

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA
- A S C O F A M E -

Fundamentación para la Creación y
Desarrollo de:

- Una División de Seguridad Social y Salud en la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME).
- Un Programa Nacional (Centro) para el Desarrollo Estratégico del Personal de la Seguridad Social y Atención en Salud en Colombia.

ANTEPROYECTO DE PROPUESTA

Bogotá, D.E., Abril de 1.991

C O N T E N I D O

PRESENTACION

Páginas

CAPITULO I

ACREDITACION HISTORICA DE ASCOFAME EN EL DESARROLLO DE LA EDUCACION MEDICA COLOMBIANA Y EN LA PROMOCION DE LA PRESTACION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL PAIS.

1. Su Organización y Misión como Instrumentos de Desarrollo Social y de Avance Científico. 1
2. Su proyección en Colombia 3
3. Su Proyección Interdisciplinaria. Articulación de ASCOFAME con otras Asociaciones similares. 4
4. Su Proyección Internacional Articulación con los Organismos Internacionales. 5
5. La Organización de ASCOFAME. Una Síntesis - sencilla de la articulación docente-asistencial, que es una estrategia de productividad y eficiencia. 6
- 6 La Misión de ASCOFAME y su imagen. 8

CAPITULO II

2. FUERZAS, TENDENCIAS Y FACTORES CRITICOS QUE INFLUYEN SOBRE LA EDUCACION MEDICA, LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA. 10
 - 2.1. Un Nuevo esquema. La Globalización (Internacionalización) articuladas con las instancias nacionales, locales e institucionales- Sistema de Redes.
 - 2.2. El Pensamiento prospectivo y el Desarrollo Estratégico de los Recursos Humanos. 11
 - 2.3. Tendencias que se convierten en una nueva cultura. 12
 - 2.4. Factores críticos que inciden sobre la Educación Médica, la Salud y la Seguridad Social. 13

CAPITULO III

LA MODERNIZACION DEL ESTADO COLOMBIANO. EL RETO ACTUAL DEL PAIS.	16
2. La Situación y posición de la Seguridad Social en Colombia frente a la Modernización de Estado.	17
2.1. El Debate. La Evolución de los Organismos de la Seguridad Social.	17
2.2. Aspectos Críticos del Debate. Intentos de Renovación. 1.977	19
2.3. La Organización Panamericana de la Salud-OPS- y su Rol positivo en el Proceso Evolutivo.	20
2.4. La Seguridad Social y sus Centros de interés frente a la Modernización del Estado.	21

CAPITULO IV

ANTEPROYECTO DE PROPUESTA

1. Justificación Emergente.	23
2. La Propuesta.	25
2.1. Creación de la Nueva División de Seguridad Social y Salud.	26
2.2. Propósito, finalidad, objetivos y funciones - generales.	
2.2.1. Propósitos y finalidad.	26
2.2.2. Objetivos generales.	27
2.2.3. Objetivos Específicos.	28
2.2.4. Funciones Generales- Prioritarias de la División de Seguridad Social y Salud.	30
2.2.5. Esquemas de Estructura y Organización posibles.	31
2.2.6. Recursos	32
2.2.7. Evaluación	

CAPITULO V

"PROGRAMA NACIONAL (CENTRO) PARA EL DESARROLLO ESTRATEGICO DEL PERSONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD EN COLOMBIA" (PRODESAC)

1.	Connotaciones Generales del Programa.	33
2.	Marco de Referencia para el Desarrollo del Programa Nacional.	34
2.1.	Enfoques básicos y denominadores comunes para el Desarrollo Estratégico del personal de salud	
2.2.	La Matriz del Programa. Primer Componente.	36
2.2.1.	Funciones Innovadoras y su Organización en "Modelos de Desarrollo"	
2.2.2.	Segundo Componente de la Matriz del Programa. El Cuerpo de Doctrinas y Conocimientos - para el Desarrollo Estratégico del Personal	39
3.	Algunos de los resultados a esperar del Programa.	41
4.	Marco de Referencia sobre la posible Estructura y Organización del Programa.	42
5.	Los Recursos.	43
6.	Plan de Acción.	44

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

Dr. ABEL DUEÑAS PADRON
Director Ejecutivo
Asociación Colombiana de
Facultades de Medicina.

Este documento, como su nombre lo indica, contiene apenas los fundamentos para justificar el ante-proyecto de una propuesta. El Proyecto en sí, como es obvio, será motivo de diseño y elaboración posterior, una vez que las instituciones interesadas lleguemos a acuerdos previos, teniendo en cuenta la fundamentación que aquí se plantea.

La esencia de la propuesta que se hace por parte de ASCOFAME en este documento al Instituto de los Seguros Sociales (I.S.S.) y a la Organización Panamericana de la Salud (OPS) radica, por una parte, en la creación o mejor, transformación de la División de Salud actual de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en una "División de Seguridad Social y Salud", y por otra, en la creación y puesta en marcha de un "Programa Nacional (Centro) para el Desarrollo Estratégico del Personal de la Seguridad Social y Atención de Salud en Colombia".

Para fundamentar esta propuesta, se comienza en este documento por hacer explícito los créditos y la experiencia de ASCOFAME en el desarrollo de esta clase de Proyectos; se habla así, en el Capítulo I del origen de Ascofame, de su misión e imagen, de su estructura y organización, de sus funciones de Asesoría por Ley del Estado Colombiano en los campos de Educación y Salud y de sus interrelaciones con organismos nacionales e internacionales.

En el Capítulo II se ponen de presente las fuerzas, tendencias y factores críticos que influyen sobre la Educación Médica, la Salud y la Seguridad Social en Colombia, partiendo del fenómeno de la globalización o internacionalización para armonizarlo con el creciente movimiento de la descentralización.

En el Capítulo III se puntualiza, frente a estas y otras tendencias, fuerzas y factores, la posición y situación actual, democrática, transformadora y modernizante del Estado Colombiano, que en estos momentos construye los escenarios de su futuro a través de una Reforma Constitucional.

En los Capítulos IV y V se considera que con todo el cuerpo de antecedentes y justificación que se han descrito, hasta aquí en el documento, y con algunas reflexiones adicionales emergentes que de nuevo se hacen, es oportuno plantear, como parte final, los aspectos generales de un Anteproyecto de Propuesta sobre la creación y operación de la División de Seguridad Social y Salud y del "Plan Nacional (Centro) para el Desarrollo Estratégico del Personal de la Seguridad Social y Atención en Salud".

Presentamos este documento en forma restringida a las autoridades el I.S.S. y de la O.P.S., previa autorización recibida por el Consejo Directivo de ASCOFAME en su última reunión de Febrero 15, para iniciar el intercambio de ideas que nos pueda llevar a la elaboración conjunta de un Proyecto sobre los dos tópicos o creaciones mencionadas, que consideramos claves dentro del nuevo ambiente de modernización del Estado Colombiano.

CAPITULO I

CONSIDERACIONES PREVIAS

ACREDITACION HISTORICA DE ASCOFAME EN EL DESARROLLO DE LA EDUCACION MEDICA COLOMBIANA Y EN LA PROMOCION DE LA PRESTA- CION DE SERVICIOS DE SALUD EN EL PAIS

1. Su Organización y Misión como Instrumentos de Desarrollo Social y de Avance Científico.

En el año de 1.950, cuando solo existían en el país cinco Facultades de Medicina, el Decano de la Escuela Médica de la Universidad de Cartagena, en ese entonces el Dr. Moisés Pianeta Muñoz, con motivo de cumplirse el Centenario de su Institución, invitó a una reunión a los otros Decanos, para "sentar las Bases de una coordinación entre los Organismos de formación médica existentes en el país". Ya en 1.948 había llegado al país una misión de EE.UU. presidida por el Dr. G.H. Humpreys, Jefe del Servicio de Cirugía de la Universidad de Columbia, invitado por el Gobierno colombiano, la cual aconsejó entre otras cosas, "la reunión periódica de los Decanos de las Facultades de Medicina del país para promover entre ellas una acción integradora".

En 1.951, se creó la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, con una connotación modernista de la formación del médico, que convocó mediante el talento integrador de su Decano el Dr. Gabriel Velásquez Palau, a la articulación de las Facultades de Medicina existentes, ya siete en ese momento, como un medio para incorporar la Educación Médica al desarrollo académico, social y tecnológico del país.

En 1.953, otra Misión norteamericana, integrada por los Doctores Lapham, Berson y Goss, llamada para hacer un análisis de la situación de la facultad de Medicina de la Universidad Nacional, - recomendó específicamente la creación de una "Asociación Colombiana de Facultades de Medicina", como un instrumento para el desarrollo de la Ciencia Médica en el ámbito nacional.

A partir de ese entonces los Decanos empezaron a reunirse más formalmente para diseñar la estructura de la nueva organización que encontró apoyo en los Seminarios Nacionales de Educación Médica reunidos en Cali (en 1.955) y en Medellín, (1.957).

