

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

A S C O F A M E

PLAN Y PROGRAMACION ESTRATEGICAS DE ASCOFAME
PARA DAR APERTURA A LA DECADA DEL 90

PLAN TRIENAL 1989 - 1990 - 1991 EN MARCHA

Bogotá, Hotel Hilton, Marzo 29, 30 y 31 de 1.990

PLAN TRIENAL DE LA
ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA EN MARCHA
1.989 - 1.990 - 1.991

UN ENFOQUE DE PLANEACION Y PROGRAMACION ESTRATEGICOS PARA DAR
APERTURA A LA DECADA DEL 90
APROBADO POR EL CONSEJO DIRECTIVO DE ASCOFAME EN 1.989

P R I M E R A P A R T E

1. Determinantes Históricas que Facilitan la Apertura de la Planeación y Programación Estratégicas por parte de ASCOFAME.

A. Carácter Futurista y Prospectivo de ASCOFAME

Cuando la Planeación Estratégica hizo su aparición en la década del 50 dentro del sector empresarial, también como ya lo vamos a ver más adelante, en esa misma década, comenzó su existencia la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina; y aún cuando no hubo comunicación ni relación directa entre estos dos sucesos o apariciones, sin embargo, por aquella época Ascofame planteó la filosofía planificadora de la institución en la siguiente forma: "La Planeación es decisiva para orientar el progreso y por su propia naturaleza está orientada también, hacia el futuro". Este enfoque no descartaba ni descarta tampoco hoy, la trascendencia del pasado y de sus experiencias, que ASCOFAME siempre ha analizado en sus puntos cruciales y determinantes.

Desde aquel entonces, sin identificarla con el nombre exacto de Planeación Estratégica, ASCOFAME ha venido combinando los principios de la planeación a largo plazo con la programación a mediano y corto plazo de dos, tres y cuatro años, circunstritos en presupuestos anuales.

Este enfoque histórico de visión futurista como corresponde a la lógica de cualquier programación en educación médica, permite ahora a la Asociación cuando la "Planeación Estratégica" ha hecho transferencia del sector comercial a los sectores privados de tipo social sin ánimo de lucro, incorporarse a este movimiento innovador sin grandes dificultades.

B. Institucionalización de la Educación Médica en el País para Concertar una Planeación Estratégica. - Origen y Carácter Constitucional de Ascofame.

En el año de 1.950, cuando sólo existían en el país cinco Facultades de Medicina, el Decano de la Escuela Médica de la U. de Cartagena, en ése 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 venido al país una misión norteamericana presidida por el Dr. G. H. Humpreys, Jefe del Servicio de Cirugía de la U. de Columbia, Misión que aconsejó entre otras cosas, "la reunión periódica de los Decanos de las Facultades de Medicina del país para promover entre ellas una acción integradora".

El acto promovido por el Decano de la Facultad de Medicina de la U. de Cartagena, se cumplió con recomendaciones positivas, constituyendo la primera idea que en el país se aproximó hacia la constitución de una Asociación, hecho histórico que hasta ahora no ha aparecido en los anales de la Educación Médica en el país.

En 1.951, se creó la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle, con una connotación actual y modernista, que convocó, mediante el talante integrador de su Decano el Dr. Gabriel Velasquez Palau, a la articulación de las Facultades de Medicina existentes, ya siete en ese momento.

En 1.953, otra Misión Norteamericana integrada por los Doctores Laphan, Berson y Gross, llamada para hacer un análisis de la situación de la Facultad de Medicina de la U. Nacional, recomendó la creación de una Asociación de Facultades de Medicina.

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, (1.955) y en Medellín, (1.957).

En 1.959 el proceso de preparación para constituir una Asociación había madurado. En efecto, la educación médica colombiana se mostraba articulada en principios, filosofía y metodología de enseñanza-aprendizaje; existía ya en ese momento una homogenización conceptual 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 U. del Valle; Enrique de La Vega, Decano de la Facultad de Medicina de la U. de Cartagena; Gustavo Fernández, Decano de la Facultad de Medicina de la U. del Cauca; José A. Jácome Valderrama, Decano de la Facultad de Medicina de la U. Javeriana; Ernesto Gutierrez Arango, Decano de la Facultad de Medicina de la U. de Caldas; Raúl Paredes, Decano de la Facultad de Medicina de la U. Nacional y Alfonso Aguirre, Decano de la Facultad de Medicina de la U. de Antioquia).

Desde un punto de vista formal y globalista, la educación médica se institucionalizó y articuló en el país con la creación de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. En efecto, desde ese entonces, Ascofame y Educación Médica, son dos conceptos, operaciones y determinantes históricos indisolublemente unidos.

2. El Medio Externo e Interno de Concertación en que se ha Movido la Asociación.- Interrelación del Pasado con el Presente para Orientar la Planeación Estratégica.

2.1 El Medio Externo

A. Articulación con el Estado Colombiano

Desde su fundación, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina ha estado inmersa en el devenir político de un Estado de naturaleza democrática y republicana, con tres poderes, el Ejecutivo, el Legislativo y el Judicial.

De allí que no obstante que la constitución y Estatutos de Ascofame la definan 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, desde su creación, Ascofame ha venido siendo por naturaleza asesora de los distintos gobiernos en materia de educación y salud, implementadora de las políticas del Estado y retro-alimentadora permanente de ellas.

Gran parte de la existencia de Ascofame se desarrolló en el régimen político denominado "Frente Nacional" en el que los dos partidos tradicionales se alternaban en el poder, y con cada uno de ellos cumplió su tarea de articulación de manera positiva.

Desde hace un poco más de dos años, se instauró un nuevo régimen político cuya esencia consiste en que sólo un partido asume la responsabilidad de orientar y dirigir el Gobierno, aún cuando en el orden técnico y burocrático de la administración pública, tienen cabida todos los ciudadanos sin distinción de partidos. Dentro de este nuevo esquema, la Asociación está cumpliendo sin ninguna dificultad su misión y objetivos.

