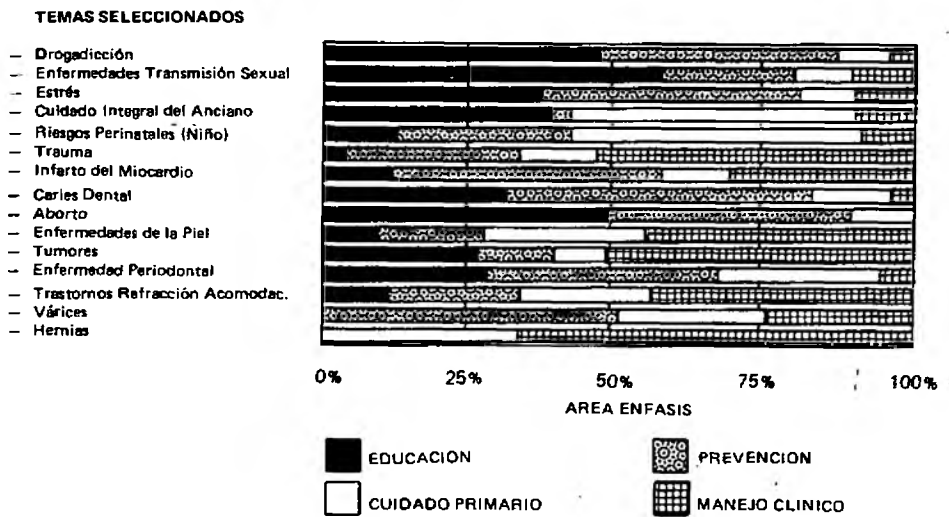
Para cada tema seleccionado, el respondiente debió señalar la alternativa más importante de manejo del problema, dentro de las cuatro propuestas (educación, prevención, cuidado primario y manejo clínico).

Una proporción considerable de respondientes señaló más de una alternativa o área de mayor énfasis para el manejo del problema (Cuadro No. 11). De aquellos que, cumpliendo las instrucciones, señalaron sólo una, debe destacarse el énfasis en la educación en los primeros temas: drogadicción, enfermedades de transmisión sexual, estrés, cuidado integral del anciano, aborto, caries dental y enfermedad periodontal.

La prevención es igualmente importante en los primeros tres temas señalados y para el aborto; es aún más importante para el manejo de la caries dental, enfermedad periodontal, várices, infarto del miocardio y trauma.

El cuidado primario predomina en el cuidado integral del anciano y los riesgos perinatales, en tanto que el manejo clínico es preponderante para el trauma, los tumores malignos, las hernias, los trastornos de la refracción y acomodación y las enfermedades de la piel. Gráfico No. 12.

Gráfico No. 12
PROPORCION DE AREAS DE MAYOR
ENFASIS Y TEMAS SELECCIONADOS
 Colombia, 1988



Fuente. Entrevista a 163 respondientes E

Cuadro No. 11

**TEMAS SELECCIONADOS PARA EDUCACION CONTINUA
EN ORDEN DE ENFASIS
COLOMBIA, 1988**

No.	TEMAS	ENFASIS							No.	%
		1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.		
1	Drogadicción	37	32	7	3	20	5	2	106	69.3
2	Enfermedades transmisibles sexualmente	40	16	7	7	19	4	2	95	62.1
3	Estrés	23	27	6	6	12	7	2	83	54.2
4	Cuidado integral del anciano	24	2	30	6	12	4	0	78	51.0
5	Riesgos perinatales	7	17	28	5	13	2	1	73	47.7
6	Trauma	2	16	7	29	15	1	0	70	45.8
7	Infarto del miocardio	5	19	5	13	10	4	2	58	37.9
8	Caries dental	9	15	4	1	9	2	0	40	26.1
9	Aborto	14	12	3	0	6	1	0	36	23.5
10	Enfermedades de la piel	3	6	9	15	2	0	0	35	22.9
11	Tumores	6	3	2	12	4	2	1	30	19.6
12	Enfermedad periodontal	5	7	5	1	9	1	0	28	18.3
13	Trastornos de refracción y acomodación	1	2	2	4	2	0	0	11	7.2
14	Várices	0	2	1	1	0	2	0	6	3.9
15	Hemias	0	0	1	2	0	0	0	3	2.0

Nota. Sobre 153 respondientes.

Enfasis: 1. Educación 2. Prevención 3. Cuidado Primario
4. Manejo Clínico 5. Dos cualquiera (anteriores).

Además de la prioridad dada por los consultados, se exponen a continuación las razones que justifican esta selección de temas.

1. Drogadicción

La drogadicción constituye un problema socioeconómico de trascendencia mundial por sus repercusiones económicas, sociales y morales. Se ha extendido a la población joven y es aún insuficiente el conocimiento por parte de los profesionales y del público en general sobre el adecuado manejo de los drogadictos.

2. Enfermedad de transmisión sexual.

Las enfermedades de transmisión sexual, después de una fuerte reducción, debida al uso de los antibióticos, se han incrementado nuevamente por la resistencia que han desarrollado los gérmenes patógenos a las drogas terapéuticas y por los cambios en los hábitos sexuales, incremento del homosexualismo y la promiscuidad.

En la década de los años 80, se identificó una nueva enfermedad de transmisión sexual predominante, el "Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, SIDA", la cual ha asumido el carácter de pandemia, en continuo incremento, para la cual no se conoce todavía vacuna ni tratamiento efectivo. El virus causal (VIH) destruye las células T, que actúan en la defensa del organismo contra agentes patógenos.

Las personas que adquieren el SIDA están propensas a contraer enfermedades que son muy graves en ellas, pero no lo son o no se presentan en quienes tienen defensas normales del organismo.

La Organización Mundial de la Salud considera que actualmente el número de personas seropositivas asintomáticas en el mundo, fluctúa entre 5 y 10 millones. En Colombia, el primer caso se notificó en 1983 y en los años siguientes la notificación ha aumentado en forma acelerada; en diciembre 12 de 1988 el número de casos oficialmente informados era de 333, pero se presume un subregistro difícil de cuantificar.

Los grupos de alto riesgo lo constituyen homosexuales y bisexuales, drogadictos, prostitutas, hemofílicos e hijos de madres infectadas, los cuales ad-

quieren la enfermedad por transmisión sexual, lo más a menudo, por el uso de agujas infectadas, transfusión de sangre o hemoderivados o por transmisión madre-hijo. A medida que aumentan los casos es más frecuente la transmisión heterosexual.

3. Estrés.

Una serie de estudios de singular importancia han destacado el papel de los factores psicosociales en la salud, los cuales pueden determinar la susceptibilidad para enfermar. Según el modelo desarrollado por Levi y sus colaboradores (citado por ASCOFAME y otros¹), los estímulos psicosociales "determinan la aparición de mecanismos de reacción fisiológica y psicológica (estrés), que bajo ciertas circunstancias, generan precursores de enfermedad o la enfermedad misma". Son muy conocidas las relaciones entre el estrés y la hipertensión, y la enfermedad coronaria.

Se hace necesario incrementar la percepción de la importancia de los factores psicosociales en la salud y estimular el desarrollo de estrategias nacionales para la identificación de problemas, planteamiento de soluciones y evaluación de actividades. La difusión de estos conocimientos debe extenderse no solamente al personal de salud, sino a la comunidad en general.

Se busca que las comunidades se vuelvan conscientes de la importancia de los factores psicosociales para la solución de los problemas de salud.

4. Cuidado Integral del Anciano.

Tema ya incluido dentro de aquellos sustentados para grupos específicos de población.

5. Riesgos Perinatales (niño).

Tema ya incluido y dentro de aquellos sustentados para grupos específicos de población.

6. Trauma.

Tiende a aumentar como causa de muerte, incapacidad y demanda de atención; sus fuentes son principalmente los accidentes y el homicidio, que en conjunto, originaron la cuarta parte de las muertes en hombres, en 1984.

¹ León, C. Factores sicosociales y salud. Salud Familiar. ASCOFAME, ACOFAEN, AFCO. Bogotá, 1985.

En el mismo año, los accidentes causaron 1 de cada 6 muertes en los niños entre 1 y 4 años.

El número de días de incapacidad originados por los accidentes en un año se estima en 30 millones, en la población de 6 y más años de edad. En el mismo período, produjeron más de 100.000 hospitalizaciones, de ellas más de 50.000 por fracturas, luxaciones y heridas.

Un adecuado manejo de los lesionados y de los accidentados, los programas educativos, el estudio y control de las causas de violencia, el rápido transporte de los accidentados a los centros de atención y el tratamiento oportuno reducirán estas cifras significativamente. Para todo ello, la educación continua es esencial.

7. Infarto del Miocardio.

El infarto del miocardio y otras enfermedades isquémicas del corazón fueron la segunda causa de mortalidad en 1984. Una de cada diez muertes se originan por estas causas, que en 1986 produjeron más de 10.000 hospitalizaciones.

8 y 12, Caries Dental y Enfermedad Periodontal.

La salud dental está afectada ante todo por la caries dental y por la enfermedad periodontal.

El 14% de la población de tres y más años tuvo "dolor de dientes o algún otro problema en su dentadura u otra parte de la boca", en las dos semanas anteriores a la de la entrevista, según el Estudio Nacional de Salud, 1977-1980. Las tres cuartas partes de ellos sintió la necesidad de consultar. Aproximadamente la mitad de los problemas se iniciaron en ese período.

Según el mismo estudio, el 96.7% de la población colombiana de 5 y más años se ve afectada por la caries dental y el 94.7% sufre de enfermedad periodontal¹.

¹ Moncada, O.; Herazo, B. Morbilidad Oral. ENS, 1977-1980.

9. Aborto.

Según el Estudio Nacional de Salud 1977-1980, el 14% de los embarazos terminan en defunción fetal, el 71% de estos son defunciones fetales precoces, de menos de 20 semanas de gestación. Se estima en 98.571 el número de abortos en 1979 y el número de muertes por aborto informadas, en el mismo año, fue de 183, o sea que la letalidad fue del 1.9‰ y la tasa de mortalidad materna por aborto fue de 0.25 por mil nacidos vivos.

El 17% de las muertes maternas se atribuyeron al aborto en 1981. La información es incompleta, pues el diagnóstico de esta causa de defunción tiende a ocultarse como causa de muerte².

En 1986 se atendieron 61.587 abortos en hospitales; en 1985, el ISS informa 10.077 egresos originados por el aborto, el 3.4% del total.

10. Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo.

Según el Estudio Nacional de Salud, 1.741.778 personas, el 7.1% de la población, presentaron al examen algunas de estas afecciones.

Por este motivo, se realizaron 737.810 consultas en 1985. En el ISS, es la tercera causa de consulta especializada, con 112.320 consultas en el mismo año, sólo para otras enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo (Cód. 709 de la CIE, 1975), lo que permite suponer que el número de consultas por todas las enfermedades de la piel es muchísimo mayor.

11. Tumores malignos.

Los tumores malignos han sido la causa más importante de mortalidad desde 1979, figurando entre las primeras diez causas de muerte, a partir de un año de edad.

La prevención de los tumores malignos es limitada y está centrada en modificaciones en el estilo de vida. Sólo el diagnóstico y tratamiento precoz puede detener la enfermedad o prolongar la vida.

² Pabón, A. y Ruiz, M. Análisis complementario de la mortalidad 1973-1983.

13. Trastornos de la refracción y acomodación.

Son las alteraciones de salud más frecuentes en la encuesta de prevalencia por examen médico del ENS, con 3.027.204 diagnósticos. El 12.3% de la población los padece, la mayoría después de los 45 años, pero incluyen 168.485 niños entre los 5 y 14 años¹.

14. Várices.

1.698.850 de personas, de ellas 1.362.437 mujeres, tienen várices de los miembros inferiores.

Entre los 45 y 59 años, una de cada 3 mujeres tienen várices.

De los encuestados solamente 4 consideraron esta causa entre los 5 primeros temas.

15. Hernias.

La hernia umbilical es frecuente en la población colombiana; según el ENS, el 5% de la población la padece, siendo más común en los niños. Las complicaciones e invalidez que producen son mínimas.

La hernia inguinal se encuentra en 252.332 personas, la gran mayoría hombres, 70.000 de ellos entre los 15-44 años². Sólo 1 de los encuestados menciona el tema como prioritario y en el 5 lugar.

Los temas antes enunciados, según distintos criterios de selección, no excluyen otros que más adelante puedan justificarse ante todo con base en una encuesta más completa para personal de salud, en una muestra probabilística de los oferentes de los servicios, la cual se realizará a principios del próximo año, encuesta que también indagará sobre la metodología educativa preferida y la disponibilidad de tiempo para participar en eventos educativos.

1 Pabón, A.; Rodríguez, E. Morbilidad general, Vol. II, Bogotá, Imprenta INS, agosto de 1987.

2 *Ibíd.*

TEMAS SOBRE DESARROLLO EDUCACIONAL

Para el cumplimiento del proceso educativo, se requiere conocer a fondo la materia que se enseña y, tan importante como ello, tener las habilidades docentes que permitan la comunicación de ese conocimiento con las modificaciones en las actitudes y prácticas que ello conlleva, desde el ámbito universitario hasta los niveles locales de prestación de servicios de salud.

La educación del adulto, la andragogía, es diferente de la del niño, su metodología debe ser dominada por los educadores.

La educación continua debe referirse a la actualización de los conocimientos en los aspectos de salud. También las habilidades docentes requieren actualización, tanto más cuanto que los profesionales que ingresan a los servicios no tienen muchas veces una formación, que garantice su óptimo desempeño como educadores de otros trabajadores y no infrecuentemente tienen dificultades de comunicación. Lo mismo podría decirse de quienes se incorporan a las actividades docentes propiamente dichas.

Expertos y líderes de la Educación Médica, convocados por ASCOFAME para asesorarla sobre los problemas prioritarios hacia los cuales deberían orientarse las políticas y estrategias de la Educación Médica en el futuro, identificaron los siguientes problemas¹:

- Desviación de la misión de la Universidad. Clima universitario.
- Exceso de Facultades y sobreproducción de médicos.
- Crisis hospitalaria y del Sistema de Salud.
- Escasez de recursos bibliográficos y sistemas de información.
- Fallas en la selección y retención de estudiantes.
- Deficiencias en la formación y dedicación del profesorado.
- Insuficiencia y desenfoco de la investigación.

¹ Dueñas Padrón, A.; Janer Ruiz, H., Editores. "Reflexión de Expertos". Encuentro sobre Educación Médica. Villa de Leyva, 14-15 de marzo de 1987.

- Deshumanización de la educación y la práctica médicas.
- Desequilibrios en la educación de postgrado.
- Desajuste en la estructura curricular.

Algunos de estos temas corresponden a la esfera de los servicios de salud, pero, con obvias repercusiones en la educación médica, todos ellos han sido tenidos en cuenta en la programación que se propone.

La educación continua incluirá, pues, aspectos críticos de la formación y actualización en docencia, formal e informal, en las universidades y en los servicios de salud, con los siguientes temas, algunos de los cuales se han venido ya desarrollando ininterrumpidamente:

- *Liderazgo en salud.*
- *Supervisión.*
- *Investigación en servicios de salud.*
- *Metodología educativa.*
- *Autoevaluación.*

TEMAS ADMINISTRATIVOS

En la prestación de los servicios de atención de la salud, hay aspectos de orden administrativo y económico, que inciden en su calidad. Los aspectos de gestión, que incluyen normas y supervisión, serán discutidos como parte integral de cada problema de salud, ya sean estos epidemiológicos, clínicos, de grupos etarios u otros.

Por su importancia, se individualizan los dos siguientes:

Medicamentos esenciales

El gasto en drogas que hace la población colombiana es muy alto. Se considera que la gente sufraga directamente de su bolsillo en un año (1985) 80.749 millones de pesos por concepto de drogas prescritas y no prescritas¹.

1 Velandía, F.; Yepes, F. Gasto en Salud. Imprenta INS, Bogotá, 1986.

El porcentaje que los presupuestos de las instituciones de atención en salud destinan a drogas es también muy alto y los profesionales que trabajan en estas instituciones prescriben drogas sin considerar su costo y, a menudo, fundados únicamente en las promociones de los fabricantes. Los estudios realizados en diversos países (OMS 1980) muestran cómo, utilizando un número limitado de medicamentos esenciales, evaluados no sólo por su efectividad, sino también por su costo, es posible hacer grandes reducciones en el gasto por este concepto.

Estudio del trabajo para solución de problemas

El adiestramiento en este campo se traduce en un mayor rendimiento y eficiencia del trabajo en el campo de la salud y tiene un considerable efecto formativo en la capacitación del personal para cumplir con sus funciones, en el desarrollo de las habilidades mentales de orden superior. En reconocimiento de la importancia que se atribuye a este tema, la OMS/OPS, con la colaboración del Centro de Educación en Salud, del "British Life Insurance Trust Centre for Health Education (BLITHE)" de Londres, han preparado material educativo para uso en talleres, el cual será utilizado en los eventos de educación continua.

RESUMEN DE TEMAS

En síntesis, la temática de la educación continua incluirá las siguientes categorías y tópicos:

Temas actualmente en desarrollo

- Enfermedad diarreica aguda
- Enfermedad respiratoria aguda
- Riesgos perinatales (madre)
- Enfermedades inmunoprevenibles
- Otras comunicables de alta prevalencia
- Control de la malaria
- Hipertensión
- Atención nutricional
- Deprivación psicoafectiva
- Etica médica.

Temas dirigidos a grupos específicos de población

- Salud ocupacional
- Cuidado integral del anciano
- Riesgos perinatales (niño).

Patologías según encuesta de opinión

- Drogadicción
- Enfermedades sexualmente transmisibles
- Estrés
- Cuidado integral del anciano
- Riesgos perinatales (niño)
- Trauma
- Infarto del miocardio
- Caries dental
- Aborto
- Enfermedades de la piel
- Tumores
- Enfermedad periodontal
- Trastornos refracción y acomodación
- Várices
- Hernias.

Temas sobre desarrollo educacional

- Liderazgo en salud
- Supervisión
- Investigación en servicios de salud
- Metodología educativa
- Autoevaluación

Temas administrativos

- Gestión en salud
- Medicamentos esenciales
- Estudio del trabajo para mejores decisiones
- Humanización de la atención médica

La secuencia en que se propone desarrollar los temas se refleja explícitamente en el plan de operaciones y más concretamente, en el presupuesto por objetivos.

Las prioridades cambian con el tiempo, porque la asignación de recursos se modifica para incluir nuevos temas, ya porque recursos previstos no se hacen efectivos oportunamente, o porque ocurran cambios en las políticas y estrategias nacionales en los sectores de la salud y la educación. Es también posible que se produzcan alteraciones en las preferencias de los participantes en los eventos de la educación continua, en el curso del desarrollo mismo del programa y a través de la encuesta de opinión más amplia, prevista para el futuro.

**8. *Metodología,
Cobertura
y Operacion
del Proceso
Educativo
Continuo***

8. METODOLOGIA, COBERTURA Y OPERACIONALIZACION DEL PROCESO EDUCATIVO CONTINUO

Concebir y desarrollar la educación continua del personal de salud como un proceso de carácter permanente, que coincide con la práctica profesional, en el contexto de los servicios de salud, requiere la concertación y ordenamiento de esfuerzos para lograr simultáneamente el desarrollo de los servicios de salud, la participación de la comunidad y la transformación favorable del desempeño de cada uno de los miembros del equipo de salud.

Para alcanzar un mayor grado de desarrollo en los servicios de salud, se han considerado como elementos fundamentales de apoyo al proceso, los siguientes:

- La investigación en servicios de salud, que permita identificar y caracterizar las necesidades reales de la comunidad, la problemática de los servicios y la aplicación de los resultados de tales investigaciones en la organización y administración de programas y servicios.
- La normatización que enlace las decisiones políticas y administrativas con los procesos técnicos y con la operacionalización de los programas que ejecutan los servicios.

- La gestión en salud, que aplique los componentes administrativos, compatibilizando las necesidades de salud de la población con los recursos disponibles en los servicios, para satisfacerlas.

La participación de la comunidad es un componente del desarrollo del recurso humano de salud, que será abordado paralelamente, a través de un proceso de información y educación, utilizando medios de comunicación masiva como la radio y la televisión.

La transformación en el desempeño del personal de salud se apoyará en un proceso de desarrollo educacional, que se valora a través de un sistema de acreditación, reconocido y aceptado por las autoridades competentes y mediante un proceso de supervisión que se refleje en el crecimiento y desarrollo profesional e institucional.

En el siguiente esquema se plantean las interrelaciones que existen entre el Sistema de Educación Continua y los componentes mencionados:

Con base en lo anterior, las alteraciones metodológicas para operacionalizar el proceso educativo se seleccionarán y podrán ser aplicadas según:

- La naturaleza e importancia relativa de los problemas de salud en la región respectiva.
- La factibilidad de resolver dichos problemas con la tecnología y los recursos disponibles.
- La magnitud y composición de la fuerza de trabajo.
- El nivel de desarrollo alcanzado por los servicios de salud.
- La existencia y operación de un sistema de supervisión en los servicios.

Estas acciones, individualmente y en conjunto, tienen las siguientes características:

- Promueven el aprendizaje en el trabajo.
- Estimulan la participación con enfoque multidisciplinario.
- Utilizan diversos métodos educativos, presenciales y no presenciales, para garantizar la continuidad del proceso y consolidar el aprendizaje.
- Deben conducir al replanteamiento del desempeño de los trabajadores en salud, lo cual requiere la incorporación de la supervisión al proceso educativo.
- Son permanentes, porque se fundamentan en la dinámica misma del desarrollo de los servicios, en las necesidades de salud de la población, en las características propias del ser humano y del modelo pedagógico propuesto.
- Combinan el enfoque "en cascada", por definición de "arriba hacia abajo", con un enfoque de "abajo hacia arriba", que posibilita la participación de la comunidad y de los niveles locales en todas las instancias del proceso.

8.1. METODOS EDUCATIVOS¹

La educación continua incorpora la gama completa de experiencias de aprendizaje, que conducen a un desempeño mejorado en la prestación de la aten-

¹ Abatt, F.R.; Mejía, A. Educación Continua para Personal de Salud. Ginebra (versión al español en la imprenta).

ción de la salud. La aplicación de una diversidad de métodos en la enseñanza no solamente hace el aprendizaje más interesante, sino que responde mejor a las diferentes necesidades de los trabajadores de la salud y a las diversas formas de aprendizaje, pues se requieren diferentes métodos para satisfacer diferentes tipos de necesidades educativas.

En el contexto de la educación continua, el aprendizaje ha demostrado ser más efectivo cuando satisface los siguientes criterios:

- Es pertinente a los intereses del trabajador de la salud.
- Da al trabajador de la salud oportunidades de desempeñar un papel activo en el proceso de aprendizaje, formulándose preguntas y luego, buscando las respuestas, discutiendo los hallazgos y aplicando lo aprendido al campo de trabajo.
- Por lo tanto, los trabajadores de la salud deben ser enfrentados a problemas pertinentes, estimulándolos a abordarlos, ayudándolos a identificar lo que deben aprender para solucionarlos y ofreciéndoles oportunidades de aplicar sus nuevos conocimientos, su comprensión y actitudes al problema en cuestión, y ulteriormente, a la solución de otros problemas similares.
- Este proceso se denomina *aprendizaje basado en problemas*.

A continuación, se presenta una breve reseña de situaciones de aprendizaje y de las ayudas correspondientes que deben evaluarse, teniendo en cuenta los criterios anteriores.

Cursos

Los cursos comprenden una secuencia de eventos de aprendizaje, planeados para ayudar a los trabajadores de la salud a progresar en la adquisición de nuevas y más avanzadas competencias. Estos eventos incluyen conferencias, presentaciones por los participantes, juego de roles, visitas a laboratorios, ejercicios de laboratorio, observación y discusión de películas y proyectos individuales o de grupo.

Reuniones

Las reuniones son eventos de aprendizaje, no necesariamente conectados entre sí. Cada reunión debe tener un objetivo único que puede alcanzarse en la reunión; esta puede consistir en una conferencia seguida por una discusión del problema de un paciente o de un problema en la organización del servicio de salud, un examen sobre la prestación de servicios (auditoría), o la discusión de una película o de artículos publicados en la literatura médica.

Autovaloración

Una técnica comúnmente utilizada en la educación continua, mediante aprendizaje autodirigido, es la autovaloración o autoevaluación. El personal de salud prueba sus propias destrezas y conocimientos al tratar de resolver problemas y en esta forma, identifica sus propias lagunas y lo que precisa aprender para allanarlas. A su vez, esto debe proporcionar un incentivo para remediar la deficiencia. El enfoque de la autoevaluación puede utilizarse también en las reuniones y cursos.

Autoeducación

Los trabajadores de la salud aprenden con la autoeducación e igualmente, mediante el contacto con profesores y colegas. Las principales fuentes de información son las revistas y los libros, los medios de comunicación de masas (televisión, radio y prensa), los paquetes específicamente diseñados para el autoaprendizaje y los cursos por correspondencia. Recientemente, a este último método se le ha dado el nombre de "educación a distancia", la cual no requiere interacción presencial, frente a frente, entre el maestro y el estudiante; puede implicar alguna forma de tutoría mediante materiales impresos, enviados por correo al estudiante o difundidos por radio o televisión. Al estudiante puede solicitársele que responda a este material en alguna forma (por ejemplo, haciendo ejercicios o respondiendo preguntas) y devolviendo el trabajo por correo al instructor.

Aunque esta técnica de educación a distancia es muy conveniente en países desarrollados, por basarse concretamente en un sistema de comunicación efectiva, también ha sido utilizada con éxito en países en desarrollo. En realidad, la necesidad de la educación a distancia puede ser mayor donde la población se encuentre muy dispersa y sea difícil que los trabajadores de la salud viajen para asistir a cursos o reuniones. Donde haya disponibilidad de

líneas telefónicas, es posible unir a personas o grupos aislados de trabajadores de la salud de manera que todos puedan escuchar una presentación emitida desde un centro. Pueden entonces participar en una discusión en la que pueden hablar y escuchar lo que se está diciendo en todos los demás centros. Este sistema se denomina "conferencia telefónica" y puede ser muy valioso para superar la sensación de aislamiento.

Los diferentes métodos de aprendizaje se enumeraron en una reunión sobre educación continua, preparada por la Organización Mundial de la Salud en Srinagar, India, del 29 de junio al 4 de julio de 1983 y se reproducen aquí:

Métodos en el lugar de trabajo

- Auditorías de servicios de salud.
- Rotación de cargos.
- Adiestramiento en servicio.
- Supervisión y orientación en el lugar de trabajo.
- Club de revistas.
- Asignaciones de equipo y proyectos.
- Revisión de historias clínicas e informes mensuales.
- Reuniones con colegas.
- Conferencias telefónicas.
- Reuniones del personal y conferencias.

Métodos fuera del lugar de trabajo

- Educación a distancia.
- Estudios académicos.
- Cursos no académicos de adiestramiento.
- Autoevaluación.
- Estudios dirigidos por correspondencia.
- Seminarios, talleres, simposios.
- Teleconferencias.
- Reuniones de organizaciones profesionales.
- Reuniones de sociedades científicas.

Problemas de educación continua

Aunque la educación continua se considera generalmente como elemento importante y deseable en los sistemas de salud, es sorprendente la escasez de evidencia cuantificada acerca de los beneficios que se derivan de ella. Bertram y Brooks-Bertram¹ reportaron que "se carece de documentación significativa y coherente acerca de los beneficios de la educación continua". No pudieron encontrar evidencia convincente de que la educación continua hubiera conducido a cambios en la atención de salud prestada por los participantes

1 Bertram, D.A.; Brooks-Bertram, P.A. The evaluation of continuing medical education: a literature review. *Health education monographs*, 5: 330-363 (1977).

después de las experiencias educacionales. Esto se debe parcialmente al descuido en documentar los beneficios que se obtienen, pero igualmente, debe aceptarse que muchos intentos concernientes a la educación continua son bastante menos efectivos de lo que pudieran ser.

Una razón para esto atañe en parte a los responsables de la enseñanza, pues son pocos los que han recibido entrenamiento como docentes. Es evidente la necesidad de adiestrar a quienes vayan a asumir funciones docentes en la educación continua.

Otra razón para la falta de eficacia es la poca relación entre las actividades educativas ofrecidas y el conjunto de conocimientos que el estudiante debe adquirir para mejorar su desempeño en el trabajo. Con frecuencia, los cursos de educación continua son conferencias que proporcionan muy poca actividad práctica para los estudiantes. A menudo se basan en la disciplina o experiencia del profesor más que en un análisis de las necesidades de los estudiantes y de los conocimientos que deben adquirir.

Un estudio importante de un programa exitoso de educación continua¹ indicó que la enseñanza tenía las siguientes características:

- La enseñanza fue diseñada para resolver problemas específicos reconocidos por los trabajadores de la salud.
- Los estudiantes participaron en la identificación de los problemas y coincidieron en la necesidad de encontrar una solución.
- Los métodos de aprendizaje hacían hincapié en la participación activa de los estudiantes, en un ambiente distendido, no tensionante, utilizando métodos para grupos pequeños.
- Los estudiantes fueron involucrados en la evaluación de los resultados de las experiencias educativas.

Problemas Logísticos

La educación continua enfrenta dificultades considerables simplemente a causa de las condiciones en que trabajan los participantes potenciales. Gene-

¹ Stein, L.S. The effectiveness of continuing medical education: eighth research report. *Journal of medical education*, 56: 103-110 (1981).

ralmente, esto implica para ellos separación de los colegas, dificultades de comunicación, una falta general de apoyo financiero y el problema de definir quién debe reemplazarlo en sus ausencias. Como consecuencia, a menudo se omite ofrecer educación continua de la calidad adecuada y los trabajadores de la salud con mayores necesidades (es decir, los más aislados) tienden a recibir menor atención.

La solución de estos problemas depende ante todo de su reconocimiento y del desarrollo de un sistema con adecuada financiación. Tal sistema permitiría ocuparse de los problemas del aislamiento y comunicación, mediante la organización de reuniones locales y regionales dentro del país, y del uso de técnicas de educación a distancia, como la radio, la televisión, los cursos por correspondencia y el teléfono.

Se dará mayor énfasis al desarrollo de las actividades educativas en el lugar de trabajo, lo cual redundará en una disminución del ausentismo y fortalecimiento de la función educativa.

Para superar la mayoría de los problemas del proceso educativo, enunciados precedentemente, los profesores pueden ensayar los siguientes métodos:

- Evitar hasta donde sea posible, que el ambiente de aprendizaje sea amenazante, lo cual puede lograrse de muchas maneras. Por ejemplo, en las actividades de grupo el ánimo debe estar relajado; el líder del grupo, en vez de ser dogmático, debe estimular las sugerencias de los estudiantes.
- Asegurarse del valor y pertinencia de las nuevas técnicas que se sugieran.
- Evitar la censura a los estudiantes por cualquier deficiencia que puedan tener.
- Involucrar a los estudiantes en la elaboración de planes para su propia educación continua.
- Hacer que la educación continua sea congruente con los problemas prioritarios reconocidos por el estudiante.
- Colocar a los estudiantes en una situación en que se ensayen las técnicas alternativas de cuidados de salud, para que puedan decidir por sí mismos cuál de estas es mejor.

La finalidad es hacer que el estudiante acepte el cambio sugerido, tan fácilmente como sea posible.

Los trabajadores de la salud pueden no estar conscientes de su necesidad de aprender; pueden no darse cuenta de que sus propios estándares se han ido deteriorando paulatinamente con el transcurso de los años, o con los cambios que hayan tenido lugar en la prestación de los servicios de la salud. Es precisamente esta clase de trabajador el que tiene mayor necesidad de educación continua y es quien menos la busca.

Un enfoque sería hacer obligatoria la educación continua, pero un método más eficaz es estimular la concientización de su necesidad y crear el deseo de aprender. Hasta cierto punto, esto es ideal. Pero, al menos puede lograrse parcialmente, mediante ejercicios de autoevaluación y auditoría. Un ejemplo de auditoría ocurre comúnmente en departamentos clínicos hospitalarios, donde la evolución de los pacientes se revisa regularmente para verificar si la calidad de los cuidados pudo haber sido mejor. Podrían adoptarse sistemas similares en centros de salud o en cualquier situación en que los trabajadores de la salud laboren en equipos.

8.2. COBERTURA

El programa de Educación Continua va dirigido fundamentalmente al personal de salud del sector público, en particular del Ministerio de Salud y del Instituto de Seguros Sociales y al personal docente de las facultades de ciencias de la salud, como también a personal de salud local del sector privado y a las comunidades en general.