En 1.959 el proceso de preparación había madurado y culminó la idea de estructurar la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina cuya carta constitucional se firmó por los siete Decanos de ese entonces el 18 de Marzo de 1.959.

Gabriel Velásquez, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, Enrique De la Vega, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Cartagena; Gustavo Fernández, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad del Cauca; José A. Jácome Valderrama, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Javeriana; Ernesto Gutiérrez Arango, Decano de la Facultad de Caldas; Raúl Paredes Manrique, Decano Facultad de Medicina de la Universidad Nacional y Alfonso Aguirre, Decano de la Facultad de Medicina de la Universidad de Antioquia.

Desde un punto de vista formal, la educación médica adquirió características relevantes y protagónicas en el país con la creación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.-ASCOFAME-

En efecto, desde ese entonces, -1.959- ASCOFAME y Educación médica son dos conceptos, operaciones y determinantes históricos indisolublemente unidos al desarrollo social y científico del país. Al mismo tiempo su permanente articulación con el sector salud le ha permitido participar específicamente e intervenir de manera activa en los criterios y desarrollo que se han suscitado en la estructura, organización y funcionamiento de los Servicios de Salud en Colombia.

2. Su proyección en Colombia

Asesora -por Ley- del Gobierno en Educación Médica y Salud - (Ley 5a. de 1.984)

Desde su fundación la Asociación Colombiana de facultades de Medicina ha actuado y participado de manera activa en el devenir de la gran política nacional y en los aspectos administrativos y técnicos de un Estado de naturaleza democrática y republicana - como es el Estado Colombiano.

De allí que no obstante que la Constitución y Estatutos de ASCOFAME la definen como una Institución no gubernamental, sus relaciones con los Organismos del Estado, fundamentalmente con los afines de Educación y Salud, han sido tan estrechas que en la práctica es difícil concebirla como un organismo de carácter privado.

En efecto, poco después de iniciar sus labores la Asociación en -- 1.959, la Ley Colombiana (Ley 14 de 1.962) le dió fuertes atribuciones que le permitieron ser primera y autora de importantes realizaciones, tales como la definición de requisitos mínimos para el funcionamiento de las Facultades de Medicina existentes y para la creación de nuevas Instituciones, organización de los estudios de postgrado, certificación de especialistas, organización de internado, acreditación de hospitales convalidación de títulos, evaluación institucional, apertura y desarrollo de los programas de estudios de población y demografía. Esta Ley sufrió posteriormente cambios que recortaron esas atribuciones.

En 1.984, el Parlamento dictó la Ley 5a. de Enero 16 que fué sancionada por la Presidencia de la República mediante la cual se formalizó el carácter de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina, como Asesora del Gobierno en materia de Educación Médica y Salud. Esta Ley que concede anualmente a ASCOFAME en el Presupuesto Nacional un aporte de 50 millones de pesos (80.000 - dólares) constituye, al darle el carácter de Asesora, uno de los instrumentos que permiten a la Asociación en el presente llevar a cabo decisiones que tienen notables implicaciones y repercusiones en el campo de la Educación Médica y Salud del país.

3.

Su proyección interdisciplinaria

Articulación de ASCOFAME con otras Asociaciones similares

Es conocida en el continente la forma articulada como trabajan las Asociaciones Colombianas de Facultades de Medicina, Enfermería y Odontología. Esta política de acercamiento ha sido tradicional en la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina desde su creación, pero en estos últimos cinco años se ha hecho explícita, programática y concreta, a través de proyectos integradores que comparten las tres Asociaciones. Es un modelo de síntesis interdisciplinaria para una acción integral.

En la actualidad, la Presidente de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEM) forma parte del Consejo Directivo de ASCOFAME y el Director Ejecutivo de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO) es miembro de su Asamblea. Ambas Instituciones al mismo tiempo, ACFO y ACOFAEN, son Miembros Afiliados de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

Igualmente, las relaciones de ASCOFAME con las Sociedades Científicas son estrechas y manifiestas en el hecho de que los Presidentes de cada una de ellas forman parte de los "Comités de Educación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina". En igual forma, la Asociación de Sociedades Científicas que aglutina a las Sociedades, es miembro afiliado de ASCOFAME.

Su proyección internacional

Articulación con los Organismos Internacionales

Uno de los rasgos más predominantes de ASCOFAME ha sido sus relaciones con Organismos Internacionales de acuerdo en cada una de sus etapas con programas determinados que ha venido desarrollando.

En los primeros años de su creación recibió el apoyo de la Fundación Milbank Memorial y de la Organización Panamericana de la Salud -OPS-, que estaban interesadas en proyectos como el Estudio Nacional de Recursos Humanos; igualmente recibió el apoyo de la Fundación Ford, del Population Council en los Proyectos de Demografía; de UNICEF en proyectos de Desarrollo de la Madre y el Niño.

Ultimamente en forma continua ha recibido la cooperación de la Fundación W.K.Kellogg, y de la Organización Panamericana de la Salud -OPS/OMS, en programas que tienen como objetivo la implementación de la Megapolítica de "Salud para todos en el año 2.000" y de la estrategia de la Atención Primaria en Salud.

ASCOFAME, finalmente, fué una de las promotoras de la creación de la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades y Escuelas de Medicina -FEPAFEM- de la cual es Miembro activo y --concurrente en todos sus proyectos y programas.

5. La Organización de ASCOFAME. Una Síntesis sencilla de la articulación docente-asistencial, que es una estrategia de productividad y eficiencia.

En un principio, la estructura y organización de ASCOFAME, en su sede, tuvo la tendencia de hipertrofiarse, creando Divisiones y Unidades de acuerdo con programas prioritarios que iban surgiendo. Para cada Programa mayor se iba creando una División; así aparecieron las Divisiones de Planeación y Educación, la de Especialidades Médicas, la de Población y Medicina Social, la de Evaluación, la de Hospitales, para entrar después en una etapa de simplificación estratégica que ha permitido globalizar más la acción, y racionalizar el apoyo administrativo y fomentar la cooperación técnica internacional.

ASCOFAME ha llegado después de un lapso reflexivo, a una organización sencilla con la productividad y eficiencia del esquema docencia-servicios y el modelo de Integración Funcional de los Sectores. En desarrollo de este esquema cuenta con una sede o núcleo operacional ubicado en la capital de la República que comprende una Dirección Ejecutiva, con tres Divisiones las de Educación, Salud y Evaluación que imbrican o articulan las dos primeras, a los dos sectores claves, el de la docencia y el de los servicios; y la tercera, la de la Evaluación, que funciona como instrumento de equilibrio para monitorear el progreso y desarrollo de la Educación Médica y -Salud en el país.

En la cúspide de esta organización existe un Consejo Directivo integrado por los Decanos de las Facultades de Medicina del país, dos representantes de los docentes, y dos representantes del Ministerio de Salud, incluyendo como Miembros al propio Ministro y al Director de Recursos Humanos.

Este Consejo, como su nombre lo indica, es el Rector de la Asociación, define las líneas prioritarias de programas de acuerdo con las políticas aprobadas en un nivel más alto por la Asamblea. La Asamblea a su vez está conformada por los Decanos de las Facultades de Medicina y tres representantes más por cada Escuela Médica, por delegados de los Ministerios de Salud, Educación, Instituto para el Fomento de la Educación Superior, Departamento Nacional de Planeación e Instituciones afiliadas.

La Dirección Ejecutiva y las Divisiones reciben la asesoría de un Consejo General de Educación Médica que está integrado por los Directores de Educación Médica de las Facultades de Medicina del país; igualmente, actúan como asesores los Comités de Educación de Pre y Post-grado, que están constituidos por docentes seleccionados en las Facultades y por los Presidentes de las Sociedades Científicas del país.

Acuerdo para el desarrollo y desarrollo de este Proyecto
El reto y el poder de la Organización lo constituye su base, *la sede* las Facultades de Medicina del país, cada una con su proceso administrativo, técnico, operativo y por supuesto con su rango de instituciones autónomas. *La sede* La estrategia de la sede, desde el punto de vista organizacional, *en la sede* consiste en actuar como núcleo de una red que administra el conocimiento, generándolo, replicándolo, divulgándolo, difundiendo y poniendo en acción los esfuerzos de innovación y cambios, en un proceso de doble vía y reciclaje que permite una dinámica constante entre las Facultades, y la sede de la Asociación.

6. La Misión de ASCOFAME y su Imagen.

La misión de ASCOFAME se concreta en un gran propósito que es el de "estimular el progreso de la Educación Médica en particular, y el de las Ciencias de la Salud en general, como un medio para contribuir a elevar el nivel de la salud de la población colombiana de acuerdo con sus necesidades".