Poco después de iniciar sus labores la Asociación en 1.959, la Ley Colombiana (Ley 14 - 1.962) le dió fuertes atribuciones que le permitieron cumplir 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 post-grado, certificación de especialistas, organización de internado, acreditación de Hospitales, convalidación de títulos, evaluación institucional, etc. Esta Ley sufrió posteriormente cambios que recortaron esas atribuciones, pero 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 formaliza el carácter de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina como Ásora del Gobierno en materia de Educación Médica y Salud. Esta Ley es uno de los instrumentos que permiten a la Asociación en el presente llevar a cabo decisiones que tendrán notables implicaciones y repercusiones en el campo de la educación médica y salud del país.

Desde su creación, también los Ministerios de Salud y Educación, el Instituto de los Seguros Sociales y otras entidades del Gobierno, han venido firmando contratos con Ascofame como forma práctica para el desarrollo conjunto de estrategias, planes y acciones. Estos contratos van desde el "Estudio de Recursos Humanos" en 1.964 hasta los actuales convenios de consolidación y reorientación del Sistema Nacional de Salud, de Diseño e Implementación de un Sistema Nacional de Educación Continua, de Capacitación del personal de Salud y otros relacionados con programas de acreditación de hospitales, evaluación de Facultades de Medicina, Salud Familiar y programas de Post-grado.

B. Articulación con otras Asociaciones Similares.

Es conocida en el continente la forma articulada como trabajan las Asociaciones Colombianas de Facultades de Medicina, Enfermería y Odontología. Si bien es cierto, que esta política de acercamiento ha sido tradicional en la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina desde su creación, sin embargo, solo en estos últimos cinco años se ha hecho explícita, pragmática y concreta, catalizada por proyectos integradores, auspiciados por la Fundación Kellogg.

En la actualidad, como ya se ha expresado en otros documentos, la Presidenta de la Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACOFAEN) 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 Federación de Sociedades Científicas, que aglutina a las Sociedades, es miembro afiliado de Ascofame.

C. 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 Milk Bank Memorial y de la 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 y en forma permanente hasta la época actual, de la Fundación W. K. Kellogg.

Ascofame fue autora de los contactos entre el Project Hope de Estados Unidos y la U. de Cartagena, contrato que permitió a la Facultad de Medicina de dicha Universidad, realizar un programa de intercambio histórico, de inmensas proyecciones, con diferentes universidades norteamericanas, por un lapso de 7 años.

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.

2.2 El Medio Interno.- Una Estructura con Carácter de Red.

Al crearse la Asociación en 1.959, quedó orientada por unos estatutos cuidadosamente estudiados que consagraban, sujetos a cambios, aspectos importantes sobre su constitución, estructura, misión, objetivos, organización, deberes y derechos.

Estos estatutos han sido sometidos a transformaciones de acuerdo con hechos de fondo que han ido sucediendo en los aspectos políticos, económicos, sociales y tecnológicos.

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 que ha permitido globalizar más la acción y racionalizar el apoyo administrativo.

En esta forma, se ha llegado a una organización sencilla con una sede o núcleo operacional ubicado en la capital de la República, que comprende una Dirección Ejecutiva, con dos grandes Divisiones las de Educación y Salud que imbrican los dos grandes sectores de la Docencia y los Servicios.

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 que se denominan de "Educación en Pre y Post grado" que están constituídos por docentes seleccionados en las Facultades y por los Presidentes de las Sociedades Científicas del 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. Este Consejo, como su nombre lo indica, es el Rector de la Asociación, define las líneas prioritarias de programas e interpreta y concreta las políticas, que a su vez son definidas en un nivel más alto, por la Asamblea. Esta Asamblea está conformada por los Decanos de las Facultades de Medicina y dos Representantes más por cada Escuela Médica, por delegados de los Ministerios de Salud y Educación, el Instituto para el Fomento de la Educación Superior -ICFES-, Departamento Nacional de Planeación, e Instituciones afiliadas.

El retó de la organización lo constituye en la base, las Facultades de Medicina del país, cada una con su proceso administrativo, técnico, operativo y por supuesto con su rango de instituciones autónomas. La estrategia de la sede, desde el punto de vista organizacional, consiste en actuar como núcleo de una red que divulga, difunde y pone en acción los esfuerzos de innovación y cambios, en un proceso de doble vía y reciclaje que permite una dinámica alternante entre las Facultades y la sede de la Asociación. Esta dinámica alternante radica fundamentalmente en que cuando la sede de la Asociación, por una u otra razón, presenta debilidades en sus movimientos de innovación, en esas etapas es entonces reforzada por las Facultades; y a la inversa, cuando las Facultades presentan sus etapas de retardo y de debilidad, son estimuladas por la acción de la sede.

Hay momentos de homostasis en que la dinámica no es alternante sino simultánea como está ocurriendo a nuestro juicio en los actuales momentos, en que existe un gran ambiente de inquietud y de búsqueda del progreso.

3. La Misión de Ascofame.- Sus Objetivos y Propósitos-

Cuando ASCOFAME se creó en 1.959 tenía una finalidad inmediata y al mismo tiempo permanente, la de estimular y fortalecer los lazos y la coordinación entre sus miembros, en este caso, las Facultades de Medicina del país.

Su gran propósito era ayer, y es hoy, 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".

Esta imbricación de finalidad y propósitos generaron objetivos que definen la misión de Ascofame desde 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 y promover el avance de la ciencia; epidemiológica para ajustarse a la realidad del país; clínica, psicológica y social para dar integralidad a los procesos de formación.

La tercera dimensión es de asesoría:

Para servicio de las Facultades y contribuir al desarrollo de sus objetivos de docencia, investigación y servicios.

La cuarta dimensión es de comunicación:

Para la divulgación e incorporación de procedimientos modernos de comunicación e información, necesarios para el desarrollo de la institución, 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.

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 mejorar la salud de la comunidad.

4. Visión de ASCOFAME sobre el futuro

ASCOFAME ha realizado un diagnóstico, que fué presentado al Consejo Directivo en un extenso documento, con la identificación de problemas, tendencias y construcción de posibles escenarios, el cual permite visualizar con alguna aproximación el futuro de la educación médica en Colombia.