Para efectos de iniciar este programa y de acuerdo con el diagnóstico previamente descrito, se determinarán temas prioritarios, tantos como lo permitan los recursos que se espera allegar, cada uno de los cuales se abordará en su dimensión científica, epidemiológica, administrativa, ética y normativa; igualmente, se darán las guías de supervisión que permitan al personal de salud conocer anticipadamente los criterios, parámetros o indicadores que se utilizarán para juzgar la calidad del desempeño profesional y la correcta aplicación de normas, procedimientos y técnicas. Se ha previsto que la temática sea desarrollada, grosso modo, en un 80% para los niveles de atención primaria y secundaria (personal de salud y comunidad) y en un 20% para el nivel terciario.

Los contenidos educativos seguirán un enfoque "en cascada", cubriendo diferentes audiencias. Este enfoque consiste en capacitar inicialmente a un grupo de líderes, cada uno de los cuales, a su turno, formará a otros grupos en su

jurisdicción, quienes a su vez, replicarán el adiestramiento para grupos progresivamente más periféricos, hasta saturar con este efecto multiplicador la necesidad de adiestramiento en el área. De esta manera, se adiestrarán, en primer lugar, los líderes nacionales, quienes transmitirán el adiestramiento a los líderes locales y estos, a su vez, lo proyectarán a los beneficiarios de los programas, adaptando el contenido según el nivel académico y funciones que le corresponda desempeñar a cada trabajador.

Líderes nacionales de la educación continua

Conforman los comités de integración funcional (CIF). Pueden ser directivos o docentes de las facultades de ciencias de la salud y directivos o profesionales de los servicios de salud. El número de estos líderes es de 106 (uno por cada una de las 53 facultades de salud y 53 de los servicios de salud); recibirán la información sobre la orientación y programación de la educación continua, y en un proceso en cascada, la transmitirán a los líderes locales.

Líderes locales

Son profesionales de los organismos de salud de los municipios, que se encargan de coordinar y estimular las actividades de educación continua para el personal del nivel local. Su número puede ascender a 500 y dependen de los Comités de Integración Funcional (CIF) para efectos de planeamiento, desarrollo y supervisión del programa.

Beneficiarios potenciales del programa

Son los médicos, odontólogos, enfermeras, y otros profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en los servicios locales de salud. Pueden actualmente ser unos 25.000 individuos; desde luego, el Programa no podrá cubrirlos a todos en una primera instancia, por restricciones de recursos y por razones logísticas. El programa prevé un desarrollo progresivo.

Se destacará el uso de normas, procedimientos y técnicas para el manejo de los problemas seleccionados, con énfasis en los aspectos de promoción y protección de la salud. A este efecto, se revisarán normas, procedimientos, técnicas y estrategias existentes y se desarrollarán nuevas, a la vez que se prepararán guías e instrumentos para supervisión y evaluación. También se abordará la parte administrativa, en lo concerniente a esquemas gerenciales para la organización de las unidades locales de salud.

Comunidades en general

La Comunidad recibirá los beneficios de programas educativos, a través de los diferentes medios de comunicación de masas.

Los conocimientos, actitudes y prácticas que determinan el estilo de vida de la comunidad, influyen definitivamente en su estado de salud. Los problemas de salud identificados deben enfrentarse no solamente mejorando la competencia de los oferentes de servicios de salud, sino también educando a la comunidad para que elimine o reduzca prácticas malsanas, como el hábito de fumar y el consumo de drogas adictivas, y las substituya por hábitos y prácticas favorables a la salud.

8.3. OPERACIONALIZACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA

Para la definición de prioridades dentro del programa de Educación Continua se tienen en cuenta tres componentes:

- El diagnóstico de las necesidades de salud que identifica los problemas de salud de la población y la problemática administrativa, científica y tecnológica de los servicios.
- Las decisiones tomadas por el Consorcio en lo referente al establecimiento de prioridades, con base en las necesidades institucionales y la disponibilidad de recursos humanos y financieros.
- Las necesidades de aprendizaje del personal de salud, docente y asistencial, con relación a su desempeño esperado en los diferentes niveles del Sistema de Salud.

Una vez definidos los temas prioritarios, el comité técnico conformado por delegados de las instituciones comprometidas en el desarrollo del Sistema de Educación Continua identificará expertos en cada tema prioritario, para organizar grupos de trabajo con las siguientes responsabilidades:

- Verificar la existencia y adecuación de las normas para cada tema prioritario.
- Promover la elaboración y/o actualización de normas cuando sea requerido, y asesorar al Ministerio de Salud en su formulación o revisión.

- Traducir las normas en manuales didácticos y proyectos que apoyen el desarrollo de los programas institucionales de servicios.
- Desarrollar el tema seleccionado, considerando sus dimensiones científica, ética, administrativa, y técnica, destacando los aspectos de promoción y protección de la salud.
- Elaborar material educativo multimedial para apoyar la capacitación del personal de salud y de la comunidad, con la asesoría del Centro de Desarrollo Educativo de ASCOFAME cuando sea requerida.
- Planear, desarrollar y evaluar los diferentes eventos de capacitación.

Estas dos últimas funciones podrán ser desarrolladas por el mismo grupo, cuando tenga competencia para ello o por otro grupo especializado en la preparación de material educativo.

Para iniciar el proceso de capacitación, se seleccionarán los líderes de instituciones docentes y de servicio, con base en su idoneidad para planear, desarrollar y evaluar el programa de educación continua en los niveles seccional y local, en todas las dimensiones mencionadas.

Estos líderes serán multiplicadores del proceso de educación continua, impulsores de cambios favorables en la prestación de los servicios y promotores del desarrollo de procesos de educación comunitaria. Para esto, contarán con todos los estamentos docentes y de servicio, que brindan el apoyo y la infraestructura administrativa al Sistema de Educación Continua.

En el desarrollo de los eventos de capacitación de líderes, se utilizarán actividades educativas presenciales y no presenciales, y se incluirán las siguientes dimensiones:

- *Caracterización del tema en sus aspectos científico, ético, administrativo y técnico.*
- *Capacitación en la programación, ejecución y evaluación del desarrollo educacional de cada tema.*
- *Gestión en salud.*
- *Técnicas de supervisión.*

- *Educación de adultos.*
- *Educación y participación comunitaria.*

Posteriormente, este proceso se replicará a los beneficiarios del programa, entendiéndose como tales los trabajadores de salud y la comunidad, en los niveles seccionales.

Para la Educación Comunitaria se organizarán programas masivos de radio y televisión, apoyados por expertos de ASCOFAME y cuyo tema coincidirá con el que se desarrolle en la capacitación del personal de salud.

Paralelamente con la operación del programa educativo, las instituciones de servicio, con el apoyo de los líderes y del personal capacitado, irán incorporando elementos que garanticen la continuidad y el seguimiento del proceso educativo. Entre estos, los siguientes:

- Aplicación de las normas.
- Aplicación de técnicas de gestión en salud.
- Desarrollo de la supervisión del programa y utilización de sus resultados para enriquecer el proceso educativo y prevenir desvíos en la aplicación de la norma.
- Preparación de perfiles ocupacionales y de guías de desempeño, que apoyen la supervisión.

Las instituciones docentes recibirán una retroalimentación del sistema de educación continua para actualizar los programas de pregrado, mediante:

- *Participación en la planeación del programa de Educación Continua.*
- *Participación en el proceso educativo.*
- *Incorporación del personal docente en la supervisión de los servicios.*

Si bien se describe la administración del proceso educativo “en cascada”, existe también la posibilidad de revertirlo y enriquecerlo desde los niveles operativos hacia arriba, dado que estos plantean sus necesidades educativas,

problemas de servicio y alternativas de solución. Los contenidos de la educación continua deberán asegurar su pertinencia a las expectativas de los participantes y a las cambiantes necesidades locales. Por tanto, el Sistema de Educación Continua requiere de flexibilidad en su desarrollo.

El Sistema de Educación Continua establecerá un mecanismo de acreditación para las instituciones y programas educativos, así como también para los participantes.

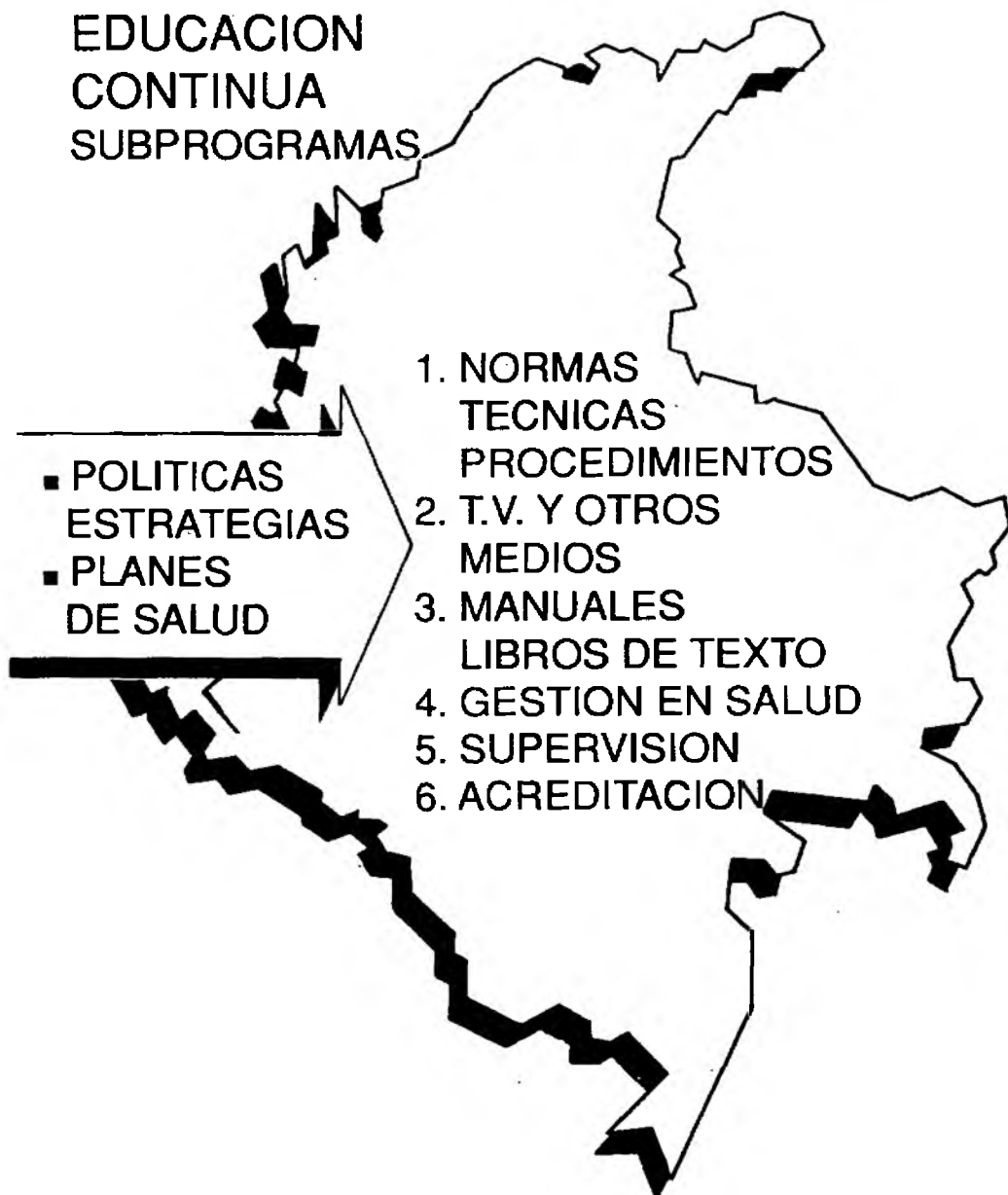
El siguiente diagrama ilustra en referencia al tema de la drogadicción, el manejo que asegura la continuidad del proceso educativo, la amplitud del contenido y su integridad.

**ESTRUCTURA "PROTOTIPICA" DE UN EVENTO
DE EDUCACION CONTINUA
DROGADICCION**

NORMAS/MANUALES	Disponibles, revisados, no disponibles.
BIOSICO-SOCIAL Y HUMANISTICO	Manejo y seguimiento integral del problema individual (clínico, terapéutico, emocional, social), como miembro de una familia y una comunidad.
GESTION	Manejo administrativo del problema como fenómeno epidemiológico de masa, a nivel institucional, local, nacional (procedimientos, técnicas, infraestructura local, personal, costo, referencias, supervisión).
EDUCATIVO	Disponibilidad de manuales sobre NPT. Preparación de material educativo para personal de salud y público en general, con utilización de diferentes medios de comunicación, individuales, grupales, masivos.
INVESTIGATIVO	Aplicación de metodología de "investigación en servicios de salud" para identificar lagunas en la caracterización y manejo del problema, susceptibles de investigar.
ACREDITACION	"Medida en que el evento satisface criterios de acreditación". Procedimiento para reconocer créditos a participantes.

9. Desarrollo del Programa

**PROGRAMA NACIONAL DE
EDUCACION
CONTINUA
SUBPROGRAMAS**



9. DESARROLLO DEL PROGRAMA

Cada tema seleccionado en el Programa de Educación Continua debe considerar los aspectos de gestión, que incluyen normatización, elaboración de manuales, supervisión y evaluación.

Por otra parte, los contenidos educativos en relación con los diferentes temas se divulgan y extienden a los niveles seccional, regional y local, a través de una red de centros conformados por líderes de la educación continua, extraídos de los sectores de la docencia y de los servicios y con representación de las diferentes disciplinas de la salud. Estos líderes integran los Comités de Integración Funcional (CIF).

Será necesario desarrollar las habilidades docentes de los líderes para que estos puedan cumplir correcta y completamente con sus responsabilidades en el adiestramiento del personal, y ampliar o actualizar su capacidad de investigación. Los asistentes a estos eventos educativos deben ser calificados y recibir créditos, que sean tenidos en cuenta en el desarrollo de sus respectivas carreras, para efectos de promociones, incentivos, reconocimientos y traslados.

Se justifica analizar estos aspectos en mayor detalle por su importancia en el logro de los objetivos del programa y por sus repercusiones en la salud de la comunidad. Se han denominado Subprogramas y se singularizan porque tienen aplicación en todos los temas.

9.1

Normatización

Subprograma 1

**NORMAS, PROCEDIMIENTOS
Y TECNICAS**

**POLITICAS
ESTRATEGIAS
PLANES Y
ACTIVIDADES
DE SALUD**

- **NORMAS**
- **PROCEDIMIENTOS**
- **TECNICAS**
- **ESTANDARES**

PARTICIPANTES

**FUNCIONARIOS
CIENTIFICOS
DOCENTES
OTROS**



ATENCION EN SALUD

9.1. NORMATIZACION

La formulación de normas —la normatización— comprende la adaptación o creación de normas, procedimientos y técnicas que deban aplicarse en la operación de los servicios de salud y la elaboración de manuales didácticos basados en tales normas, procedimientos y técnicas.

La normatización es una instancia crítica del proceso de gestión y constituye un requisito para la acción ordenada. Según el Diccionario de la Lengua Española, la norma es una regla que se debe seguir o a la que deben ajustarse las operaciones¹. El Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC) define la normatización como “el proceso de formular y aplicar reglas con el propósito de establecer orden en una actividad específica, para beneficio y con la cooperación de todos los interesados y, en particular, para la obtención de una economía óptima de conjunto, respetando las exigencias funcionales y de seguridad”².

El término tiene varias sinonimias, tales como patrón, medida, modelo, conducta, criterio, procedimiento, principio, política, precepto. Sin embargo, estos términos no se pueden usar indistintamente porque en la jerga administrativa tienen connotaciones diferentes.

Justificación

La normatización es importante porque determina el contenido del trabajo; define la tecnología que deba aplicarse, lo cual, a su turno, caracteriza el producto y determina la calidad y el costo de cada unidad de servicio.

La anterior determinación tiene, en la práctica, repercusiones sobre la población beneficiaria, en la medida en que calidad, costo y cobertura son aspectos interrelacionados.

Las normas, por otra parte, proveen los parámetros para la supervisión, la medición del rendimiento, el control de calidad, y el ordenamiento y homogenización de las operaciones, todos tan esenciales en el desarrollo de los servicios.

1 Real Academia Española. Diccionario de Lengua Española. 17 Ed. Madrid/47.

2 Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC). “Notas sobre Normatización”, 2 Ed., Bogotá, D.E., 1985 (mimeo).

En efecto, la ausencia de normas conduce al desarrollo errático, arbitrario y heterogéneo de las actividades de salud, lo cual eleva los costos, limita la cobertura y degrada la calidad del servicio.

Quienes diseñan el proceso normativo deciden sobre asuntos tan esenciales como el contenido curricular para el desarrollo de los recursos humanos y la capacitación, en la medida en que la norma debe estipular *qué hacer, cómo hacerlo, con quién, cuándo, dónde y a qué costo*. Mirado con esta amplia perspectiva, el proceso normativo rebasa con mucho lo que cualquier institución aisladamente pueda hacer y destaca la necesidad de que la responsabilidad se confíe a un conjunto de agencias y no a una sola.

En sentido general, la norma indica no solamente un patrón de conducta, sino también un deber ser, una forma de comportarse (de sentir y de obrar), que es la más adecuada en circunstancias dadas.

La norma para la operación de los servicios de salud enlaza los procesos políticos con los procesos administrativos y con los procesos técnicos; articula la programación con la ejecución y, por lo tanto, define la forma como se deben desarrollar las políticas, los programas y los planes. La norma, pues, articula las especificaciones definidas en el programa, con el plan de operaciones para su cumplimiento.

Antecedentes

Con base en sus atribuciones legales, el Ministerio de Salud ha venido formulando, por varios años, normas, procedimientos y técnicas para el desarrollo de sus planes. También lo han hecho en alguna medida instituciones del sector privado y algunas sociedades científicas, en el entendido de que sus normas no tienen carácter obligatorio y de que su aplicación, por consiguiente, depende exclusivamente de la aceptación de dichas normas por parte de las instituciones o individuos en sus respectivas jurisdicciones.

Con alguna frecuencia, las normas disponibles en el sector de la salud de Colombia tienden a ser generales y aparecen con el carácter de disposiciones estatutarias, cuya pertinencia y viabilidad son a menudo cuestionadas. A esta circunstancia se atribuye en gran parte el carácter errático de las acciones de salud y su ineficiencia. Por tal motivo, se ha considerado prioritario revisar las normas técnicas y administrativas con miras a mejorar su pertinencia a los

requerimientos de los servicios, su aceptación y viabilidad. En esta labor, el Ministerio de Salud ha intensificado sus actividades y ha producido recientemente numerosas normas y manuales de alta calidad.

Las normas deben apoyarse en la experiencia adecuadamente analizada y en los resultados de la evaluación y la investigación, particularmente la investigación en los servicios de salud, a la cual se da gran importancia actualmente. La normatización es un proceso eminentemente participativo.

En Colombia la responsabilidad de promulgar las normas es de la competencia indisputable e indelegable del Ministerio de Salud. Sin embargo, es deseable la participación de otros estamentos, tales como las universidades, las sociedades científicas y las asociaciones de personal, toda vez que la normatización involucra decisiones de tanta monta que exige la concurrencia de una diversidad de disciplinas y competencias.

Por ejemplo, para la preparación de sus normas, ICONTEC ha organizado 172 Comités distribuidos en todo el país, en los cuales hay representación del Gobierno, el productor y el consumidor. En su preparación intervienen las universidades, los institutos de investigación descentralizados, las entidades que procuran conciliar los intereses del consumidor y las posibilidades del productor con el nivel de desarrollo del país. Las normas aprobadas por el ICONTEC son voluntarias; sin embargo, son oficiales y obligatorias las atinentes a la salud, la vida humana y animal, la seguridad, las relacionadas con pesas y medidas, el medio ambiente, y las que a juicio del Ministerio de Desarrollo, tengan que ver con el progreso nacional.

La necesidad de asegurar este tipo de cooperación entre sectores, subsectores e instituciones constituye el fundamento de la concertación intersectorial, la interdisciplina, la concentración de esfuerzos y la complementación de recursos, la cual sólo se realiza a plenitud, a través de una auténtica participación. Las normas, una vez revisadas, probadas en el terreno y adoptadas por el Ministerio de Salud deben ser compiladas en manuales y éstos diseñados didácticamente, de manera que se facilite su comprensión y utilización, tanto en los servicios como en la docencia.

Atributos deseables de una norma

Con base en las anteriores consideraciones, se piensa que una buena norma debe tener los siguientes atributos:

Pertinencia. Debe ser congruente con las necesidades de salud de la comunidad.

Viabilidad. Debe ser compatible con los recursos disponibles y tener suficiente apoyo logístico para su aplicación.

Mínima. Determina el nivel de calidad por debajo del cual, ninguna operación del servicio deba colocarse.

Promulgada. Introducida y divulgada por la respectiva autoridad competente.

Difundida. Con amplio acceso a todos los niveles de los servicios.

Clara. Presentada de manera inteligible e inequívoca para los encargados de aplicarla, a todos los niveles.

Aceptable. Bien recibida por los responsables de aplicarla, lo cual, en buena parte, resulta del grado de participación, difusión y viabilidad que haya logrado.

Actualizada. Es decir, evaluada periódicamente y adaptada a los cambios que puedan ocurrir en la política, en los planes y programas, en la epidemiología y en la disponibilidad de recursos.

Con frecuencia, hay resistencia a la aceptación y aplicación de la norma, lo cual, en gran parte se reduce si se preservan sus atributos deseables y la participación en su formulación.

Para aumentar la aceptación de las normas, debe señalarse que:

- La existencia de la norma no erosiona la autonomía del acto médico, en cuanto al diagnóstico y tratamiento; simplemente lo organiza y lo racionaliza al compatibilizarlo con los recursos disponibles y con la política de cada institución.

- Ofrece flexibilidad en la medida en que normas inspiradas en el concepto de “mínimo útil” permiten un amplio margen de opciones entre lo mínimo y lo óptimo, a las cuales pueden acomodarse las instituciones o profesionales que deseen elevar el nivel de calidad.

Las normas:

- *Constituyen parámetros y reducen la subjetividad en la valoración del desempeño de cada trabajador.*
- *Proveen los elementos para un adecuado control de calidad y para formular los objetivos del aprendizaje y los contenidos curriculares.*
- *Ordenan y homogenizan las acciones.*
- *Reducen los costos por unidad de servicio.*
- *Se actualizan periódicamente a través de la supervisión, la evaluación y la educación continua.*

Control de calidad

Se entiende por control de calidad el sistema eficaz para integrar todos los esfuerzos en materia de desarrollo, mantenimiento y mejoramiento de la calidad, realizados por los diversos grupos de una organización (Feigembbaum).

El objeto del control de calidad es desarrollar, producir y vender productos o servicios que satisfagan las necesidades de los consumidores.

El concepto de control de calidad, originalmente adoptado por los americanos en el período inmediato de la postguerra, ha sido ampliado por la gestión japonesa, con base en los siguientes *fundamentos*¹:

- Debe mostrar resultados de calidad mejorada, cantidad aumentada y oportunidad acelerada de entrega.
- La tarea de perfeccionamiento de la calidad es participativa: compromete a todos los individuos involucrados en la producción —en sus respectivos

¹ Ishikawa, K. “¿Qué es control total de calidad? La modalidad japonesa”. Bogotá, Editorial Norma, 1986.

procesos de participación, por supuesto—, lo cual redundaría en la mejora de la calidad del trabajo en todas las instancias. Es lo que los japoneses denominan hoy día control total de calidad (C.T.C.).

- Comienza y termina con educación.
- Su aplicación exige educación continua para todos, desde los jefes y gerentes hasta los operarios.
- Aprovecha lo mejor de cada individuo.

Ejemplo del proceso seguido en la elaboración de normas

A título ilustrativo, se describen a continuación las instancias del proceso adoptado por el Ministerio de Salud para la revisión y actualización de las normas en el Programa de Control de Tuberculosis en Colombia.

Con base en el análisis de los conceptos sobre aplicación de las **NORMAS** del Programa de Control de Tuberculosis, rendidos por los equipos (médico, enfermera, bacterióloga) que manejan este programa en las seccionales del país, el Jefe del Programa del Ministerio de Salud y el Comité Asesor¹ creyeron necesario hacer una revisión de dichas normas y hacer énfasis en los aspectos preventivos, mediante educación en estos diferentes niveles:

- Facultades de ciencias de la salud y trabajo social.
- Funcionarios de instituciones de servicio.
- Pacientes y sus familias.
- Comunidad en general, mediante la capacitación de líderes que aseguren la participación en los programas educativos.

¹ En el comité asesor hay representantes de: Academia Nacional de Medicina, Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, Consejo Nacional de Enfermería, Sociedad de Pediatría, Sociedad de Neumología, Liga Antituberculosa Colombiana y de Enfermedades Respiratorias, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Instituto de Seguros Sociales, Instituto Nacional de Salud, Facultad de Medicina de la Universidad Nacional, Organización Panamericana de la Salud, Hospital San Carlos y Hospital Santa Clara.

Se decidió modificar el nombre del programa, cuya nueva denominación será: "Prevención y Control de Tuberculosis".

Para la revisión de las normas se siguieron estos pasos:

1. Se remitió una circular a los coordinadores del programa y a sus equipos en las seccionales de salud, pidiéndoles conceptos sobre aplicación de las normas y recomendaciones para su modificación, teniendo en cuenta la reciente descentralización administrativa y fiscal.

Estas recomendaciones deberían darse con base en los conceptos del nivel regional, el cual tendría en cuenta, a su vez, un estudio de la situación local de todos los municipios de su respectiva área de influencia.

Los conceptos del nivel regional fueron consolidados por las seccionales y enviados al Ministerio de Salud, en donde el equipo encargado del manejo del programa emitió un concepto general basado en los informes seccionales, el cual subsiguientemente, remitió a la Comisión para la reforma de las normas que se menciona más adelante.

2. Se envió una comunicación a las sociedades científicas afines: Pediatría, Neumología, Medicina Interna y Cirugía del Tórax, solicitando su concepto.
3. La misma comunicación se remitió también a todas las facultades de Ciencias de la Salud, solicitándoles tal concepto en relación específicamente con la pertinencia de las normas en la parte educativa, incluyendo la opinión del cuerpo docente.
4. El equipo de manejo del programa en el Ministerio de Salud y el comité asesor de este programa nombraron dos comisiones denominadas "Comisión para la Reforma de las Normas" y "Comisión de Redacción".
5. A la Comisión para la Reforma de Normas correspondió estudiar los conceptos emitidos por los niveles seccionales, por las asociaciones científicas y las facultades, para lo cual contó con la colaboración de profesionales altamente calificados.
6. El proceso que siguió la Comisión de Reforma de las Normas consistió, en resumen, en:

– Revisar las normas anteriores.

- Analizar las propuestas de cambio.
 - Definir cuáles de éstas deberían aceptarse.
 - Sustituir estas decisiones en un informe.
 - Presentar las propuestas con su respectiva sustentación al Comité Asesor para decidir sobre omisiones, adiciones y alteraciones.
 - La comisión de Reforma de las Normas elaboró un informe final, por capítulos, con destino a la Comisión de Redacción.
7. La Comisión de Redacción designó un grupo de profesionales calificados, que asistieron a las reuniones del Comité Asesor para analizar las propuestas y hacer las modificaciones, supresiones o adiciones de acuerdo con el informe remitido por la Comisión de Reforma de las Normas.
- También la Comisión de Redacción definió el formato y presentación del manual de normas.
8. El resultado del proceso se sometió a consideración de un grupo de trabajo del Ministerio de Salud y de la Presidencia de la República para que revisara la metodología, antes de la edición del manual.
9. Por último, se remitió, por conducto de la Oficina Jurídica, el proyecto del manual con la resolución por la cual se aprueba, para la firma del señor Ministro de Salud.

La culminación del proceso está pendiente porque se quiere aprobar en grupo todas las normas sobre transmisibles. Aunque tal vez es posible abreviar este proceso en la preparación de normas para otras disciplinas o programas, el arriba descrito tiene el mérito de haber logrado la participación de todos los estamentos y grupos que debían ser consultados para mejorar la pertinencia y actualizar el contenido de las normas.

Se considera que tal esfuerzo redundará en una mayor difusión, aceptación y aplicación de las normas; la participación de las facultades de salud crea un mecanismo de retroalimentación para difundir las normas entre los futuros profesionales.

Manuales

Los manuales basados en las normas, procedimientos y técnicas que rigen el funcionamiento de los servicios de salud facilitan la aplicación de la norma; por otro lado, contribuyen a subsanar la deficiencia de conocimientos que afrontan profesionales cuando llegan a ocupar un cargo, cambian de puesto o surgen nuevas técnicas y procedimientos o hay cambios en las políticas de salud.

Los manuales cumplen en este caso un papel importante en la capacitación, puesto que contribuyen a estandarizar los servicios y a orientar el desempeño de los trabajadores.

La preparación de un manual tiene esta secuencia:

- Identificar las necesidades de salud y las intervenciones adecuadas para satisfacerlas.
- Determinar las características, antecedentes académicos, condiciones de trabajo y funciones de los grupos a los cuales está dirigido el manual.
- Determinar las características socioeconómicas y culturales del contexto.
- Especificar las normas, procedimientos y técnicas a las cuales debe ajustarse el desempeño del trabajador.
- Determinar el tipo de adiestramiento y método para desarrollar la competencia requerida.
- Identificar la disponibilidad de material de apoyo para la educación inicial, la educación continua y la supervisión.
- Revisar el material disponible y preparar el material faltante.

En síntesis, hay cuatro grupos de preguntas cruciales que se deben responder al planear la preparación de un buen manual.

¿Quiénes serán los usuarios?

- ¿Qué pueden ellos hacer en relación con la operación o actividad en cuestión?

- ¿Qué saben ellos al respecto?
 - ¿Qué problemas encaran actualmente en su desempeño?
2. ¿Por qué necesitan ellos un manual?
 - ¿Qué necesitan en el texto?
 - ¿Cómo usarán el texto?
 3. ¿Cuál debe ser el contenido del texto?
 - ¿Qué tareas deben ejecutar?
 - ¿Qué necesitan saber?
 - ¿Cómo deben hacerlo?
 - ¿Qué deben enseñar a otros?
 4. ¿Cómo se debe presentar el texto?
 - ¿Qué factores necesitan tenerse en cuenta?
 - ¿Cómo controlar estos factores?

Para incluir guías pertinentes y realistas en la preparación de un manual, es preciso analizar a fondo cada una de estas preguntas.

Las relaciones entre el Ministerio de Salud, el ISS y ASCOFAME son en este momento muy buenas y proveen una coyuntura excepcional hacia una acción concertada para intensificar la formulación de normas de atención y estándares del rendimiento, que regirán la operación de los servicios de salud a nivel municipal, dentro del marco del desarrollo de las políticas y planes nacionales de salud, con especial prelación a la atención primaria. Tal circunstancia es propicia para unir al personal docente y al personal de los servicios de salud, a todos los niveles en el esfuerzo común de “manualizar” las normas y presentarlas de manera clara, concisa y atractiva.

Ejemplo práctico de preparación de un manual

Como un ejemplo del proceso de elaboración de un manual, cuando no se ha desarrollado el proceso de normatización, se ha seleccionado el tema "Problemas del aparato Locomotor", sobre el cual, el doctor Gustavo Malagón elaboró un texto dirigido a los médicos, principalmente, y a otro personal del nivel primario, el cual da soluciones prácticas para los problemas más frecuentes que afectan este aparato en la población colombiana.

Se cumplieron los siguientes pasos:

- Elaboración de encuestas a los especialistas sobre problemas más frecuentes del aparato locomotor.
- Análisis del resultado de las encuestas por un grupo de docentes especializados en cada una de las áreas del aparato locomotor.
- Listado definitivo de los problemas más frecuentes.
- Clasificación de los problemas en grupos afines.
- Selección de casos.
- Para cada uno de los casos, se siguió un mismo esquema en el cual, merecen destacarse la aplicación uniforme de criterios para el manejo local o evacuación, acciones de los auxiliares de salud, colaboración de la familia y la comunidad, uso de los recursos locales y pautas de educación familiar y comunitaria en aspectos de protección, prevención y primeros auxilios.

Se logró la agrupación de los problemas más frecuentes en un cómodo manual, que ofrece un manejo metodológico de cada uno de ellos y que por la simplicidad del léxico empleado y la objetividad de los planteamientos, permite su utilización por parte de otros profesionales de la salud, quienes bajo sencillas directrices pueden prestar eficientes primeros auxilios en caso de emergencia.

Cabe destacar el énfasis en la educación familiar y comunitaria. Uno de los beneficios de la investigación adelantada con médicos de puestos de salud y hospitales locales consistió en la identificación de fallas protuberantes en el manejo inicial, lo cual significa evitar complicaciones, como shock, infección, pérdida de miembros, paraplejías o cuadriplejías, y la muerte, en no pocos casos.