Dentro de este propósito ASCOFAME considera que la Educación Médica debe canalizarse a través de cuatro grandes áreas operativas que buscan el "Desarrollo Estratégico del recurso humano médico tomando como epicentro la Planeación Estratégica". Esas cuatro grandes áreas son:

- La Formación (involucra docencia, investigación, servicios - bajo el concepto de calidad.)
- La Producción (volúmen y distribución bajo el concepto de cantidad de médicos que requiere el país de acuerdo con las necesidades de la comunidad.
- La Utilización (del médico en funciones y actividades pertinentes y en su empleo dentro de la economía y el desarrollo).
- La Evaluación (durante su formación y en el desempeño profesional posterior).

Esta misión se operacionaliza en unos objetivos generales con cuatro dimensiones:

- Una de coordinación (entre las Facultades, las Instituciones Afiliadas, los Organismos del Gobierno, los Organismos Internacionales y con la comunidad).

- La otra dimensión es la de promover la investigación:

Aplicada a los problemas de Educación Médica y Salud.

Básica para generar nuevos conocimientos; Epidemiológica - que estudia las condiciones de salud, características y necesidades de la comunidad colombiana; clínica, psicológica y social para dar integralidad a los procesos de formación.

- La tercera dimensión es de asesoría:

Para las Facultades de Salud a fin de contribuir al desarrollo de sus objetivos de docencia, investigación y servicios.

Para el Sistema Nacional de Salud y Ministerio de Salud y Ministerio de Educación.

- La cuarta dimensión es de comunicación:

Para la divulgación e incorporación de procedimientos modernos de comunicación e información, necesarios para el desarrollo - de la sede, de las facultades de Medicina del país y de la comunidad.

- La quinta dimensión es de acción:

Que permite implementar y ejecutar las políticas y programas - pertinentes de Educación y Salud.

Todos estos elementos articulados con las políticas, sintetizan la misión que tiene ASCOFAME de promover y fortalecer la Educación - Médica como medio para contribuir a la finalidad específica de procurar y mejorar la salud de los colombianos. Su imagen es la de una institución con credibilidad, honestidad, innovación y transparencia ética.

CAPITULO II

2. FUERZAS, TENDENCIAS Y FACTORES CRITICOS QUE INFLUYEN SOBRE LA EDUCACION MEDICA, LA SALUD Y LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA

2.1. Un nuevo esquema. La globalización (internacionalización) articulada con las instancias nacionales, locales e institucionales: -Sistema de Redes.-

El hombre, no es una isla y el pensamiento y fenómeno de la "globalización" que envuelve al mundo, está reiterando y ratificando que nadie está solo: todos estamos más juntos que ayer y no hay poderoso o humilde que en un momento dado no necesite del otro.

La interdependencia es el nuevo patrón de nuestra gran "aldea global" y no hay duda de que el espíritu de universalización o internacionalización prevalece con más fuerza que antes. Pero al mismo tiempo, el fenómeno de la autenticidad nacional y local han sido racionalizados sin alardes demagógicos y el ser humano como individuo adquiere más trascendencia.

De esta forma, el pensamiento y fenómeno de la globalización, articulado con el fervor de la descentralización y con la trascendencia del hombre como unidad vital, constituyen un nuevo esquema para la Educación Médica y la atención en salud que los países tanto desarrollados como en desarrollo, tienen que aprender a manejar.

Este nuevo esquema se inserta y desenvuelve a través del Sistema de Redes que eliminando las jerarquías y dependencias articula eficaz y eficientemente los recursos entre las naciones, regiones, localidades e Instituciones.

2.2. El pensamiento prospectivo y el desarrollo estratégico de los Recursos Humanos.

Se discurre y se especula acerca de las fuerzas y tendencias que presionan sobre la última década del siglo con el fin de construir escenarios que nos permitan ir en la búsqueda de un futuro deseable. En medio de este movimiento de preocupación por el futuro, nadie puede negar la excelencia de algunos visionarios, fundados en serios análisis prospectivos; por ejemplo, los diez nuevos rumbos para los años 90 inspirados en "la perspicacia y optimismo de los autores de "Megatendencias 2.000"". Y en nuestro campo de la Educación Médica y Salud, poseemos documentos valiosos que constituyen una guía para el futuro, como la "Declaración de Edimburgo", el "Proyecto EMA", el Plan de Acción para las Américas de la OPS, la "Coordinación entre Instituciones de Seguridad Social y las de Salud Pública" acabado de aprobar por la XXIII Conferencia Sanitaria Panamericana (OPS), los estudios prospectivos de la OPS/OMS con las Facultades de Medicina Latinoamericanas, los diversos proyectos de la Fundación Kellogg y los otros Organismos Internacionales.

Ha surgido, en consecuencia el análisis prospectivo que nos lleva, no a detenernos contemplativamente en el pasado ni a desesperarnos con los conflictos del presente, sino a diseñar el futuro, a manejar el sentido de las tendencias, sus proyecciones, extrapolaciones y a agudizar la creatividad e inteligencia para anticipar las realidades del porvenir. La creación de escenarios futuros, y aún la elaboración de utopías que caen dentro del análisis prospectivo, nos pueden llevar mediante estrategias y acciones al logro de realidades. He aquí pues como el "pensamiento prospectivo" se convierte en una fórmula para plantear el desarrollo estratégico de los Recursos Humanos para la Salud como una modalidad importante de cambio.

2.3. Tendencias que se convierten en una nueva cultura.

Existen hechos y tendencias que al constituirse en elementos de una nueva cultura están produciendo, cada día con más fuerza - cambios en la dirección de la Educación Médica, de la Salud y - de la Seguridad Social y también en los diferentes sectores de la economía y el desarrollo.

Ellos son entre otros:

- a. La concepción moderna de la Seguridad Social, su tendencia ascendente de extensión y universalización y su prevalencia sobre el viejo esquema de la asistencia pública.
- b. La lucha por los derechos humanos, la equidad y la justicia social en el campo de la salud: Salud para todos en el año - 2.000; Atención Primaria, Atención Básica.
- c. El movimiento renacentista de la concepción holística de la - medicina y los nuevos enfoques y paradigmas de la atención ambulatoria, salud básica y salud familiar.
- d. El fenómeno mencionado de la globalización y descentraliza ción.
- e. El impacto planetario de la biología molecular, la genética, la inmunología, la bioquímica y la bio-física en general.
- f. La toma del mundo por la informática articulando la electrónica con las telecomunicaciones.
- g. La privatización en su concepción positiva de favorecer el -- funcionamiento y productividad del Estado.
- h. La apertura económica para la internacionalización del mercado libre.
- i. El desarrollo crecientemente irreversible de las tecnologías y en especial biotecnología.

- h. El nuevo enfoque de la Educación Continua como sistema que garantice una educación permanente.
- i. El nuevo arte de auto-aprendizaje, del aprendizaje activo a través de enfoques innovadores como el de "identificación y solución de problemas", modularización, multimedios, análisis del trabajo, dinámica grupal, etc.
- j. El renacimiento de Ciencias que buscan la conservación y promoción de los valores humanos en la Medicina como la Bio-ética, las humanidades y las disciplinas que promueven la vocación hacia el arte.
- k. La colectivización del ejercicio de la Medicina
- l. La importancia de la salud del trabajador en los nuevos esquemas de la salud ocupacional y seguridad social.
- ll. La trascendencia de la salud de la población de la tercera edad y de la salud de la mujer.
- m. La trascendencia creciente de la preocupación por el medio ambiente y la protección de los recursos naturales que han llevado a la conmemoración del "Día de la Tierra" y a la formación de grupos políticos (partidos verdes).

2.4. Factores críticos que inciden sobre la Educación Médica, la Salud y la Seguridad Social.

Existen en tránsito hacia el próximo siglo antinomias, contrastes y puntos de controversia, es decir, factores críticos que afectan el desarrollo estratégico de la Educación Médica, Salud y Seguridad Social.

Destacamos los siguientes:

1. La difícil situación económica de los países en desarrollo y el presupuesto decreciente de los sectores de la salud y de Educación Médica.
2. El problema permanente de la deuda externa de los países en desarrollo.
3. La falta de una concepción clara de la Seguridad Social y desconocimiento del potencial de ella en el desarrollo de los Servicios de Salud.
4. Disociación entre las políticas definidas y su instrumentación, aplicación y ejecución.
5. La situación epidemiológica de los países en desarrollo con un perfil en transición que va de extremos, desde poblaciones con un desarrollo de hace 30 años hasta grupos con una posición privilegiada similares a los países más desarrollados. Inseguridad, Injusticia Social.
6. Ausencia de líderes y liderazgo en los sectores de la Educación, Salud y Seguridad Social.
7. La debilidad de la investigación, tanto básica como aplicada.
8. La pérdida y deterioro de los valores éticos en el desempeño profesional.
9. Limitada capacidad de gestión y de gerencia estratégica.
10. La violencia y la corrupción administrativa.
11. La explosiva creación de Facultades de Medicina y su masificación en contravía con la imposibilidad que tienen los Estados y Gobiernos para absorber el número de médicos que se producen.