Corresponde ahora concretar, especificar y destacar más, en esta primera parte de este documento, ciertos tópicos de dimensión futurista que orientan el "Plan de Acción de Ascofame" para el período 1.989, 1.990, 1.991. Estos tópicos son los siguientes:

4.1 Expectativas en Relación con la Comunidad:

Ya conocemos sobradamente el prospecto social y la nueva ideología de la salud que ha venido circulando desde 1.975 por el mundo y que constituye la magna expectativa para las comunidades del universo. Este prospecto e ideología tiene, como ha sido continuamente repetido, un objetivo central,

La Salud es un Derecho Humano; una decisión que se ha constituido en mensaje permanente, la Salud es para Todos; es una finalidad de equidad y justicia social que encierra la acción de poner los Servicios de Salud y los Avances de la Ciencia al alcance de todas las personas y comunidades del orbe.

Cada uno de estos elementos tiene una serie de componentes que han sido descritos y analizados en múltiples y repetitivos discursos. Por ello aquí sólo vamos a mencionar dos o tres aspectos relacionados con la comunidad, que es a la larga y constantemente el objeto y sujeto de la educación médica, tal como rezan los estatutos de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

4.1.1 La Comunidad que Esperamos y Deseamos para el Futuro

Las investigaciones y los nuevos conocimientos de la ciencia, así como las cifras estadísticas, nos dicen, que la conservación y el mejoramiento de la salud dependen fundamentalmente del cambio de estilo de vida, comportamiento y actitudes de la gente.

Las enfermedades más vulnerantes y prevalentes se relacionan con el comportamiento individual de la familia, tanto en los países en desarrollo como en los desarrollados.

Esto quiere decir entonces, que la conservación y mejoramiento del estado de salud de las poblaciones se obtendrá, cada vez en mayor proporción, como resultado del compromiso y decisión de millones de habitantes que irán cambiando sus hábitos y estilos de vida de manera progresiva, desde sus nichos ecológicos. Aún cuando ésto no es fácil, ya se van percibiendo progresos, y así podemos decir hoy por ejemplo, que

muchos colombianos están dejando de fumar; muchos colombianos están siguiendo una norma de dieta balanceada, disminuyendo la sal y los azúcares; muchos colombianos están haciendo ejercicios y deportes, y aún miles de colombianos y millones de personas en el mundo entraron a adoptar una nueva forma de conducta social ante el riesgo mortal del Sida.

Aspiramos y esperamos entonces a que las comunidades, incluyéndonos a nosotros mismos, que vayan llenando los escenarios del futuro, sean comunidades con estilos positivos de vida, diferentes a los de hoy, en virtud de decisiones e intervenciones que adoptemos y apliquemos en el presente.

Estas decisiones e intervenciones involucrarían diferentes tipos de acciones, pero entre ellas destacamos las siguientes:

Una primera, epidemiológica, social e intersectorial, desde el punto de vista de encarar lo que se ha venido denominando "Factores de Riesgos" (genéticos, bioquímicos, nutricionales, sicosocial y ambiental en general) y lograr en contraposición lo que se denominan "Factores de Protección"; ésto implica una nueva concepción con metodologías modernas, de las ciencias sicosociales, y de las ciencias de la comunicación tradicionales para ser incorporadas en los planes de estudios y en el quehacer de los profesionales de la salud con un enfoque innovador de la promoción y protección de la salud.

En el campo de la profesión médica, esta incorporación sería dentro del contexto de la articulación de las ciencias básicas y de las ciencias clínicas desde los primeros años de los estudios de medicina.

Otro tipo de acción, consiste en dar asentamiento, fortalecimiento y extensión a la concepción y praxis del "auto-cuidado", que operacionalmente consiste en la transferencia de los conocimientos elementales sobre la salud, al individuo y a la familia para que desde el hogar luchan con auto-suficiencia y responsabilidad, en la prevención de los factores de riesgo y en la promoción o fomento de su propia salud.

Desde este punto de vista, el auto-cuidado destaca la necesidad de dar cabida en los planes de estudios y en las acciones gubernamentales de los Servicios de Salud a lo que se viene denominando en Colombia "Salud Familiar", que incorpora sabiamente los aspectos biológicos, síquicos y sociales, así como la acción interdisciplinaria e intersectorial.

Un tercer tipo de acción es de naturaleza gubernamental, a través del "Plan General de Desarrollo" para hacer frente y cubrir las necesidades básicas del individuo y de la familia como factores de protección en contra de los factores de riesgo (vivienda, educación, empleo, recreación, alimentación, etc.); pero esta acción compromete también a todos los profesionales de la salud: el acto médico mismo, por muy personalizado que intrínsecamente sea, posee siempre un momento social, porque ser médico y ser enfermos son

roles sociales, y el encuentro médico-paciente, puede y deben sugerir guías para contribuir a solucionar problemas sociales que inciden sobre los problemas de salud.

Por ello, frente a acciones y políticas del gobierno actual enmarcados en un Plan Nacional denominado "Lucha contra la Pobreza Absoluta", la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina a su vez en articulación con este programa, ha diseñado acciones concurrentes enmarcadas dentro de su plan trienal 1989-1.990-1.991.

Un cuarto tipo de acción que va ligado al de los anteriores es el de la participación comunitaria. Sin embargo, personalizamos separadamente este enfoque porque "a menudo se piensa que la participación comunitaria consiste en que la población tome parte en el programa de Gobierno y nó a la inversa".

Es importante destacar aquí la intervención de la educación médica, en forma específica de la educación continua, en la formación de líderes institucionales-docentes y funcionarios de salud- así como formación de líderes comunitarios, que introduzcan el enfoque de la acción transformadora. Esto implica, a su vez, la incorporación en los planes de estudios de una nueva concepción y metodología de la educación en salud.

4.2 Expectativas en Relación con los Servicios de Salud.

¿Qué esperamos hacia el futuro de los Servicios de Salud? Ya hemos expresado en este documento las políticas magnas y "macros" sobre reorientación del Sistema Nacional de Salud, la consolidación de esa reorientación, la descentralización Municipal de los Servicios, la articulación entre el Sistema Nacional de Salud y la Seguridad Social, la articulación docente asistencial, etc., todas de singular importancia para el desarrollo de los servicios de salud y el acceso a ellos de las comunidades, con mejoramiento de la calidad.