La comunidad o la familia, motivadas mediante información sencilla, que debe suministrar el médico, pueden prestar invaluable servicios frente a los problemas más frecuentes; el policía de las carreteras, el farmacéuta, el cura, la autoridad, el transeúnte desprevenido, el miembro de la familia, pueden jugar papel fundamental si están debidamente preparados y alertados sobre las consecuencias de la pérdida de tiempo para producir algún tipo de auxilio racional, o respecto a los peligros que engendran el transporte inadecuado de un herido o las desastrosas consecuencias de mirar indiferentes un tumor de los miembros o la contaminación de una herida, o un visible defecto de la marcha. Esta educación a la comunidad y a la familia, además de representar un apoyo y un vínculo moral y social indispensable del médico, le acredita su posición de liderazgo moral y profesional.

Con la metodología de solución de problemas, puesta al alcance del médico general, se está subsanando un grave escollo para la atención de la salud, y se está generando una gran motivación para el ejercicio del profesional, quien podrá manejar los problemas con mayor eficacia y comprometerá el interés de la comunidad local para participar en toda forma en mutuo beneficio.

Es fácil identificar las ventajas que este enfoque de solución de problemas representa para el profesional de la salud:

- El aprendizaje puede ser recordado y asimilado más ampliamente si se parte de una vivencia real.
- Se enfrenta al reto de aplicar sus conocimientos.
- Ejercita el pensamiento hipotético deductivo, al desmenuzar una gama de posibilidades para dar respuesta al problema. Esta actividad permite al estudiante ejercitar el razonamiento y la capacidad para analizar, pensar y crear.
- El aprendizaje se torna más significativo cuando tiene relación con la vida real; por consiguiente, genera una mayor motivación.
- Aprende a tomar decisiones en forma inmediata, lo cual es necesario en el campo de la salud, donde muchas veces se decide entre la vida y la muerte del paciente.
- Participa en un proceso de cambio y afronta tareas reales del medio ambiente.

- Se acerca a un enfoque holístico que le permite establecer relaciones y captar la realidad en toda su complejidad y multicausalidad.
- Desarrolla valores de solidaridad humana y comportamiento responsable.

La idea de comenzar con un modelo aplicado al aparato locomotor, buscó regar una semilla que partiendo de esta experiencia, germine fecunda en otras áreas de la patología humana y dé frutos positivos en beneficio de la salud, partiendo de una mejor preparación del profesional.

Ante el largo y complejo proceso para la producción de un Manual de Normas, como ha sido ilustrado con las normas de tuberculosis, la publicación de este libro será de gran utilidad.

Objetivos

- Desarrollar normas, procedimientos y técnicas en relación con los temas seleccionados por el programa de educación continua y someterlas a la aprobación del Ministerio de Salud.
- Traducir las normas, procedimientos y técnicas adoptados por el Ministerio de Salud, en manuales orientados a mejorar el desempeño del personal de salud.
- Promover la difusión y correcta utilización de los manuales, tanto en las actividades de educación continua como en los servicios.
- Capacitar y apoyar a los grupos de expertos en los diferentes temas, para elaborar normas y manuales.

Actividades

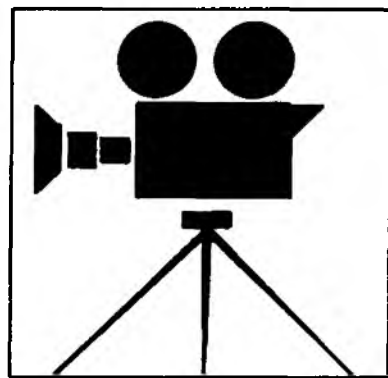
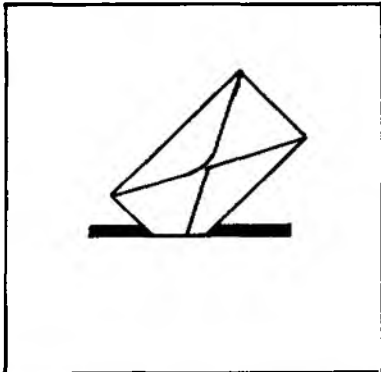
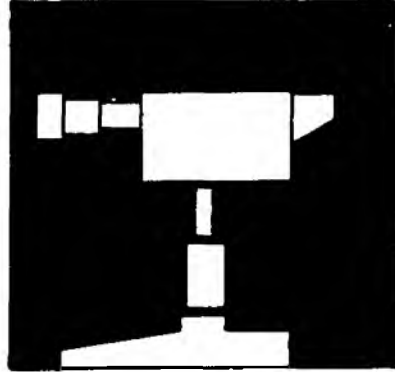
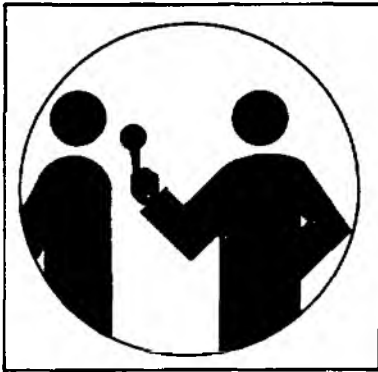
- Revisión de las normas y manuales preparados por el Ministerio de Salud, el ISS y por cualquier otra institución que las haya producido, con la participación de representantes de las sociedades científicas, personal docente y de los servicios.
- Actualización y aprobación por parte del Ministerio de Salud de las normas existentes.

- Traducción en manuales de las normas adoptadas.
- Promoción de la difusión y correcta aplicación de las normas y manuales.
- Selección de formatos, determinación de contenidos y preparación de manuales y módulos, con la asesoría de la Universidad de Kentucky y del British Life Insurance Trust Centre for Health Education (BLITHE).

9.2 Red de Información



■ RED DE INFORMACION



9.2. RED DE INFORMACION PARA LA EDUCACION CONTINUA, TV Y OTROS MEDIOS

Introducción

Como estrategia metodológica de este subprograma, se propone un *sistema multimedial* que articule diversos medios, audiovisuales e impresos, tales como televisión, radio, sonovisos, manuales, módulos, textos, folletos y otros impresos.

De acuerdo con los objetivos de cada evento educativo, se seleccionan los medios más indicados, buscando la combinación que responda mejor a diferentes estilos de aprendizaje, a la naturaleza y características de cada medio y a la disponibilidad de tiempo y horario de los participantes.

La infraestructura de información constituye *una red*, que permite la interconexión y comunicación entre diversas fuentes de información en el área de ciencias de la salud, lo cual evita la duplicación de esfuerzos y facilita la racionalización de recursos.

Este subprograma, desde el punto de vista audiovisual, utilizará intensamente la televisión y desde el punto de vista de material impreso, hará énfasis en el uso de los manuales.

Antecedentes

En relación con la televisión y la información audiovisual. En el área de ciencias de salud, para sistemas de educación continua, la televisión y otras formas audiovisuales han sido ampliamente utilizadas en países tales como los Estados Unidos, Inglaterra y México. En Colombia, la utilización de la televisión para programas de educación continua es totalmente innovadora.

En cuanto se refiere a los medios audiovisuales en general, el ICFES ha publicado su Catálogo Nacional de Medios Audiovisuales para la Educación Superior, con el patrocinio de la OEA y de la Presidencia de la República y la colaboración de la Universidad de Antioquia. Con este valioso documento, puede iniciarse el trabajo de localización de información audiovisual en el área de ciencias de la salud y ya se ha establecido comunicación con el ICFES para mantenerlo actualizado.

Algunas listas de medios audiovisuales suministradas por universidades no se encuentran en el catálogo publicado por el ICFES.

En relación con el material impreso. Un diagnóstico de la actividad editorial en instituciones de educación superior en Colombia, afirma que en diciembre de 1982 existían 2.000 unidades editoriales, dentro de las instituciones de educación superior. El mencionado estudio destaca el siguiente tipo de material.

TIPO DE MATERIAL	PORCENTAJE
Folletos multicopiados	56.0
Documentos multicopiados	16.0
Libros generales	8.0
Folletos y plegables	6.2
Revistas	6.0
Textos universitarios	5.6
Textos escolares	2.0
Libros infantiles	0.2
T O T A L	100%

Esta información es válida para las facultades de ciencias de la salud¹.

¹ Icfes y Procultura. Diagnóstico de la actividad editorial en instituciones de educación superior en Colombia, 1980-1982, julio 1984.

La actividad editorial, aunque importante, se ha realizado de manera fragmentaria, a menudo con duplicación del material impreso y sin estudio de su pertinencia a las necesidades en el campo de la salud. Es evidente el predominio de los documentos o folletos multicopiados como apoyo a eventos educativos en todos los niveles, sin control de su presentación editorial. Pero ante todo, se hace notoria la falta de coordinación de las entidades encargadas de producir material educativo para las acciones de educación continua.

La Organización Panamericana de la Salud ha cumplido una meritoria labor con su Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (Paltex), el cual ha constituido un eficaz apoyo a las actividades que los gobiernos de las Américas y la Organización Panamericana de la Salud deberán desarrollar durante los próximos años para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000". Paltex ofrece en este momento libros de alta calidad en las ciencias básicas, ciencias médicas, nutrición, veterinaria, odontología e ingeniería sanitaria.

El Ministerio de Salud ha elaborado módulos sobre atención perinatal, enfermedad diarreica aguda, deprivación psicoafectiva, participación comunitaria, infección respiratoria aguda, desnutrición, enfermedades inmunoprevenibles, entre otros.

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, en sus treinta años de existencia, ha publicado diversos textos de trascendencia para la educación médica y numerosos módulos y materiales educativos, en apoyo a sus eventos de capacitación. Recientemente, conjuntamente con ACOFAEN, ACFO, los Ministerios de Salud y Educación, con el patrocinio de la Fundación W.K. Kellogg se han preparado varios módulos para el desarrollo de la docencia-servicio y de la atención primaria.

El ICFES ha apoyado los programas de educación superior con publicaciones para educación a distancia, autoevaluación y otros temas de interés para las universidades, que han marcado pautas en la aplicación de políticas, directrices y estrategias para el desarrollo de la educación superior.

A pesar de todos los esfuerzos anotados, no hay aún concertación entre estas instituciones, que canalice iniciativas, defina políticas y prioridades, y en general, promueva y coordine acciones de producción de materiales educativos para el desarrollo de los programas de educación continua. Con el fin de apoyar estas actividades, recientemente Ascofame recibió la visita del doctor W.D. Clarke, Director del British Life Insurance Trust Centre for Health Education (BLITHE) de Londres, como consultor de la sede de la Organización

Mundial de la Salud. Se elaboró un proyecto para habilitar el Centro de Desarrollo Educativo para la producción de materiales de aprendizaje en ciencias de la salud, con el patrocinio de agencias competentes de las Naciones Unidas.

En relación con la información bibliográfica, la Oficina de Recursos Educativos de la Federación Panamericana de Facultades (Escuelas) de Medicina (FEPAFEM, Bogotá, Colombia) dedica buena parte de su esfuerzo al desarrollo de sistemas de informática en el campo de la salud y las ciencias biomédicas. Los programas de información bibliográfica de FEPAFEM son los siguientes:

Programa INFORMED. Se ejecuta a través de un convenio bilateral con los Institutos Nacionales de Salud y la Biblioteca Nacional de Medicina, de los Estados Unidos de América. Facilita el sistema MEDLARS/MEDLINE de acceso directo, inmediato y permanente al banco de datos de la National Library of Medicine, mediante comunicación telefónica, vía satélite.

Programa SIBRA. El Sistema de Información Biomédica Regional Andino, se propone recuperar y sistematizar la información autóctona, convencional y no convencional, en el campo de la salud y de las ciencias biomédicas, en los países de la Región Andina. SIBRA/COLOMBIA se inició en 1985, como programa piloto, con el apoyo financiero de COLCIENCIAS y del Centro Internacional de Investigaciones para el Desarrollo (CIID/IDRC) del Canadá.

Su Banco Nacional de Datos está disponible para consultar en línea, mediante comunicación telefónica nacional, en microcomputadores personales IBM, o compatibles. La construcción de los archivos se hace mediante la metodología adaptada por BIREME (Sao Paulo) para la Red Latinoamericana y del Caribe de Información de Ciencias de la Salud (LILACS). La literatura colombiana contenida en el Banco Nacional de Datos es incorporada periódicamente a LILACS.

El Programa SIBRA/Colombia y la construcción de su Banco Nacional de Datos en Ciencias de la Salud se ha desarrollado utilizando el siguiente mecanismo:

- Recuperación de la información convencional y no convencional a través de convenios y acuerdos con instituciones académicas y de servicio, y personas naturales.

- Registro y clasificación de las 57 publicaciones periódicas colombianas, o sea, las revistas del área de la salud, mediante acuerdos con los respectivos editores.
- Sistematización de la información disponible: en el Centro de Documentación de la representación local de OPS/OMS, Bogotá; de los documentos colombianos contenidos en la Biblioteca Nacional de Salud del Instituto Nacional de Salud; de la información disponible en las bibliotecas de las Divisiones de Saneamiento Ambiental y de Atención Materno Infantil del Ministerio de Salud; de la legislación sanitaria colombiana contenida en el Diario Oficial 1960-1988; de los documentos colombianos contenidos en las bibliotecas médicas de las facultades de ciencias de la salud, el Servicio Metropolitano de Salud de Medellín (Metrosalud), la Facultad de Medicina de la Universidad de Caldas, Manizales y la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle, de CIMDER y de CIDEIM (Cali).
- Edición del Índice de la Literatura Médica Colombiana 1980-1987, Vol. 1 (tomos 1 y 2). El índice comenzó a ser distribuido en febrero de 1988. El Vol. 2 está en preparación.

En resumen,

SIBRA/Colombia y su Banco Nacional de Datos en Salud, que por primera vez logra recuperar y hacer disponible la información autóctona, constituyen un logro de gran trascendencia para el desarrollo de programas de educación y de prestación de servicios en el país. Su mantenimiento y debida utilización dependen exclusivamente de la participación activa de las instituciones del sector salud, muy especialmente de los servicios locales de salud.

Justificación

Los medios audiovisuales son de gran trascendencia para el desarrollo de los diferentes subprogramas que conforman el Sistema Nacional de Educación Continua. Permiten acceder al conocimiento y actualizar conceptos en el área de la salud en general y en la educación médica en particular, de manera inmediata y simultánea, y alcanzar una gran cantidad de individuos y grupos profesionales del área de la salud, rápidamente y sin limitaciones geográficas.

La utilización de diferentes medios audiovisuales en la educación aumenta cada día y su producción alcanza grandes cantidades. Es necesario acertar en la selección del tipo de medio más apropiado a cada situación, lo cual depende del propósito que se desea alcanzar, del tipo de audiencia, del tiempo disponible y de factores ambientales, tales como la existencia de salones adecuados, tipo de corriente eléctrica, facilidades de transporte y disponibilidad de equipo.

La óptima utilización de medios audiovisuales requiere su uso racional y una estrategia de aprendizaje clara, basada en principios técnicos y pedagógicos establecidos. El acceso expedito a la documentación audiovisual, donde quiera se encuentre, independientemente de su fuente de producción, constituye un imperativo para un sistema nacional de educación continua; ninguna institución aisladamente dispone de los recursos que podrían permitirle autosuficiencia en este campo. Se hace necesario, pues, conformar una red nacional de información audiovisual, regida por políticas y normas que reglamenten las operaciones y procedimientos, desde la producción de los medios hasta su transferencia y aprovechamiento.

El establecimiento de una red de información racionaliza el trabajo, evita duplicaciones innecesarias en la producción de material y facilita el acceso e intercambio entre sus integrantes. El trabajo de la red se basa en la cooperación y compromiso por parte de cada entidad participante, para asegurar el acceso a todo tipo de documento audiovisual relacionado con los diferentes subprogramas del Sistema Nacional de Educación Continua.

En todo el proyecto se ha insistido en que la educación es un esfuerzo constante que se extiende a lo largo de la vida del individuo, lo cual implica el uso de diversos medios, estrategias y modalidades que faciliten además un proceso permanente de aprendizaje autodirigido por parte de los profesionales de la salud.

El material impreso (manuales, textos, módulos, folletos, boletines y otras formas impresas) sigue siendo un fuerte apoyo como facilitador del autoaprendizaje y, por tanto, constituye una herramienta indispensable en los programas de educación continua.

Por otra parte, el material impreso en el momento y sitio en que los profesionales de la salud lo requieran, sin las limitaciones de espacio y tiempo de

rial no pertinente, que es utilizable. Ambas características son críticas y deben concurrir para que el material sea apropiado.

El material educativo pertinente reúne ciertas características:

- *Pertinencia de la información al problema de salud en cuestión.*
- *Pertinencia de la información al nivel de comprensión, a la competencia y a las responsabilidades del trabajador a quien está destinado.*
- *Pertinencia del material al contexto en el cual se va a usar (recursos, facilidades, etc.).*

El desarrollo de material pertinente requiere la participación del personal docente y del personal que dispensa los servicios de salud. Por otro lado, el material para un programa en una situación dada, puede no ser pertinente para el mismo programa en una situación diferente.

Un material educativo utilizable debe ser comprensible, legible, aplicable y comunicable.

Surgen tres tipos de exigencias en la preparación de material educativo utilizable.

- *Las exigencias cognitivas del aprendizaje, que incluyen la lectura y la comprensión de las instrucciones y la aplicación de la información para decidir sobre la solución de problemas.*
- *Las exigencias operativas para la utilización del material, en términos de uso del índice, interpretación de las ilustraciones y diagramas, y la aplicación de adecuadas estrategias de lectura, en particular, la velocidad y la eficiencia.*
- *Las exigencias profesionales, es decir, la aplicación del conocimiento general sobre la salud a las circunstancias particulares de individuos, familias y comunidades.*

Las investigaciones de las ciencias del comportamiento, de la educación y de la lingüística dan muchas luces sobre cómo responder a estos problemas. La solución consiste en una presentación del material adecuado a las necesidades de cada grupo de usuarios y situaciones de trabajo potenciales. Se sugieren los siguientes pasos para preparar material educativo utilizable:

los eventos educativos tradicionales, les proporciona una fuente de referencia estandarizada, que les permite utilizarlo conforme a normas dadas.

Una de las funciones importantes de las facultades de ciencias de la salud es la producción científica, pero su difusión es insuficiente o inadecuada, aun más, no alcanza para abastecer a los educandos presenciales, mucho menos a la gran masa de profesionales de la salud que requieren educación continua no presencial.

La elaboración de los manuales permite la presentación adecuada de las normas, procedimientos y técnicas que rigen el funcionamiento de los servicios de salud, con el propósito de subsanar la deficiencia de conocimientos que afrontan los profesionales. Los manuales cumplen en este caso un papel de capacitación muy importante y oportuno que permite estandarizar conductas, roles y procedimientos, y producen acuerdo en el desarrollo de las políticas.

Hay también gran escasez de libros y material adecuado, funcionalmente orientado hacia el desempeño en el trabajo en los diferentes escenarios en los cuales se desenvuelve el quehacer de la salud. Parece haber, sin embargo, creciente reconocimiento de esta carencia y algunos países comienzan a dar más importancia a la producción de material educativo del tipo de los manuales de referencia, guías de supervisión y de las descripciones de normas, procedimientos y técnicas.

Pertinencia y utilización

Buena parte del material educativo que se ha preparado en el pasado, ha ignorado dos dimensiones esenciales: la *pertinencia* y la *utilización*. Un material educativo pertinente es el que satisface las necesidades del usuario y contiene sólo lo que éste necesita saber; este material puede ser o no utilizable. Un material utilizable se caracteriza por ser compatible con la capacidad técnica y el nivel de comprensión del usuario, es decir, está presentado de manera que él lo pueda usar. Un material utilizable puede ser pertinente o no.

El material educativo pertinente se refiere al contenido mismo del material y el carácter utilizable a su presentación. Un material educativo, que es pertinente pero no utilizable, no es más apropiado que un mate-

- Diseñar o estructurar el material para satisfacer su propósito y destino específicos, tales como material para referencia, para enseñanza, para guía de trabajo en el servicio, para supervisión, etc.
- Controlar la terminología y el léxico en el cual se presenta el material, para compatibilizarlo con el nivel de educación y comprensión de aquellos a quienes está destinado.
- Adaptar el formato a las necesidades y habilidades de los usuarios, en términos de flujogramas, ilustraciones, diagramas, tablas, etc.
- Considerar la necesidad propia de capacitación en el uso del material educativo; guía para los docentes, ejercicios suplementarios, pruebas piloto, etc.

Mucho material educativo existente es criticable en cuanto a su pertinencia y utilización, lo cual ha conducido al uso masivo de material inapropiado, a menudo bajo la premisa de que el material disponible se considera, a priori, pertinente y utilizable.

Objetivos

Identificar la producción y disponibilidad nacional e internacional de medios audiovisuales en el área de las ciencias de la salud y educación médica, *utilizables en Colombia*.

- Formular una estrategia de educación continua basada en la utilización óptima de los medios audiovisuales.
- Producir programas de televisión por la cadena nacional y otros audiovisuales que requiera el sistema nacional de educación continua.
- Promover la edición y correcta utilización de los manuales, tanto en el funcionamiento de los servicios, como en las actividades de educación continua.
- Crear un consejo editorial que fije políticas y pautas en la producción de textos o materiales didácticos para la educación continua.
- Capacitar en la producción de material impreso, tal como manuales, textos, folletos, etc.

- Producir y publicar textos y otros tipos de materiales impresos que respondan a las necesidades de educación continua.
- Intercambiar experiencias a nivel nacional e internacional sobre producción de material impreso.
- Fortalecer los recursos existentes en el Centro de Desarrollo Educativo de ASCOFAME.
- Determinar la capacidad operativa de los equipos de proyección de medios audiovisuales en las instituciones participantes del Sistema Nacional de Educación Continua y dotar y adecuar las instituciones que no cuenten con los requerimientos necesarios para la operación del sistema.
- Ampliar y consolidar la Red Nacional de Información en el área de ciencias de la salud y educación médica, mediante la incorporación de nuevos centros de docencia-servicio.
- Elaborar los medios audiovisuales, catálogos, guías y demás documentos que requiera el Sistema de Educación Continua.
- Preparar oportunamente el directorio de eventos de educación continua que se espera desarrollar cada año (naturaleza del evento, lugar, objetivos, candidatos elegibles, duración, créditos que confiere, etc.).

Actividades específicas

- Inventario de medios audiovisuales y equipo disponible.
- Determinación del nivel de capacitación de los operarios.
- Recuperación y actualización del material audiovisual existente en las ciencias de la salud y la educación médica.
- Análisis y clasificación de los medios actualmente disponibles en el país para determinar su utilización en la inducción y desarrollo del sistema de educación continua.
- Intercambio de material con los diferentes centros audiovisuales en el área de la salud. Centro de Información en la Educación Médica (CIDEMS) y

Sistema de Información Biomédica de la Región Andina (SIBRA/Colombia), ambos comandados por la Oficina de Recursos Educativos de FEPAFEM/Bogotá.

- Creación de centros nodales que han de reforzar la “Red” y determinación de sus respectivas áreas de influencia.
- Elaboración del proyecto de consolidación de la red de información audiovisual, sus principios operativos, responsabilidades de sus componentes y cobertura.
- Circulación del material disponible y su seguimiento, según las necesidades del sistema.
- Inventario del material impreso utilizable para la educación continua y sistematización de esta información.
- Inventario, selección y revisión de manuales existentes.
- Identificación de necesidades de producción de material impreso.
- Conformación de un consejo editorial para la toma de decisiones sobre políticas, producción, localización y distribución de material impreso.
- Selección de formatos, determinación de contenidos y plan para preparación de manuales.
- Preparación de manuales y módulos de instrucción, con la asesoría de la Universidad de Kentucky y del BLITHE de Londres.
- Producción y difusión de manuales.
- Adaptación de manuales, textos, módulos y otro tipo de materiales existentes y útiles para la educación continua.
- Adquisición de equipos para mejorar la capacidad editorial del Centro de Desarrollo Educativo de ASCOFAME.
- Capacitación editorial para el personal de ASCOFAME.
- Reforzamiento del personal del Centro de Desarrollo Educativo de ASCOFAME, para la ejecución de sus nuevas actividades.



9.3 Gestión en Salud

Subprograma 3

**GESTION
EN
SALUD**



9.3 GESTION EN SALUD

Sistema que permite una adecuada utilización de los recursos y aplicación de las normas para resolver problemas de salud prioritarios y prestar mejores servicios.

Introducción

En el último siglo se ha estructurado en los países occidentales la teoría conocida como tradicional o de gestión científica que busca el aumento de la producción y mejor distribución del "producto".

La teoría parte fundamentalmente de la división y coordinación del trabajo; esta última es el objeto principal de la gestión. Los postulados tradicionales tratan casi exclusivamente de la manera como una organización realiza el trabajo, dando poca atención relativa a los factores humanos o a los recursos dentro de una estructura jerarquizada.

Los cambios ocurridos en los últimos años se orientan hacia los recursos humanos, y hacia los factores que influyen sobre su comportamiento, con menos énfasis sobre las estructuras rígidas para la toma de decisiones. Esto lleva a la teoría administrativa contemporánea.

A principios del año 30 hizo su aparición el concepto de organización no formalista, que rompe la rigidez de la organización tradicional. El nuevo enfoque tiene en cuenta las motivaciones, que no son exclusivamente económicas, y la conveniencia de la participación de los trabajadores en la orientación, formulación de políticas, toma de decisiones y ordenamiento de las actividades por realizar. La autoridad se apoya en buena parte, en las relaciones positivas entre dirigentes y dirigidos, y la gestión tiene como componente importante la democracia y la participación. El sistema, basado en la participación, implica que las personas afectadas por las decisiones sean informadas y consultadas sobre estas¹.

Definición de Gestión

Gestión es el proceso de planificar, organizar, dirigir, evaluar y controlar una empresa; incorpora el pensamiento, la concepción y ejecución de todo el proceso, desde la planeación hasta el logro de los objetivos. Los elementos del proceso están estrechamente relacionados y constituyen un sistema; cada elemento de este sistema tiene un efecto pronunciado en los pasos siguientes y retroalimenta los precedentes, lo cual constituye el ciclo iterativo del proceso.

Antecedentes

La Conferencia Internacional de Alma Ata definió la atención primaria de la salud como parte integrante del desarrollo económico y social. Los países están comprometidos a adoptarla para alcanzar la meta de "Salud para todos en el año 2000".

Para lograrlo, cada país debe aplicar un proceso de gestión para la aplicación de las estrategias, con el fin de lograr la meta, de manera acorde con la situación de salud del país, sus recursos, sus condiciones socioeconómicas, su propia idiosincrasia y los mecanismos político-administrativos existentes.

En años recientes se ha destacado la importancia de la descentralización del proceso de gestión y la de involucrar a la comunidad en la toma de decisiones sobre el cuidado de su propia salud.

¹ Schaefer, M. Administración de Programas de Salud. Cuadernos de Salud Pública, No. 59, OMS, Ginebra, 1975.

Todos los países tienen alguna forma de administrar los recursos para el mejoramiento de la salud; a pesar de las grandes variaciones existentes entre ellos, se pueden identificar ciertos componentes comunes.

Ellos son:

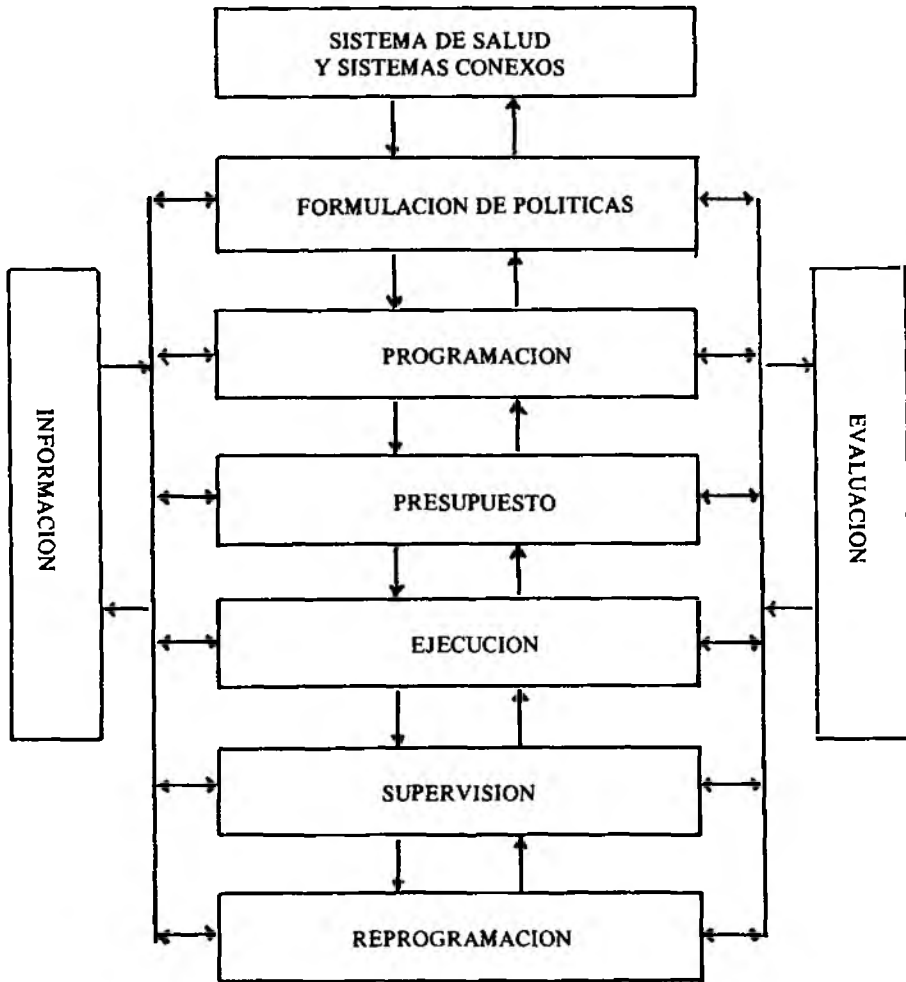
- a) **Políticas.** La formulación de políticas nacionales de salud, que comprenden metas, prioridades y principales orientaciones hacia las metas prioritarias.
- b) **Programación.** Transformación de las políticas en estrategias, a través del proceso de planeación para lograr objetivos claramente definidos, con especificación de metas, recursos, infraestructura y tiempo requeridos para su ejecución.
- c) **Presupuesto por programas.** La ubicación preferencial de los recursos de salud para aplicar las estrategias de los programas tendientes a resolver problemas prioritarios.
- d) **Ejecución.** La conversión del programa detallado en acciones, dentro de un plan de operaciones, de modo que se vuelva parte integral del sistema de salud.
- e) **Supervisión.** El seguimiento del proceso y del desempeño personal, en particular, para mejorar su competencia y prevenir y rectificar precozmente posibles desvíos de los planes, sus objetivos y metas.
- f) **Evaluación de las estrategias del programa para su realización,** con el fin de mejorar su efectividad e impacto y aumentar su eficiencia.
- g) **Reprogramación,** cuando sea necesario, para mejorar el plan maestro de acción o algunos de sus componentes, agregar otros si se requiere, como parte de un proceso de gestión para el desarrollo de la salud.
- h) **Apoyo,** por medio de suministro de información pertinente y precisa de todos estos componentes en todas sus instancias.

En el diagrama No. 3¹, siguiente, se señalan las etapas del proceso, su secuencia y sus relaciones.

1 *Ibíd.*

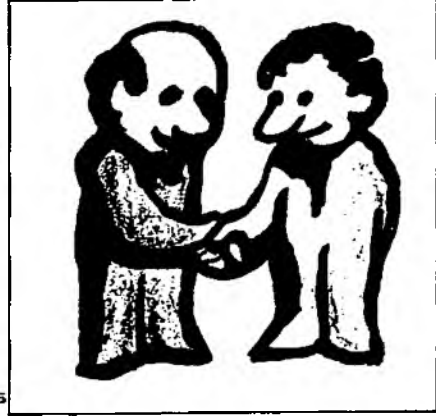
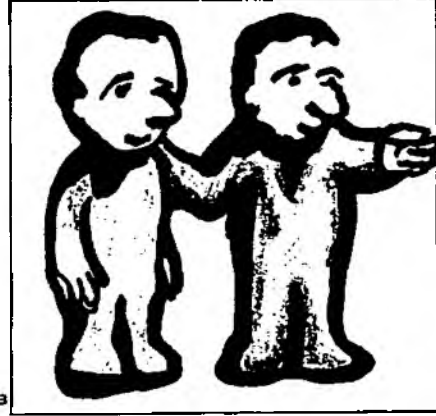
Diagrama No. 3

PROCESO DE GESTION PARA EL SISTEMA DE SALUD



Adaptado de: OMS de los Programas de Salud. Ginebra, 1981.