12. La mala utilización y distribución del médico y su desempleo frente a las necesidades reales de la comunidad.
13. Las fallas en el proceso de selección de aspirantes a ingresar a las Facultades de Medicina.
14. La ausencia de métodos para seleccionar y evaluar a los docentes.
15. La tendencia de los docentes, debido a su formación, a trabajar solo en el nivel terciario y retener allí a los estudiantes.
16. La falta de docentes y equipos en el campo de las Ciencias - Básicas.
17. El estado precario de los Organismos del nivel primario para responder a sus nuevas responsabilidades.
18. La insuficiencia y falta de algunas tecnologías complejas que son necesarias en los Hospitales del Nivel Secundario y Terciario para el avance de la Ciencia.
19. Las deficiencias de Internado, del Servicio Social Obligatorio y de los Programas de Post-grado.
20. La no apertura de nuevos campos en Educación Avanzada como en Genética, Biología Molecular, e Inmunología.

CAPITULO III

1. LA MODERNIZACION DEL ESTADO COLOMBIANO. EL RETO ACTUAL DEL PAIS

El Estado Colombiano, en virtud de las tendencias políticas, económicas y socio-culturales que se han venido perfilando y proyectando, entre las cuales están las anotadas en las páginas anteriores, ha decidido introducir cambios e innovaciones en su estructura, organización y funcionamiento.

La necesidad y urgencia del cambio se ha hecho patente a través de diferentes decisiones preliminares del Gobierno, tales como la de poner en marcha el proceso de descentralización municipal; promover una apertura económica que dé cauce al sistema de mercado libre; inducir prudentemente el fenómeno de la privatización, como un recurso para liberar al Estado de cargas excesivas y fomentar el espíritu de la competencia sana; reducir aceleradamente el proceso de la inflación; producir transformaciones en el campo laboral, en el ámbito de la justicia y en el poder legislativo; incorporar en la Constitución la concepción moderna de la seguridad social, para entre otras cosas, poder entrar a reemplazar el concepto tradicional de la "asistencia pública"; y está en marcha un nuevo esquema de organización y funcionamiento del Sistema de Salud, que aparece consignado en la Ley 10 de 1.990.

El Estado aspira así a promover la eficiencia, garantizar el manejo correcto de los recursos y alcanzar la calidad total de la producción de bienes y servicios.

Hemos dicho que son decisiones preliminares del Gobierno en su aspiración de cambio y de modernización, porque el Estado colombiano, mediante el mecanismo democrático de la consulta popular, convocó a una Asamblea Constituyente, que se encuentra funcionando en los actuales momentos, para abrir camino a éstos y otros cambios importantes a través de una nueva Constitución para la República. Por lo menos ésta es la aspiración y deseo del Gobierno.

2. LA SITUACION Y POSICION DE LA SEGURIDAD SOCIAL EN COLOMBIA FRENTE A LA MODERNIZACION DEL ESTADO

2.1 El Debate. La Evolución de los Organismos de la Seguridad Social

La Seguridad Social en Colombia ha venido siendo sometida a un debate permanente en los últimos años, hasta llegar a ocupar un lugar prioritario en la atención nacional involucrando a todas las esferas políticas, económicas, sociales y comunitarias

Este debate ha ido desde la discusión de los aspectos puramente filosóficos, conceptuales e ideológicos, hasta los esencialmente pragmáticos de estructura, organización y funcionamiento.

Hay que anotar que la trascendencia política, económica y administrativa, que en su evolución ha tenido el Instituto de los Seguros Sociales, lo ha convertido en el epicentro del debate, tocándose solo tangencial y coyunturalmente, los otros elementos institucionales, que aún cuando dispersos, están dentro del ámbito de la Seguridad Social.

De partida podemos decir que esos elementos institucionales dispersos que han venido creándose y apareciendo progresivamente, se colocan hoy en el siguiente orden cronológico:

- Caja de Previsión Social de los empleados y obreros nacionales
- CAJANAL - 1.945.
(Posteriormente se replicó este esquema en Cajas Departamentales y Municipales que se han venido creando).
- Instituto Colombiano de los Seguros Sociales, creado para la protección de la población asalariada del sector privado de la economía.- 1.946.
- Cajas de Compensación Familiar, para protección de las familias de los trabajadores asalariados -como instrumento para el pago del subsidio familiar- con servicios de salud, nutrición, mercadeo, educación, vivienda, créditos y recreación social.- 1.957 y años siguientes.
- Servicio Nacional de Aprendizaje -SENA- orientado a la capacitación de mano de obra para mejorar la productividad de las empresas. - 1.957. .
- Instituto de Bienestar Familiar, para la protección integral de la niñez y ayuda a los asalariados a través de guarderías, jardines y hogares infantiles, para la atención de los menores en edad pre-escolar, hijos de los trabajadores de empresas. - 1.968.

Si tenemos en cuenta el recorrido histórico de una concepción fragmentaria de la Seguridad Social, podríamos decir que no ha sido malo el proceso evolutivo en lo que se refiere a la protección del trabajador asalariado; pero si se penetra en un análisis menos superficial, se observa que el régimen de los Seguros Sociales sólo cubre entre el 18 y el 21% de la población total, mientras que el promedio en América Latina es del 61.2%. Se debe tener en cuenta, además, que el Instituto de los Seguros Sociales extiende la cobertura en un 53% de las personas amparadas.

Así mismo en este proceso evolutivo, hay que destacar la dispersión de todos los organismos insertos, los que lo han llevado a un paralelismo de acciones, servicios y responsabilidades, con deterioro de la productividad, la calidad y la extensión de las coberturas.

2.2 Aspectos Críticos del Debate. Intentos de Renovación 1.977

El debate sobre la seguridad social, y en forma más específica, sobre el Instituto de Seguros Sociales, ha adquirido en ciertos momentos caracteres dramáticos.

En efecto, al iniciarse la implementación del Sistema Nacional de Salud, un poco después del año de 1.975, el Ministro de Salud de aquél entonces, como cabeza del Sistema, quiso incorporar dentro del ámbito de dicho Ministerio al Instituto de los Seguros Sociales, fundándose en aspectos normativos del nuevo Sistema Nacional de Salud. Apoyándose en uno de los Artículos del Decreto Ley 056 que creaba el mencionado Sistema, el Ministerio de Salud intervino al Instituto de Seguros Sociales. En esa época surgieron otras diferencias protuberantes entre el Ministerio de Salud y el Instituto de los Seguros Sociales, apareciendo el primer incidente dramático que culminó con una huelga del cuerpo médico y el desafortunado retiro de dos excelentes Ministros, el de Salud y la del Trabajo, que era una mujer.

El Ministerio de Salud apeló entonces al instrumento institucional denominado "Superintendencia de los Seguros de Salud" creado en aquel entonces para, entre otras cosas, vigilar y controlar el cumplimiento de las normas del Sistema Nacional de Salud por parte del Instituto de los Seguros Sociales.

Después del dramático retiro de los dos Ministros, el Gobierno decidió en 1.977 hacer un estudio de la situación del Instituto de los Seguros Sociales y buscar su transformación; este estudio, que fué muy rápido, se hizo en efecto y surgieron una serie de Decretos numerados con las especificaciones 1.650, 1.651, 1.652 y 1.653, que parecieron tranquilizar las dificultades de aquel entonces, pero que a mediano y largo plazo sus resultados no colmaron las aspiraciones ni gubernamentales, ni empresariales, ni comunitarias.

2.3. La Organización Panamericana de la Salud -OPS- y su Rol Positivo en el Proceso Evolutivo.

Mientras tanto, en América Latina comenzó a sentirse con repercusiones positivas un movimiento que desde tiempo atrás venía gestando y desarrollando la Organización Panamericana de la Salud -OPS-. Este movimiento, que se hizo aún más fuerte a partir de la Declaración de Alma Ata en 1.968, buscaba y busca la convergencia armónica entre los organismos de salud de la seguridad social y los de los sistemas nacionales de salud en la región.

Hoy, la OPS, después de una experiencia de varios años y siguiendo el proceso evolutivo de los servicios de salud y la seguridad social en la región de la Américas, hace énfasis en la re-adequación de los papeles y responsabilidades del Ministerio de Salud e Instituto de Seguros Sociales, con un nuevo enfoque de relaciones inter-sectoriales, con la expectativa y perspectiva de transformar los esquemas de seguros sociales en sistemas de seguridad social y de sustituir el concepto y praxis de la asistencia pública por el de la seguridad social.

En Colombia, la Asesoría Regional de la OPS para aspectos de Seguridad Social, estimuló recientemente, en el mes de Marzo, la celebración de un evento nacional en la cumbre para analizar los aspectos actuales y prospectivos de la Seguridad Social, que como mecanismo ilustrativo y de inducción tuvo excelentes resultados.