Pero existen también algunas aspiraciones y esperanzas sobre enfoques y modelos "micros" de los Servicios de Salud desde el punto de vista de comportamiento y también desde el punto de vista de su desarrollo institucional y operativo. Estos modelos "micros" nos orientan hacia la acción. Veamos algunos de estos aspectos.

4.3 Comportamiento de los Servicios de Salud.

Así como hablamos del comportamiento futuro de nuestras comunidades, también requerimos de un comportamiento diferente al actual de los Servicios de Salud para lograr una acción recíproca en pro de la decisión y de la ideología de "Salud para Todos".

4.3.1 Comportamiento sobre Modalidad de la Atención en Salud en el Futuro.

Lo que ocurrirá en el futuro con la atención en salud lo expresa un distinguido salubrista, que por coincidir con el enfoque de Ascofame, lo transcribimos textualmente: dice así:

" El cuidado de la salud tiende y tenderá a desviarse hacia la casa, hacia la familia, hacia la atención externa, realidad que será estimulada por las mismas organizaciones hospitalarias como se observa ya con la cirugía ambulatoria, con la práctica de la medicina familiar en los Seguros Sociales, y con el régimen de altas precoces que viene imperando"

Como es obvio, se reconoce que el internamiento hospitalario no podrá desaparecer nunca ante la presencia crucial del fenómeno crítico de la enfermedad, pero constituirá un acto profundamente selectivo, programado en cuanto a su necesidad y duración. Este enfoque que llevará a un reordenamiento que permitirá a los hospitales complejos dedicarse en profundidad a sus labores reales incluyendo la investigación y constituyendo redes de atención, facilitando así el acceso de los individuos y población que han venido repressed, a las altas tecnologías cuando tuvieren necesidad de ellas.

Para poner en práctica esta actitud por parte de los Servicios de Salud, se requiere una formación de los futuros médicos diferente a la tradicional, y mientras ello se va cumpliendo, deberá actuar Ascofame y los Ministerios de Salud y Educación a través de la educación continua, por medio de procedimiento y proceso de capacitación y formación de líderes que sean capaces de impulsar este movimiento innovador.

4.3.2 Comportamientos de los Servicios de Salud como una Red Eficaz y Eficiente.

La política del Gobierno con la descentralización Municipal es la de llevar la salud básica a toda la población en el menor tiempo posible, propiciando el mejoramiento del nivel primario con presencia de la Universidad para ir dando allí espacio adecuado y calificado a la formación del médico general y al resto del personal generalista y auxiliar del sistema.

El Estado propicia así mismo, la política de trabajar simultáneamente por el mejoramiento y progreso de los hospitales del segundo y tercer nivel, tan deteriorados en la actualidad, porque se sostiene que nunca podrá existir un nivel primario fuerte estando debilitados los otros dos.

Entonces, el escenario futuro en que deseamos ver desenvolverse los Servicios de Salud es el siguiente:

Constitución de una red bien armónica de Puestos, Centros de Salud y hospitales pequeños, excelentemente dotados, comunicados con los hospitales mayores de los niveles secundario y terciario, que deben estar igualmente bien equipados, para que haya

interconsulta permanente que permita el ágil intercambio mediante una interconexión computarizada o sistematizada que dé calidad a la atención primaria.

Este comportamiento y operación de los servicios en forma de una red facilitaría la intervención de la educación médica en el sentido de que los estudiantes de medicina entrarían a ocupar el nivel primario como sede y base de su formación, en concordancia con el progreso de este sistema interconectado de redes.

4.3.3 Responsabilidad y Funciones de los Servicios de Salud en el Futuro desde un Punto de Vista Integralista.

Los Servicios de Salud, tal como los mira la educación médica colombiana en función del futuro, deben tener las siguientes responsabilidades, que a su vez sirven de referencia para orientar la formación del médico general.

4.3.3.1 Contribuir a cambiar el "estilo de vida de la gente".

Esta responsabilidad de los Servicios de Salud influye fundamentalmente en el control de riesgos mediante la práctica del auto-cuidado, responsabilidades de la salud propia, actitudes. Esta responsabilidad constituye el enfoque sico-social de la prestación de servicios de salud.

4.3.3.2 Contribuir a mejorar la biología humana en los tres ciclos, niñez, adultez y vejez.

Dentro de esta responsabilidad el médico, o el profesional de la salud debe tener conocimientos actuales sobre genética, biología molecular, inmunología, nutrición y aplicación integral de los conocimientos de ciencias clínicas. Esto constituye el esquema bio-científico dentro de la prestación de los Servicios de Salud.

4.3.3.3 La tercera responsabilidad de los Servicios de Salud consiste en contribuir a mejorar el ambiente físico, o sea, contribuir a abordar con los otros sectores mediante una integración funcional, aspectos relacionados con la ecología, la conservación de los recursos naturales y la organización y desarrollo del saneamiento ambiental. Este es el denominado esquema ecológico.

Las tres responsabilidades que se han identificado para los Servicios de Salud, y la medicina como ciencia, generan a su vez tres componentes del modelo educativo que están imbricados y que ya los mencionamos que son, el sico-social, el bio-científico y el ecológico. Este trípode se espera que actúe sobre el micro-proceso que se desarrolla en el micro-cosmos de la familia.

4.3.3.4 Otros aspectos adicionales del comportamiento que se espera para el futuro en cuanto a los Servicios de Salud se concretan en los siguientes puntos:

- Capacitación del personal en servicio para, desde un punto de vista general, manejar los aspectos de gestión y desarrollo administrativo, cuya ausencia es responsable en gran parte la ineficiencia y falta de eficacia de los Servicios de Salud del país.

Práctica de la Investigación Fundamentalmente aplicada.

Este aspecto exige la promoción de un ambiente adecuado desde la Facultad de Medicina y conocimientos y prácticas sobre metodología de la investigación.