SUPERVISION



Justificación

La enseñanza sobre gestión es insuficiente y tradicionalmente ha estado orientada hacia los administradores de las instituciones de salud y de los hospitales en particular. Los programas de educación para las diferentes disciplinas de salud no incluyen enseñanzas adecuadas sobre gestión, lo cual se puede observar también en la educación postbásica y en la continua.

La formación en gestión del personal que trabaja en instituciones del nivel local, tales como centros y puestos de salud (que ha sido el menos atendido en cuanto a enseñanza) se impone con urgencia porque es en este nivel donde convergen todas las operaciones para el cumplimiento de las decisiones políticas, administrativas y técnicas, y donde se necesita mayor capacidad para tomar aquellas que concilien las necesidades de los beneficiarios de los servicios con las actividades que se desarrollan, según las normas provenientes de niveles superiores. La actual descentralización administrativa refuerza esta necesidad.

La enseñanza sobre gestión debe cubrir, en primer lugar, al personal de gestión de los servicios de salud locales, hospitales, centros de salud y dispensarios, e igualmente, debe también llegar a los dirigentes de la comunidad, líderes de acción comunal, concejales y dirigentes de organismos departamentales relacionados con la salud, tales como los de educación, de vivienda, de alimentación y de agricultura.

El personal de los niveles intermedio (seccional, regional, distrital) y central se deben también beneficiar de estos programas. El intermedio sirve de enlace entre el nivel nacional y el nivel local, y refuerza a este último; el nivel nacional comprende las autoridades que establecen las políticas, los planificadores y los directores de los diferentes programas.

El personal local debe recibir también educación sobre gestión, con énfasis en la supervisión, con las características que se describen más adelante.

Desde luego, la capacitación en supervisión como componente básico de la enseñanza sobre gestión, debe realizarse en los niveles nacional, seccional y local. Aquí se hace énfasis en la supervisión del nivel local por la importancia que ésta adquiere en el proceso de descentralización y por el desmaño con que se ha venido realizando en los últimos años, en que ha virtualmente desaparecido.

Qué es un gestor de salud

Casi todos los agentes de salud son gestores de salud porque planifican, organizan, coordinan, dirigen y controlan recursos de salud, a pesar de que la importancia relativa de estas funciones varía según el nivel en que se trabaja y la naturaleza del cargo que se desempeña.

Hay ciertas capacidades y actitudes que el personal de gestión debe adquirir. Tales son:

- Tener capacidad de pensar y actuar con miras al interés público.
- Trabajar en armonía con otras personas para establecer relaciones de comunicación eficaces y suscitar su entusiasmo para actuar conjuntamente.
- Poder asumir la dirección cuando sea necesario, dando margen para que otros puedan compartir responsabilidades y conocimientos.
- Saber escuchar a la gente, saber observar, saber analizar e interpretar de manera efectiva el comportamiento humano y el ambiente para reaccionar en forma adecuada.
- Practicar una supervisión, con enfoque moderno, como medio que permite mejorar la competencia del trabajador a través de un proceso educativo permanente.
- Poder evaluar los programas y acciones, con base en las demandas, teniendo presente sus costos para tomar las decisiones más convenientes para la comunidad.

Supervisión

La supervisión es la parte del proceso administrativo que realiza la observación técnica de las acciones ejecutadas por otras personas a fin de evitar desvíos de las operaciones que deban cumplirse para alcanzar los objetivos de los programas, dentro de las normas, procedimientos y técnicas adoptados.

La supervisión es la expresión del liderazgo educacional en acción para desarrollar el potencial del trabajador, preservar su competencia para el desempeño de sus responsabilidades y crear un clima de adecuada interacción huma-

na, que favorezca la eficiencia del trabajo, el crecimiento profesional y el logro de los objetivos de los programas. La supervisión es, pues, un mecanismo importante para obtener información sobre los problemas que se suscitan en la ejecución de los programas de salud.

En la gestión moderna, la supervisión tiende a considerarse como una parte del proceso educativo, en virtud de la cual, una persona preparada y con experiencia estimula, motiva y orienta las capacidades de otra, a fin de lograr el desarrollo y mejoramiento de su competencia para el trabajo. Puede así definirse como una función educativa permanente, continua y planificada, que consiste en "controlar enseñando". Su carácter democrático contribuye al crecimiento y desarrollo profesional del personal de salud, crea actitudes positivas hacia el trabajo, controla, evalúa y responde al trabajador con estímulos de orden educativo y laboral.

En la evaluación de las necesidades de educación continua, el supervisor debe representar el papel crucial de enlace entre los trabajadores de la salud y los encargados de diseñar programas de educación continua.

El Supervisor no es un operario; trabaja a través de sus colaboradores. Por consiguiente, depende siempre del desempeño de otras personas para lograr su propio éxito y es responsable de asegurar que los individuos bajo su jurisdicción realicen su trabajo con método y de acuerdo con normas y niveles de calidad predeterminados.

Se considera que la eficiencia y la eficacia del sistema de salud mejora sustancialmente cuando la supervisión se articula con la educación continua, dentro del concepto de integración estudio/trabajo. Es por esto que algunos entienden hoy la supervisión-educación continua como un complejo instrumental orientado a prevenir o identificar precozmente las desviaciones del sistema de salud y a corregir aquellas que sean atribuibles a errores u omisiones de la capacitación, lo mismo que a estimular las intervenciones para corregir las motivadas por otras causas.

Toda acción de supervisión lleva implícito el análisis de la situación en función de las metas y objetivos del programa, de la norma vigente, de la prestación del servicio, de la realidad concreta y de acciones administrativas, así

como la necesidad de identificar las causas de los desvíos si los hubiere, y la posibilidad de tomar las medidas pertinentes, a través del proceso de educación/trabajo. Vista de esta forma, la relación entre el servicio de salud y supervisión-educación continua constituye un conjunto integrado en constante cambio y perfeccionamiento, donde los componentes participan activamente e interactúan.

El cuadro siguiente, tomado textualmente del documento de referencia, muestra las necesidades de formación del personal de salud en función de las actividades y tareas de gestión, que se consideran más importantes en su respectivo nivel, en relación con cada uno de los elementos del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud y puede ser interpretado con toda la flexibilidad del caso¹.

Da base para determinar la competencia de cada grupo ocupacional, para descripción de cargos, definir objetivos del proceso de aprendizaje y contenido del currículo.

1 OMS, Consejo Ejecutivo, 67a. reunión. Estudio orgánico sobre función de la OMS en las enseñanzas sobre administración sanitaria y gestión de salud. Ginebra, 1980.

na, que favorezca la eficiencia del trabajo, el crecimiento profesional y el logro de los objetivos de los programas. La supervisión es, pues, un mecanismo importante para obtener información sobre los problemas que se suscitan en la ejecución de los programas de salud.

En la gestión moderna, la supervisión tiende a considerarse como una parte del proceso educativo, en virtud de la cual, una persona preparada y con experiencia estimula, motiva y orienta las capacidades de otra, a fin de lograr el desarrollo y mejoramiento de su competencia para el trabajo. Puede así definirse como una función educativa permanente, continua y planificada, que consiste en "controlar enseñando". Su carácter democrático contribuye al crecimiento y desarrollo profesional del personal de salud, crea actitudes positivas hacia el trabajo, controla, evalúa y responde al trabajador con estímulos de orden educativo y laboral.

En la evaluación de las necesidades de educación continua, el supervisor debe representar el papel crucial de enlace entre los trabajadores de la salud y los encargados de diseñar programas de educación continua.

El Supervisor no es un operario; trabaja a través de sus colaboradores. Por consiguiente, depende siempre del desempeño de otras personas para lograr su propio éxito y es responsable de asegurar que los individuos bajo su jurisdicción realicen su trabajo con método y de acuerdo con normas y niveles de calidad predeterminados.

Se considera que la eficiencia y la eficacia del sistema de salud mejora sustancialmente cuando la supervisión se articula con la educación continua, dentro del concepto de integración estudio/trabajo. Es por esto que algunos entienden hoy la supervisión-educación continua como un complejo instrumental orientado a prevenir o identificar precozmente las desviaciones del sistema de salud y a corregir aquellas que sean atribuibles a errores u omisiones de la capacitación, lo mismo que a estimular las intervenciones para corregir las motivadas por otras causas.

Toda acción de supervisión lleva implícito el análisis de la situación en función de las metas y objetivos del programa, de la norma vigente, de la prestación del servicio, de la realidad concreta y de acciones administrativas, así

como la necesidad de identificar las causas de los desvíos si los hubiere, y la posibilidad de tomar las medidas pertinentes, a través del proceso de educación/trabajo. Vista de esta forma, la relación entre el servicio de salud y supervisión-educación continua constituye un conjunto integrado en constante cambio y perfeccionamiento, donde los componentes participan activamente e interactúan.

El cuadro siguiente, tomado textualmente del documento de referencia, muestra las necesidades de formación del personal de salud en función de las actividades y tareas de gestión, que se consideran más importantes en su respectivo nivel, en relación con cada uno de los elementos del proceso de gestión para el desarrollo nacional de la salud y puede ser interpretado con toda la flexibilidad del caso¹.

Da base para determinar la competencia de cada grupo ocupacional, para descripción de cargos, definir objetivos del proceso de aprendizaje y contenido del currículo.

1 OMS, Consejo Ejecutivo, 67a. reunión. Estudio orgánico sobre función de la OMS en las enseñanzas sobre administración sanitaria y gestión de salud. Ginebra, 1980.

FUNCIONES, ACTIVIDADES GENERALES Y TAREAS EN LOS DISTINTOS NIVELES DE GESTION,

ELEMEN- TOS DE LA GES- TION	N I V E L E S D E	
	NIVEL NACIONAL CENTRAL	NIVEL INTERMEDIO
1. Formulación de políticas nacionales de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Movilizar y mantener la voluntad política y el apoyo de la opinión pública, incluidos los dirigentes nacionales. - Formular políticas sobre, entre otras cosas, cobertura, prioridades, grupos de beneficiarios, financiación, mejoramiento del medio humano, vivienda y saneamiento básico, producción de alimentos y nutrición apropiada, población, recursos de personal, desarrollo de recursos, participación de la comunidad. - Conseguir que se promulguen disposiciones legislativas nacionales adecuadas. - Preparación de las estrategias nacionales de salud para todos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir el apoyo político regional. - Formular políticas regionales dentro del marco de las políticas nacionales y de las necesidades y recursos locales.
2. Programación amplia	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar la situación sanitaria y las previsiones para el porvenir. - Establecer las prioridades y definir los objetivos y las metas correspondientes. - Identificar los recursos y las limitaciones. - Establecer estrategias, especificando las actividades y su calendario. - Evaluar la infraestructura. - Establecer la modalidad de organización del sistema de salud en cada escalón. 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer una estrategia de programación. - Adaptar y transmitir al escalón local las directrices necesarias para la programación local. - Definir normas regionales sobre contratación de personal, condiciones de empleo y modalidades de dotación de personal.
3. Preparación del presupuesto por programas	<ul style="list-style-type: none"> - Estimar los recursos disponibles para objetivos y actividades concretas, sobre la base de las propiedades establecidas; el análisis de los costos; las consideraciones sobre la oportunidad de los costos. - Establecer los procedimientos de preparación del presupuesto y de control. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calcular el costo posible del grupo amplio de actividades previstas y establecer un proyecto de presupuesto.
4. Preparación del plan general de acción	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar un plan general en el que se fijen las propiedades, las políticas, los objetivos, las metas, la tecnología, los procesos de gestión, las estrategias, los recursos del personal, el presupuesto, la organización, el calendario, etc. - Establecer normas y pautas operativas (formación, compras, suministros, instalaciones, etc.). 	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar un plan general de acción para la región. - Establecer un plan regional orgánico para el desarrollo de la salud, conjuntamente con todos los demás sectores afines.
5. Programación pormenorizada	<ul style="list-style-type: none"> - Elaborar pautas para la programación pormenorizada en los escalones intermedio y local. - Organizar y supervisar la programación. - Asignar las responsabilidades a los organismos participantes. - Planear los recursos de personal de salud y su formación. - Integrar todos los programas de atención primaria de salud en un todo coherente y establecer vínculos entre este escalón de asistencia y los demás. - Establecer vínculos adecuados en la cadena del sistema de suministros. - Asignar los créditos presupuestarios. - Preparar un documento de trabajo para cada programa. - Reorganizar el sistema nacional de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Refundir los programas locales. - Establecer un programa regional pormenorizado, que incluya objetivos específicos, metas, población y localidades, apoyo jurídico y administrativo, actividades, calendario, presupuesto, recursos de personal, suministros, equipo y logística; construcción, evaluación, apoyo informativo, repercusiones intersectoriales. - Establecer un sistema regional de envío de enfermos en apoyo de la atención primaria de salud. - Establecer un programa regional de educación continua y de supervisión del personal del escalón local.

CON RELACION A LOS ELEMENTOS DEL PROCESO

G E S T I O N	
NIVEL LOCAL	
DIRIGENTES DE LA COMUNIDAD	Personal de Atención Primaria
<ul style="list-style-type: none"> - Difundir los conceptos de atención primaria de salud y de salud para todos. - Analizar datos sencillos sobre la situación sanitaria. - Identificar el parecer de la comunidad sobre las prioridades. - Señalar a la atención de las autoridades locales los problemas y las aspiraciones de la población en materia de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir el apoyo de los dirigentes y de la opinión pública local. - Identificar los problemas de salud y establecer su orden de prioridad conforme a unos criterios predeterminados. - Interpretar y transmitir al escalón intermedio las aspiraciones de la comunidad en relación con la salud para todos. - Formular políticas institucionales y sobre prestación de servicios de salud.
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la función de la comunidad en la salud para todos. - Evaluar la posible contribución de la comunidad a la salud para todos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener y analizar la información y las directrices implícitas en el programa amplio. - Evaluar la disponibilidad de recursos locales para el programa. - Planear programas de salud locales.
<ul style="list-style-type: none"> - Calcular las consecuencias financieras de la contribución de la comunidad a la salud para todos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Calcular el orden de magnitud del total de recursos locales (en efectivo y en especie) procedente de diferentes fuentes. - Debatir las distintas posibilidades de empleo de esos recursos por los dirigentes de la comunidad. - Proponer la asignación de recursos por actividades y poblaciones beneficiarias.
<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar si el plan general se ajusta a los problemas, los recursos y las aspiraciones de la comunidad en materia de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las consecuencias del plan general de acción en la programación pormenorizada de las actividades locales en materia de salud.
<ul style="list-style-type: none"> - Adquirir, adaptar, preparar material didáctico de interés y distribuirlo entre los miembros de la comunidad. - Identificar recursos locales de interés (humanos, materiales, políticos, jurídicos, técnicos). 	<ul style="list-style-type: none"> - Establecer metas y objetivos locales. - Identificar o adaptar criterios y tecnología. - Planear la cronología de las actividades. - Establecer modalidades de trabajo y logística. - Establecer las modalidades de dotación de personal y las descripciones de puestos. - Actividades de programa y presupuesto. - Planear la coordinación interinstitucional.

(Sigue en la página 228)

(Continuación de la página 227)

ELEMEN- TOS DE LA GES- TION	N I V E L E S D E		
	NIVEL NACIONAL CENTRAL	NIVEL INTERMEDIO	
6. Ejecución	ii) Operaciones	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir recursos para las actividades del programa. - Conseguir apoyo logístico. - Decidir la modalidad de administración de personal. - Completar la descripción de administración de personal. - Completar la descripción de puestos. - Contratar y emplear personal. - Empezar el programa. 	<ul style="list-style-type: none"> - Difundir el programa regional entre los grupos y organismos interesados y negociar la función que deberá desempeñar cada uno de ellos. - Conseguir recursos y apoyo logístico. - Establecer la estrategia de ejecución. - Empezar el programa regional.
	iii) Vigilancia	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigir las operaciones. - Dirigir el personal y fiscalizar los recursos. - Aplicar normas y pautas operativas. - Vigilar y fiscalizar el rendimiento. - Asegurar la reposición de suministros. - Conservar las instalaciones. - Establecer comunicación con otros escalones, sectores y servicios oficiales y comunidades. - Coordinar y supervisar las operaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> - Adaptar las normas y pautas nacionales de atención primaria de salud a las condiciones locales. - Asignar las responsabilidades orgánicas. - Asignar los recursos. - Dar formación a los recursos de personal.
	i) Actividades iniciales	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la ejecución de las actividades - Controlar el uso de recursos - Identificar las limitaciones - Rectificar la ejecución cuando sea necesario. 	<ul style="list-style-type: none"> - Seguir de cerca las actividades de ejecución. - Aplicar el presupuesto. - Identificar los logros (hitos) - Identificar las desviaciones respecto del programa. - Decidir las acciones correctivas.
7. Evaluación	<ul style="list-style-type: none"> - Seleccionar parámetros e indicadores para medir los cambios en cuanto a pertinencia, progresos, eficiencia, eficacia y efectos en general. 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar parámetros e indicadores para vigilar los progresos. - Vigilar y evaluar los programas regionales. - Seleccionar mecanismos de control. - Informar a los ejecutantes de los resultados. 	
8. Reprogramación	<ul style="list-style-type: none"> - Reprogramar las actividades de salud en función de los resultados de la evaluación y del grado en que el programa haya sido aceptado por la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Reorientar periódicamente el programa en función de la vigilancia. - Conseguir apoyo de las autoridades pertinentes. 	
9. Apoyo informativo	<p>Determinar las necesidades en materia de información sobre;</p> <ul style="list-style-type: none"> - la situación general del país, - la administración de salud y de los sectores afines, - las políticas, los planes y la legislación nacional, - la situación sanitaria, los recursos y su utilización, - estadísticas demográficas, - condiciones epidemiológicas, - organización del servicio, - recursos de personal de salud, - aspectos financieros, - programas en los países, - cooperación técnica entre los países en desarrollo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las necesidades de información y organizar el acopio de información. 	

G E S T I O N	
NIVEL LOCAL	
DIRIGENTES DE LA COMUNIDAD	Personal de Atención Primaria
<ul style="list-style-type: none"> - Organizar los grupos en apoyo de las actividades de salud. - Coordinar el apoyo logístico de las operaciones de atención primaria de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar las comunidades y fomentar su participación en el desarrollo local de la salud. - Especificar la contribución que se espera de los organismos y grupos locales.
<ul style="list-style-type: none"> - Prestar atención de salud en la medida de su competencia. - Organizar y movilizar recursos para la construcción, reparación y conservación de locales. 	<ul style="list-style-type: none"> - Prestar servicios de salud. - Dirigir las operaciones de salud cotidianas. - Utilizar el sistema de envío de enfermos. - Dirigir al personal (contratación, incentivos, supervisión, etc.). - Asgurar los suministros y el equipo. - Conservar las instalaciones y el equipo. - Controlar la financiación y la contabilidad.
<ul style="list-style-type: none"> - Seguir de cerca la acción y la participación de la comunidad. - Identificar las desviaciones respecto de las actividades planeadas. - Mantener informadas a las autoridades de salud. 	<ul style="list-style-type: none"> - Controlar las actividades en ejecución y comprobar si se ajustan a los objetivos, metas, normas y pautas propuestos. - Mantener informada a la comunidad.
<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar y ayudar a evaluar los trabajos realizados. - Mantener informada a la comunidad. 	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilar y evaluar la ejecución del programa. - Informe a la comunidad y a las autoridades.
<ul style="list-style-type: none"> - Transmitir a las autoridades locales el parecer de la comunidad sobre el programa ejecutado y sus aspiraciones para el futuro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conocer los resultados de la evaluación al personal de gestión del escalón intermedio. - Identificar las actitudes de la comunidad respecto de los servicios de salud actuales y de los cambios que serían necesarios.
<ul style="list-style-type: none"> - Organizar equipos que participen en el acopio de datos sobre la situación sanitaria. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir que se recojan datos sobre la situación sanitaria, supervisar esa actividad y participar en ella. - Sintetizar, analizar e interpretar los datos.

Evaluación

Todo programa debe ser evaluado; se requiere definir qué se evaluará, cómo y cuándo.

Los objetivos y las actividades deben ser claros, para que su evaluación aporte elementos de juicio válidos para el proceso de gestión en sus diferentes etapas de planeación, ejecución y supervisión.

La evaluación permite al gestor identificar los cambios que se producen, por factores exógenos o por causas endógenas inherentes al desarrollo de las actividades, y así reorientar el programa, ampliar su cobertura o rectificar sus objetivos y reasignar los recursos.

Para determinar la pertinencia, progreso, eficiencia y efecto de las actividades del programa, deben analizarse los aspectos de demanda, oferta, proceso, producto e impacto.

Objetivos

Con base en estos antecedentes, el objetivo general de la educación sobre gestión debe ser dar una formación apropiada en todos los componentes de la gestión en salud, con énfasis en la supervisión y evaluación, en todos los niveles, con el fin de que el personal esté preparado y mantenga la competencia necesaria para formular y ejecutar las políticas, las estrategias y los planes de salud.

Los objetivos específicos son:

- Diagnosticar problemas en el funcionamiento de los servicios y seleccionar alternativas de solución, con base en el proceso administrativo, poniendo énfasis en la educación continua y en la supervisión.
- Evaluar el perfil institucional con miras a buscar alternativas de solución a los problemas identificados.
- Aplicar estrategias de administración de los recursos humanos en salud.

- Diseñar, desarrollar y evaluar modelos de supervisión educativa.
- Capacitar al personal de la salud en la aplicación de los nuevos métodos de supervisión.
- Realizar procesos de evaluación institucional.
- Promover y facilitar el desarrollo de las carreras del personal de salud para efectos de promociones, distinciones, becas y otros incentivos, a través de la supervisión y la evaluación.

Actividades

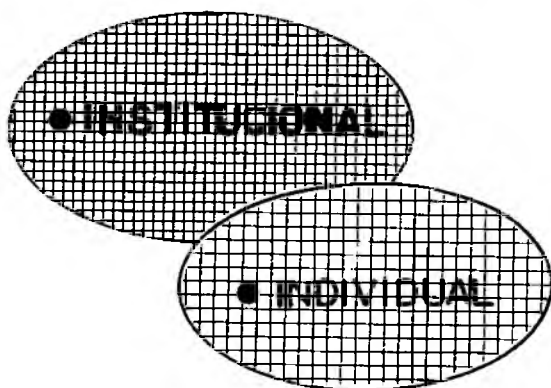
Las actividades previstas para lograr los objetivos se especifican a continuación:

- Asesoría en identificación de problemas de salud y sistemas de programación institucional.
- Realización de reuniones institucionales periódicas para analizar el desarrollo organizacional y las actividades institucionales.
- Capacitación en estrategias de gestión para directivos de los organismos de salud.
- Análisis de la situación actual de la supervisión en las unidades locales de salud.
- Identificación de problemas solucionables por la supervisión.
- Redefinición del perfil ocupacional del supervisor.
- Adiestramiento en supervisión de los líderes ya capacitados en el subprograma de docencia-asistencia y de nuevos líderes para supervisar la educación continua.
- Fortalecimiento del Centro de Informática de ASCOFAME en apoyo de las actividades de Educación Continua.
- Diseño y ejecución de un proceso permanente de evaluación y autoevaluación institucional, con base en lo proyectado y planeado.

9.4 Acreditación

Subprograma 4

• ACREDITACION



9.4. ACREDITACION

Consiste en:

- a) el diseño y operación de un mecanismo de reconocimiento de los programas e instituciones para impartir educación continua, basado en criterios de competencia y de control de calidad, y
- b) en el otorgamiento de créditos a los participantes en los eventos educativos, que se tendrán en cuenta en el subsiguiente desarrollo de sus respectivas carreras.

Introducción

La administración de personal abarca todo lo relacionado con el empleo, la utilización, la supervisión, la educación continua y la motivación del trabajador de salud al término de su formación. En gran medida, determina la productividad y, por tanto, la cobertura del sistema de salud y su capacidad de retener al personal. Se aplica a los individuos que desempeñan cargos en el Sistema de Salud, en condiciones que ellos pueden juzgar satisfactorias o insatisfactorias. Las experiencias y percepciones del personal en este sentido

influirán sobre sus actitudes ante el trabajo y, en definitiva, determinarán la manera como se cumplan sus funciones y el grado en que se logran los objetivos del sistema.

En principio, todo trabajador de salud se interesa por el mejoramiento de su competencia a lo largo de su vida profesional, mediante la lectura, la participación en reuniones de las asociaciones profesionales, la asistencia a conferencias, reuniones científicas, talleres, seminarios, miniresidencias y rotaciones por servicios, la auditoría médica, la autoevaluación y otras formas de aprendizaje autodirigido.

Con base en lo anterior, las asociaciones colombianas de facultades de medicina, odontología y enfermería, en coordinación con el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguros Sociales y el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior, consideran importante organizar un sistema de acreditación, que califique la capacitación del personal de salud a través de la educación continua y estiman que ello debe hacerse en el contexto del estatuto de personal del Sistema Nacional de Salud y la reglamentación del Servicio Civil.

La acreditación es a la vez, a) un mecanismo de control de la calidad de los eventos de educación continua, y b) el reconocimiento por parte de una autoridad competente de la participación del trabajador de salud en eventos educativos y de la medida en que esto pueda haberlo capacitado para satisfacer criterios, estándares y requisitos relacionados con la calidad de su desempeño.

En un sistema de educación continua, los eventos educativos organizados tienden a responder sistemáticamente a las necesidades de aprendizaje del personal, lo cual incrementa su eficiencia en proporción con el tiempo y esfuerzos empleados. Además, el mantenimiento de un registro permanente de las actividades de educación continua en que participa cada individuo y la medida en que esta participación satisface criterios o requerimientos de asociaciones profesionales o de empleadores, facilita el reconocimiento de créditos por la participación en estos eventos y califica la medida en que tal participación repercute en el desempeño, sobre todo cuando se complementa con una adecuada supervisión.

En algunos países, tales registros han sido organizados con miras a exigir la renovación periódica de la licencia para ejercer la profesión. Tal aplicación no se ha considerado aún en Colombia.

Las actividades organizadas de educación continua se caracterizan porque:

- a) Tienen propósitos claramente definidos en relación con el desarrollo de cada programa de salud, y objetivos educacionales en términos de comportamiento esperado de cada grupo de trabajadores, derivados, por supuesto, de las necesidades propias del servicio:
- b) Incluyen el componente de evaluación para estimar el grado en que los participantes alcanzan tales objetivos y propósitos.

Para que los propósitos de la educación continua se realicen a plenitud es necesario que el programa en su conjunto y cada uno de los eventos educativos que éste incluye, reúnan ciertos requisitos mínimos que preserven su calidad académica, su nivel técnico-científico, su pertinencia a las responsabilidades de cada trabajador y su congruencia con principios éticos y con la práctica administrativa.

Las entidades que habitualmente imparten la acreditación varían de uno a otro país y a través del tiempo; van desde asociaciones profesionales, agrupaciones de personal e instituciones docentes (escuelas de medicina, odontología y enfermería) hasta consejos de especialidades, individualmente o mediante agrupaciones de varias de éstas.

Antecedentes

En Estados Unidos la acreditación se inició en las escuelas de medicina, poco después de la publicación del informe Flexner en 1910, lo cual fue seguido del establecimiento de sistemas para aprobación de los programas de educación de post-grado en 1912. Con el crecimiento espectacular de las actividades de educación continua, después de la segunda guerra mundial emergió la necesidad de crear un sistema de acreditación para esta actividad, el cual se estableció finalmente en 1967. Desde 1960, cinco organizaciones nacionales, la Asociación Americana de Colegios Médicos, la Junta Americana de Especialidades Médicas, el Consejo de Sociedades de Especialistas Médicas, la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Hospitales, han creado una nueva entidad para formular políticas de acreditación de toda la educación médica, incluyendo escuelas de medicina, residencias y la educación continua.

En Colombia no hay antecedentes de acreditación en el área de educación continua para el personal de salud propiamente dicho, a pesar de que ha habido una gran proliferación de programas de este tipo, si bien, no pocos de entre ellos, de calidad y pertinencia cuestionables y en ocasiones, con franca orientación comercial.

La acreditación institucional tiene en cambio una larga experiencia en Colombia en campos tales como la evaluación de hospitales y de instituciones docentes, muy ligada al desarrollo de ASCOFAME y, por lo tanto, limitada inicialmente a la Educación Médica. Se inició en 1958, con la creación del Comité de Estudios de Postgrado, como órgano asesor del decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Su función principal era "dar normas para la organización de programas de adiestramiento hospitalario y de cursos de actualización para médicos en ejercicio". Estas normas regularon los programas de internado en los años siguientes, mediante la definición de propósitos y requisitos mínimos. Posteriormente, en el mismo año, se creó un Comité Permanente para "... el estudio de los organismos sanitarios del país, más adecuados para hacer fecunda la tarea de educación médica a que está obligada ASCOFAME".

Este Comité fue precursor del Comité de Acreditación de Hospitales, creado en 1960 con el propósito de "... instituir un organismo académico nacional que dictara normas para la organización de programas de internado y residencia, coordinara el funcionamiento de estos programas y velara por el mantenimiento de los requisitos mínimos que garantizaran la bondad de estos programas".

El comité formuló el primer plan hospitalario nacional y preparó los estatutos del Comité de Acreditación de Hospitales de ASCOFAME.

En 1962 se estableció en ASCOFAME el "Consejo General de Especialistas Médicas", el cual, desde entonces, ha trabajado continuamente en la realización y ordenamiento de los programas de postgrado y de las especialidades médicas en el país, así como también en la convalidación de títulos de medicina otorgados en el exterior.

Tan grande fue el ímpetu creado por los comités arriba mencionados que en 1963 fueron institucionalizados, mediante la creación en la estructura de ASCOFAME de la División de Hospitales y la División de Títulos y Especialida-

La palabra investigación tiene múltiples connotaciones; a menudo, se hace una distinción entre investigación, estudio, y averiguación, pesquisa o encuesta”.

Kerr White, citado por Mejía¹, ha propuesto distinguir entre “datos”, “información” e “inteligencia”: los datos son la materia prima para la información y la inteligencia; representan partes de la realidad expresadas en forma numérica. Muchas de las actividades llamadas investigación, consisten en la simple recolección de datos para describir un segmento de la realidad. Un mejor término para este tipo de actividad es averiguación, pesquisa o encuesta.

La información se define como un conjunto de datos ligados a una pregunta o problema; es el producto de un tipo de actividad, que puede denominarse “estudio”. Su nivel de aproximación a la realidad es más profundo que el de la averiguación, en la medida en que aspira establecer correlaciones entre variables.

El término investigación se reserva estrictamente para referirse al nivel de búsqueda del conocimiento e integración más compleja, cuyo objetivo es explicar la realidad, a través de la producción de “inteligencia”.

“Inteligencia” es información analizada para explicar un problema, para identificar nuevos problemas y para generar oportunidades de acción. Es decir, “inteligencia” es la información convertida en conocimiento¹.

Antecedentes

En Colombia, la investigación en el campo de la Medicina y en forma más general, en el campo de la salud, ha sido desarrollada por las Universidades, por el Instituto Nacional de Salud, las Sociedades Científicas y por investigadores independientes.

En marzo de 1959 se creó la Asociación de Facultades de Medicina, uno de cuyos objetivos es el de “Fomentar la Investigación en las Facultades de Medicina y en las Divisiones de Ciencias de la Salud”.

Se intentaba cumplir, más con una función de motivación por la investigación y de formación de personal para esta labor, que con una función operativa concreta.