2.4 La Seguridad Social y sus Centros de Interés frente a la Modernización del Estado.

El objetivo de este documento, no es sin embargo, hacer un relato histórico del desenvolvimiento de la seguridad social en el país, sino, el de fundamentar un ante-proyecto de propuesta

Por ello, después de las anteriores consideraciones, estimamos pertinente dibujar un perfil muy tenue de lo que está ocurriendo en nuestro país en relación con la situación de la seguridad social frente a la modernización que el Estado persigue. Existen en efecto, los siguientes centros de interés

- a- Interés en incorporar en la nueva Constitución de la República el marco conceptual, filosófico e ideológico, real y moderno de la Seguridad Social para que sirva de referencia a una nueva legislación que permita hacer operativos los principios de universalización y solidaridad de ella. Existe, en efecto, la aspiración y expectativa de universalizar, dentro de la concepción moderna, la seguridad social en el país, y con ello reforzar todos los sectores del bienestar social que deben cubrir las necesidades -por lo menos básicas- de la población. En el caso del sector salud se busca incorporar todo el potencial de la seguridad social en aras del desarrollo del sector para lograr la meta de "Salud para Todos" y cumplir con el principio universal de la equidad. Se parte del principio de que la salud es el producto de la acción intersectorial y que dentro del concepto de Seguridad Social, todos los sectores deben hacerse conscientes de la responsabilidad que en este sentido les compete. Hay sin embargo, diferentes enfoques y puntos de vista acerca de los métodos, medios y estrategias a emplear para ir logrando paulatinamente este fin. Múltiples sugerencias, recomendaciones y aún diferentes Proyectos de Ley, se han presentado al debate. El Gobierno actual ha venido sopesando las diferentes recomendaciones y tendencias, reservándose el derecho de llegar posteriormente a definiciones y decisiones, que no podrán ser a largo plazo, en virtud de las reformas que el mismo Estado está presentando a la Asamblea Constituyente, cuyas labores finalizan en Julio del presente año.

- b- Interés en buscar fórmulas que concilien los aspectos de privatización con las responsabilidades inherentes al Estado en función del desarrollo de la Seguridad Social. Este es un aspecto que también ha sido polémico en virtud de diferentes posiciones y tendencias, algunas de las cuales han sido pendulares, polarizadas y extremas. El Gobierno trata de buscar el justo medio para llegar también a definiciones prácticas.
- c- Interés en articular el sistema educativo con la seguridad social, para lograr una reciprocidad productiva en la formación, utilización y empleo de los recursos humanos que se vayan produciendo.
- c- Interés en tomar como puntos de referencia dentro del concepto moderno de la seguridad social, la articulación intersectorial, para impulsar el desarrollo de los sistemas locales de salud.
- d- Interés en establecer una supervisión adecuada ante el auge de la medicina pre-pagada para evitar deformaciones del concepto de solidaridad y equidad.
- e- Interés en conciliar nuevas formas de financiación a través de sistemas claves y concretos de redistribución y de solidaridad.
- f- Interés en moralizar el Instituto de Seguros Sociales que ha venido trayendo graves problemas de ética y que ahora, la Dirección actual, está tratando de corregir con medidas drásticas y reorientaciones inmediatas de tipo administrativo, consistentes con este propósito.

CAPITULO IV

ANTEPROYECTO DE PROPUESTA

1. JUSTIFICACION EMERGENTE

Todo lo expresado en los anteriores capítulos, consideramos que constituye una fundamentación densa y al mismo tiempo concreta, para presentar a la Organización Panamericana de la Salud -OPS- y al Instituto de los Seguros Sociales de Colombia, el anteproyecto de una propuesta que compendiamos más adelante en dos partes.

Sin embargo, antes de entrar en los diferentes aspectos de este anteproyecto, consideramos importante destacar, y reiterar, algunos puntos que constituyen lo que podríamos llamar una justificación inmediata y de emergencia en virtud de la necesidad que existe de proceder con agilidad y prontitud.

En efecto, entre los antecedentes anotados a lo largo de este documento, hay uno que expresa que en Ascofame han venido funcionando dos Divisiones, la de Salud y la de Educación, como plataformas desde las cuales se generan e impulsan programas y proyectos claves para el desarrollo de la articulación en el país entre la docencia y los servicios de salud (Integración Docente - Asistencial). Una tercera División, la de Evaluación, es la monitora del progreso.

Las dos Divisiones primeras canalizan, la de Salud, las relaciones entre Ascofame, el Ministerio de Salud y el Sistema Nacional de Salud en general; la de Educación abre las comunicaciones con el Ministerio de Educación y el Instituto para el Fomento de la Educación Superior (ICFES). A su vez, la División de Educación, como su nombre lo indica, orienta todo lo relacionado con el desarrollo de los procesos de docencia en las Facultades de Medicina mientras la de Salud cumple la misma finalidad en los aspectos correspondientes, especialmente en lo que se refiere al diseño, desarrollo e implementación de las políticas de salud y de los procesos de prestación de servicios; ambas Divisiones trabajan con el denominador común de la investigación.

A través del tiempo, no ha existido en cambio un organismo clave, específico dentro de la estructura y organización de Ascofame, que sirva de enlace directo con el Instituto de Seguros Sociales, ni mucho menos que actúe como orientador de la filosofía, marco conceptual y acciones de la seguridad social; tampoco ha existido en Ascofame el elemento institucional que lleve hacia las Facultades y Universidades el acervo de conocimientos, la trascendencia de la investigación, y el modelo de servicios que desarrolla en el campo de la Salud el Instituto de los Seguros Sociales y los otros organismos de la seguridad social; los planes de estudios a su vez presentan vacíos, sobre aspectos básicos relacionados con la seguridad social, la medicina del trabajo, la salud ocupacional, los factores de riesgo biológicos, psicológicos y sociales que tienen que ver con la salud del trabajador; así mismo, la utilización de los organismos de salud de los seguros sociales para adiestramiento y práctica de los estudiantes, ha sido pobre y circunscrita a unas pocas Facultades y organismos, considerándose estos hechos como episódicos en virtud de que no existen normas ni programación formal que permitan, en cualquier parte del país, la articulación entre los hospitales o unidades del Seguro Social y las Universidades; igualmente, hay desconocimiento recíproco entre el Instituto de los Seguros Sociales y las Facultades de Medicina, sobre los procesos de investigación que cada uno desarrolla.

No ha habido, en resumen, en las Facultades de Salud, ni en las Universidades en general, ni en la sede de Ascofame, una visión prospectiva para promover, mediante la construcción de escenarios futuros, el desarrollo estratégico de los recursos humanos, en concordancia con el rol actual de la seguridad social en la sociedad.

Pero además, el debate que se ha abierto en el país, con más insistencia que antes sobre la seguridad social, así como la prioridad que se le está dando dentro de las reformas para modernizar al Estado; la necesidad de abordar una franca política social y de substituir el sistema tradicional de la asistencia pública por el de la seguridad social; la intencionalidad de incorporar todo el potencial de la seguridad social para lograr una equidad completa en la prestación y desarrollo en los Servicios de Salud; y la transformación de los esquemas de articulación intersectorial, a la luz de la descentralización, constituyen justificaciones emergentes que exigen también respuestas de emergencia.

2. LA PROPUESTA

La propuesta de Ascofame es una de estas respuesta de emergencia que como ya dijimos, consta de dos partes:

- Una se refiere a la transformación de la División de Salud, que ha venido funcionando en Ascofame, en una "División de SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD". No se trata de la ampliación de un nombre, sino de la incorporación de un proceso innovador para lograr la formación y desarrollo estratégico del recurso humano médico, y de salud en general, en función de dos inmensos campos, sometidos en los actuales momentos a trascendentes reformas y re-adequación, como son la seguridad social en su concepción totalizadora, y la atención en salud como uno de sus componentes de mayor trascendencia.

La segunda parte de esta propuesta, que va articulada con la primera, se refiere a la creación de un "PROGRAMA NACIONAL DE DESARROLLO ESTRATEGICO DE PERSONAL PARA LA SEGURIDAD SOCIAL" que se constituiría en uno de los nodos de una "Red Académica, Administrativa y de Servicios", que tendría sus otros núcleos en cada uno de los países del Area Andina. Se sabe, en efecto, que en cada uno de estos países existen esfuerzos similares a los de Colombia para crear y desarrollar Programas Nacionales, los cuales se podrían agilizar y catalizar en su desarrollo mediante la inter-comunicación e inter-acción estructural de una Red, -Red Andina-.

2.1 CREACION DE LA NUEVA DIVISION DE SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD

La creación o para ser más concretos, la transformación de la actual División de Salud de Ascofame en una nueva División de Seguridad Social y Salud, bajo enfoques innovadores. 'constituye a su vez una base sólida para la elaboración y puesta en marcha del "Programa Nacional de Desarrollo Estratégico de Personal para la Seguridad So cial y Atención en Salud".