Otro punto crucial desde el punto de vista de responsabilidades de los Servicios de Salud es en lo que respecta al proceso educativo de la comunidad. Esto requiere la asimilación en la Facultad de Medicina de técnicas pedagógicas y de comunicación básicas.

5. Los Enfoques en el Proceso de Formación Fundados en el Nuevo papel del Médico.

Tenemos hasta aquí una rica documentación para hablar con propiedad de esquemas para formar nuevos médicos, dentro del nuevo papel que les corresponderá asumir en concordancia con lo que se ha expresado.

En primer término, ya sabemos que la educación médica es por naturaleza prospectiva, que los estudiantes que se están formando hoy, solo en un lapso de 15 y más años estarán en pleno ejercicio de su profesión. De allí que uno de los esquemas que se han discutido en Colombia para la formación del médico tiene como fundamentación tres aspectos: el perfil epidemiológico, el asistencial y el educativo. El perfil epidemiológico le dá una visión futurista a la formación del médico ajustando el aprendizaje a la realidad del país; el asistencial, permite articular las actividades y tareas del médico dentro de los servicios de salud con el perfil profesional y los objetivos curriculares; el perfil educativo lleva a la utilización de todas las metodologías y enfoques modernos del proceso educativo.

En virtud de este esquema ya realmente no se requiere de los modelos de los países avanzados para tratar de superarnos imitándolos, pero sí en cambio se promueve la interdependencia en redes entre todos los países del orbe, como un movimiento positivo cuya utilidad se percibió claramente en la reunión de Edimburgo.

Igualmente, el esquema bio-sico-social acompañado de los denominadores comunes que hemos mencionado ya en páginas anteriores como son la investigación, docencia y administración, constituye un esquema que en Colombia se ha abierto paso porque responde a la nueva ideología de la salud, que busca no solo la cobertura total para todos los habitantes de un país, sino la calidad de esta atención.

Existe otro esquema de gran contenido pragmático que está constituido por tres grandes estrategias:

Una consiste en ubicar dentro del proceso de Integración docente-asistencial, la formación del médico general en los tres niveles de atención utilizando la táctica de ir tomando paulatinamente espacios cada día mayores en el nivel primario a medida que en dicho nivel se vaya avanzando en los aspectos de calidad asistencial, educativa e investigativa.

Esta estrategia, de rotar el estudiante por los tres niveles, lo expone a la experiencia de la atención con tecnologías complejas y no complejas; entre estas últimas están principalmente las ambulatorias, que encaran integralmente los problemas frecuentes, comunes, prevalentes de salud dentro del discurrir diario del individuo y la familia. Esta estrategia, repetimos, involucra el principio de integralidad en el sentido de que el estudiante de medicina debe rotar por los otros dos niveles, el secundario y el terciario, dentro de una proporción armónica en relación con su futuro desempeño.

La segunda estrategia de la educación médica contempla la atención hospitalaria, de alta tecnología médica, necesaria para el avance de la ciencia y para la lucha del individuo y del paciente contra la muerte, en momentos episódicos importantes. Es esta la estrategia básica para la formación del especialista, hecho que no se debe poner en contraposición con la formación del generalista, sino al contrario, buscar los cauces de articulación.

La tercera estrategia de este esquema es la de fortalecer, y darle a la educación continua un enfoque sistémico que permita asegurar, imbricada con la educación de pre-grado y post-grado, la continuidad con carácter permanente del proceso educativo, y alinear con conocimientos actuales a las Facultades de Medicina y a los Servicios de Salud para poder general cambios importantes.

Los tres esquemas planteados, el del "perfil epidemiológico, asistencial y educativo"; el del enfoque "bio-sico social" y el de las "estrategias" desglosadas, constituyen articulados el "Modelo Colombiano de Referencia" para la formación del nuevo médico.

El Modelo tiene la intencionalidad de que el médico que se está formando sea capaz no sólo de actuar en los escenarios del futuro, sino de tomar dentro de ellos las decisiones necesarias para generar cambios durante el ejercicio de sus funciones que aseguren que la prospectiva sea un fenómeno constante del devenir de la educación médica y salud.

SEGUNDA PARTE

SEGUNDA PARTE

EL PLAN DE ACCION

6. Plan de Acción para el Desarrollo de la Educación Médica.- 1.989 - 1.990 - 1.991

Introducción

Uno de los movimientos más importantes que he suscitado el enfoque de la planeación estratégica ha sido el de inducir a la acción y definir las estrategias para el desarrollo de ella.

En efecto, venía siendo tradicional escribir excelentes planes que luego no se llevaban a la práctica y quedaban reducidos a simples documentos.

La invitación que se hizo en la Conferencia Mundial de Educación Médica de Edinburgo para programar la acción, es oportuna porque en los países, los técnicos, los docentes, los funcionarios y las instituciones de educación y salud a pesar de que ya han agotado la parte pertinente de los principios, filosofía y discursos, insisten en su repetición, mientras somos reacios y demorados para entrar en la acción.

Nuestra Asociación ha venido presentando planes de acción trienales desglosando en programas anuales, con los respaldos presupuestarios que aprueba cada año el Consejo Directivo de la Asociación.

En virtud de la fuerte articulación que existe entre nuestra Asociación, el Ministerio de Salud, el Ministerio de Educación, el Instituto de los Seguros Sociales y las Asociaciones Colombianas de Facultades de Odontología y Enfermería, nuestro plan para el desarrollo de la Educación Médica tiene un contenido de vigorosa integración técnico-política, que permite que los programas que se aplican a las áreas experimentales, si son exitosos, pueden aplicarse y extenderse al país con el respaldo y apoyo gubernamental.

Un plan para el desarrollo de la educación médica debe contener elementos que se relacionan con la producción del personal de salud, su formación, utilización y evaluación. Igualmente debe incorporar todas aquellas acciones que contribuyan a mejorar el proceso de articulación docente asistencial, lo que equivale a decir, que la educación médica en su programación debe impulsar el desarrollo de los servicios de salud y a su vez éstos en su programación deben desarrollar acciones recíprocas.