1 *Ibíd.*

9.5. INVESTIGACION

Introducción

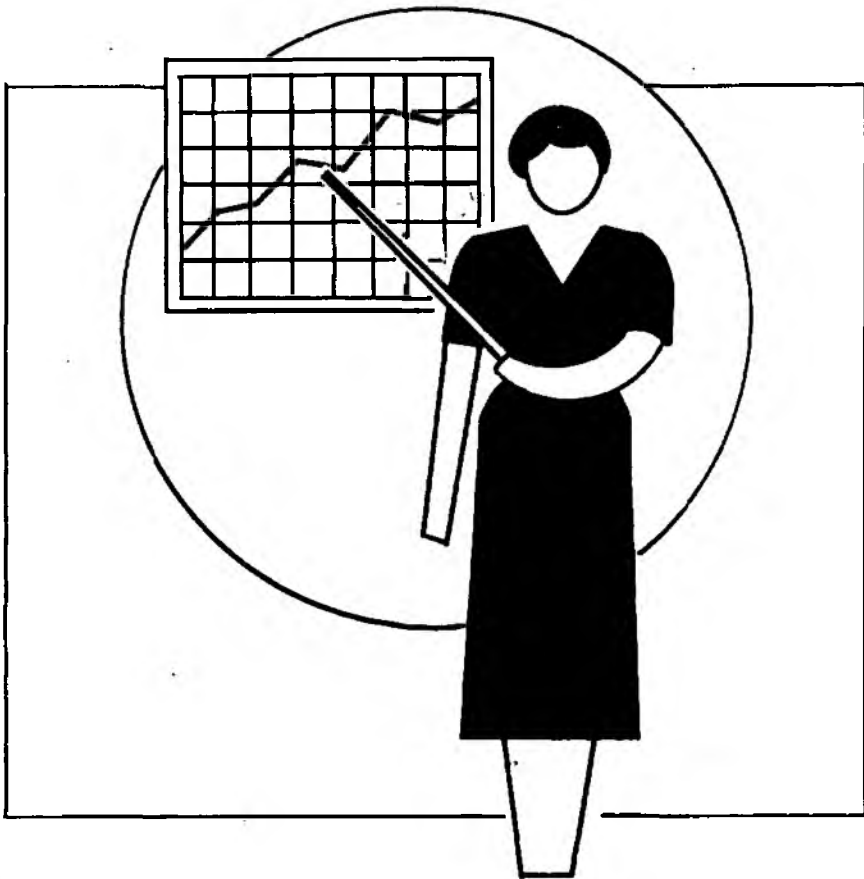
“La investigación científica ha sido tradicionalmente considerada una actividad de la más alta jerarquía intelectual. La civilización griega estimuló la búsqueda del conocimiento por el conocimiento mismo y para mejor comprensión de los fenómenos naturales, sus causas, principios y leyes que las rigen. La Edad Media limitó la creatividad del hombre al supeditar el conocimiento a los dogmas de las creencias y de la fe; fue seguida por la revolución científica, que aportó el método experimental e inició la institucionalización de la actividad científica. Sin embargo, los mayores avances se lograron durante la revolución industrial con el desarrollo de métodos y técnicas avanzadas para incrementar la producción en escala”¹.

“Es el momento de la revolución tecnológica y científica, cuyo rasgo fundamental es el reconocimiento de la relación entre la ciencia, la tecnología y el desarrollo”.

¹ Mejía, Alfonso. Investigación en Servicios de Salud. Seminario-Taller en Servicios de Salud. Bucaramanga, julio 25-agosto 4, 1988.

Subprograma 5

INVESTIGACION EN SERVICIOS DE SALUD



- CAPACITACION
- UTILIZACION DE RESULTADOS

9.5

Investigación

Puntaje para cada evento:

1 hora técnica: 1 punto

1 hora práctica: 2 puntos

1 hora actividad personal independiente: 3 puntos.

Cada evento será calificado por un comité de acreditación. Los créditos o puntos que se asignen a cada evento, serán los mismos que se asignen al participante que haya cumplido satisfactoriamente el evento.

- Establecimiento de un Comité del Programa de Acreditación. Los miembros del comité deben tener competencia sobre metodología de educación del adulto y sobre educación médica, odontológica y/o de enfermería y estar familiarizados con los procedimientos del Servicio Civil y los establecidos por el estatuto de personal del Sistema Nacional de Salud.
- Determinación de criterios de control de calidad de las actividades de educación continua en las instituciones de atención de la salud y en las instituciones docentes (facultades de medicina, odontología y enfermería, etc.), con responsabilidades en el programa de educación continua.
- Realización de visitas para la acreditación de instituciones con programas de educación continua.
- Publicación de criterios de acreditación de instituciones y del sistema de créditos para los participantes en los distintos eventos educativos.
- Asesoría en la programación y desarrollo de programas de educación continua.
- Intercambio de experiencias sobre sistemas de acreditación de la educación continua.

Se proponen las siguientes pautas a seguir:

1. Acreditación de los eventos de Educación Continua.
2. Acreditación de los participantes en los eventos.

Clases de eventos: Cursos
Congresos
Seminarios
Conferencias
Lecturas Dirigidas y otras formas de autoaprendizaje controlado.

Factores: Duración
% Técnico
% Práctico
Participación
Asistencia

Un sistema de créditos para aplicación en actividades de educación continua es, por un lado, parte integral de la evaluación de la oferta, la demanda, el proceso y el impacto del programa de educación continua y, por otro lado, es también elemento de la función de administración de personal, esencial para que cada trabajador de salud tenga las oportunidades de crecer y desarrollarse profesionalmente y de que tal progreso sea registrado y oportunamente reconocido en el desarrollo de su propia carrera, en términos de incentivos, promociones, becas y otras distinciones.

Objetivos

- Definir criterios de valoración del personal de salud, en términos de desempeño, capacitación, experiencia, investigación, producción intelectual y resultados de la supervisión.
- Determinar mecanismos y parámetros de calificación para cada tipo de evento educativo.
- Determinar la secuencia de pasos en desarrollo de la carrera para cada disciplina, para efectos de remociones, sanciones, promociones, distinciones, becas y otros beneficios, según el estatuto de personal y el subsistema de recursos humanos del Ministerio de Salud, la Seguridad Social, el Servicio Civil y las asociaciones de personal.
- Diseñar un sistema de supervisión y de evaluación que sirva de apoyo a la acreditación basada en la capacitación desarrollada a través de la educación continua.
- Revisar criterios, requisitos mínimos, procedimientos y protocolos para la evaluación y acreditación de instituciones educativas y asistenciales utilizadas en la capacitación de personal de salud.

Actividades

- Establecimiento de un Consejo Nacional de Acreditación en el seno mismo de ASCOFAME-ACFO-ACOFAN, con el apoyo de cada entidad patrocinadora.

- b) la aplicación de las políticas y características del programa nacional de educación continua;
- c) los requisitos exigidos por la Comisión del Servicio Civil, para el desarrollo profesional de cada grupo ocupacional en el sector público;
- d) las normas de administración del personal de la carrera administrativa establecidas por el Sistema Nacional de Salud.

Se sugiere que estos elementos sean discutidos por los representantes de los patrocinadores del programa, las asociaciones de personal y sociedades científicas, para buscar un consenso sobre lo que sea más procedente en cada caso.

Justificación

No existen en Colombia estatutos que reglamenten el desarrollo de las carreras del personal de salud, basados en el principio del mérito, es decir, en la valoración sistemática del desempeño, la capacitación, la experiencia, la producción intelectual y la supervisión. Los cargos y las promociones se otorgan con frecuencia más con fundamento en consideraciones subjetivas o de otra índole que en los méritos profesionales y personales.

El marco legal y las normas existentes, teóricamente permiten relacionar la administración y la utilización del personal con la calidad del desempeño y ésta con la capacitación. Sin embargo, la capacitación no se ha ofrecido de manera sistemática y la inexistencia de supervisión y acreditación no ha permitido la valoración periódica y objetiva del desempeño del personal.

Es necesario crear incentivos que estimulen la participación del personal en programas de educación continua; pero es igualmente importante que el personal perciba que sus esfuerzos por mantenerse actualizado e idóneo en su trabajo son reconocidos y compensados con mejores oportunidades para su crecimiento y desarrollo profesional.

En efecto, todo trabajador aspira a que se le garantice su derecho a saber inequívocamente lo que se espera de él, a que su trabajo sea adecuadamente remunerado, que su rendimiento sea periódicamente evaluado y oportunamente informado y reconocido. Los perfiles ocupacionales aisladamente, siendo muy útiles, son demasiado generales para este fin.

des Médicas. A pesar de que estas divisiones desaparecieron en subsiguientes reorganizaciones de ASCOFAME, sus funciones subsisten y ambos comités continúan asesorando y apoyando sus respectivas actividades en las divisiones que reemplazaron a sus precursoras.

En 1969 se creó la División de Evaluación con los siguientes objetivos:

- Evaluar las escuelas de medicina y otras instituciones docentes, los cursos y programas en las ciencias de la salud, los hospitales (universitarios, regionales y locales) para su acreditación con fines docentes; igualmente, evaluar los planes y proyectos de creación de nuevas escuelas de medicina.
- Ejecutar investigaciones y estudios especiales.
- Asesorar en aspectos de evaluación a las escuelas de medicina, al Ministerio de Salud, al Ministerio de Educación y al Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES.

Más recientemente, la función de evaluación pasó a ser un programa que en 1985, se constituyó en uno de los subprogramas del Convenio ASCOFAME/-KELLOGG. La función de evaluación ha sido conceptualizada como un proceso de enfoque prospectivo y sistémico, de amplia perspectiva y gran flexibilidad para permitir su aplicación por las propias instituciones (autoevaluación) a una diversidad de sujetos y procesos que conduzcan a una permanente revisión curricular en el espíritu de la integración docente-asistencial.

Elementos Constitutivos.

Los antecedentes históricos se citan sólo para sustentar la idea de que la función de evaluación institucional y de procesos docentes y asistenciales y sus productos, tienen ya una larga tradición en ASCOFAME. Es en virtud de esta experiencia que la Asociación se encuentra equipada técnicamente para diseñar un sistema de créditos, con los fines antes mencionados.

Los elementos esenciales de un programa de educación continua sirven de orientación para definir sus propios criterios de acreditación. Se proponen los siguientes para Colombia:

- a) los requisitos que se establezcan para la acreditación de las instituciones que realizan eventos de educación continua;

Con el Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Milbank Memorial, ASCOFAME participó en el "Estudio de Recursos Humanos para la Salud y la Educación Médica en Colombia", la más amplia investigación emprendida hasta entonces en el campo de la salud, que incluía varias áreas concretas de trabajo: estudio de la educación médica y de enfermería; estudio de la profesión médica y de la de enfermería; estudio de la población; estudio de la mortalidad; la primera Investigación Nacional de Morbilidad por medio de una encuesta por entrevista domiciliaria y exámenes médico y odontológico, en una muestra probabilística de hogares y personas de la población colombiana; estudio de las instituciones de atención médica; análisis financiero del sector salud. Se buscaba dar las bases para determinar las necesidades de recursos humanos dentro de un plan nacional de salud¹.

En abril de 1966 se creó la División de Estudios de Población en Ascofame, la cual desarrolló una intensa actividad investigativa, dentro del área de la fecundidad y del conocimiento y prácticas de anticoncepción.

En 1970 se iniciaron las investigaciones en el campo de la familia. Entre 1964 y 1972 se realizaron numerosos estudios de los cuales más de 100 se terminaron².

Entre 1977 y 1980, ASCOFAME y el Instituto Nacional de Salud emprendieron el Estudio Nacional de Salud, que actualiza la información de la primera investigación nacional de morbilidad realizada en 1964-1967.

En la investigación aplicada, cada país ha dado mayor o menor importancia a los estudios epidemiológicos, clínicos, farmacológicos, genéticos y otros, pero la "Investigación en Servicios de Salud" ha sido tratada tangencialmente³.

El Ministerio de Salud identifica 7 áreas en las cuales es posible realizar estudios de investigación dentro de las cuales, da prioridad a:

- a) Condiciones de Salud;
- b) Demanda y utilización de servicios, y
- c) Planes y programas de salud.

1 Mejía, Alfonso. Research for decision-making in health system and manpower development in Colombia. En: *Health System Research in Action*, WHO, 1988.

2 Muñoz V., Cecilia. Inventario de la Actividad Investigativa de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina entre 1964 y 1972.

3 Ministerio de Salud. Orientaciones y directrices en investigación en salud. Colombia, 1986.

La Conferencia Panamericana sobre Políticas de Investigación en Salud, realizada en Caracas (Venezuela) en abril de 1982 señala que la Investigación en Salud tiene como objetivo fundamental el desarrollo de conocimientos y tecnología conducentes a la solución de problemas de salud actuales y futuros. En consecuencia, esta investigación llevará a un mejoramiento del bienestar de nuestras poblaciones, por lo cual ella es una necesidad.

Justificación¹

Investigar es una actividad inherente a la naturaleza humana y por medio de ella, desde tiempos antiguos se ha desarrollado el conjunto o cuerpo de conocimientos "científicos" de que hoy se dispone.

Hay acuerdo en que los conocimientos científicos tienen ciertas características:

- Están originados en la experimentación y en la observación, obtenidos por un proceso racional, no empírico.
- Son universales y generalizables.
- Son verificables y falibles o provisionales.

Para llegar a este tipo de conocimiento, la ciencia utiliza una metodología especial de investigación, que se conoce como "El método científico" (con variantes según el campo de aplicación: método epidemiológico, método estadístico, método clínico) con sus conocidos pasos de observación, hipótesis, verificación de la hipótesis y conclusiones. Solamente la aplicación rigurosa de la metodología científica permite obtener conclusiones con un alto grado de probabilidad de ser verdaderas.

"La investigación científica no es algo que viene en bonitos paquetes, cada uno de los cuales tiene el mismo tamaño, peso y apariencia.

"Ella es un proceso con muchas partes: investigadores, conocimiento acumulado, pensamiento conceptual, imaginación creadora, hipótesis, preguntas,

¹ Primer seminario-taller de investigación en servicios de salud, Bucaramanga, 1988.

problemas, discernimiento, accidentes, observación, experimentación, instrumentos, técnicas, paciencia, entusiasmo, raciocinio y juicio”¹.

Está completamente justificado hablar del método científico como unidad cuando, en cierta forma, se requiere hacer referencia a la cuestión de la actitud crítica e investigativa común, que debe prevalecer con relación al conocimiento, pero, una vez determinada esta unidad, la situación referente al método científico se torna hacia la pluralidad; en efecto, de acuerdo como varían los problemas, varían también los procedimientos para abordarlos”².

En la investigación existen grados y diferentes motivaciones:

Se puede investigar por el simple deseo de “saber más”, por el deseo de desentrañar la esencia de las cosas (investigación básica o fundamental), o más frecuentemente, para adquirir conocimientos que conduzcan a resolver problemas para obtener un mayor bienestar del hombre (investigación aplicada).

La investigación básica es costosa y requiere recursos extraordinarios, por lo cual, su lugar es la Universidad o instituciones especializadas, en tanto que la investigación aplicada puede ser realizada por cualquiera que tenga capacidad de observar y conocimientos suficientes sobre investigación y sobre el tema; sin embargo, el desarrollo de ambas es conveniente para el mejoramiento de la atención de salud en nuestros países.

La investigación en sí está justificada en cuanto ella tiene por fin incrementar el acervo de conocimientos, es decir, si busca un nuevo conocimiento o quiere verificar una “verdad” actualmente aceptada.

Nuestra falta está en que no investigamos suficientemente y las investigaciones que se realizan no tienen la calidad deseable, pues sólo se aprende a investigar, haciéndolo.

La investigación es por esencia una actividad multidisciplinaria: sin investigación no hay progreso o éste ocurre a costos excesivos. Toda actividad humana conducente al bienestar, y es el caso de la atención de la salud, requiere una actividad investigativa que lleve, a través de una observación correcta, a encontrar nuevos procedimientos, nuevas técnicas, menos onerosas y más eficientes para lograrlo.

1 Rivers, Tomás M. *Concepts and Methods of Medical Research*. En: *Frontiers in Medicine*: N.Y. Academy of Medicine. Columbia University Press, 1950 (citado por Osuna).

2 Osuna, Aníbal. *Apuntes sobre filosofía de la ciencia*. Caracas, Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, 1966.

Se puede investigar en diferentes niveles de profundidad y realizar pocas o muchas observaciones; es más, en cada paciente, en cada comunidad, en cada problema, la metodología científica conduce a una respuesta —si no seguramente cierta, por lo menos con un alto grado de probabilidad de serlo— para resolver el problema y verificar las hipótesis planteadas.

La investigación se hace en todos los campos del saber y dentro del sector de la salud pueden, desde ya, recomendarse ciertas áreas prioritarias para llevarla a cabo, pero para ello se requiere un pensamiento lógico y conocimientos de la metodología científica y de la estadística. Se deben tener invariablemente en cuenta los aspectos relacionados con la honestidad intelectual que impone el reconocimiento explícito de lo ya investigado por otros y la contribución de los colaboradores.

Hay una larga tradición de investigaciones clínicas y de laboratorio; debería darse mayor atención a la investigación epidemiológica, del comportamiento humano y de los Servicios de Salud.

Dentro del Programa de Educación Continua, actualizar los conocimientos básicos sobre investigación y promover la realización de ésta es un medio de mantener la calidad de los servicios, utilizando la información obtenida a través de ella.

Investigación en Servicios de Salud (IESS)¹

La investigación en Servicios de Salud (IESS) puede definirse como el estudio de los medios por los cuales el conocimiento médico básico y otros conocimientos relacionados son aplicados para el mejoramiento de la salud de los individuos y comunidades, bajo determinadas condiciones existentes. La IESS busca, ante todo, soluciones prácticas a los problemas inmediatos.

Estos pueden ser de orden político, económico, tecnológico, administrativo, de comportamiento social y ético y de coordinación con otros niveles o sectores.

¹ OPS. Reunión sobre Investigación en Servicios de Salud en los Sistemas Sociales. 12-16 septiembre 1989, Washington, D.C., Serie Desarrollos de Servicios de Salud, 1963.

La IESS hace énfasis en el sujeto de investigación y no en la técnica; es investigación aplicada cuyo valor y utilidad —y debe haber alguna manera de verificarlo— dependen del grado en el que el conocimiento adquirido alimenta el proceso de las decisiones.

Desde un punto de vista práctico, la justificación de la investigación aplicada está dada por la relación entre la importancia y aplicación que este conocimiento tenga para aumentar el bienestar del hombre (salud) y el costo del proceso investigativo.

Hay una cierta colisión entre la teoría y la práctica: un buen diseño de investigación está limitado a lo que los datos pueden decir sin ambigüedad; los decisorios políticos, por otra parte, con frecuencia hacen preguntas para las cuales no hay respuesta adecuada por carencia de información y, aún así, deben tener alguna respuesta. La IESS es, por lo menos, un esfuerzo por reducir la incertidumbre en el proceso de decisiones, aun cuando no la puede eliminar completamente.

La IESS, basada en un análisis científico y sistemático de los eventos que ocurren naturalmente, produce resultados que muchas veces no son replicables en situaciones diferentes, que no se pueden alterar. Científicamente, la generalización de hallazgos se justifica, creando condiciones idénticas para producir el mismo resultado; en la IESS esta oportunidad no existe.

En síntesis, los investigadores deben responder a las necesidades de los directivos de disponer de información útil para ayudarlos a mejorar la calidad de sus decisiones relacionadas con la prestación de los servicios. Finalmente, los investigadores deben ser invitados a participar en los procesos político y administrativo al cual contribuyen, suministrando diferentes opciones y el análisis de las ventajas y desventajas de cada opción.

Las Necesidades de Adiestramiento

La experiencia en investigación es vital para el desarrollo de los investigadores en Servicios de Salud e idealmente, el adiestramiento debe incorporar la participación de investigadores experimentados.

Es necesario un adiestramiento inicial de los administradores para ayudarlos a apreciar el valor de los métodos generales de IESS, enseñarlos a identificar

problemas y a desarrollar investigaciones sencillas, por ejemplo, sobre cómo usar sus propios datos sobre salud para evaluar los servicios que proveen.

Adicionalmente, se requiere un adiestramiento más completo y formal de los investigadores del nivel nacional y regional, quienes podrán adoptar un "enfoque de cascada", es decir, adiestrar a los docentes que a su vez, adiestrarán a los investigadores locales.

El material para mantener esta capacitación y educar en investigación deberá ser suministrado por los niveles nacionales, apoyados por organismos internacionales, como la OPS/OMS, que dispone de este material en abundancia.

Las características de la investigación están condicionadas por la situación específica, regional o local, por consiguiente, el adiestramiento en IEISS debe ser suficientemente flexible para responder a estas particulares necesidades. El trabajo se inicia promoviendo la investigación en todos los niveles, participando en el adiestramiento de investigadores y asesores, reforzando la infraestructura y administración de los servicios de salud locales.

Como ya se dijo, la mejor manera de aprender a investigar es haciéndolo, desarrollando el conocimiento y la experiencia; nada sustituye a la experiencia y es mejor aprender de la experiencia de otros que de los propios errores. Sin embargo, esto no invalida la necesidad de capacitación en este campo, sino que destaca la conveniencia de que la capacitación sea terminantemente práctica.

En síntesis, las características fundamentales del investigador son la creatividad, el conocimiento y la experiencia; en Colombia como en muchos de los países en desarrollo, faltan investigadores y docentes en este campo. Los esfuerzos conjuntos de las instituciones docentes y de los servicios potencian los resultados del esfuerzo para promover la investigación en los niveles básico, pregrado y educación continua y especialmente para facilitar la parte explicativa de los resultados de las investigaciones.

Objetivos

El objetivo general de este subprograma es elevar las condiciones de salud, mediante el mejoramiento de la eficacia y eficiencia del Sistema Nacional de

Salud y sus componentes, con la aplicación de los resultados de las investigaciones en servicios de salud.

Los objetivos específicos son:

- Desarrollar y actualizar los conocimientos básicos sobre lógica, metodología científica y metodología estadística requeridas en la investigación.
- Estimular el desarrollo de la *investigación aplicada en los servicios de salud*, con enfoque epidemiológico y con énfasis en la investigación para solución de problemas y estudio del trabajo.
- Desarrollar la red de información para que los investigadores tengan acceso al material bibliográfico disponible.

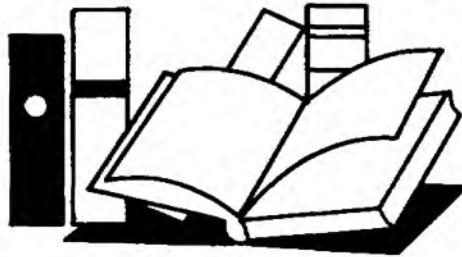
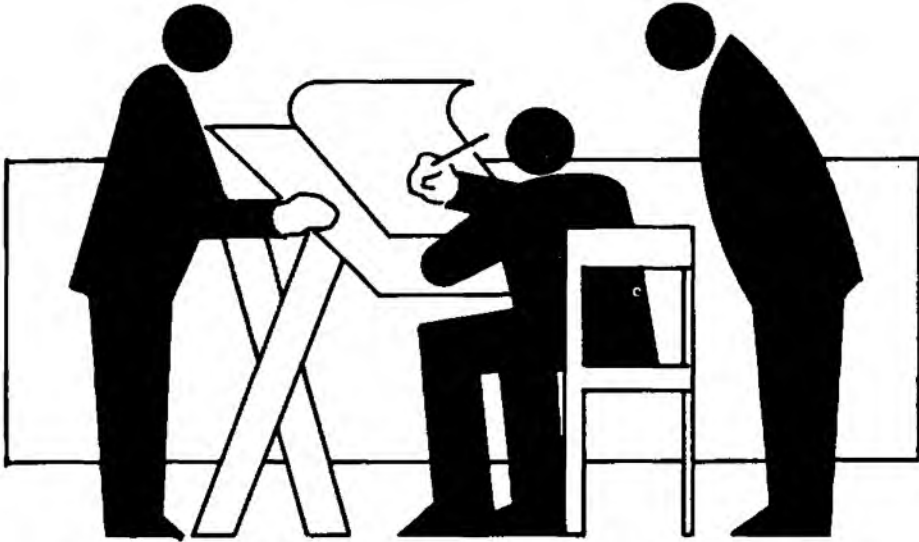
Actividades

- Realización de talleres y seminarios sobre investigación aplicada en servicios de salud.
- Asesoría en el diseño y realización de cursos de capacitación en instituciones docentes en ciencias de la salud.
- Asesoría para proyectos de investigación.
- Asesoría en la exploración de alternativas de financiación.
- Preparación de material de educación continua en investigación, con la participación de la OPS y otras entidades internacionales.

9.6 Desarrollo Educativo

Subprograma 6

**DESARROLLO
EDUCACIONAL**



9.6. DESARROLLO EDUCACIONAL

Introducción

El desarrollo educacional se refiere a la adaptación y modernización de todas las instancias del proceso educativo para asegurar su pertinencia a las necesidades locales y su congruencia con los recursos disponibles. Dentro del espíritu de la integración docencia-servicio, incluye a todos aquellos individuos que con papeles diferentes, participan en el proceso de enseñanza-aprendizaje, es decir, quienes tienen como responsabilidad fundamental la docencia y quienes tienen como responsabilidad fundamental la prestación de servicios, pero que además, asumen funciones docentes y, por extensión, a los estudiantes de ciencias de la salud, que deben intervenir en el proceso docente al interactuar con sus propios condiscípulos, con sus pacientes, las familias y las comunidades. En la tendencia contemporánea hacia el aprendizaje activo, educar y “aprender a enseñar” impone el doble papel de maestro y discípulo.

El desarrollo educacional procura el mejoramiento de las competencias del personal docente y asistencial de las ciencias de la salud, mediante la incorporación de nuevas estrategias en el planeamiento, ejecución y evaluación de

los eventos de enseñanza-aprendizaje. Comprende aspectos referentes a la aplicación de la tecnología educativa en la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas, con miras a lograr un mejor desempeño docente de quienes participan en las diferentes instancias del proceso educativo.

Para efectos de este subprograma, se entenderá como tecnología educativa la aplicación de los conocimientos científicos a la solución de los problemas educacionales; tal es el nuevo principio de aprendizaje fundamentado en los adelantos de la psicología, las modernas teorías de la comunicación y los avances en la teoría de sistemas.

Se pretende, por tanto, mejorar la calidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje en las facultades y organismos de salud, mediante la actualización de sus docentes en nuevos avances de la tecnología educativa, en innovaciones referentes a los desarrollos curriculares y en métodos tendientes a lograr la participación activa de los estudiantes en su propio aprendizaje.

El subprograma de desarrollo educacional comprende:

- Promoción y aplicación de la investigación al proceso educativo.*
- Capacitación en métodos activos de aprendizaje.*
- Capacitación en el uso de la tecnología educativa.*
- Revisión y desarrollo curricular.*
- Capacitación en educación de salud a nivel comunitario.*
- Capacitación en técnicas de educación continua.*

Antecedentes

Los representantes de los países en la reunión mundial convocada por la Unesco, en la década del 70 identificaron cuatro factores como causantes de esta crisis originada por las fuerzas tumultuosas del cambio.

- El desbordamiento estudiantil ocasionado por un ascenso abrumador de la demanda.
- La aguda escasez de recursos dedicados a la educación.
- La desadaptación del producto, debido a la poca pertinencia de la educación a las necesidades rápidamente cambiantes del desarrollo social.
- La pérdida de la calidad en muchos sistemas educativos.

La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, preocupada por la calidad y la formación de los recursos humanos en salud, creó en 1976 el programa de desarrollo educacional para los docentes de las facultades de ciencias de la salud.

Después de un diagnóstico de necesidades, este programa organizó una serie de talleres sobre desarrollo educacional, los cuales incluían conceptos básicos de planeación, tecnología educativa en ciencias de la salud y utilización de diversas metodologías. Más adelante, se realizaron otros talleres sobre evaluación del aprendizaje, con énfasis en la evaluación diagnóstica, formativa y sumativa.

A partir de 1981 se amplió la cobertura de capacitación, con la realización de talleres de "Integración Asistencial", basados en el perfil ocupacional del desempeño docente en el contexto de los servicios de salud, con un enfoque interdisciplinario y de comunicación entre paciente, docente y estudiante.

Paralelamente, se comenzó a trabajar en la revisión curricular a partir del perfil profesional y ocupacional del médico, mediante la realización de talleres y producción de material educativo en todas las facultades.

Con la iniciación del proyecto Ascofame/W.K. Kellogg, en 1985, tomó fuerza el desarrollo educacional con la creación de una red de diez centros de docencia-servicio, cada uno constituido por personal de la universidad y de los servicios de salud, con los siguientes objetivos:

- Ampliar la práctica de los estudiantes en el nivel primario.
- Mejorar la calidad de la docencia en los servicios de salud.
- Proyectar la universidad hacia la comunidad.
- Aplicar los conceptos y praxis de la salud familiar y comunitaria.

Esta red ha permitido la acción interdisciplinaria en medicina, enfermería y odontología con otras disciplinas, el fortalecimiento del liderazgo y el compromiso con el mejoramiento del estilo de vida de las comunidades.

Para apoyar la red, se creó el Centro de Desarrollo Educacional constituido como una unidad de planeación, ejecución y asesoría de programas educativos, de producción de medios y fortalecimiento de la información bibliográfica y audiovisual. Este centro ha cumplido un papel muy importante en

la coordinación de la red, la realización de eventos educativos, la articulación de la docencia con el mundo del trabajo y, en general, en la promoción de la integración docencia-servicio, mediante diversas estrategias educativas (talleres nacionales y regionales de líderes, producción de medios, reuniones periódicas, red de información bibliográfica y desarrollo de proyectos específicos).

Justificación

Uno de los avances más significativos, producto de las modernas tendencias de la educación centrada en el alumno y el desarrollo de su aprendizaje y en los intereses del docente, está representado por la tecnología educativa orientada hacia la solución de problemas en oposición a la tecnología tradicional, que destacaba fundamentalmente la acumulación de conocimientos.

La política actual del sector salud ha planteado la necesidad de introducir cambios en la formación del personal de ciencias de la salud, con el fin de que el futuro profesional pueda integrarse mejor a la prestación de servicios, en los niveles de atención de salud.

Un grupo importante del personal que egresa de las facultades de salud debe desarrollar actividades docentes en su desempeño profesional, si se vincula a instituciones educativas. Por lo regular, ellos no han recibido formación como docentes y se aspira que el Sistema Nacional de Educación Continua responda a esta necesidad.

En efecto, la falta de capacitación del recurso humano docente en metodología educativa, el uso limitado de la metodología moderna en educación y la escasez de material educativo a nivel universitario, destaca la necesidad de que el sistema de educación continua promueva un subprograma de desarrollo educacional para capacitar multiplicadores en cada una de las facultades —medicina, odontología, enfermería, nutrición y dietética, y terapias—.

Igualmente, se requiere incorporar el desarrollo de la moderna tecnología educativa y producir material docente apropiado, que ayude a mejorar las actividades educativas que se realizan en los servicios de salud.

Dentro de los nuevos modelos de prestación de los servicios de salud, la comunidad constituye parte fundamental en el cuidado y conservación de su propia salud y en el desarrollo de procesos administrativos para la operación de los servicios que se han organizado en respuesta a sus propias necesidades. Por

esta razón, la educación comunitaria es hoy un imperativo que tiende a hacer a la comunidad copartícipe activa del proceso de decisiones relacionado con los programas de salud.

Dado que el equipo de salud tiene entre sus funciones la promoción y desarrollo de procesos de educación y participación comunitaria y que, en la mayoría de los casos, estos profesionales no han sido formados para desempeñar esta función, se requieren acciones que los capaciten en la utilización de modernas tecnologías educativas para organizar y educar a la comunidad.

El funcionario de salud, cada vez con mayor frecuencia, debe realizar educación en servicio para el personal a su cargo y, además, debe colaborar en la docencia y supervisión de estudiantes, internos y residentes, a menudo sin tener formación para realizar estas actividades.

Por otra parte, las nuevas directrices de los escenarios futuros, la revolución mundial de la ciencia y la cultura, los cambios en los paradigmas, las nuevas estructuras sociales y demográficas demandan una revisión permanente de los currículos en ciencias de la salud y es preciso, por tanto, la continuación de una capacitación y asesoría permanente en este campo.

Finalmente, se hace necesario buscar estrategias educativas innovadoras, semipresenciales, que permitan:

- Estudiar al propio ritmo, sin limitaciones de horario, espacios, ni dependencia del docente.
- Facilitar la apertura de nuevos métodos de aprendizaje activo, tales como la solución de problemas, el seminario investigativo y el trabajo en equipo.
- Evitar que el docente se desvincule de su labor educativa por mucho tiempo.
- Utilizar sistemas multimediales que permitan atender una buena cobertura y llegar hasta los sitios más apartados del país.

Objetivos

Planear programas educativos dirigidos a estudiantes de pregrado, internos y residentes, equipos interdisciplinarios de salud y la comunidad, dentro de su jurisdicción.

Capacitar a los docentes de las facultades de ciencias de la salud en la planeación y desarrollo curricular, teniendo en cuenta los nuevos perfiles ocupacionales del personal de salud.

Aplicar la metodología educativa en el desarrollo de las actividades docentes en las instituciones educativas y de servicio.

Capacitar al personal docente y asistencial en la aplicación de la tecnología educativa.

Aplicar la tecnología educativa acorde con el tipo de participantes y el objetivo instruccional.

Diseñar, preparar y supervisar la elaboración de material educativo para el personal de salud y la comunidad.

Diseñar, desarrollar y evaluar un programa de educación continua y supervisión para directivos, docentes y personal asistencial de las facultades de ciencias de la salud o centros de docencia-servicio, sobre los procesos educativos.

Actividades

- Diagnóstico de necesidades de capacitación en desarrollo educacional del personal docente, de las facultades de ciencias de la salud.
- Diagnóstico de necesidades de capacitación en desarrollo educacional, del personal de las instituciones de servicio de salud.
- Capacitación sobre planeación curricular para docentes de pregrado.
- Capacitación sobre planeación de programas educativos para equipos de salud en las instituciones de servicio.
- Capacitación sobre metodología de educación comunitaria para docentes de las facultades y funcionarios de los organismos de salud.
- Capacitación del personal docente y de los servicios en investigación educativa.