Se parte de la premisa de que no se trata de preparar o formar un tipo de personal para los organismos de salud de la Seguridad Social, otro para los del Sistema Nacional de Salud y otro para la práctica privada; de lo que se trata es de formar un personal que integralmen te se comporte por igual, como instrumento innovador, de cambios po sitivos, en los escenarios de su desempeño profesional u ocupacional.

2.2 PROPOSITO, FINALIDAD, OBJETIVOS Y FUNCIONES GENERALES

2.2.1 Propósitos y Finalidad

La nueva División, como es obvio, tendrá la responsabilidad fundamental de contribuir a la implementación y desarrollo de los objetivos, finalidad y misión de Ascofame, expresados en las primeras páginas de este documento. Pero el hecho innova dor consiste en que como División de Seguridad Social catego rizará algunos de sus propósitos y finalidades hacia los siguientes aspectos:

- a. Servir de unidad de enlace entre la Sede de Ascofame, las Fa cultades de Medicina -Universidades- y el Instituto de los Se guros Sociales -con sus organismos de salud- para contribuir a la formación de un médico, y por extensión de un recurso humano para la salud, que sea capaz de influir positiva y eficazmente sobre el desarrollo estratégico de la seguridad social y de la atención en salud en el país.

- b. Contribuir a la capacitación del personal de salud, actualmente en servicio como fuerza laboral de la Seguridad Social y Atención en Salud, por medio de procesos innovadores de educación continua.
- c. Contribuir por medio de los otros elementos y componentes de la educación médica, al mismo fin de lograr el desarrollo estratégico de la Seguridad Social y Atención en Salud en Colombia.

2.2.2 Objetivos Generales.

La División contribuirá en los siguientes aspectos, canalizando una acción de reciprocidad entre el ISS, las Universidades y Ascofame, con el apoyo de la OPS/OMS.

- Creación y desarrollo de modelos integrales e innovadores de educación (Docencia), servicios, investigación, información, gestión de salud y gerencia estratégica, que faciliten la tarea de formar el personal capaz de colaborar en el desarrollo estratégico, de la seguridad social y atención en salud.
- Diseño de esquemas que orienten el proceso de formulación de políticas, instrumentación y aplicación de ellas.
- Creación de espacios en los planes de estudios de las Facultades de Medicina y de las ciencias académicas de la salud en general, para incorporar en ellos conocimientos, actitudes y destrezas relacionadas con la concepción moderna de la seguridad social y atención de salud.
- Apertura formal de espacios en los organismos de salud del Instituto de los Seguros Sociales para incorporar en ellos los Modelos de Docencia, Servicios, Investigación, información, gestión de salud y gerencia estratégica.
- Creación de módulos de educación continua que colaboren en el desarrollo estratégico del personal de salud que actualmente opera como fuerza laboral de la Seguridad Social.

- Diseño y puesta en marcha de modelos de Evaluación interna y externa y de procesos de Revisión Curricular.
- Creación de esquemas innovadores sobre formas concretas de participación comunitaria.
- Desarrollo y uso racional de tecnologías de acuerdo con los niveles de Atención en Salud.
- Desarrollo de Liderazgo institucional y comunitario.
- Creación y puesta en marcha de un "Programa Nacional -Interdisciplinario y multisectorial- de desarrollo estratégico del personal de salud para la seguridad social y atención en Salud".
- Articulación con los otros organismos del Estado Colombiano, sectores de la economía y del desarrollo, y organismos internacionales para fortalecer los procesos de integración funcional, cooperación técnica y movilización de los recursos

2.2.3 Objetivos Específicos.

- Capacitación de Docentes de las Facultades y funcionarios del Instituto para que actúen como orientadores y facilitadores de los procesos que se hace necesario generar para implementar y ejecutar los objetivos generales enunciados.
- Capacitación de una masa crítica de Líderes que sirvan para comprometer a los otros en la aplicación y desarrollo del Proyecto, programas y actividades.
- Diseño y desarrollo de un programa específico de educación continua (reuniones, talleres, seminarios en concordancia con los dos puntos anteriores).
- Revisión de los currículos para dar entrada a los cambios pertinentes.
- Abordaje de los condicionantes de salud, los factores y comportamientos de riesgo, y articulación del conocimiento de lo biológico con lo social, destacando las intervenciones intersectoriales, y no sólo médicas, para la solución de problemas de salud.

- Desarrollo de los métodos activos del aprendizaje dando prioridad a las tecnologías educativas modernas que facilitan el proceso de formación fuera del ámbito tradicional, aprovechando los ambientes ambulatorios y específicamente, los de la familia, el domicilio y la comunidad.
- Desarrollo de los juicios críticos, del sentido de las prioridades, del análisis prospectivo y de la autonomía científica.
- Desarrollo de la vigilancia epidemiológica moderna y de la medicina anticipatoria con esquemas actuales del Fomento de la salud y prevención de las enfermedades, diagnóstico clínico con el enfoque de "problemas" y rehabilitación como medio que garantice la calidad de la vida.
- Definición de formas prácticas de participación comunitaria (co-gestión y co-administración).
- Aprendizaje de la medicina o salud familiar.
- Aprendizaje sobre conocimientos básicos, propios y pertinentes de la seguridad social y salud ocupacional.
- Aprendizaje sobre conocimientos básicos de planeación, gestión de salud y gerencia estratégica.
- Aprendizaje sobre conocimientos básicos de informática.
- Aprendizaje sobre esquemas de Descentralización Municipal y la participación de la seguridad social en el desarrollo de los servicios de salud a nivel local.
- Formación dentro de la concepción interdisciplinaria e intersectorial que facilite el trabajo en equipo pero con identificación de las características, responsabilidades y objetivos propios de cada profesión u ocupación.
- Desarrollo en el ámbito de la seguridad social de los principios y ambientes de la ética médica, de la Bio-Etica, de la Etica Social y de los valores humanos.

- Revisión y evaluación de los organismos de salud del Instituto de los Seguros Sociales para su acreditación como organismos docentes de acuerdo con sus tecnologías apropiadas por niveles.
- Desarrollo de los procesos de Investigación con áreas prioritarias como:
 - * Conocimientos básicos sobre lógica, metodología científica, metodología estadística.
 - * Investigación aplicada sobre servicios de salud.
 - * Investigación sobre las características de la comunidad, sus problemas y necesidades.
 - * Investigación sobre financiación de los servicios de salud.
 - * Investigación sobre Recursos Humanos.

2.2.4 Funciones Generales - prioritarias- de la División de Seguridad Social y Salud.

Se enmarcan en primer término, como ya se dijo antes, dentro de las responsabilidades, objetivos y misión de Ascofame, o sean las de coordinación, investigación, asesoría, comunicación y acción, que se pondrán al servicio de los organismos de la Seguridad Social para el desarrollo de los objetivos, programas y actividades correspondientes.

En segundo término, la División cumplirá en desarrollo de este Proyecto funciones de Planeación -planeación estratégica-, organización, coordinación, supervisión, control y evaluación.

Pensamos que no es necesario extendernos en cada una de estas funciones, cosa que se hará cuando se entre en la elaboración del Proyecto.

2.2.5 Esquemas de Estructura y Organización Posibles

La nueva División tendrá una estructura y organización que seguirá el esquema organizacional de Ascofame, descrito al principio de este documento. Es decir, la División dependerá de la Dirección Ejecutiva de la Asociación, y seguirá verticalmente hacia arriba, las líneas de jerarquía establecidas (Consejo Directivo y Asamblea); verticalmente, hacia abajo, se subdividirá en programas innovadores que se definirán, de acuerdo con prioridades que serán definidas con el Instituto de los Seguros Sociales y asesoría de la O.P.S.; estos programas no son permanentes sino cambiables o reajustables, de acuerdo con nuevas situaciones que se vayan presentando; horizontalmente, la División trabajará en articulación con las otras dos, la de Educación y Evaluación para proyectar su acción, como núcleo energizante a las Facultades y recibir de éstas la retroalimentación correspondiente. Habrá, sin embargo, dos nuevos organismos que no poseen las otras Divisiones: un Comité Coordinador del cual formará parte el I.S.S. y la O.P.S. y un "Grupo de Trabajo de Expertos" del cual formarán también parte las dos Instituciones anotadas; a nivel del Director Ejecutivo habrá un Comité Asesor integrado por la Directora del Instituto de los Seguros Sociales o su delegado, el Asesor de la Organización Panamericana de la Salud y el Jefe de la División de Seguridad Social y Salud, como Secretario del Comité.

2.2.6 Recursos

Se expondrán más adelante, cuando se hable de este mismo punto en el Programa Nacional de Desarrollo Estratégico del Personal de Salud y Seguridad Social y Atención en Salud. Pero se esperan recursos concurrentes de Ascofame, la O.P.S. y el I.S.S.

2.2.7. Evaluación

El Proyecto tendrá su propio sistema de Evaluación, con la intervención de las instituciones comprometidas en él, pero dentro de las actividades de Ascofame, la División de Evaluación asume por derecho propio esta responsabilidad, sin perjuicio de la autoevaluación que realice a su interior el mismo Proyecto.