Con estas premisas, y con todo el bagaje de fundamentación prospectiva que se ha detallado en este documento, presentamos a continuación una serie de programas y acciones en los cuales están involucrados aspectos políticos, institucionales y de servicios a la Facultad, sin considerar necesario, separar estas tres connotaciones.

Esta planeación del desarrollo en el trienio 1989-1990-1991, da apertura a la década del 90 y presenta en términos generales la siguiente concepción:

En 1.989, comenzaron las acciones relacionadas con programas nuevos y se consolidaron y extendieron los que vienen de años anteriores; en el segundo año, o sea en el presente, se fortalecerán los que se iniciaron en 1.989 y se extenderán a las otras Facultades de Medicina e instituciones de Salud los que aún no hayan sido incorporados; y el tercer año, corresponde a un mayor asentamiento de todos los programas y a su extensión e incorporación en los organismos y acciones del Estado Colombiano.

Dentro del espíritu de interdependencia universal y pertinencia nacional de nuestros programas, existen 6 de ellos, los primeros que se describen, que reciben el apoyo de la Fundación W.K. Kellogg.

Para no hacer voluminoso este documento, no intentaremos transcribir aquí los objetivos y actividades de estos programas los cuales aparecen completos en documentos que pueden ser solicitados en la secretaría de la Dirección Ejecutiva.

6.1 Los Programas

6.1.1 Programa de Autoevaluación y Revisión Curricular

La autoevaluación, utilizando el método del análisis prospectivo, es un programa que la Asociación inició hace cinco años, con esquemas que se han ido actualizando hasta llegar a una guía que tienen la pertinencia y autenticidad nacional.

Ascofame ha trabajado con las Asociaciones de Odontología y Enfermería en este proyecto y actualmente el 80% de las Escuelas Médicas marchan satisfactoriamente en el desenvolvimiento de este proceso y en el consecuente de una revisión curricular continua enfocada hacia una imagen objetivo deseable.

La Asamblea y el Consejo Directivo definieron la siguiente política:

"La Asociación, a través de la sede, proseguirá estimulando el proceso de autoevaluación en las Facultades de Medicina del país y éstas contribuirán en forma más rápida a implementar y aplicar los esquemas correspondientes con intervenciones que vayan introduciendo ajustes, correcciones e innovaciones en el currículo de acuerdo con la nueva realidad, escenarios y tendencias. La autoevaluación deberá ser tomada por las Facultades como instrumento para poner en marcha un proceso innovador de planeación estratégica que permita focalizar los problemas relevantes y diseñar periódicamente planes de desarrollo".

6.1.2 Programa de Salud Familiar en el Pregrado

La Salud Familiar la consideramos no como una disciplina, sino como una actitud que el médico general debe llevar al ejercicio de su profesión y que cualquier residente de cualquier programa de postgrado debe llevar también con él durante la práctica de su especialidad. Para el ejercicio profesional la Salud Familiar fortalece el aprendizaje en las 4 grandes áreas de la medicina: medicina interna, pediatría, cirugía, obstetricia y ginecología, y las integra con el enfoque social y con la práctica en el ecosistema.

Desde el punto de vista de la Facultad y de la proyección, es una forma de hacer extramural la enseñanza-aprendizaje, de hacerla así mismo integral, holística, de prohijar el aumento de cobertura, de exaltar la prevención y su aplicación, de darle forma a la atención ambulatoria.

El programa que tiene en marcha Ascofame con las Asociaciones de Enfermería y Odontología, ha sido discutido y presentado en todas las Facultades en seminarios, talleres, asesorías y el 80% de las Facultades ya sea en forma directa o indirecta, explícita o implícita, están incorporadas en este proceso

La Asamblea y el Consejo Directivo consideraron que hay necesidad de internalizar la actitud de la Salud Familiar en el estudiante de medicina de pregrado, como una forma de asegurar la armonía de una práctica clínica adecuada, con un ejercicio integral de las relaciones médico-paciente a través de un comportamiento científico, ético, humanístico, social y humanitario.

El Programa de Salud Familiar, ha desarrollado la primera fase cuyo objetivo fué motivar y capacitar docentes y asistenciales interdisciplinarios en el área de Salud Familiar, para que éstos pudieran incluir los contenidos teóricos en el currículo e iniciar programas de atención familiar en centros previamente seleccionados.

La siguiente etapa del proyecto se inicia teniendo como consideración el hecho de la existencia de programas teóricos, la inclusión y desarrollo de temas de salud familiar en el 80% de las Facultades y el desarrollo de programas de atención a las familias, en un 60% de las Facultades y en todos los Centros de Salud - Escuelas orientados por Ascofame.

6.1.3 PROGRAMA DE DESARROLLO EDUCACIONAL

Este programa tiene como objetivos fundamentales los siguientes:

1. Promover el desarrollo e inserción de las tecnologías educativas actuales en los programas de pre, postgrado y educación continua de las facultades de salud y en los organismos de prestación de servicios de salud dentro de las áreas de articulación docente-asistencial correspondientes.
2. Investigar, aplicar y evaluar tecnologías educativas apropiadas para los tres niveles del Sistema Nacional de Salud, dando prioridad al nivel primario en donde la metodología del aprendizaje ha estado ausente o en situación deficitaria.
3. Diseñar y extender esquemas innovadores de educación abierta y a distancia para el personal docente y de salud.
4. Asesorar al Centro de Desarrollo Educacional y a los Centros Periféricos de Salud en los aspectos de estructura, organización, funcionamiento y planes prospectivos.
5. Asesorar a todas las Facultades de Salud así como los Organismos de prestación de servicios respectivos en todos los aspectos concernientes a la educación en ciencias académicas de la salud.