- Diseño, planeación y desarrollo de actividades de capacitación sobre tecnología educativa.
- Diseño y producción de material educativo sobre desarrollo educacional.
- Creación de una red que permita intercambiar material educativo y compartir las experiencias educativas innovadoras entre los centros.
- Asesoría a las facultades de ciencias de la salud, al personal docente-asistencial de centros primarios de docencia-servicio y a los funcionarios de las instituciones de salud sobre desarrollo educacional.
- Asesoría sobre revisión curricular a las facultades de ciencias de la salud.
- Continuación del sistema de educación semipresencial para los líderes encargados de promover la docencia en los centros primarios de docencia-servicio, por medio de talleres nacionales y regionales, reuniones periódicas, distribución de material educativo, asesoría y tutoría presencial y a distancia, información bibliográfica, audiovisuales, investigación participativa y desarrollo de proyectos específicos.
- Organización de un programa de educación continua para decanos, jefes de educación médica y jefes de departamento, en relación con los procesos educativos universitarios.

9.7. RESUMEN DE ACTIVIDADES POR SUBPROGRAMAS Y NIVELES ADMINISTRATIVOS

A continuación, se presenta un resumen de las actividades para desarrollar en los subprogramas, según el nivel administrativo.

ACTIVIDADES DE EDUCACION CONTINUA PARA SUBPROGRAMAS Y NIVELES ADMINISTRATIVOS

SUBPROGRAMAS	NIVEL NACIONAL	NIVEL SECCIONAL	NIVEL LOCAL
1. Normas	<ul style="list-style-type: none"> • Formulación y revisión de las normas. • Traducción de las normas en manuales. • Evaluación de las normas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en revisión de normas. • Adaptación al contexto seccional. Supervisión en la aplicación de las normas. • Asesoría en la aplicación de los manuales. • Apoyo logístico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aplicación de las normas. • Supervisión local. • Identificación de problemas en la aplicación. • Interpretación de los manuales. • Seguimiento de normas y manuales.
2. Red de Información TV y otros medios	<ul style="list-style-type: none"> • Planeación de un sistema multimedial. • Identificación de necesidades de capacitación. • Producción de material educativo audiovisual e impreso. • Organización de una red de información bibliográfica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Inventario de multimedios en la seccional. • Identificación de necesidades de capacitación seccional. • Producción y reproducción de material educativo, audiovisual e impreso. • Participación en la red de información. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción del uso del sistema multimedial. • Identificación de necesidades de capacitación local. • Reproducción, adaptación material educativo. • Participación en la red de información.
3. Gestión y Supervisión	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de un modelo de gestión y supervisión. • Preparación de material de gestión y supervisión. • Iniciación de capacitación "en cascada". 	<ul style="list-style-type: none"> • Identificación de problemas de gestión y supervisión. • Determinación de criterios de selección de participantes.. • Participación en capacitación sobre gestión y supervisión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico situación de salud. • Identificación de problemas de gestión y supervisión. • Priorizar acciones. • Estudios del trabajo local. • Organización de talleres a nivel local. • Capacitación en gestión y supervisión de directores y líderes. • Determinar indicadores. • Evaluación local.

(Sigue)

(Continuación)

SUBPROGRAMAS	NIVEL NACIONAL	NIVEL SECCIONAL	NIVEL LOCAL
4. Acreditación	<ul style="list-style-type: none">• Organización de un Consejo de Acreditación.• Desarrollo de criterios de acreditación.• Establecimiento de un sistema de créditos.• Acreditación de instituciones y programas.	<ul style="list-style-type: none">• Organización de Consejos Seccionales de Acreditación.• Registro de participantes en los programas de Educación Continua.• Seguimiento de eventos educativos.	<ul style="list-style-type: none">• Organización de Consejos Locales de Acreditación.• Registro de participantes en los programas de Educación Continua.• Reconocimiento de créditos a participantes.
5. Investigación	<ul style="list-style-type: none">• Orientación sobre los procesos de Investigación en Servicios de Salud.	<ul style="list-style-type: none">• Orientación de la Investigación en Servicios de Salud.	<ul style="list-style-type: none">• Realización de la Investigación en Servicios de Salud para el desarrollo de proyectos.
6. Desarrollo Educativo	<ul style="list-style-type: none">• Identificación de problemas en desarrollo educacional.• Preparación de perfiles profesionales y ocupacionales.• Desarrollo de un sistema semipresencial para capacitación de docentes y de personal de los servicios.	<ul style="list-style-type: none">• Participación en la identificación de problemas de desarrollo educacional.• Estudios del trabajo para la elaboración de perfiles profesionales y ocupacionales.• Selección de participantes en la capacitación.	<ul style="list-style-type: none">• Participación en la identificación de problemas de desarrollo educacional.• Participación en la elaboración de perfiles profesionales y ocupacionales.• Participación en el sistema de educación semipresencial.

10. Organización Administrativa

10. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA

El Sistema Nacional de Educación Continua comprende la totalidad de las instituciones docentes, de servicio, sociedades científicas y asociaciones profesionales que participan voluntariamente en la planeación, ejecución y evaluación del programa unificado de Educación Continua. Se denomina unificado porque, mediante acciones concertadas, procura alcanzar unidad programática, concentrar recursos y evitar duplicaciones.

Dentro del sistema, las instituciones aportan conocimientos, tecnologías, necesidades, participantes y recursos de varios tipos; el sistema produce actividades de educación continua, coordinadas y sinérgicas, cuyo conjunto constituye el Programa para el cumplimiento de políticas, estrategias y planes.

Las actividades contribuyen a mejorar la competencia y al desarrollo de la carrera del trabajador de salud, lo cual, a su turno, incrementa la eficiencia y eficacia de los servicios y eleva el nivel de salud de las comunidades.

Los contenidos de los eventos educativos se basan en normas, procedimientos y técnicas predeterminados, cuyo desarrollo es sistemáticamente supervisado.

10.1 ORGANIZACION

La organización del sistema de educación continua (ver diagrama No. 4, página siguiente) comprende tres niveles, así: un primer nivel, nacional; un segundo nivel, intermedio, y un tercer nivel, constituido por los participantes.

En el *primer nivel*, nacional, se formulan políticas, se determinan prioridades, se definen objetivos y se suministran recursos para el desarrollo de las actividades educativas pertinentes.

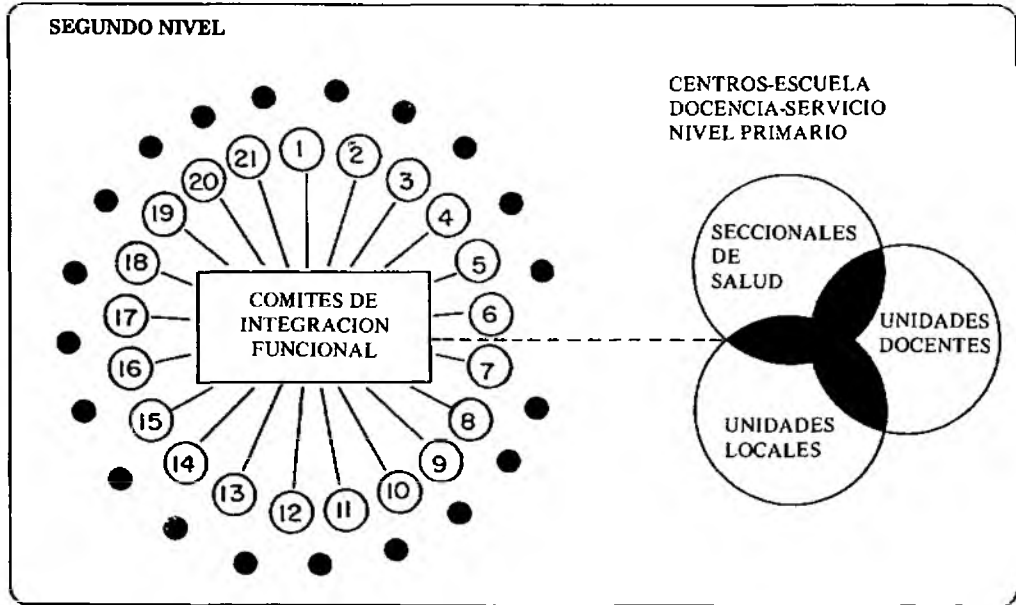
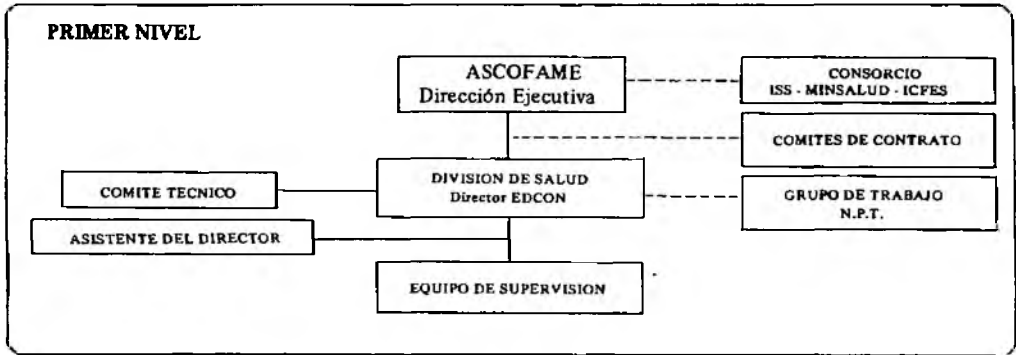
Comprende, en primer término, la ubicación del programa de educación continua dentro de la estructura de ASCOFAME, que, por decisión de los patrocinadores, responde por su ejecución. Los patrocinadores –Ministerio de Salud, Instituto de Seguros Sociales, Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior y las asociaciones de ciencias de la salud (ASCOFAME, ACOFAEN, AFCO y otras, que se pueden vincular posteriormente) constituyen el “Consortio”.

- El Director del Programa de Educación Continua (EDCON) es el Jefe de la División de Salud de ASCOFAME, quien responde ante el Director Ejecutivo de la misma.
- El Director tiene un asistente, quien lo apoya en su gestión como director.
- Los Comités de contrato están conformados según lo estipulado en cada contrato entre ASCOFAME y el patrocinador respectivo.
- El comité técnico está compuesto por representantes de las instituciones del consorcio y por asesores técnicos, internos y externos del programa.
- Los grupos de trabajo están conformados por profesionales y técnicos provenientes de las facultades de ciencias de la salud, el Instituto de Seguros Sociales, el Ministerio de Salud, y las sociedades científicas, expertos en los diferentes temas.
- El equipo de supervisión incluye funcionarios con capacidad de liderazgo y competentes en supervisión, pertenecientes a la nómina de las instituciones docentes, del Instituto de Seguros Sociales, del Sistema de Salud o de otras instituciones que participen en el programa. Su composición puede variar según los temas que se desarrollen y la naturaleza de las instituciones que se vayan a supervisar.

Diagrama No. 4



EDUCACION CONTINUA (EDCON)
ORGANIZACION
1988



Un segundo nivel, intermedio, es el nivel de ejecución. Comprende los comités de integración funcional docente-asistencial (CIFS), los cuales, previa capacitación de sus miembros, asumen la responsabilidad de difundir y supervisar las actividades del programa, dentro de su propio nivel seccional y en los niveles locales de su jurisdicción.

Los comités de integración funcional para la educación continua (CIFS) congregan docentes de las facultades de ciencias de la salud y profesionales de instituciones de servicios de salud, oficiales y privadas, seleccionados para este efecto.

Los Comités deben ser interinstitucionales e interdisciplinarios; su número, tamaño y estructura varían según el grado de sofisticación del trabajo e interacción entre sectores y disciplinas. Un ejemplo concreto de estos Comités (CIF), son los creados por el Programa de Docencia/servicio, en los cuales, se encuentran representados las facultades y los organismos de salud del nivel local, que tienen programas de docencia/servicio (“Centros Primarios de Docencia/Servicio/Comunidad”).

El *tercer nivel* está integrado por los participantes de las diferentes disciplinas de la salud en los diversos eventos educativos.

- Los participantes o usuarios de los Programas de Educación Continua están ubicados en los niveles nacional, seccional y local. El proceso de descentralización indica la necesidad de identificar personas responsables por el programa, en los niveles seccional y local; será necesario establecer contactos con los servicios seccionales de salud para que ellos realicen, con el apoyo del programa, sus propias actividades, predominantemente consistentes en la supervisión de los eventos de educación continua en el nivel local y en el apoyo logístico y técnico para el cumplimiento de las normas.

10.2. FUNCIONES

Las personas y grupos que conforman la estructura del sistema de educación continua ejercen diversas funciones orientadas al logro de los objetivos del sistema, que se detallan a continuación:

El director del programa es la persona que coordina las actividades de la organización, para lo cual cuenta con el apoyo del Comité Técnico; responde ante el Director Ejecutivo de Ascofame.

Tiene como funciones:

- a) Dirigir la planeación, organización, ejecución y evaluación del programa.
- b) Presidir el Comité Técnico del sistema.
- c) Convocar las reuniones de evaluación y control con los respectivos Comités de Contrato.
- d) Representar el programa.
- e) Ordenar los gastos, con el visto bueno del Director Ejecutivo de ASCOFAME.
- f) Supervisar y controlar la ejecución presupuestal.
- g) Asignar funciones y tareas al personal de la División de Salud para el cumplimiento del programa y coordinar actividades de otro personal de ASCOFAME, que participe en su desarrollo.

El asistente del director tiene como funciones:

- a) Coordinar los procesos de supervisión a nivel nacional y a nivel local.
- b) Asistir al director de educación continua en el cumplimiento de sus funciones.
- c) Cumplir otras funciones que le asigne el director.

El Consorcio tiene como funciones:

- a) Aprobar los planes anuales de educación continua.
- b) Apropiar las partidas para la financiación del programa.
- c) Servir como órgano de consulta para la determinación de políticas generales de educación continua.
- d) Controlar la ejecución presupuestal del programa, directamente y a través de los comités de contrato.

Los comités de contrato tienen como funciones:

- a) Aprobar los programas y presupuestos para los respectivos contratos, al tenor de lo estipulado en ellos.
- b) Evaluar el cumplimiento de los contratos.

El Comité Técnico tiene como funciones:

- a) Planear y programar la estrategia general y las actividades de educación continua a nivel nacional.
- b) Coordinar los eventos de educación continua a nivel de los líderes nacionales del programa.
- c) Asistir al director en la promoción y gestión del programa en los diferentes niveles.
- d) Ejercer, a través de sus miembros, y por delegación del director, la representación del programa en los eventos de educación continua, seccionales o locales.

Los grupos de trabajo, integrados por profesionales de las disciplinas involucradas en el sistema, asesorarán al Ministerio de Salud, cuando sea requerido, en la formulación de normas, procedimientos y técnicas que luego serán sometidos a la aprobación de éste. Según la naturaleza del tema a tratar, se contará con miembros de los Comités de Educación Médica, conformados por el Consejo General de ASCOFAME, y cuando sea el caso, con profesionales de ciencias de la educación y de las especialidades médicas.

El equipo de supervisión tiene como funciones:

- a) Supervisar las actividades de educación continua y velar por la aplicación de las normas, procedimientos y técnicas aprobados por el Ministerio de Salud.
- b) Promover el adiestramiento de los supervisores de nivel seccional y local.

Los Comités de Integración Funcional para la Educación Continua (CIF) tienen como funciones:

- a) Elaborar proyectos de educación continua, según las políticas generales del programa, para desarrollar a nivel seccional y local, en concordancia con la programación nacional adoptada.
- b) Ejercer el liderazgo de las actividades de educación continua en los mismos niveles.
- c) Organizar y efectuar los eventos locales de educación continua, previstos en el programa.
- d) Supervisar las actividades locales de educación continua.
- e) Evaluar los eventos de educación continua y presentar los informes sobre el desarrollo del programa y la ejecución del presupuesto.

Los participantes en el programa son los trabajadores de la salud de nivel profesional, intermedio y auxiliar, así como también el personal docente de las facultades de ciencias de la salud, en particular de medicina, odontología y enfermería de los subsectores, tanto público como privado.

Los requisitos básicos para obtener el reconocimiento de créditos por la participación en eventos de educación continua son:

- Elegibilidad para participar, según la naturaleza del evento y las condiciones de participación.
- Inscripción oportuna.
- Asistencia regular a todo el evento.
- Aprobación de la evaluación respectiva.

10.3. EVALUACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA

Cada día la evaluación adquiere más importancia. Un programa no se puede considerar completo si no incluye un elemento de evaluación y estipula, por lo menos, *qué, cómo y cuándo* se va a evaluar. La evaluación de un programa requiere definición explícita de los tres aspectos anteriores para que sea útil y oportuna.

La evaluación de un programa requiere definir previamente sus objetivos, funciones, mecanismos y actividades para que, de esta forma, aporte realmente elementos de juicio y parámetros para el proceso de gestión. En ese sentido, la evaluación proporciona información para el desarrollo de las diferentes etapas del programa, incorporándose en todas las instancias del proceso de planeación, ejecución y supervisión.

La evaluación del programa nacional de educación continua para el personal de salud, que a continuación se propone (y que posteriormente se desarrollará en forma detallada), es un proceso permanente y sistemático, mediante el cual se recolecta información cuantitativa y cualitativa, que oriente sobre las incidencias en el desarrollo del programa, sus logros y limitaciones, con el propósito de facilitar las decisiones relacionadas con el seguimiento de las operaciones, identificación de eventuales desvíos de los objetivos y oportunas rectificaciones del plan, para ajustarlo al curso observado de la acción.

Puesto que Educación Continua se ha enfocado en forma sistemática, la evaluación debe mantener igual enfoque, abordando la totalidad de los aspectos que, a diferentes niveles, intervienen en el desarrollo del programa, es decir, cubrir desde la programación misma hasta el cumplimiento y desarrollo de las políticas, estrategias, objetivos y actividades, realizando un análisis secuencial de los diferentes componentes que se detallan más adelante y que se operacionalizan durante la ejecución.

¿Qué se va a evaluar? Los diferentes aspectos que permitan determinar la *pertinencia, el progreso, la eficiencia, la eficacia y el efecto* de las actividades del Programa, en cuanto a la *demanda, la oferta, el proceso, el producto y el impacto*.

La *demanda* se orienta hacia el análisis de las necesidades que deberá solucionar el programa, teniendo en cuenta su fundamentación, objetivos, alcance, profundidad y cobertura, analizando varios aspectos:

— *¿Cómo se abordó el problema con relación a las necesidades?*

- ¿Cuán apropiados son los objetivos en relación con el problema planteado y cuál es su coherencia con la propuesta de estrategias para el logro de los objetivos?
- ¿Qué intervenciones se piensa realizar?
- ¿De qué información se partió y cuál es la que se espera obtener durante el desarrollo del programa?
- ¿Cómo se va a manejar y utilizar la información?
- ¿En qué medida el programa formulado responde a las expectativas institucionales, sociales y técnicas de las entidades comprometidas con el mismo, tanto las ejecutoras como las beneficiarias?

Además de dar respuesta a los anteriores interrogantes, en esta parte es necesario contar con información que permita construir indicadores, tales como: proporción de participantes atendidos/población potencial de participantes, según diferentes variables, tales como región geográfica, sector de trabajo, ocupación, nivel educativo, actividad principal. Todo ello para cada uno de los seis subprogramas que se van a desarrollar.

Desde la planeación y programación hasta el cumplimiento de las actividades, estos interrogantes deberán estar siempre referidos a la pertinencia del programa. El decisorio, para adecuar su gestión a las necesidades, debe estar siempre atento a los cambios que se produzcan y distinguir cuáles resultan de efectos exógenos y cuáles son imputables al desarrollo de las actividades. Sobre esta base, decidirá sobre la reorientación de criterios y fundamentación del programa y redefinirá sus objetivos.

La *oferta* se refiere al análisis de los recursos requeridos para la ejecución del programa, que permitan obtener información oportuna y actualizada⁴ sobre:

- ¿Cuál es la disponibilidad del recurso humano, físico y financiero?
- ¿Qué tan apropiada, en términos de suficiencia y oportunidad, es la utilización de los recursos?

Estos aspectos, relacionados con las necesidades, permitirán al gestor ir determinando el progreso o las limitaciones en el desarrollo de las actividades de educación continua y evaluar sus costos y los recursos invertidos.

Indicadores, tales como el porcentaje de los recursos financieros del Programa, en relación con cada uno de los subprogramas y actividades, permitirá establecer la proporcionalidad del presupuesto gastado, lo cual, confrontado con las condiciones de la demanda, facilitará evaluar la eficiencia del programa y de sus actividades. Igualmente el porcentaje de la utilización de los recursos humanos, permitirá establecer la dedicación por categorías del personal, la cual se confrontará posteriormente con los resultados obtenidos en el desarrollo de las actividades de los diferentes subprogramas.

Los recursos didácticos y tecnológicos, ofrecidos por el programa, constituyen otro importante indicador, que relacionado con variables, tales como destinación, utilización, sector y actividad, dará información sobre la distribución y cobertura de estos recursos.

El *proceso* está orientado hacia el análisis de la marcha del programa, mediante el seguimiento de las actividades para determinar la eficiencia, en términos de cumplimiento cronológico, de productividad y rendimiento. En esta tarea, es necesario observar:

- ¿Qué relación existe entre los resultados obtenidos en el momento dado y los recursos utilizados?
- ¿Son los resultados obtenidos congruentes con los programas?
- ¿Han permitido las actividades desarrolladas obtener la cantidad y calidad de resultados esperados?

Aquí será necesario utilizar indicadores, tales como proporción de participantes, según tipo de actividad de capacitación en cada uno de los eventos programados y la proporción de actividades en relación con las programadas.

El *producto* es el análisis mediante el cual, se procura establecer si los resultados del programa responden a los objetivos; para ello, es importante determinar desde un principio qué actividades producirán resultados parciales o intermedios y cuáles resultados finales, ya que los productos obtenidos constituyen una herramienta de análisis para la reformulación del programa, guiándose por interrogantes, tales como:

- ¿El programa va cumpliendo con los objetivos establecidos?
- ¿Cuál es el efecto producido por el programa, según la opinión de sus directores y orientadores?

- ¿Cuál es el efecto producido por el programa, según concepto de los beneficiarios del programa?
- ¿Qué resultados se van obteniendo, según las diferentes etapas programadas?

Indicadores, como la cantidad de cursos de educación continua, generados por el programa, según tema, área de influencia, cantidad y tipo de participantes, etc., constituyen un ejemplo de la información que se manejará en esta parte, además de la información de resultados particulares en cada uno de los subprogramas.

El último componente es el efecto o *impacto* producido por el programa. Su evaluación consiste en analizar las consecuencias o cambios que ocurran en el problema en el cual se fundamentó el diseño y desarrollo del programa.

Aquí es importante analizar:

- ¿Qué cambios ocurrieron en el corto, mediano y largo plazo?
- ¿Cómo se expresan los cambios cuantitativos y cualitativos observados?
- ¿Qué cambios se produjeron como efecto del programa?

En forma más concreta y tal como se ha indicado, es necesario evaluar el mismo desarrollo del programa, a través de la realización de las actividades señaladas para cada uno de los seis subprogramas.

Así, para el subprograma de normatización, se establecerá:

- ¿Qué normas se desarrollan, cuáles se revisan y sobre qué temas?
- La producción y difusión de los manuales, las actividades realizadas para su utilización, en términos de cobertura, eficiencia, y técnicas y procedimientos empleados para su aplicación.

En el subprograma Red de Información para la educación continua, TV y otros medios, se evaluará:

- La producción de sonovisos, programas radiales y de televisión, en términos de número, costo-beneficio, periodicidad, utilización y difusión.

- La adquisición de equipos. Tipo de equipos adquiridos, destinación y utilización.
- La utilización de medios en los centros nodales.
- La producción de material impreso, de acuerdo con las necesidades identificadas en los diagnósticos.
- El incremento del fondo bibliográfico y de suscripción a revistas y a sistemas de propagación de información, así como su disponibilidad y utilización.

En el subprograma de Gestión en Salud, se evaluará:

- Actividades de capacitación, en aspectos tales como: número y tipo de personas capacitadas, objetivos cumplidos en cada evento, metodología y materiales empleados.
- Conformación de grupos para la supervisión a nivel central y a nivel local.
- Diseño de modelos de supervisión y su aplicación.

En el subprograma de acreditación se evaluará:

- El diseño y difusión de los criterios de acreditación, a través de los mecanismos creados por el programa.
- Cobertura institucional e individual de la acreditación.
- La acreditación, según tipo de eventos.

En el subprograma de investigación, se evaluará:

- La realización de talleres sobre investigación aplicada en Servicios de Salud: número y tipo de personas capacitadas, objetivos, actividades desarrolladas, metodología empleada, materiales utilizados y resultados obtenidos a través de la generación de proyectos de investigación.
- La realización de asesorías para proyectos de investigación: número, duración, tipo de asesoría y producto obtenido.

En el subprograma de desarrollo educacional se evaluarán las actividades de capacitación, según áreas y temas, número de personas capacitadas en los sectores educativo y de los servicios de salud.

- Las actividades de diseño, planeación y desarrollo en investigación educativa, educación comunitaria, y tecnología educativa.
- La producción, difusión e intercambio de material educativo.
- La realización de asesorías sobre desarrollo educacional, revisión curricular y promoción de la docencia en los Centros de Docencia-Servicio.

Sobre estas actividades, el análisis se realizará con base en indicadores, tales como los señalados anteriormente. Para ello, el programa diseñará un sistema de evaluación, produciendo los respectivos instrumentos para obtener la información necesaria y creando el programa apropiado para procesar y manejar la información.

Por lo tanto, los aspectos mencionados en las páginas anteriores serán objeto de un desarrollo más específico, en términos de las siguientes actividades:

- Diseño de guías e instrumentos para la evaluación de cada uno de los componentes mencionados, aplicados a todos los subprogramas que conforman el sistema.
- Diseño de la metodología para hacer la evaluación.
- Cronograma de actividades: aplicación y recolección de información, procesamiento y análisis de la información.
- Presentación de resultados.

11. Presupuesto por Programas

11. PRESUPUESTO POR PROGRAMAS

Se ha hecho un esfuerzo para la preparación de un presupuesto por programas y una programación por objetivos para eventos de educación continua en el período 1989-1991. Sin embargo, tanto las actividades por desarrollar, como el presupuesto mismo, dependen fundamentalmente de la disponibilidad de recursos y, en último análisis, de las contribuciones, prioridades e intereses específicos de las diferentes entidades que integran el consorcio.

Por otro lado, los recursos están sujetos a variaciones de una a otra entidad, según sus propias políticas y presupuestos, y también de acuerdo con los procesos inflacionarios, eventual y parcialmente compensados por las tasas de cambio favorables en las contribuciones de agencias internacionales. Por todo lo anterior, se ha decidido excluir de esta publicación los costos de las operaciones, toda vez que su validez sería efímera y haría perder actualidad al presente documento. Sin embargo, se presenta, en forma tabular, un listado de las actividades por desarrollar, tan sólo como una ilustración de los eventos que surgen de los temas prioritarios propuestos, de donde los individuos, instituciones y programas interesados podrán seleccionar aquellos que mejor respondan a sus propios programas, preferencias y recursos. Se dejan, pues, en blanco las columnas que se refieren a número y tipo de eventos, su costo y entidad patrocinadora. Esta presentación podría facilitar el proceso de decisiones en cada entidad y la preparación de su respectivo presupuesto.

ACTIVIDADES	No. EVENTOS AÑOS				COSTOS AÑOS				% CONTRIBUCION ENTIDADES PATROCINADORAS			
	1	2	3	4	1	2	3	4	ISS	M.SALUD	ICFES	KLOGG*
01 DISEÑAR, DESARROLLAR, EVALUAR SISTEMA DE EDUCACION CONTINUA (EDCON)	SUB TOTALES											
1.1 Reuniones del Consorcio												
1.2 Personal técnico y de apoyo para desarrollo del programa	***	****	****	****								
1.3 Diagnóstico EDCON programación y evaluación	**											
02 CAPACITAR LIDERES PARA EJECUTAR PROGRAMA EDCON A NIVEL NAL., SECCIONAL Y LOCAL	SUB TOTALES											
2.1 Capacitación gestión Servicios y Seguridad Social docentes y funcionarios		****	***	**								
2.2 Capacitación en Liderazgo en Salud.		****	****	****								

EDUCACION CONTINUA

* Convenio Kellogg, ASCOFAME, ACOFAEN, ACFO.

(Sigue...)

(Continuación)

ACTIVIDADES	No. EVENTOS AÑOS				COSTOS AÑOS				% CONTRIBUCION ENTIDADES PATROCINADORAS			
	1	2	3	4	1	2	3	4	ISS	M.SALUD	ICFES	KLOGG*
2.3 Capacitación en Educación		****	****	****								
2.4 Educación Comunitaria		****	****	****								
2.5 Capacitación en Salud ocupacional		****	***	**								
2.6 Capacitación sobre políticas, organización, funcionamiento, seguridad social, funcionamiento.		**	**	**								
2.7 Simposio sobre SIDA.	*	***	*	*								
2.8 Taller sobre Solución de problemas -Wims- docentes y funcionarios		***	***	***								
03 REVISAR EL PROCESO NORMATIVO DEL SISTEMA NAL. DE SALUD Y REFORMULAR LAS NPT DOCENTES Y FUNCIONARIOS												
		SUB TOTALES										
3.1 Revisión de normas, procedimientos y técnicas.		*	*	*								

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS

295

* Convenio Kellogg, ASCOFAME, ACOFAEN, ACFO.

(Sigue...)

(Continuación)

296

EDUCACION CONTINUA

ACTIVIDADES	No. EVENTOS AÑOS				COSTOS AÑOS				% CONTRIBUCION ENTIDADES PATROCINADORAS			
	1	2	3	4	1	2	3	4	ISS	M.SALUD	ICFES	KLOGG*
3.2 Grupos de trabajo, Normas, Procedimientos y Técnicas -NPT-		*	*	*								
3.3 Elaboración de manuales para (10) temas prioritarios		****	****	****								
3.4 Diseño y publicación 500 * 10 manuales de NPT												
3.5 Elaboración de videos para temas prioritarios												
04. PROMOVER CAMBIOS EN EDUCACION DE PREGRA- DO HACIA UN APRENDI- ZAJE ACTIVO PARA INDU- CIR ACTITUDES POSITIVAS FRENTE EDCON												
		SUB TOTALES										
4.1 Encuentro de Docentes y supervisores	*	*	*	*								
05 DISEÑAR, DESARROLLAR Y EVALUAR METODOS DE SUPERVISION												
		SUB TOTALES										

* Convenio Kellogg, ASCOFAME, ACOFAEN, ACFO.

(Sigue...)

(Continuación)

ACTIVIDADES	No. EVENTOS AÑOS				COSTOS AÑOS				% CONTRIBUCION ENTIDADES PATROCINADORAS			
	1	2	3	4	1	2	3	4	ISS	M.SALUD	ICFES	KLOGG*
5.1 Diseño y producción de material didáctico sobre supervisión		*	*	*								
5.2 Equipo docente-asistencial para supervisión del nivel central		*										
5.3 Capacitación en supervisión		**	**	**								
5.4 Supervisión a nivel local		*	*	*								
06 CREAR UN SISTEMA DE ACREDITACION INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL PARA EDCON		SUB TOTALES										
6.1 Conformación de grupo de trabajo sobre acreditación EDCON												
6.2 Preparación proyecto reglamentario de acreditación		*										
6.3 Aplicación de un mecanismo de acreditación, a nivel nacional		*										

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS

297

* Convenio Kellogg, ASCOFAME, ACOFAEN, ACFO.

(Sigue...)

(Continuación)

298

EDUCACION CONTINUA

ACTIVIDADES	No. EVENTOS AÑOS				COSTOS AÑOS				% CONTRIBUCION ENTIDADES PATROCINADORAS			
	1	2	3	4	1	2	3	4	ISS	M.SALUD	ICFES	KLOG
07 PROMOVER INVESTIGACION SOBRE DESEMPEÑO DEL PERSONAL DE SALUD												
	SUB TOTALES											
7.1 Revisión de protocolos para evaluación desempeño		*										
7.2 Seminario-taller sobre Investigación en Servicios de Salud		*	*	*								
7.3 Publicación Estudio Nal. de Enfermería												
08 APOYAR ACTIVIDADES QUE PERMITAN EL DESARROLLO DE LOS ORGANISMOS DE SALUD A NIVEL MUNICIPAL												
	SUB TOTALES											
8.1 Capacitación sobre organización de servicios municipales de salud		**	****	****								
8.2 Preparación de material educativo sobre descentralización administrativa	**											

* Convenio Kellogg; ASCOFAME, ACOFAEN, ACFO.