CAPITULO V.

"PROGRAMA NACIONAL (CENTRO) PARA EL DESARROLLO ESTRATEGICO DEL PERSONAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL Y SALUD EN COLOMBIA"

(PRODESAC)

1. Connotaciones Generales del Programa.

La División de Seguridad Social y Salud que se propone crear en ASCOFAME, cumpliría una función fragmentaria si solo orientara su acción hacia el ámbito específico de la formación del médico.

La labor que ha cumplido ASCOFAME en los últimos meses realizando 180 Talleres para el personal del I.S.S. con el fin de lograr su re adecuación y cubrir vacíos en determinados campos de su formación, nos indica que se requiere llevar a cabo un programa de cobertura nacional, aglutinante, envolvente, interdisciplinario, con enfoque - multisectorial, dirigido a obtener el desarrollo estratégico del personal para la Seguridad Social y el I.S.S.

En efecto, el personal de salud ha sido en su mayor parte, para la Seguridad Social una fuerza laboral casi inerte por ausencia de conocimientos y de preparación. La comunidad de beneficiarios del I.S.S. ha estado también expósa de información y conocimientos.

Si bien entonces los esfuerzos de Educación Continua que viene realizando ASCOFAME y el I.S.S. están teniendo repercusiones importantes y positivas, ellos se convertirían solo en acciones de bomberos - si no se aprovechara la experiencia para diseñar y poner en marcha un programa nacional organizado de Desarrollo Estratégico de los Recursos Humanos para la Seguridad Social y la Atención en Salud. Solo así se garantizarán los cambios que se están tratando de generar y se perfilaría una imagen-objetivo deseable y viable para la Seguridad Social y la Atención de la Salud en Colombia.

El programa tiene que ser aglutinante desde el punto de vista de que deben ser aprovechadas todas las instancias de instituciones educativas de país, fundamentalmente de las Universidades, así como de los Organismos de la Seguridad Social, en función del concepto de docencia-servicios. Desde el punto de vista de aglutinación de esfuerzos, es importante anotar además que las Directivas actuales del I.S.S. no están interesadas en crear dentro de su ámbito administrativo una Escuela, como se había planeado antes, porque ello solo tendría repercusiones internas y débiles sobre su personal, y entraría sin razón, a competir, y aún a tratar de substituir a los Organismos responsables de la Educación en el país, lo que le crearía, sin necesidad, nuevos frentes de polémica.

Desean en cambio las Directivas del I.S.S. poner en marcha un programa, no solo de efectos internos, sino de repercusiones que generen un verdadero desarrollo estratégico de los Recursos Humanos de la Seguridad Social para que haya un impacto nacional con posibilidades de articular una Red con los otros países Andinos.

El programa tiene que ser envolvente porque sus efectos deben llegar a toda la comunidad involucrándola en el proceso con la participación de todos sus líderes. Debe ser así mismo interdisciplinario e intersectorial, porque como ya lo dijimos, la salud no depende exclusivamente de la atención médica y por su parte la Seguridad Social tiene una connotación multisectorial totalizante.

2. Marco de Referencia para el Desarrollo del Programa Nacional

2.1. Enfoques básicos y denominadores comunes para el desarrollo estratégico del personal de la salud

Un programa de Desarrollo Estratégico de Recursos Humanos debe involucrar los cuatro enfoques que planteamos en el inicio de este documento; debe utilizar así mismo el análisis prospectivo en cuanto a que el personal que se está preparando hoy va a actuar en el mañana y a ser protagonista en el futuro.

Estos enfoques con su sentido prospectivo son los siguientes:

1. El de Formación, con carácter innovador de educación permanente, que tiene su apertura en el ámbito institucional y prosigue luego a través de toda la vida por medio de la Educación Continua.
2. El de Evaluación, que vigila la calidad total de la estructura, procesos, resultados e impactos de la formación, haciendo énfasis en el monitoreo y seguimiento del desempeño profesional u ocupacional en cuanto a las funciones, actividades y tareas que el Recurso Humano inserto en la fuerza laboral debe cumplir con espíritu innovador.
3. Los de Producción y Utilización (Empleo) que deben procurar una relación racional entre el volumen o cantidad del Recurso Humano que hay que formar, frente a las necesidades reales de la comunidad, la capacidad de absorción del Estado y la adecuada utilización de dicho Recurso. La distribución del recurso humano que debe ajustarse al principio de equidad.

Estos cuatro enfoques articulados permiten que se conforme un "círculo virtuoso". En efecto, la formación con calidad del Recurso Humano, su producción y distribución racional, su utilización adecuada y su evaluación continua, generan una fuerza laboral que es capaz de promover y dinamizar el desarrollo estratégico de la atención en salud y la seguridad social; y a la vez, el desarrollo estratégico de estas dos últimas, como Organismos o Instituciones, constituirán a su vez el mejor ambiente para el adiestramiento estratégico del personal que se está formando y del que está actuando como fuerza laboral. En este sentido no hay que plantear dilemas sobre quien debe actuar primero, sino buscar la homeostasis entre los dos procesos.

2.2 La Matriz del Programa..- Primer Componente

2.2.1 Funciones Innovadoras y su Organización en "Modelos de Desarrollo".

El Programa para su dinámica y desarrollo llevará a cabo cuatro grandes funciones, que a diferencia del estilo y nomenclatura - tradicional de "docencia, servicio e investigación", se organizará en cuatro modelos que actuarán sólidamente articulados sin brechas entre uno y otro. Estos Modelos son:

Modelo de Desarrollo Educativo o Educacional

Modelo de Desarrollo Asistencial

Modelo de Desarrollo Investigativo.

Modelo de Desarrollo de la Información y Comunicación.

El calificativo que tiene cada uno de ellos de "Modelo de Desarrollo" indican su carácter estratégico, autorregulador de cambios y de enfoque prospectivo. La construcción de escenarios en la búsqueda de un futuro deseable, previsible y viable, formará parte de la naturaleza de estas cuatro grandes funciones, así mo deladas.

Estos modelos de funciones, actuarán como vectores e innovadores de los conocimientos y cuerpo de doctrina de la Seguridad Social y de la Atención en Salud. Podemós sintetizarlos así:

a. El Modelo de Desarrollo Educativo o Educacional.

Utilizará estrategias innovadoras en el planteamiento, ejecución y evaluación de los procesos de enseñanza-aprendizaje.

Usará técnicas modernas del aprendizaje activo, (auto-aprendizaje y aprender-haciendo), métodos de solución de problemas, análisis del trabajo, sistemas modulares, multimedios, etc. para pro fesores, funcionarios, estudiantes de diferentes disciplinas y lí deres comunitarios.

Esta función, que constituirá la estrategia para incorporar los conocimientos y la teoría de la Seguridad Social en la mente de los estudiantes y en el quehacer de las instituciones, implicaría la capacitación previa de un grupo de docentes, seleccionados en las Universidades y en los Seguros Sociales, que como líderes, sean capaces de preparar multiplicadores y comprometer al resto de docentes y funcionarios en los procesos educativos y pedagógicos para enseñar a enseñar, al estilo moderno (aprendizaje activo).

Este Modelo, tendrá apoyo y sustento en el Programa de Educación de Ascofame y en su "Centro de Desarrollo Educacional" que cuenta con una estructura y organización apropiada y el cual viene funcionando ágilmente desde hace cuatro años. Utilizará así mismo el Programa de las Facultades de Educación y de los Centros Educativos de las Universidades.

b. El Modelo de Desarrollo Investigativo o de la Investigación.

Este Modelo buscará en primera instancia desarrollar y servir de vector e innovador de los conocimientos básicos sobre lógica, metodología científica y metodología estadística requeridas en la investigación.

Estimulará el desarrollo de la investigación sobre los Servicios de Salud siguiendo los siguientes ocho enfoques de la OPS - con ligeras variantes:

- Relaciones entre los Sistemas de Salud, la Seguridad Social y la Sociedad.
- Necesidades Sanitarias de la población.
- Formación, producción, distribución, utilización y empleo de Recursos Humanos.
- Estructura Orgánica de los Sistemas de Salud.
- La gestión de los Sistemas de Salud.
- La Base Económica y financiera de los Sistemas de Salud
- Los resultados de Programas Sanitarios.
- Participación de la comunidad.

Este Modelo tendrá su apoyo en el Programa de Investigación de la División de Evaluación de Ascofame y en los Centros o Unidades de investigación de las Universidades y del I.S.S.

c. Modelo Asistencial o de Servicios

Uno de los problemas más serios en el proceso de formación es la descordinación, dicotomía y aún a veces antagonismo, entre el modelo educativo y el modelo asistencial o de servicio. A los estudiantes generalmente se les enseña primero sobre modelos teóricos-ideales- para después pasarlos por organismos que desdibujan lo que creyeron que era una realidad. De allí la insatisfacción y frustración.