6.1.4. PROGRAMA CENTRO DE DESARROLLO EDUCACIONAL

Los objetivos prioritarios de este programa son:

- 1.- Cumplir funciones de asesoría en aspectos de bibliotecología, documentación, producción de medios, material educativo, localización, adquisición y diseminación de la información y en el desarrollo de cursos, talleres, seminarios y reuniones en el campo de la educación.
- 2.- Servir de apoyo a todas las actividades educativas en la sede de ASCOFAME, y en las Facultades de Salud del país y de los organismos de salud respectivos.
- 3.- Constituir una red nacional de información con los Centros de Documentación y bibliotecología de Educación en Salud del país e insertarse a su vez en las redes internacionales pertinentes, para una prestación de servicios de calidad en materia de información y comunicación a las Facultades de Salud del país.
- 4.- Servir de núcleo dentro de sus funciones, a los Centros Periféricos de Salud, específicamente a sus secciones de documentación y medios, para mantener con ellos un sistema de intercambio y reciclaje e ir conformando así la 1ª instancia de la Red Nacional.
- 5.- Constituir en Bogotá un modelo para la prestación directa de servicios a usuarios que requieren de bibliografía, libros, documentos, Sistema Medlar/Medline.

6.1.5. Programas de: Integración Funcional en la Base de Servicios de Salud con Instituciones de Ciencias de la Salud, otros Sectores y la Comunidad.

Liderazgo en Salud

Educación Continua

Estos tres programas están fuertemente articulados entre sí y con las políticas de Salud del país. - Han recibido lo mismo que los tres anteriores, el apoyo de la Fundación Kellogg. A continuación se expresan sus principales características.

Programa de Integración Funcional en la Base.

La "Integración Funcional en la Base", se considera en este momento de especial trascendencia para el país y consiste en desarrollar un proceso de articulación académica y de los servicios asistenciales, que se realice desde la periferia hacia el centro con otros sectores del desarrollo constituyendo el denominado "Sistema Unico de Salud en la Base".

La Integración Funcional fortalecería en primera instancia la articulación entre los entes formadores de recursos humanos y los prestatarios de servicios y en segunda instancia la articulación con los otros sectores del desarrollo, que existen en las diferentes regiones o municipios del país, bien sean éstos entes públicos o privados. Esta primera y segunda instancia no quiere decir que se suceda en dos etapas cronológicas diferentes, sino que deben realizarse de manera simultánea, en una sola etapa teniendo como mira el progreso de la comunidad.

Objetivo General

Contribuir al desarrollo progresivo de "La Integración Funcional de la Prestación de Servicios de Salud en la Base" y la articulación del sector salud con otros sectores, apoyándose para ello en diferentes mecanismos, entre ellos la descentralización administrativa y fiscal, la salud familiar, la atención primaria y la participación activa de la comunidad.

Programa de Liderazgo en Salud

El "Liderazgo en Salud" debe ser visto bajo dos grandes ópticas:

- a. El Liderazgo Comunitario
- b. El Liderazgo del Personal en Salud (Líderes Institucionales).

En cuanto al primer aspecto se propone seleccionar, "Líderes Comunitarios" para que basados en sus propios conocimientos y experiencias, identifiquen los problemas o necesidades prioritarias de la correspondiente región en aspectos relacionados con la salud y en general con las necesidades básicas del ser humano (vivienda, vestido, alimentación, empleo, educación, etc.), propongan alternativas de solución a los problemas por ellos planteados y participen en la ejecución y evaluación de las mismas soluciones puestas en práctica.

En relación con los "Líderes institucionales en Salud" se seleccionarán de las mismas zonas y particularmente de los organismos de salud locales, profesionales que puedan liderar equipos interdisciplinarios y articular las necesidades y demandas con las alternativas de solución y con las propuestas efectuadas por los "Líderes comunitarios". En esta forma, se induciría el cambio a través de la educación y la organización comunitaria para facilitar su activa participación. Además los primeros tendrán la responsabilidad de capacitar los líderes comunitarios en acciones específicas de salud (diarreas, infecciones respiratorias agudas, saneamiento ambiental, etc.) y en el fortalecimiento en áreas sociales.

6.1.6 Programa de "Estrategias para el Desarrollo de la Educación
Continúa en Salud en Colombia.

Este es uno de los Programas claves de la Asociación para orientar el progreso de la educación médica en particular, y de las Ciencias de la Salud así como del Sistema de prestación de Servicios de Salud en general hacia el progreso y sobre todo hacia un futuro deseable, como se plantea en los escenarios del porvenir.

Dada la diversidad de intereses y la dispersión de recursos que actualmente se observa en las actividades de educación continúa en Colombia se ha considerado organizarla como un Sistema. Aquí, Sistema no significa una organización que ofrece educación continúa, sino la suma de actividades educativas, armónicamente organizadas para alcanzar máximo sinergismo; incluye también la organización que apoya y administra estas actividades y la relación entre las actividades educativas, la administración y las diversas entidades externas que ofrecen atención en salud.

El Sistema debe ejecutar un programa permanente a escala nacional; sus patrocinadores, el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguros Sociales, Instituto para el Fomento de la Educación Superior y las Asociaciones de Facultades de Medicina, Odontología y Enfermería han acordado que la administración del mismo sea responsabilidad de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina.

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 educación continua es necesaria por cuanto la educación inicial (básica o de pregrado) no garantiza un desempeño idóneo indefinidamente; capacita solo 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 pero está plenamente justificada y debe programarse cuidadosamente. Se han gastado cuantiosos recursos en la formación del personal y la competencia de éste será progresivamente menos exacta, menos significativa y menos pertinente a las necesidades y requerimientos de los Servicios a menos que la educación continua sea capaz de garantizar el acceso a la nueva información.

OBJETIVOS.

El objetivo general del programa es el de contribuir al desarrollo del Sistema Nacional de Salud, sus organismos, su personal y las comunidades a las que sirven mediante la aplicación de estrategias educativas que mejoren los procesos de normatización, gestión y supervisión de los servicios de salud.

Objetivos Específicos

1. Diseñar, implementar y evaluar un sistema único de educación continua en el país.
2. Capacitar líderes a nivel nacional, seccional y local para que ejecuten el programa.
3. Revisar el proceso normativo del Sistema Nacional de Salud, reformular normas, procedimientos y técnicas y traducirlos en material didáctico que facilite su aplicación.
4. Promover modificaciones en la educación de pregrado para que éste adopte un enfoque de solución de problemas y métodos de aprendizaje activos tendientes a inducir actitudes positivas hacia la educación continua.