(Sigue...)

(Continuación)

ACTIVIDADES	No. EVENTOS AÑOS				COSTOS AÑOS				% CONTRIBUCION ENTIDADES PATROCINADORAS			
	1	2	3	4	1	2	3	4	ISS	M.SALUD	ICFES	KLOGG*
8.3 Encuentro representantes Minsalud en juntas de Servi- cios seccionales		*	*									
09 RED DE INFORMACION PARA LA EDUCACION CONTINUA	SUB TOTALES											
9.1 Inventario de medios y crea- ción de red de información bibliográfica												
9.2 Adquisición de videos y/o producción para los temas prioritarios												
9.3 Producción de sonovisos												
9.4 Programas radiales												
9.5 Realización programas televisión												
9.6 Adquisición y mantenimiento de equipos para Sede y Sub- centros												

* Convenio Kellogg, ASCOFAME, ACOFAEN, ACFO.

(Sigue...)

PRESUPUESTO POR PROGRAMAS

299

(Continuación)

ACTIVIDADES	No. EVENTOS AÑOS				COSTOS AÑOS				% CONTRIBUCION ENTIDADES PATROCINADORAS			
	1	2	3	4	1	2	3	4	ISS	M.SALUD	ICFES	KLOGG*
9.7 Suscripción a Sistemas y programación de información: (SCIB). Informed, Dialog.				✓								
9.8 Incremento fondo bibliográfico y suscripción a revistas												
9.9 Proyecto OMS/PNUD/BLITHE												
9.10 Proyecto CISHEALTH/Fundación Rockefeller												
10 CENTRO DE INFORMATICA	SUB T O T A L E S											
10.1 Fortalecimiento red de información												
10.2 Recolección y Procesamiento												
10.3 Capacitación y asesoría Facultades y Subcentros												
11. IMPREVISTOS												
GRAN TOTAL												

* Convenio Kellogg, ASCOFAME, ACOFAEN, ACFO.

300

EDUCACION CONTINUA

12. Anexos

1. Formularios

2. Tablas

3. Comités

Profesionales

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

Cables: ASCOFAME

Calle 45A No. 9-77 · Pisos 2, 5, 6, 7 y 8

A. A. 53751

Bogotá, Colombia



Doctor (a)

Para el desarrollo de los programas de Educación Continua que dirige la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina con la participación de las asociaciones de otras facultades de la salud, del Ministerio de Salud y del Instituto de Seguros Sociales, es necesario conocer el punto de vista de los potenciales beneficiarios de estos programas.

Por tal razón nos dirigimos a Ud., dado su conocido interés en las actividades educativas, para que nos responda las preguntas que encontrará al respaldo y nos devuelva el formulario en el sobre adjunto a la mayor brevedad.

El listado de temas a los cuales podría referirse el programa tiene en cuenta las características de la morbilidad y la mortalidad de la población y la demanda de servicios, así como el efecto que los programas educativos pudieran tener en la reducción de estos problemas; no se excluyeron algunos temas como Enfermedad Diarreica, Riesgos Perinatales y otros para los cuales hay programas en desarrollo, que desde luego serán intensificados.

Si a su juicio hay otros temas que se deban incluir (no más de tres) le pedimos el favor de anotarlos en las líneas en blanco al final de la lista.

Agradeciendo su pronta respuesta

Atentamente,

ALFONSO MEJÍA VANEGAS
Jefe División de Salud
Asociación Colombiana de
Facultades de Medicina.

Dirección Ejecutiva : 232-2170
285-9353

División de Educación : 232-0288
232-1049

Administración : 232-0090 245-9467

Dirección Ejecutiva Asociada : 232-1721

Centro de Desarrollo
Educativo : 245-7904
285-7670

División de Salud : 232-0268 232-2009
Centro de Estadística e Informática : 232-1721



A. Temas prioritarios de Educación Continua.

T E M A S	Prioridades. 1º a 5º	
	Áreas de Ma- yor Enfasís.	
01 INFARTO DEL MIOCARDIO		
02 TRAUMA		
03 TUMORES		
04 DROGADICCIÓN		
05 STRESS		
06 TRASTORND,REFRACCION Y ACOMODACION		
07 ABORTO		
08 ENFERMEDADES DE LA PIEL		
09 CARIÉS DENTAL		
10 ENF. PERIODONTAL		
11 HERNIAS		
12 CUIDADO INTEGRAL DEL ANCIANO		
13 RIESGOS PERINATALES		
14 VÁRICES		
15 ENF. TRANSMISIBLES SEXUALMENTE		
OTROS TEMAS:		

A.1 En la columna prioridades, por favor, numere de 1º a 5º, en orden de importancia, los temas que deben tratarse prioritariamente, dadas las necesidades que usted identifica en su ejercicio profesional - privado o en el medio asistencial al cual está vinculado.

A.2 En la columna Area de Mayor Enfasís, por cada tema seleccionado prioritariamente marque el número que corresponda al área que usted crea más importante.

1. Educación:
Educación al paciente, la familia y la comunidad.
2. Prevención:
Medidas para prevenir el problema.
3. Cuidado Primario:
Medidas de atención primaria de salud a nivel de hogar, centro de salud y puesto de salud.
4. Manejo Clínico:
Diagnóstico, tratamiento y rehabilitación.

B. Díganos, por favor:

B.1 Sería recomendable hacer Educación Continua por los Canales de Televisión? (Marque con una X).

1. SI 2. NO

B.2Cuál sería, para los profesionales de la salud, la franja horaria más recomendable para la emisión de los programas de Educación Continua por Televisión? (Marque con una X en hora y día).

H o r a	Lunes a Viernes	Sábado	Domingo
7:00 - 9:00 a.m.			
9:00 -11:00 a.m.			
11:00 - 1:00 p.m.			
1:00 - 3:00 p.m.			
3:00 - 5:00 p.m.			

2. *Tables*

Tabla No. 1

POBLACION SEGUN SEXO Y EDAD – COLOMBIA, 1985

GRUPOS DE EDAD	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
TOTAL	27.837.932	100.0	13.777.700	100.0	14.060.232	100.0
0 – 4	3.369.922	12.1	1.717.406	12.5	1.652.516	11.8
5 – 9	3.444.848	12.4	1.750.586	12.7	1.694.262	12.1
10 – 14	3.226.267	11.6	1.639.319	11.9	1.586.948	11.3
15 – 19	3.254.871	11.7	1.582.367	11.5	1.672.504	11.9
20 – 24	3.000.600	10.8	1.440.203	10.5	1.560.397	11.1
25 – 29	2.417.131	8.7	1.251.976	9.1	1.265.155	9.0
30 – 34	1.907.275	6.9	937.799	6.8	969.476	6.9
35 – 39	1.664.696	6.0	813.010	5.9	851.686	6.1
40 – 44	1.224.524	4.4	619.497	4.5	605.027	4.3
45 – 49	1.044.109	3.8	514.955	3.7	529.154	3.8
50 – 54	919.946	3.3	455.950	3.3	463.996	3.3
55 – 59	694.379	2.5	345.915	2.5	348.464	2.5
60 – 64	578.699	2.1	287.781	2.1	290.928	2.1
65 – 69	399.742	1.4	195.046	1.4	204.696	1.5
70 – 74	305.301	1.1	150.061	1.1	155.240	1.1
75 → MAS	385.662	1.4	175.829	1.3	209.793	1.5

FUENTE: DANE, censo 1985 (datos no ajustados).

Tabla No. 1-A

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DE LA POBLACION DE DOCE AÑOS Y MAS
SEGUN NIVEL DE INSTRUCCION, POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO
COLOMBIA, 1985**

GRUPOS DE EDAD	NUMERO HABITANTES	NIVEL DE INSTRUCCION				
		NINGUNO	PRIMARIA	SECUND.	UNIVERS.	SIN INF.
T O T A L	19.723.663	11.4	48.7	32.3	5.4	2.2
12 - 17	3.914.882	6.0	57.2	34.9	0.1	1.9
18 - 24	4.250.093	5.8	37.3	48.5	6.7	1.7
25 - 34	4.328.391	7.9	42.8	37.0	10.6	1.8
35 - 44	2.899.459	12.9	53.4	24.4	7.0	2.2
45 Y MAS	4.330.838	24.3	55.1	14.5	2.8	3.3
HOMBRES	9.593.907	11.3	49.4	30.7	6.2	2.2
12 - 17	1.954.994	7.0	58.6	32.4	0.0	
18 - 24	2.001.483	6.5	38.6	46.5	6.5	
25 - 34	2.074.887	8.1	42.6	35.6	11.8	
35 - 44	1.433.825	12.3	52.2	23.9	9.2	2.2
45 Y MAS	2.128.717	22.3	56.0	14.3	4.4	3.1
MUJERES	10.134.650	11.4	48.0	33.7	3.8	2.1
12 - 17	1.959.888	5.0	55.8	37.2	0.1	1.9
18 - 24	2.251.057	5.1	36.1	50.2	7.0	1.6
25 - 34	2.253.504	7.5	43.0	38.2	9.6	1.6
35 - 44	1.465.634	13.5	54.6	24.9	0.5	2.2
45 Y MAS	2.204.568	26.3	54.1	14.8	0.3	3.4

Fuente: DANE, XV censo de población.

Tabla No. 2
POBLACION POR REGIONES, SEGUN SEXO
COLOMBIA, 1985

REGIONES	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
T O T A L	27.867.326	100.0	13.794.053	49.5	14.073.273	50.5
ATLANTICA	5.678.001	20.4	2.856.503	50.3	2.821.498	49.7
GUAJIRA	255.310		129.697		125.613	
CESAR	584.631		301.085		283.546	
MAGDALENA	769.141		394.569		374.572	
ATLANTICO	1.428.601		695.157		731.444	
BOLIVAR	1.197.623		602.404		595.219	
SUCRE	529.059		269.291		259.768	
CORDOBA	913.636		462.300		451.336	
ORIENTAL	5.214.400	18.7	2.615.710	50.2	2.598.690	49.8
N. SANTANDER	883.900		440.182		443.718	
SANTANDER	1.438.200		313.347		724.853	
BOYACA	1.097.600		544.410		553.190	
CUNDINAMARCA	1.382.400		705.024		677.376	
META	412.300		212.747		199.553	
BOGOTA, D.E.	3.982.941	14.3	1.891.897	47.5	2.091.044	52.5
CENTRAL	7.643.553	27.4	3.789.692	49.6	3.853.861	50.4
ANTIOQUIA	3.888.067		1.909.041		1.979.026	
CALDAS	838.094		414.018		424.076	
RISARALDA	625.451		310.224		315.227	
QUINDIO	377.860		187.419		190.441	
TOLIMA	1.051.852		530.133		521.719	
HUILA	6.477.117		327.117		320.639	
CAQUETA	214.473		111.740		102.733	
PACIFICA	4.904.791	17.6	2.406.198	49.1	2.498.593	50.9
CHOCO	242.800		121.400		121.400	
VALLE	2.847.095		1.383.688		1.463.407	
CAUCA	795.798		398.695		397.103	
NARIÑO	1.019.098		502.415		516.683	
T. NACIONALES	443.640	1.6	234.053	52.8	209.587	47.2
INTENDENCIAS	336.089		175.438		160.651	
COMISARIAS	107.551		58.615		48.936	

FUENTE: DANE, censo 1985 (datos no ajustados).

Tabla No. 3
MORTALIDAD POR CAUSAS
COLOMBIA, 1984*

Código ENS **	C A U S A S	Cat. CIE 1975	Defunciones	%	Tasa x 1.000.000 ***
13	Tumores malignos	140-208	16.960	12.4	648
25	Enfermedades isquémicas	410-414	13.648	9.9	522
27	Enfermedades cerebrovasculares	430-438	10.776	7.9	412
26	Otras formas enf. corazón	415-429	10.538	7.7	403
49	Homicidios	E960-969	9.360	6.8	358
47	Otros accidentes	E800-E807, E820-E949	8.515	6.2	325
31	Infecciones respiratorias agudas	460-466, 480-487	5.197	3.8	199
46	Accidentes de transporte de vehículos de motor	E810-E819	4.613	3.4	176
00	Infecciones intestinales	001-009	4.226	3.1	161
35	Otras enf. aparato digestivo	520-530, 534-579	3.905	2.8	149
24	Enfermedad hipertensiva	401-405	3.607	2.6	138
44	Otras perinatales	760-767, 771-779	3.197	2.3	122
43	Afecciones anóxicas e hipóxicas	768-770	3.151	2.3	120
33	Otras enf. aparato respiratorio	470-478 500-519	3.037	2.2	116
32	Afecciones respiratorias crónicas	490-493	2.649	1.9	101
15	Diabetes	250	2.197	1.6	84
16	Avitaminosis y otras enf. nutrición	260-269	1.983	1.4	76
01	TBC	010-018	1.769	1.3	68
42	Anomalías congénitas	740-759	1.736	1.3	66
36	Nefritis y nefrosis	580-589	1.713	1.2	65
22	Resto enf. sistema nervioso y órganos de los sentidos	323-389	1.676	1.2	64

(Sigue...)

Tabla No. 3

**MORTALIDAD POR CAUSAS
COLOMBIA, 1984***

(Continuación)

Código ENS**	C A U S A S	Cat. CIE 1975	Defunciones	%	Tasa x 1.000.000 ***
28	Enf. arterias y vasos capilares	440-448	1.602	1.2	61
34	Úlcera péptica	531-533	1.140	0.8	44
04	Otras bacterianas	020-027, 030-032, 034-036	1.114	0.8	43
48	Suicidio	E950-E959	1.071	0.8	41
17	Resto endocrinas	240-246, 251-259, 270-279	1.017	0.7	39
50	Otras violencias	E970-E978, E980-E989	896	0.6	34
18	Anemias	280-285	855	0.6	32
37	Otras enf. aparato genitourinario	590-629	817	0.6	31
21	Meningitis	320-322	772	0.6	29
29	Trombosis venosas y embolias	451-453	659	0.5	
14	Tumores benignos, Ca. in situ y otros	210-229, 230-234, 235, 238, 239	607	0.4	23
41	Enf. sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	710-739	599	0.4	23
39	Otras complicaciones parto	640-676	494	0.4	66+
23	Fiebre reumática y enf. reumáticas crónicas del corazón	390-398	423	0.3	16
40	Enf. piel y tejido celular	690-709	332	0.2	13
09	Paludismo	084	317	0.2	12
11	HelminCIAS	120-129	297	0.2	11
07	Otras enfermedades por virus	046-054, 056-066, 070-079	287	0.2	11
30	Otras enf. aparato circulatorio	454-459	280	0.2	11
06	Sarampión	055	183	0.1	7

(Sigue...)

Tabla No. 3

**MORTALIDAD POR CAUSAS
COLOMBIA, 1984***

(Continuación)

Código ENS**	C A U S A S	Cat. CIE 1975	Defunciones	%	Tasa x 1.000.000 ***
12	Otras infecciones y parasitarias	100-104, 110-118, 130-139	181	0.1	7
03	Tétanos	037	159	0.1	6
38	Aborto	630-639	148	0.1	20+
02	Tosferina	033	139	0.1	5
19	Alteraciones de la coagulación y otras	286-289	122	0.1	5
20	Trastornos mentales	290-319	122	0.1	5
08	Tifus y otras rickettiosis	080-083, 085-088	53	0.0	2
10	Sífilis y otras venéreas	090-099	50	0.0	2
05	Polio aguda	045	29	0.0	1
45	Síntomas y estados morbosos mal definidos	780-799	7.891	5.8	—
			137.189	99.5	5.243

* Cifras no ajustadas

** Agrupación Estudio Nacional de Salud

*** Población estimada 1984: 26.167.658

+ Tasa estimada para mujeres 15-49 años.

FUENTE: MINSALUD. Sistema Nacional de Salud. Subsistema de Información. "Diagnósticos de Mortalidad según 183 causas de la Lista Nacional. (CIE-9-Rev). Por sexo y grupos de edad para el total nacional. Colombia 1984" (Tabulados).
MINSALUD. Sector Salud "Análisis del Financiamiento y Gasto 1975-1984". Tomo I, pág. 145.
DANE, Colombia, censo 1985.

Tabla No. 4

**MORTALIDAD POR CAUSAS - HOMBRES
COLOMBIA, 1984***

Código ENS **	C A U S A S	Cat. CIE 1975	Defunciones	%	Tasa x 1.000.000 ***
49	Homicidio	E960-969	8.685	11.1	671
13	Tumores malignos	140-208	8.087	10.3	624
25	Enfermedades isquémicas	410-414	7.707	9.9	595
47	Otros accidentes	E800-E807, E820-E949	6.444	8.2	498
26	Otras formas enf. corazón	415-429	5.313	6.8	410
27	Enfermedades cerebrovasculares	430-438	4.925	6.3	380
46	Accidentes de transporte de vehículos de motor	E810-E819	3.620	4.6	279
31	Infecciones respiratorias agudas	460-466, 480-487	2.690	3.4	208
00	Infecciones intestinales	001-009	2.339	3.0	181
35	Otras enf. aparato digestivo	520-530, 534-579	2.126	2.7	164
44	Otras perinatales	760-767, 771-779	1.865	2.4	144
43	Afecciones anóxicas e hipóxicas	768-770	1.858	2.4	143
33	Otras enf. aparato respiratorio	470-478, 500-519	1.745	2.2	135
24	Enfermedad hipertensiva	401-405	1.638	2.1	126
32	Afec respiratorias crónicas	490-493	1.398	1.8	108
01	TBC	010-018	1.116	1.4	86
16	Avitaminosis y otras def. nutrición	260-269	1.055	1.3	81
42	Anomalías congénitas	740-759	971	1.2	75
22	Resto enf. sistema nervioso y órganos de los sentidos	323-389	958	1.2	74

(Sigue...)

Tabla No. 4
MORTALIDAD POR CAUSAS - HOMBRES
COLOMBIA, 1984*

Código ENS**	C A U S A S	Cat. CIE 1975	Defunciones	%	Tasa x 1.000.000 ***
36	Neuritis y nefrosis	520-530, 534-579	909	1.2	70
15	Diabetes	250	845	1.1	65
48	Suicidio	E959-E959	845	1.1	65
28	Enf. arterias y vasos capilares	440-448	817	1.0	63
50	Otras violencias	E990-E999	742	1.0	57
34	Úlcera péptica	531-533	714	0.9	55
04	Otras bacterianas	020-027, 030-032, 034-036	546	0.7	42
17	Resto endocrinas	240-246, 251-259, 270-279	511	0.7	39
37	Otras enf. aparato genitourinario	590-629	445	0.6	34
21	Meningitis	320-322	431	0.6	33
18	Anemias	280-285	429	0.5	33
29	Trombosis venosas y embolias	451-453	311	0.4	24
14	Tumores benignos, Ca. in situ y otros	210-229, 230-234, 235-238, 239	301	0.4	23
41	Enf. sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	710-739	201	0.3	16
23	Fiebre reumática y enf. reumáticas crónicas del corazón	390-398	188	0.2	15
09	Paludismo	084	186	0.2	14
07	Otras enfermedades por virus	046-054, 056-066, 070-079	172	0.2	13
40	Enf. piel y tejido celular	690-709	166	0.2	13
11	Helminiasis	120-129	147	0.2	11
30	Otras enf. aparato circulatorio	454-459	130	0.2	10

(Sigue...)

(Continuación)

Tabla No. 4
MORTALIDAD POR CAUSAS - HOMBRES
COLOMBIA, 1984*

Código ENS**	C A U S A S	Cat. CIE 1975	Defunciones	%	Tasa x 1.000.000 ***
12	Otras infecciosas y parasitarias	100-104, 110-118, 130-139	99	0.1	8
06	Sarampión	055	94	0.1	7
03	Tétanos	037	80	0.1	6
20	Trastornos mentales	290-319	78	0.1	6
02	Tosferina	033	65	0.1	5
19	Alteraciones de la coagulación y otras	286-289	64	0.1	5
10	Sífilis y otras venéreas	090-099	27	0.0	2
08	Tifus y otras rickettiosis	080-083, 085-088	26	0.0	2
05	Polio aguda	045	19	0.0	1
45	Síntomas y estados morbosos mal definidos	780-799	4.052	5.2	—
TOTAL			78.180	99.8	6.036

- * Cifras no ajustadas.
- ** Agrupación Estudio Nacional de Salud.
- *** Población estimada 1984, mujeres 13.216.620.

FUENTE: MINSALUD. Sistema Nacional de Salud. Subsistema de Información. "Diagnósticos de Mortalidad según 183 causas de la Lista Nacional (CIE-9-Rev). Por sexo y grupos de edad para el total nacional. 1984" (Tabulados).
MINSALUD. Sector Salud. "Análisis del Financiamiento y Gasto. 1975-1984", tomo I, pág. 145.
DANE, Colombia, censo 1985.

Tabla No. 5
MORTALIDAD POR CAUSAS - MUJERES
COLOMBIA, 1984*

Código ENS **	C A U S A S	Cat. CIE 1975	Defunciones	%	Tasa x 1.000.000 ***
13	Tumores malignos	140-208	8.873	15.2	671
25	Enfermedades isquémicas	410-414	5.941	10.1	450
27	Enfermedades cerebrovasculares	430-438	5.851	9.9	443
26	Otras enfermedades del corazón	415-429	5.225	8.9	395
31	Infecciosas respiratorias agudas	460-466, 480-487	2.507	4.2	190
47	Otros accidentes	E800-E807, E820-E949	2.071	3.5	157
00	Infecciosas intestinales	001-009	1.987	3.4	150
24	Enfermedad hipertensiva	401-405	1.969	3.3	149
35	Otras enfermedades aparato digestivo	520-530, 534-579	1.779	3.0	135
15	Diabetes	250	1.352	2.3	102
44	Otras perinatales	760-767, 771-779	1.332	2.3	101
43	Afecciones anóxicas e hipóxicas	768-770	1.293	2.2	98
33	Otras enfermedades aparato respiratorio	470-478, 500-519	1.292	2.2	98
32	Afecciones respiratorias crónicas	490-493	1.251	2.1	95
46	Accidentes de transporte de vehículos de motor	E810-E819	993	1.7	75
16	Avitaminosis y otras enf. nutrición	260-269	928	1.6	70
36	Nefritis y nefrosis	580-589	804	1.4	61
28	Enf. arterias y vasos capilares	440-448	785	1.3	59
42	Anomalías congénitas	740-759	765	1.3	58
22	Resto enf. sistema nervioso y órganos de los sentidos	323-389	718	1.2	54
49	Homicidios	E960-E969	675	1.1	51

(Sigue...)

Tabla No. 5
MORTALIDAD POR CAUSAS, HOMBRES
COLOMBIA, 1984*

(Continuación)

Código ENS **	C A U S A S	Cat. CIE 1975	Defunciones	%	Tasa x 1.000.000 ***
01	TBC	010-018	653	1.1	49
04	Otras bacterianas	020-027, 030-032, 034-036	568	1.0	43
17	Resto endocrinas	240-246, 251-259, 270-279	506	0.9	38
39	Aborto	630-639	494	0.8	66
34	Úlcera péptica	531-533	426	0.7	32
18	Anemias	280-285	406	0.7	31
41	Enf. sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	710-739	398	0.7	30
37	Otras enf. aparato genitourinario	590-629	372	0.6	28
29	Trombosis venosas y embolias	451-453	348	0.6	26
21	Meningitis	320-322	341	0.6	26
14	Tumores benignos, Ca. in situ y otros	210-229, 230-234, 235-238, 239	306	0.5	23
23	Fiebre reumática y enf. reumáticas crónicas del corazón	390-398	235	0.4	18
48	Suicidio	E950-E959	226	0.4	17
40	Enf. piel y tejido celular	690-709	166	0.3	13
50	Otras violencias	E990-E999	154	0.3	12
30	Otras enfermedades aparato circulatorio	454-459	150	0.3	11

ANEXOS

(Sigue...)

317

Tabla No. 5
MORTALIDAD POR CAUSAS, HOMBRES
COLOMBIA, 1984*

(Continuación)

Código ENS **	C A U S A S	Cat. CIE 1975	Defunciones	%	Tasa x 1.000.000 ***
11	Helminthiasis	120-129	150	0.3	11
38	Aborto	630-639	148	0.3	20
09	Paludismo	084	131	0.2	10
07	Otras enf. por virus	046-054, 056-066, 070-079	115	0.2	9
06	Sarampión	055	89	0.2	7
12	Otras infecciones y parasitarias	100-104, 110-118, 130-139	82	0.1	6
03	Tétanos	037	79	0.1	6
02	Tosferina	033	74	0.1	6
19	Alteraciones de la coagulación y otras	286-289	58	0.1	4
20	Trastornos mentales	290-319	44	0.1	3
08	Tifus y otras rickettiosis	080-083, 085-088	27	0.0	2
10	Sífilis y otras venéreas	090-099	23	0.0	2
05	Polio aguda	045	10	0.0	1
45	Síntomas y estados morbosos mal definidos	780-799	3.839	6.5	—
TOTAL			59.099	99.5	4.465

* Cifras no ajustadas

** Agrupación Estudio Nacional de Salud.

*** Población estimada 1984, hombres 12.951.039

FUENTE: MINSALUD. Sistema Nacional de Salud. Subsistema de Información. "Diagnósticos de Mortalidad según 183 causas de la Lista Nacional (CIE-9-Rev). Por sexo y grupos de edad para el total nacional. 1984" (Tabulados).

MINSALUD. Sector Salud. "Análisis del Financiamiento y Gasto. 1975-1984", tomo I, pág. 145.
DANE. Colombia, censo 1985.

Tabla No. 6
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD - COLOMBIA, 1973-1984

Tasas por millón

COD. ENS	C A U S A S 51 Grupos ENS.	1973	1975	1977	1979	1981	1984	1984
13	Tumores malignos	577	598	619	638	630	727	648
25	Enfermedades isquémicas	448	514	475	419	419	586	522
27	Enfermedades cerebrovasculares	398	437	423	366	361	462	412
26	Otras formas enfermedades del corazón	518	515	488	525	477	452	403
49	Homicidio	214	218	281	332	376	402	358
47	Otros accidentes	336	307	289	339	295	365	325
31	Infecciones respiratorias agudas	750	624	533	377	333	223	199
46	Acc. de transporte de vehículo motor	149	166	176	196	192	198	176
00	Infecciones intestinales	991	761	673	501	354	181	161
35	Otras enfermedades aparato digestivo	202	183	169	170	155	167	149
24	Enfermedad hipertensiva	139	159	166	217	216	155	138
44	Otras perinatales	254	238	213	264	215	137	122
43	Afecciones anóxicas e hipóxicas	179	201	160	151	159	135	120
33	Otras enfermedades apar. respiratorio	82	70	69	53	62	130	116
32	Afecciones respiratorias crónicas	394	335	250	222	196	113	101

ANEXOS

- * Factor de ajuste 1.1223.
- ** Defunciones sin ajuste, 137189.

Tabla No. 7
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD MUJERES
COLOMBIA, 1973-1984

COD. ENS	C A U S A S	1973	1975	1977	1979	1981	1984 Ajust. *	1984 ajustar **
13	Tumores malignos	628	652	672	676	665	753	671
25	Enfermedades isquémicas	385	447	421	359	349	505	450
27	Enfermedades cerebrovasculares	430	481	460	388	394	497	443
26	Otras formas enfermedades del corazón	528	509	470	517	464	443	395
31	Infecciones respiratorias agudas	731	602	512	357	319	213	290
47	Otros accidentes	176	159	150	191	152	176	157
00	Infecciones intestinales	931	717	636	454	324	168	150
24	Enfermedad hipertensiva	154	173	181	234	231	167	149
35	Otras enfermedades aparato digestivo	178	161	150	149	134	152	135
15	Diabetes	99	97	108	116	120	114	102
44	Otras perinatales	214	204	174	221	173	113	101
43	Afecciones anóxicas e hipóxicas	155	171	132	126	129	110	98
33	Otras enfermedades apar. respiratorio	75	62	61	49	57	110	98

- * Factor de ajuste 1.1223.
** Defunciones sin ajuste, 137189.

Tabla No. 8
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD HOMBRES
COLOMBIA, 1977-1984

COD. ENS	C A U S A S	1973	1975	1977	1979	1981	1984 Ajust. *	1984 ajustar **
49	Homicidio	389	394	512	613	690	753	671
13	Tumores malignos	526	543	567	600	596	700	624
25	Enfermedades isquémicas	509	581	529	479	489	668	595
47	Otros accidentes	495	453	427	486	437	559	498
26	Otras formas enfermedades del corazón	508	520	490	533	487	460	410
27	Enfermedades cerebrovasculares	366	393	386	345	329	426	380
46	Accidentes de transp. vehículo motor	221	247	259	303	297	313	179
31	Infecciones respiratorias agudas	769	645	554	398	346	233	208
00	Infecciones intestinales	1.051	805	711	547	384	203	181
35	Otras enfermedades aparato digestivo	226	201	188	190	175	184	164
44	Otras perinatales	294	272	252	306	257	162	144
43	Afecciones anóxicas e hipóxicas	203	231	187	176	189	160	143
33	Otras enfermedades apar. respiratorio	89	79	77	56	67	152	135

* Factor de ajuste, 1.1223.

** Defunciones sin ajuste, 137189.

Tabla No. 9
DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL
1984

COD. ENS	C A U S A S	Defunciones ajustadas *	% Def. Total	% Acumulado	Tasa X 1.000 N.V.
44	Otras perinatales	4.439	18.9	18.9	6.48
43	Afee. anóxicas e hipóxicas	4.375	18.7	37.6	6.38
00	Infecciones intestinales	3.295	14.0	51.6	4.81
31	Infec. respiratorias agudas	2.617	11.2	62.8	3.82
42	Anomalías congénitas	1.773	7.6	70.4	2.59
16	Avitaminosis y otras def. nutricional	997	4.2	74.6	1.45
32	Afec. respiratorias crónicas	840	3.6	78.2	1.22
47	Otros accidentes	780	3.3	81.5	1.14
21	Meningitis	529	2.3	83.8	0.77
17	Resto endocrinas	471	2.0	85.8	0.69
45	Sint. y estados morbosos mal definidos	800	3.4	—	—
Total defunciones ajustadas *		23.450			34.2

* Factor ajuste para defunciones, 1.4.

FUENTE: MINSALUD. Subsistema de Información. Mortalidad según 183 causas de la lista nacional. Colombia, 1984 (Tabulados). Sector Salud. "Análisis de Financiamiento y Gasto, 1975-1984".
Estimación nacidos vivos 1984 685.000
Estimación población 1-4 años, 1984 2.592.400

Tabla No. 11

324

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD EN NIÑOS DE 0-4 AÑOS
1984**

COD. ENS	C A U S A S	Defunciones ajustadas *	% Def. Total	% Acumulado	Tasa X 1.000.000
00	Infecciosas intestinales	4.800	14.9	14.9	1.515
44	Otras perinatales	4.439	13.8	28.7	1.401
43	Afec. anóxicas e hipóxicas	4.375	13.6	42.3	1.382
31	Infec. respiratorias agudas	3.774	11.7	54.0	1.191
42	Anomalías congénitas	2.079	6.5	60.5	657
47	Otros accidentes	1.902	5.9	66.4	600
16	Avitaminosis y otras def. nutricionales	1.543	4.8	71.2	487
32	Afec. respiratorias crónicas	1.351	4.2	75.4	426
21	Meningitis	743	2.3	77.7	235
17	Resto endocrinas	692	2.1	79.8	218
45	Sínt. y estados morbosos mal definidos	1.527	4.7	—	—
Total defunciones ajustadas		32.159			10.149

EDUCACION CONTINUA

* Factor ajuste para defunciones, 1.4.

FUENTE: MINSALUD. Subsistema de Información. Mortalidad según 183 causas de la lista nacional (CIE-9-Rev).

Por sexo y grupos de edad para el total nacional. Colombia, 1984 (Tabulados).

Sector Salud. "Análisis de Financiamiento y Gasto 1975-1984".

DANE. Colombia, censo 1985. Población estimada 0-4 años, 3.167.727.

Tabla No. 12
PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD - NIÑOS DE 0-4 AÑOS DE EDAD **Tasas por millón**

COD	C A U S A S	1973	1975	1977	1979	1981	1984
00	Enfermedades intestinales	5.492	4.573	4.338	3.319	2.33	1.115
44	Otras perinatales	1.654	1.629	1.541	1.995	1.638	1.401
43	Afecciones anóxicas e hipóxicas	1.171	1.317	1.169	1.140	1.214	1.382
31	Enfermedades respiratorias o agudas	3.586	3.02	2.759	1.993	1.696	1.191
42	Anomalías congénitas	428	513	464	506	538	657
47	Otros accidentes	374	386	353	461	409	600
16	Desnutrición	1.605	1.441	958	1.152	942	487
32	Respiratorias crónicas	1.809	1.613	1.235	921	742	426
21	Meningitis	478	452	433	400	385	235
17	Resto endocrinas	47	17	22	323	260	218

* A partir de 1979, incluye trastornos de los líquidos y del equilibrio ácido básico (deshidratación, etc.).