Este Modelo Asistencial llevará a los estudiantes a trabajar sobre el diseño de esquemas de prestación de servicios en concordancia con la doctrina de la integración docente-asistencial. Se les inducirá a usar el juicio crítico, el sentido de las prioridades y a realizar prácticas sobre el diseño e implementación de esquemas de Organismos Locales de Salud, Integración Funcional de los Sectores y Sistemas de intervención comunitaria como los de co-gestión y co-administración. Este Modelo Asistencial tendrá su apoyo en los 26 Centros-Escuelas que tiene organizados y funcionando Ascofame, y en los respectivos del I.S.S. y de las Universidades.

d. El Modelo de Información y Comunicación

Que permitirá el establecimiento de Banco de Datos, Protocolos de Comunicación, información bibliográfica, grupos de interés, difusión y en general, administración compartida del conocimiento. Se utilizarán sistemas ya establecidos con el apoyo de telecomunicaciones como el de Medlars/Medline (National Library), el Programa SIBRA para la Región Andina, el Bireme, Lilacs y la Red Panet entre otros. Este modelo tendrá su apoyo en el Centro de Informática de Ascofame y en los correspondientes del I.S.S. y de las Universidades.

2.2.2 Segundo Componente de la Matriz del Programa

El Cuerpo de Doctrinas y Conocimientos para el Desarrollo Estratégico del Personal.

El Programa Nacional, para lograr el desarrollo estratégico del Personal para la Seguridad Social, definirá el cuerpo de doctrinas y conocimientos de ésta, a fin de incorporarlo en los procesos de aprendizaje, utilizando como vectores e innovadores las cuatro grandes funciones o modelos de desarrollo ya mencionados. Se articula así una matriz de intersección armónica entre un área de funciones y un área de conocimientos y doctrinas que involucran operativamente el desarrollo de actitudes y destrezas.

Con este enfoque, el cuerpo de doctrinas y conocimientos gira alrededor de los siguientes aspectos generales, que facilitarán también la adquisición de destrezas y actitudes para una correcta aplicación:

- a. Aspectos de Políticas, concretando las de Seguridad Social e involucrando sus principios, filosofía, ideología, enfoques de formulación, instrumentación. Se estudiarán en la secuencia de Política Social Global, Política de Seguridad Social y Política de Salud.
- b. Aspectos de economía de la Salud y Administración, que involucrará un temario básico-genérico sobre la economía enfocada a la salud, a los aspectos económicos-financieros, Gestión de Salud, Gerencia Estratégica, Administración por resultados y todos aquellos estudios básicos que conduzca a buen manejo de los recursos en función de la eficiencia institucional.
- c. Aspectos sobre Desarrollo Tecnológico, sus Políticas, Evaluación de Tecnologías, mantenimiento, (costo-beneficio de la producción, uso y abuso, mantenimiento preventivo, tecnologías apropiadas de acuerdo con niveles).
- d. Aspectos relacionados con áreas específicas. Se destacarían 14 temas de Salud Ocupacional que ASCOFAME está desarrollando para el personal del I.S.S: por medio de 13 Módulos que son los siguientes:

- M.1 = Misión I.S.S. , Cultura Corporativa
 - M.2 = Estructura Organizacional y Bases Conceptuales sobre Salud Ocupacional.
 - M.3 = La Salud Ocupacional en la Práctica del Médico General.
 - M.4 = Marco Legal de la Salud Ocupacional y Seguro ATEP (Accidentes de Trabajo en el Profesional).
 - M.5 = Dermatitis Ocupacionales
 - M.6 = Lumbalgia Ocupacional
 - M.7 = Enfermedades Respiratorias Ocupacionales
 - M.8 = Plaguicidas, Metales - Cáncer Ocupacional
 - M.9 = Hipoacusia Profesional
 - M.10= Accidentes de trabajo (Enfasis en manos, ojos, pies)
 - M.11= Papel del Administrador en el Programa de Salud Ocupacional
 - M.12= Papel de Enfermería y Trabajador Social en Salud Ocupacional
 - M.13= Prevención en Salud Ocupacional
- e. Otras que serán detalladas en el Proyecto.

3. Algunos de los Resultados a esperar del Programa.

Se espera obtener del Programa productos y sub-productos significativos relacionados con su gran objetivo de procurar el desarrollo del personal para la Seguridad Social y Atención en Salud; se incorporará la nueva concepción de la Seguridad Social y Atención en Salud en la formación de pregrado, postgrado y Educación Continua del área de Ciencias de las Salud y en la de algunas otras carreras así como en la capacitación a nivel de Técnicos y Auxiliares.

Se aspira a lograr transformaciones en los aspectos de Investigación, Información e Informática, diseño y operación de modelos de Prestación de Servicios de Salud, ajustándolos a la relación Seguridad Social y desarrollo de los Servicios de Salud.

Nuevas actitudes y comportamientos del personal frente a la Seguridad Social, nuevas formas de gestión en Salud y Planeación Estratégica, como instrumentos importantes para el desarrollo de los Recursos Humanos de la Seguridad Social - Atención en Salud.

Diseño y aplicación de normas actuales para los Servicios de Salud de la Seguridad Social, acompañadas de modelos de supervisión moderna.

Desarrollo de métodos modernos de pedagogía y de educación a distancia.

Uso racional de tecnología apropiada de acuerdo con el orden y necesidad de los niveles.

Ajustes y correcciones entre la formación, producción y distribución, utilización y evaluación del personal.

Formación de una masa crítica de docentes y funcionarios de salud con calidad de líderes para desarrollo estratégico de los Modelos de Educación, Investigación, Servicios e Información, acorde con el cuerpo de doctrinas y conocimientos de la Seguridad Social.

En general del Programa Nacional se espera que será catalizador de la Integración Funcional de los sectores, y en especial del Instituto de Seguros Sociales- Servicios de Salud- ASCOFAME (Universidades- Comunidad) con el apoyo de la OPS.

Pensamos que éstas hipótesis de resultados, al lograrse en la práctica, constituirán el perfil de lo que denominamos desarrollo estratégico de personal de salud para la Seguridad Social y Salud

4. Marco de Referencia sobre la posible Estructura y Organización del Programa.

El Programa podría funcionar en el país como un sistema de Redes. Como un Sistema porque articularía diferentes constituciones y organismos ubicados en tres grandes niveles así:

Nivel 1

Políticas, Normas, Guías, Orientación Supervisión, Evaluación.

Sede de ASCOFAME, integrada con la Dirección de I.S.S., Representación OPS y Ministerio de Salud.

Nivel 2

Docente-Asistencial Diseño, elaboración y ejecución de planes y Programas de Docencia, Servicio- Investigación-Comunidad.

Las Universidades, las Seccionales del I.S.S. y los Servicios Seccionales de Salud articulados.

Nivel 3

Población beneficiaria auto-evaluación sobre necesidades de adiestramiento, satisfacción resultados.

Los receptores del programa - en sus diferentes categorías - estudiantes, docentes, funcionarios-comunidades.

Actuaría el Sistema además con sentido de Red porque todas estas Instituciones al articularse e intercomunicarse para administración del conocimiento, mantendrá su autonomía y no habrá dependencia de la una en relación con la otra: la integración sería funcional y complementaria entre ellas. Dentro del enfoque de Redes, habría un nodo energizador en Bogotá conformado por las instituciones del primer nivel, en la periferia estarán los núcleos de operación, constituidos por las instituciones del -Nivel Seccional-. La Organización Panamericana de la Salud actuará como núcleo estimulador de la cooperación técnica y del desarrollo del programa.

5. Los Recursos

Este es un punto que se estudiará con detenimiento cuando se vaya a elaborar el proyecto; solo de manera global podemos decir que para ambas partes de la propuesta, División de Seguridad Social y Programa Nacional, ASCOFAME brinda lo siguiente:

- En la sede su estructura física con oficinas adecuadas.
- Su infraestructura de Directivos, Expertos y Técnicos y su personal administrativo.
- Recursos Económicos: Lo que se envierte en los rubros anteriores.

En las Universidades

La estructura e infraestructura pertinente de ellas.

El I.S.S.

Su personal Técnico, afin al Programa.

Cooperación de sus Directivos, su organización.

Apoyo económico a través de Proyectos y Programas específicos, mediante contratos.

OPS

Cooperación Técnica y de Asesoría

Dos Asesores Específicos para los Proyectos.

Colaboración en algunos equipos y una cuota financiera.

6. Plan de Acción

Para el diseño y elaboración de este Proyecto y para inducir su aplicación y desarrollo se tendrán en cuenta las siguientes etapas:

- 1a. De concertación, tomando como base este documento inicial que se entrega en forma restringida.
- 2o. De diagnóstico Situacional
- 3o. De Planeación Estratégica
- 4o. De Ejecución
- 5o. De Evaluación

Esperamos que este primer documento-borrador, nos permita intercambiar ideas para llegar a las primeras concertaciones.