Tabla No. 13
DIAGNOSTICOS MEDICOS MAS FRECUENTES, SEGUN SEXO
COLOMBIA, 1977-1980

Códigos	Diagnósticos	Tasas por mil								
		TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
		No. de orden	Frecuencia	Tasa x mil	No. de orden	Frecuencia	Tasa x mil	No. de orden	Frecuencia	Tasa x mil
367	Trastornos refracción y acomodación	1	3'027.204	122.8	2	1'373.781	112.1	1	1'653.423	133.2
470-478	Otras enf. de las vías respiratorias sup	2	3'026.513	122.7	1	1'492.443	121.8	2	1'534.070	123.6
120-129	Helmintiasis	3	2'514.593	102.0	3	1'293.678	106.6	5	1'220.915	98.4
460-466, 480-487	Infecciones respiratorias agudas, neumonías e influenza	4	2'394.390	97.1	4	1'171.245	95.6	4	1'223.145	98.6
680-709	Enf. de piel y tejido celular subcutáneo	5	1'741.778	70.6	5	941.558	76.9	9	799.920	64.5
454	Várices miembros inferiores	6	1'698.850	68.9	20	336.415	27.5	3	1'362.437	109.8
260-269	Deficiencias nutricionales	7	1'501.954	60.9	7	775.941	63.3	11	726.013	58.5
Reste 360-379	Resto enfermedades del ojo y sus anexos	8	1'438.667	58.3	6	788.401	64.4	14	650.266	52.4
372.4	Pterigion	9	1'414.166	57.3	8	723.949	59.1	12	690.217	55.6

(Sigue...)

Tabla No. 13
DIAGNOSTICOS MEDICOS MAS FRECUENTES, SEGUN SEXO
COLOMBIA, 1977-1980

(Continuación)

Tasas por mil

Códigos	Diagnósticos	TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
		No. de orden	Frecuencia	Tasa x mil	No. de orden	Frecuencia	Tasa x mil	No. de orden	Frecuencia	Tasa x mil
553.1	Hernia umbilical	10	1'224.873	49.7	9	561.156	45.8	13	663.717	53.5
401-405	Enfermedades hipertensivas	11	1'188.114	48.2	12	454.661	37.1	10	733.453	59.1
623.5	Leucorrea	12	1'153.737	—	—	—	—	6	1'153.737	93.0
618	Prolapso genital	13	1'109.868	—	—	—	—	7	1'109.868	89.4
614-616	Enf. inflamatoria de los órganos pelvianos femeninos	14	913.408	—	—	—	—	8	913.408	73.6
280-285	Anemias	15	912.392	37.0	13	412.768	33.7	18	499.624	40.3
710-724	Artropatías, dorsopatías	16	884.725	35.9	18	345.362	28.2	16	539.363	43.5
366	Cataratas	17	863.315	35.0	16	372.642	30.4	19	490.673	39.5
0001-009	Infecciones intestinales	18	730.882	29.6	15	394.787	32.2	23	336.095	27.1
Resto 019-139	Resto enfermedades infecciosas y parasitarias	19	656.315	26.3	21	325.319	26.6	24	330.743	26.7
725-739	Resto enfermedades del sistema osteomuscular y tejido conjuntivo	20	647.319	26.2	17	346.604	28.3	28	300.715	24.2

ANEXOS

327

(Sigue...)

Tabla No. 13
DIAGNOSTICOS MEDICOS MAS FRECUENTES, SEGUN SEXO
COLOMBIA, 1977-1980

Tasas por mil

(Continuación)

Códigos CIE	Diagnósticos	TOTAL			HOMBRES			MUJERES		
		No. de orden	Frecuencia	Tasa x mil	No. de orden	Frecuencia	Tasa x mil	No. de orden	Frecuencia	Tasa x mil
278	Obesidad	21	637.517	25.9	—	112.479	9.2	17	525.038	42.3
Resto 617-629	Resto enfermedades de los órganos genitales femeninos	23	626.783	25.4	—	—	—	15	623.981	50.3
780-799	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	24	610.938	24.8	19	338.263	27.6	29	272.675	22.0
800-999	Traumatismos y envenenamientos	27	550.875	22.3	14	400.970	32.7	—	149.905	12.1
590-595 599.0	Infecciones renales, cistitis, infección urinaria	28	547.316	22.2	—	133.645	10.9	20	413.671	33.2
600	Hipertrofia de la próstata	30	481.196	—	10	481.196	39.3	—	—	—
605	Hipertrofia prepucial y fimosis	32	463.873	—	11	463.873	37.9	—	—	—
TOTALES		41'066.403			17'545.833			23.520.570		

Tabla No. 14

**DIAGNOSTICOS DE CONSULTA EXTERNA
(VEINTE PRIMERAS CAUSAS)
1985**

COD.	CAUSA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
174	Control embarazo normal	133.578		133.578
111	Enf. de los dientes y sus estructuras de sostén	124.396	49.807	74.445
136	Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	73.781	32.751	40.964
127	Otras enfermedades de los órganos genitales	73.762	5.551	68.211
103	Infecciones respiratorias agudas	72.106	32.202	39.825
154	Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	57.442	23.635	33.626
006	Enteritis y otras enfermedades diarreicas	55.529	28.676	26.753
047	Otras helmintiasis	48.575	20.555	27.953
182	Examen médico general	47.031	15.887	31.094
173	Control del lactante y el niño sano	45.502	22.955	22.497
162	Laceraciones, heridas y traumatismos de los vasos sanguíneos	45.041	32.909	12.086

(Sigue...)

Tabla No. 14

**DIAGNOSTICOS DE CONSULTA EXTERNA
(VEINTE PRIMERAS CAUSAS)**

(Continuación)

1985

COD.	CAUSA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
107	Influenza	44.272	21.385	22.849
122	Otras enfermedades del aparato urinario	42.719	9.614	33.058
094	Enfermedad hipertensiva	38.935	10.310	28.574
048	Todas las demás enfermedades infecciosas y parasitarias	36.200	13.838	22.324
108	Bronquitis, enfisema y asma	33.319	15.636	17.650
031	Otras virosis	33.073	15.409	17.576
090	Enfermedades del ojo y sus anexos	27.396	11.940	15.435
177	Planificación familiar, atención anticonceptiva	23.028	108	23.090
118	Otras enfermedades del aparato digestivo	22.480	8.919	13.535

FUENTE: MINSALUD, Subsistema de Información.

* Códigos Ministerio de Salud.

Tabla No. 15

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA ESPECIALIZADA
1985**

No.	CODIGO CIE	NOMBRE DE LA CAUSA	No.	%
1	V22	Embarazo normal	21.682	11.4
2	V20	Control de la salud del lactante o niño	18.206	9.6
3	709	Otras enfermedades de la piel, y del tejido subcutáneo	11.232	5.9
4	372	Pterigios	9.097	4.8
5	401	Hipertensión esencial	7.061	3.7
6	629	Traumatismo de los órganos genitales femeninos	6.923	3.7
7	300	Trastornos neuróticos	5.991	3.1
8	487	Influenza	3.915	2.0
10	739	Lesiones analopáticas no clasificadas en otra parte	3.770	2.0
Todas las demás.		Se encuentran entre otras: afecciones renales, diabetes, Mellitus-Amigdalitis aguda, examen especial para la búsqueda de otras infecciones	96.971	51.0
TOTAL			190.157	100.0

Fuente: Diagnóstico de las Seccionales.

Nota. Corresponde a la muestra del 10% de toda la morbilidad.

Tabla No. 16
DIAGNOSTICOS DE EGRESO HOSPITALARIO
(VEINTE PRIMERAS CAUSAS)
 1986

CAUSA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
131 Parto normal	337.314		337.314
128 Embarazo terminado en aborto	61.587		61.587
134 Complicaciones en el curso del trabajo y del parto	57.940		57.940
129 Complicaciones relacionadas con el embarazo	49.602		49.602
133 Otras indicaciones asistencia embarazo, trabajo y parto	47.103		47.103
006 Enteritis y otras enfermedades diarreicas	40.976	22.343	18.565
127 Otras enfermedades de los órganos genitales	40.372	7.197	33.175
106 Neumonías	40.308	22.171	18.112
154 Signos, síntomas y estados morbosos mal definidos	32.303	15.101	17.166
115 Hernia de la cavidad abdominal	30.489	17.611	12.823
157 Fractura de los miembros	27.758	19.348	8.380

(Sigue...)

Tabla No. 16
DIAGNOSTICOS DE EGRESO HOSPITALARIO
(VEINTE PRIMERAS CAUSAS)

(Continuación)

1986

CAUSA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
108 Bronquitis, enfisema y asma	26.470	11.718	14.716
118 Otras enfermedades del aparato digestivo	24.608	13.970	10.623
162 Laceraciones, heridas y traumatismos de vasos sanguíneos	23.263	19.625	3.627
097 Otras formas enf. corazón y circulación pulmonar	22.795	12.199	10.585
110 Otras enf. del aparato respiratorio	22.569	13.212	9.345
136 Enfermedades de la piel y del tejido celular subcutáneo	20.661	10.879	9.768
117 Colelitiasis y otros trastornos de la vesícula biliar	19.946	4.212	15.706
152 Otras causas morbilidad y mortalidad perinatales	17.833	10.129	7.666
114 Apendicitis	16.822	8.925	7.886

Fuente: MINSALUD, Subsistema de Información.

Tabla No. 17

**DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD HOSPITALARIA
1985**

No.	CODIGO	NOMBRE DE LA CAUSA	No.	%
1	650	Parto en condiciones completamente normales	73.685	25.0
2	669	Otras complicaciones trabajo de parto no clasif. en otra	22.057	7.5
3	637	Aborto no especificado	10.077	3.4
4	550	Hernia inguinal	5.126	1.7
5	629	Otros trastornos de los órganos genitales de la mujer	4.515	1.5
6	139	Efectos tardíos de otras enf. infecciosas parasitarias	3.853	1.3
7	459	Otros trastornos del aparato circulatorio	3.741	1.3
8	V20	Control de la salud del lactante y del niño	2.614	0.9
9	829	Fracturas de huesos no especificadas	1.619	0.6
10	519	Otras enfermedades del aparato respiratorio	1.105	0.4
Las demás.		Se encuentran, entre otras: causas mal definidas y desconocidas de morbilidad y mortalidad. Desviación del tabique nasal, otras enfermedades mal definidas	166.218	56.4
TOTAL			294.610	100.0

Fuente: Diagnóstico de las Seccionales.

Tabla No. 18

**DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DEL RECURSO INSTITUCIONAL HOSPITALARIO
POR SUBSECTORES Y NIVELES
COLOMBIA, 1986**

SUBSECTOR NIVEL	NUMERO		EGRESOS	PROMEDIO		CONSULTAS	
	INSTITU.	CAMAS	CAMA/AÑO	% OCUPACIO.	% EST.	MEDICAS	ODONTOL.
TOTAL	934	42.592	35.5	40.2	7.5	13'494.611	1'412.477
OFICIAL DIRECTO	665	29.137	36.4	39.1	5.7	10'008.348	1'156.020
NIVEL DIRECTO	515	11.031	41.5	34.0	3.0	5'436.925	851.522
NIVEL REGIONAL	96	8.975	41.8	56.3	6.4	2'993.868	279.064
NIVEL UNIVERSITARIO	11	4.395	33.6	75.1	8.8	854.796	8.363
NIVEL ESPECIALIZADO	43	4.736	16.9	59.2	35.5	722.759	17.071
DESCENTRALIZADO	75	4.721	38.2	42.0	6.1	2'787.945	245.945
ISS	36	2.543	48.2	49.2	5.2	1'845.929	152.458
F.F.A.A.	17	1.282	23.2	29.0	5.2	309.608	43.483

(Sigue...)

Tabla No. 18

**DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DEL RECURSO INSTITUCIONAL HOSPITALARIO
POR SUBSECTORES Y NIVELES
COLOMBIA, 1986**

(Continuación)

SUBSECTOR NIVEL	NUMERO		EGRESOS	PROMEDIO		CONSULTAS	
	INSTITU.	CAMAS	CAMA/AÑO	% OCUPACIO.	% EST.	MEDICAS	ODONTOL.
PREVISION SOCIAL	10	285	35.9	42.8	11.3	449.494	20.397
CAJA NACIONAL	2	286	27.3	60.0	7.6	59.483	9.884
OTROS	10	325	30.3	35.7	5.5	123.431	19.723
PRIVADO	194	8.734	31.2	44.2	15.5	698.318	10.512
UNIVERSITARIO	4	588	39.8	50.5	4.4	90.909	0
GENERAL	134	4.008	45.8	41.4	4.7	345.167	7.873

FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA, 1988.

Basado en tabulados del MINISTERIO DE SALUD

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SUBSISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

Disponibilidad, utilización y rendimiento del recurso institucional para la atención hospitalaria, según municipio, 1986.

Nota. 74 hospitales sin información.

Tabla No. 19
**PERSONAL VINCULADO AL SUBSECTOR OFICIAL DIRECTO
 POR PROFESION U OFICIO
 COLOMBIA, 1983**

PROFESION U OFICIO	HOSPITALES CLINICAS	CENTRO SALUD CON CAMAS	CENTRO SALUD SIN CAMAS	PUESTO DE SALUD	DISPENSARIO CONSULTORIO	OTROS	TOTAL
TOTAL PAIS	74.793	3.510	5.857	2.761	404	1.468	88.816
PROFESIONALES	9.992	664	1.693	421	150	233	13.178
Medicina	7.426	473	1.195	307	116	110	9.627
Odontología	1.267	186	484	113	22	52	2.124
Ingeniería Sanitaria	69	0	0	0	0	8	77
Médico veterinario y zooc.	111	0	2	0	0	5	118
Otros Ingenieros	133	0	2	0	0	17	147
Otros profesionales	986	5	10	1	12	41	1.085
LICENCIADOS	4.179	91	124	9	22	104	4.537
Enfermería	1.890	33	51	3	10	30	2.025
Bacteriología/microbiología	1.517	55	64	5	11	34	1.686
Nutrición y dietética	193	0	0	0	0	8	201
Terapias	232	0	4	0	0	6	242
Trabajo Social	244	2	3	0	1	8	258
Otras licenciaturas	103	1	2	1	0	18	125

(Sigue...)

Tabla No. 19
PERSONAL VINCULADO AL SUBSECTOR OFICIAL DIRECTO
POR PROFESION U OFICIO - COLOMBIA, 1983

(Continuación)

338

PROFESION U OFICIO	HOSPITALES CLINICAS	CENTRO SALUD CON CAMAS	CENTRO SALUD SIN CAMAS	PUESTO DE SALUD	DISPENSARIO CONSULTORIO	OTROS	TOTAL
TECNICOS	3.928	221	395	62	10	149	4.766
Enfermería General	796	25	51	4	4	17	897
Técnicos en salud	689	7	9	0	1	22	728
Supervisión y promoción Saneamiento	1.496	109	320	56	1	59	2.041
Otros técnicos	947	80	15	2	4	51	1.100
AUXILIARES	17.882	872	1.798	1.109	64	312	22.027
Auxiliares de enfermería	10.338	406	925	444	23	91	12.227
Promotoras rurales de salud	1.822	314	534	624	9	64	3.376
Auxiliar trabajo social	153	1	2	0	0	3	159
Auxiliar atención paciente	116	0	7	0	5	6	134
Auxiliar odontología	428	25	70	4	10	20	557
Otros auxiliares	5.025	126	260	37	17	128	5.574
ADIESTRADOS	34.465	1.430	1.608	1.039	144	585	39.270
SIN INFORMACION	4.347	232	239	121	14	85	5.038

EDUCACION CONTINUA

FUENTE: Ministerio de Salud
 Dirección de Recursos Humanos
 División de programación, 1983.

RECURSOS HUMANO-ASISTENCIALES – INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES
1987

Seccionales	ADMINISTRADORES				MÉDICOS				ODONTÓLOGOS			ENFER- MERAS
	Total	Médicos	Odontól.	Enferm.	Total	Especialistas	Urgencias	General	Total	Especialistas	General	
Cundinamarca	48	38	6	4	1.042	543	95	404	282	8	272	183
Antioquia	37	29	5	3	651	344	72	235	163	10	155	148
Risaralda	4	3	—	1	115	55	17	43	22	—	22	21
Valle	46	38	4	4	702	384	75	243	137	4	133	141
Magdalena	3	2	1	—	61	26	8	27	18	—	18	9
Boyacá	7	5	1	1	101	39	11	51	29	—	29	15
Caldas	5	3	1	1	108	47	15	46	23	—	23	12
Huila	3	2	1	—	54	25	10	19	11	—	11	12
Nariño	3	2	1	—	62	28	7	27	14	—	14	9
Meta	4	2	1	1	43	24	6	13	10	—	10	7
Tolima	4	2	1	1	89	44	11	34	22	—	22	8
Guajira	3	2	—	1	16	—	—	16	7	—	7	1
Santander	9	6	1	2	163	90	20	53	29	—	29	19
N. Santander	3	2	—	1	95	46	15	34	22	2	20	21
Cauca	4	3	1	—	95	42	13	40	22	1	21	7
Cesar	2	2	—	—	62	30	6	26	18	—	18	6
Atlántico	28	22	3	3	339	157	64	118	78	5	73	67
Bolívar	5	3	1	1	90	50	11	29	21	2	19	16
Chocó	1	1	—	—	1	—	—	1	—	—	—	—
Quindío	4	2	1	1	73	43	9	21	14	1	13	8
Sucre	2	1	—	1	19	12	—	7	13	—	13	—
Córdoba	2	2	—	—	37	18	4	15	11	—	11	4
San Andrés	2	1	—	1	7	—	4	3	3	—	3	1
Caquetá	—	—	—	—	3	—	—	3	2	—	2	—
Amazonas	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—

ANEXOS

339

Fuente: ISS

Nota. El jefe del Departamento, UPL y UPZ, están incluidos dentro de los médicos administrativos. El jefe de Servicio dentro de los médicos especialistas.
El Coordinador de servicios asistenciales, dentro de los médicos generales.

3. Comités Profesionales

ANEXO 3

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

CONSEJO GENERAL DE EDUCACION MEDICA

MIEMBROS COMITE EDUCACION MEDICA

Composición de los Comités, de acuerdo con las determinaciones tomadas por el Consejo General en su reunión No. 97 de abril 15-16 de 1988.

ESPECIALIDADES

UNIVERSIDADES

ANESTESIOLOGIA

Dr. Bernardo Ocampo Trujillo
Dr. Sebastián Merlano Meza
Dr. Luis Carlos Hernández Herrera
Dr. Abelardo Guevara Vargas
Dr. Eliseo Cuadrado del Río
Dr. Marceliano Arrázola (Medellín)

U. Caldas
U. Cartagena
Esc. Militar de Med.
U. Cauca
U. Valle
Soc. Científica

ESPECIALIDADES**UNIVERSIDADES****CIRUGIA GENERAL**

Dr. Diego Gaviria Henao	U. Antioquia
Dr. Oswaldo Restrepo García	U. Caldas
Dr. Jorge Segura Vargas	U. Javeriana
Dr. Erix Bozón Martínez	U. Nacional
Dr. Mario Negret López	U. Rosario
Dr. Joaquín Silva Silva (Bogotá)	Soc. Científica

CIRUGIA PLASTICA, MAXILOFACIAL Y DE LA MANO - Asesor

Dr. Alberto Kurzer Schall	U. Antioquia
---------------------------	--------------

**CIRUGIA DEL TORAX Y CARDIOVASCULAR
Asesor**

Dr. Mario Montoya Toro	U. Bolivariana
------------------------	----------------

CIRUGIA ORTOPEDICA Y TRAUMATOLOGIA

Dr. Leonardo Múnera Cárdenas	U. Bolivariana
Dr. Jaime Valiente Flórez	U. Cartagena
Dr. César Alfredo Alvarado García	Esc. Militar de Med.
Dr. Jochen Gerstner Bruns	U. Valle
Dr. José Joaquín Bernal Supelano	U. Quindío
Dr. Benjamín Rivera Pico (Bogotá)	Soc. Científica

NEUROCIROGIA

Dr. Gerardo Aristizábal Aristizábal	Esc. Col. de Med.
Dr. Jaime Efraín Rubio Segura	U. Norte
Dr. Antonio Becerra Lara	U. Rosario
Dr. Arnoldo Levy	U. Valle
Dr. Humberto Uribe Posada	U. Antioquia
Dr. Alejandro Jiménez Arango (Bogotá)	Soc. Científica

ESPECIALIDADES**UNIVERSIDADES****OFTALMOLOGIA**

Dr. Hernando Esmeral Manotas
 Dr. Humberto Varela Arias
 Dr. Mario Rodríguez Rodríguez
 Dr. Alvaro Salazar Isaza
 Dr. Alfonso Cleves Calderón
 Dr. Eduardo Arenas Archila (Bogotá)

U. Cartagena
 U. Nacional
 U. Tecnológica
 Inst. C.S. --CES--
 U. Javeriana
 Soc. Científica

OTORRINOLARINGOLOGIA

Dr. Eliseo Echeverry Arismendy
 Dr. José Napoleón Rodríguez R.
 Dr. Luis Gómez Cadena
 Dr. Pedro Blanco
 Dr. Rodrigo Posada
 Dr. Luis Carlos Cleves Tamayo (Bogotá)

U. Bolivariana
 U. Metropolitana
 U. Nacional
 U. Valle
 U. Tecnológica
 Soc. Científica

UROLOGIA

Dr. Hernando Santos Gaviria
 Dr. Alfonso Parra Escobar
 Dr. Sergio Bonilla Meléndez
 Dr. Gustavo Escobar Restrepo
 Dr. Enrique Córdoba Franco
 Dr. José Armando López L. (Bogotá)

U. Antioquia
 U. Cauca
 Esc. Juan N. Corpas
 Inst. C.S. --CES--
 U. Rosario
 Soc. Científica

CIRUGIA PEDIATRIA GENERAL

Dr. Francisco Uribe Restrepo
 Dr. Jaime Martínez Cano
 Dr. Mauricio Bernal Martínez
 Dr. Efraím Bonilla Arciniegas
 Dr. Edgar Cantillo

U. Antioquia
 U. Caldas
 Esc. Mil. Medicina
 U. Nacional
 Soc. Científica

ESPECIALIDADES**UNIVERSIDADES****GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA**

Dr. Jaime Barrios Amaya
 Dr. Carlos Alberto Malabet Santoro
 Dr. Bernd Schroeder Meinst
 Dr. Carlos Alberto Quintero Jaramillo
 Dr. Mario Riaño Rincón
 Dr. Enrique Archila Aguilera (Bogotá)

U. Cartagena
 U. Norte
 U. Quindío
 U. Valle
 Esc. Mil. Medicina
 Soc. Científica

MEDICINA INTERNA

Dr. Jaime Leyva Tejada
 Dr. Carlos Gustavo Méndez
 Dr. Hernando Matiz Camacho
 Dr. Alberto Carreño Zambrano
 Dr. Javier Gutiérrez Jaramillo
 Dr. Jaime Campos Garrido (Bogotá)

U. Antioquia
 U. Cartagena
 Esc. Mil. Medicina
 U. Nacional
 U. Valle
 Soc. Científica

CARDIOLOGIA - Asesor

Dr. Gilberto Martínez A.

U. Antioquia

ENDOCRINOLOGIA - Asesor

Dr. Carlos Hernández Cassis

U. Norte

GASTROENTEROLOGIA - Asesor

Dr. Sigifredo Franco Marín

U. Caldas

HEMATOLOGIA - Asesor

Dr. Leonardo Arango Acosta

U. Bolivariana

ESPECIALIDADES**UNIVERSIDADES****NEFROLOGIA - Asesor**

Dr. Roso Alfredo Cala Hederich

U. Industrial

NEUMOLOGIA - Asesor

Dr. Darío Maldonado Gómez

U. Javeriana

REUMATOLOGIA - Asesor

Dr. Javier Molina López

U. Antioquia

DERMATOLOGIA

Dra. Angela Zuluaga

Inst. C.S. -CES-

Dr. Carlos Enrique Escobar

U. Valle

Dr. Juan Guillermo Chalela

Esc. Mil. Medicina

Dr. Heriberto Gómez Sierra

U. Caldas

Dr. Fernando García Jiménez

U. Nacional

Dr. Luis Alfredo Rueda (Bogotá)

Soc. Científica

NEUROLOGIA

Dr. Carlos Santiago Uribe Uribe

U. Antioquia

Dr. Gustavo Pradilla Ardila

U. Industrial

Dr. Tomás Zamora Bastidas

U. Cauca

Dr. Eduardo Palacios Sánchez

U. Rosario

Dr. Henry Téllez Martínez

U. Valle

Dr. Andrés Roselli Quijano (Bogotá)

Soc. Científica

ESPECIALIDADES**UNIVERSIDADES****NEUROLOGIA INFANTIL - Asesores**

Dr. Jorge Holguín Acosta
 Dr. Carlos Medina Malo

U. Antioquia
 Esc. Mil. Medicina

MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Dr. Ricardo Restrepo Arbeláez
 Dr. Ricardo Morales Brid
 Dr. Norman Rodríguez Cualla
 Dr. Miguel Rangel Franco
 Dr. Jaime Villaquirán Sarasti
 Dra. Rosa Delia Castaño de Calderón (Bogotá)

U. Antioquia
 U. Cartagena
 Esc. Mil. Medicina
 U. Nacional
 U. Valle
 Soc. Científica

MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

Dr. Jaime Rodríguez Galvis
 Dr. Carmelo Dueñas Padrón
 Dr. Pablo José Solano Isaacs
 Dra. Joan Klevens Barreto
 Dr. Jesús Henry Moreno
 Dr. Edgar Rosero (Bogotá)

Esc. Col. Medicina
 U. Cartagena
 U. Nacional
 U. Javeriana
 U. Quindío
 Soc. Científica

MEDICINA DEL TRABAJO

Dr. Oscar Sierra Rodríguez
 Dr. José Hoover Arbeláez
 Dr. Enrique Guerrero Medina
 Dr. Ubaldo Carrillo Coronado

U. Bolivariana
 U. Caldas
 Esc. Col. de Medicina
 U. Libre - B/quilla.

ESPECIALIDADES**UNIVERSIDADES****PATOLOGIA Y PATOLOGIA CLINICA**

Dra. Beatriz Franco Ospina
 Dr. Marco Alfonso Nieto García
 Dr. Eduardo Urdaneta Vargas
 Dr. Hernán Ramírez Cuevas
 Dra. Helena Sandoval

U. Tecnológica
 U. Quindío
 U. Rosario
 Soc. Col. Patología
 Soc. Col. Patología

PEDIATRIA

Dr. Abel Serrano Acosta
 Dr. Jaime Duque Bonilla
 Dr. José Salgado Padrón
 Dr. Rafael Castro Martínez
 Dr. Gabriel Gómez Gómez
 Dr. Gildardo Agudelo (U. Valle)

U. Antioquia
 U. Caldas
 U. Cartagena
 Esc. Mil. Medicina
 U. Rosario
 Fec. Col. Pediatría

PSIQUIATRIA

Dr. Hernando Rubiano Groot
 Dra. María Cristina de Taborda
 Dr. Gustavo Adolfo Costafn
 Dr. Armando De Hart García
 Dra. Dora Luz González
 Dr. Carlos Arteaga Pallarés

Esc. Mil. Medicina
 U. Javeriana
 U. Cauca
 U. Norte
 Inst. C.S. —CES—
 Soc. Científica

RADIOLOGIA

Dr. Lino Torregroza Guerra
 Dr. Alberto Mejía Díaz-Granados
 Dr. Blas Cárdenas Martínez
 Dr. Alfonso Alvarez Rivera
 Dr. Mario Méndez
 Dr. Hernando Morales G. (Bogotá)

U. Cartagena
 U. Rosario
 U. Tecnológica
 Esc. Col. Medicina
 Inst. C.S. —CES—
 Soc. Científica

ESPECIALIDADES**UNIVERSIDADES****RADIOTERAPIA - Asesor**

Dr. Fabio Restrepo Angel

U. Rosario

SALUD FAMILIAR (Pre y Post-grado)

Dr. Diego Mejía Gómez

U. Valle

Dr. Carlos Erazo

U. Cauca

Dr. Julio León Trejos

Inst. C.S. -CES-

Dr. Rodrigo Barceló

U. Norte

Dr. Jaime Rodríguez

Esc. Col. Medicina

CIENCIAS BASICAS MEDICASDr. Richard Scheimaninda Muñoz
Morfología

Inst. C.S. -CES-

Dr. Germán Oliveros Villamizar
Fisiología

U. Industrial

Dr. Luis Ernesto Barbosa
Bioquímica

Esc. Col. Medicina

Dr. Marcos Restrepo Isaza
Microbiología

U. Bolivariana

Dr. José Luis Ramírez Castro
Genética

U. Bolivariana

Dr. Bernardo Montoya Echeverry
Parasitología

U. Surcolombiana

Dr. William Rojas Montoya
Inmunología

U. Bolivariana

ESPECIALIDADES**UNIVERSIDADES**

Dr. Jairo Cepeda Díaz
Toxicología

U. Norte

Dr. Gerardo Camilo Torres Serna
Farmacología

U. Libre - Cali

Reunión No. 97 del Consejo General de Educación Médica, abril 15-16 de 1988.

LISTA DE COMITES PROVISIONALES -ASCOFAME-

ESPECIALIDADES**UNIVERSIDADES****GERIATRIA**

Dr. Jaime Márquez Arango
 Dr. Marco Antonio García
 Dr. Carlos Alfonso Reyes

Manizales U. Caldas
 Bogotá Cajanal Previsión
 Cali U. Valle

MEDICINA NUCLEAR

Dra. Sonia Merlano
 Dr. Jaime Ahumada

Bogotá H. Central Polinal
 Bogotá Inst. Nal. Cancerol.

EPIDEMIOLOGIA

Dr. Ricardo Galán Morera
 Dr. Manuel Guillermo Gacharná
 Dr. Alfredo Remolina
 Dra. Gabriela de Arbeláez

Bogotá ASCOFAME
 Bogotá MINSALUD
 Bogotá ISS
 Medellín Inst. Nal. de Salud

ESPECIALIDADES**UNIVERSIDADES****MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA**

Dr. Julio Latorre
 Dr. Marcos Restrepo Isaza
 Dr. Bernardo Montoya
 Dr. Oscar Juliao
 Dra. M. Isabel de Londoño

Bogotá U. Javeriana
 Medellín U. Bolivariana
 Neiva U. Surcolombiana
 Bogotá Inst. Nal. de Salud
 Bogotá U. Andes

ONCOLOGIA CLINICA

Dr. Juan Manuel Zea
 Dr. Carlos Castro
 Dra. Amparo Buendía

Bogotá Inst. Nal. de Canc.
 Bogotá Fund. Santa Fe
 Bogotá Inst. Nal. de Canc.
 Bogotá H. Militar Central

CIRUGIA DE LA MANO

Dr. Roberto Meléndez
 Dr. Alberto Kurzer Schall
 Dr. Benjamín Rivera Pico
 Dr. Erix Bozón Martínez

Medellín Soc. Científica
 Bogotá Cirugía Plástica
 Bogotá Ortoped. y Traumat.
 Bogotá Cirugía General

COLOPROCTOLOGIA

Dr. Jorge Segura Vargas
 Dr. Joaquín Silva Silva
 Dr. Pedro E. Pabón P.
 Dr. Jaime Escobar T.
 Dr. Jorge Padrón

Bogotá U. Javeriana
 Bogotá Soc. Científica
 Bogotá Esc. Mil. Medicina
 Bogotá Esc. Col. Medicina
 Bogotá H. Militar Central

NEUROLOGIA INFANTIL

Dr. Gustavo Pradilla A.
 Dr. Eduardo Palacios S.
 Dr. Jorge Holguín A.
 Dr. Carlos Medina Malo
 Dr. Hernando Rodríguez V.
 Dr. Gabriel Gómez Gómez

B/manga. U. Industrial
 Bogotá U. Rosario
 Medellín U. Antioquia
 Bogotá Esc. Mil. Medicina
 Bogotá Fundación Santa Fe
 Bogotá U. Rosario



**Esta obra publicada por la Asociación Colombiana
de Facultades de Medicina –ASCOFAME–
se terminó de imprimir en enero de 1990, por
Camargo Editores.
Chía, Cundinamarca - Colombia S.A.
Apartado Nacional 130**



**ASOCIACIÓN COLOMBIANA DE
FACULTADES DE MEDICINA**

Biblioteca Especializada

ASSOCIATION OF AMERICAN
LAWYERS