5. Diseñar, desarrollar y evaluar métodos de supervisión y capacitar al trabajador de la salud en su aplicación.
6. Crear un sistema de acreditación institucional e individual para la educación continua en el país.
7. Promover la investigación sobre el desempeño y el trabajo del personal de salud.
8. Apoyar el desarrollo de los organismos locales de salud con un enfoque multisectorial, interdisciplinario y dentro de la política de descentralización administrativa y fiscal.

Los programas de educación continua deben reflejarse en modificaciones del estado de salud y en una mayor satisfacción de los usuarios por los servicios recibidos. Para lograrlo se parte de un diagnóstico que identifica las características de la población, su estado de salud, el medio en que vive y los servicios de salud de que dispone y utiliza.

El programa de actividades se cumplirá a lo largo de los años, evaluándolo, complementándolo y ajustándolo periódicamente.

En el año de 1988 se cumplieron las primeras etapas: elaboración de un documento, base de discusión que incluye el diagnóstico de la situación de salud, los aspectos conceptuales y metodológicos de la educación continua, la organización administrativa y un planteamiento inicial de los temas educativos, administrativos y de salud con los que debería iniciarse el programa.

Toda la conceptualización y programación de Educación Continua está condensada en un excelente libro dado por Ascofame a la publicación con el título "Educación Continua Un Sistema para Personal de Salud-Colombia".

6.1.7 Programa de Informática

Objetivos

La División de Evaluación con su Centro de Informática es la encargada de desarrollar este programa. Tiene como objetivo básico planear, analizar, diseñar, desarrollar, difundir y asesorar la sistematización de la información de los programas y actividades de la Asociación y de sus Facultades afiliadas.

El Centro trabaja y colabora con todas las reparticiones de Ascofame en la solución de los problemas de sistemas y análisis de información.

En general, sirve de apoyo al proceso de decisiones de Ascofame y a la planeación, desarrollo y control de sus programas, investigaciones y actividades administrativas.

El Centro de Informática está impulsando la creación de un Sistema Nacional de Datos sobre Educación Médica. La propuesta tiene por objetivo establecer una red que permita interconectar Facultades, Hospitales y Centros de Docencia Servicio - Comunidad con el fin de facilitar la recolección y difusión de información y hacer más eficiente las comunicaciones entre estas instituciones y Ascofame. Esta propuesta se vincula con las actividades que esta promoviendo FEPAFEM a nivel latinoamericano y dentro de las cuales, ASCOFAME sería el nodo central para Colombia.

Lo anterior hace necesario que ASCOFAME promueva la capacitación en el manejo y utilización de micro computadores y en los aspectos referentes al funcionamiento de la red central de Datos. Para el efecto ya se han diseñado las estrategias para avanzar en este importante aspecto.

6.1.8 Programa de Desarrollo de las Ciencias Básicas

El problema de la formación de docentes no puede separarse del epicentro crítico de las Ciencias Básicas.

Todos sabemos, en efecto, el diagnóstico de las Ciencias Básicas: crisis de docentes, crisis de equipos, crisis en las metodologías de aprendizaje, crisis en la información e informática, crisis de espacio.

Ante estos hechos se ha prospectado la siguiente programación:

A. Becas Nacionales en Ciencias Básicas Concedidas por ASCOFAME

Plan de Becas para adiestramiento a nivel nacional. El número de becas hasta ahora ha sido de 117 desde su inicio y del año 85 hasta el presente, han mantenido constante 7 becas anuales.

B. Convalidación del Año Rural

La Asociación obtuvo del Ministerio de Salud, que se convalidara el año rural por una rotación de un año en un Departamento de Ciencias Básicas para aquellos que tuvieran afinidad por alguna de esas disciplinas. Se ha tratado con ésto de fomentar la aproximación de los egresados a la carrera profesoral de las Ciencias Básicas.

C. Talleres de capacitación al personal profesoral de las Facultades para orientarlas en metodologías educativas e investigativas.

D. Cooperativa de Facultades

Promover una cooperativa cuando haya varias Facultades en una ciudad para compartir docentes de Ciencias Básicas.

E. Asesorar a las Facultades en la elaboración de un Plan de Desarrollo para la formación de docentes a un plazo medio de 5 años con definiciones concretas para cada año, dando le prioridad a las Ciencias Básicas. El objetivo es lograr con esta base conformar un Plan Nacional entre Ascofame, Icfes, Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, Colciencias y las universidades. Con los planes de cada Facultad, la Sede de Ascofame hará un consolidado para articular un Plan de Propuesta Internacional.

F. Asesorar a cada Facultad para que dentro de su universidad haga una programación anual que le permita solicitar cada año en el presupuesto universitario una partida para capacitación del personal docente en Ciencias Básicas.

- G. Cada Facultad en acuerdo con su universidad y con la asesoría de Ascofame revisará el proceso de selección y promoción de docentes, para presentar a las autoridades universitarias propuestas de cambio.
- H. Cada Facultad dentro del "Plan de Desarrollo para la Formación de Docentes", definirá incentivos fundamentales para el profesorado de Ciencias Básicas.

6.1.9 Programa de Investigación

En cadena con lo anterior, surge el problema de la investigación que está dispersa en la mayoría de las Facultades a través de pequeños proyectos, no concatenados, marginales, que no hacen cuerpo con la realidad global de la institución ni de su contexto. Hay falta de conocimientos acerca de la metodología de la investigación que impide a los profesores diseñar adecuadamente proyectos y transmitir conocimientos.

El programa de Investigación tiene los siguientes componentes:

- a) En aquellas Facultades en donde no existe una organización (llámese Unidad, Departamento, División, Centros, etc., de investigación), se procederá con la cooperación de Ascofame a constituirla con docentes idóneos. Estos docentes constituirán el núcleo de liderazgo para fomentar el ambiente científico e investigativo y deberán ser apoyados por la Sede de Ascofame.
- b) Se celebrarán en el presente año 3 Seminarios Regionales de Metodología de la Investigación.

- c) Todo estudiante, desde el inicio de los estudios y a lo largo de ellos, deberá realizar investigaciones con la ayuda de tutores, yendo de lo más simple hasta lo más complejo, incluyendo un estudio serio, evaluado convenientemente como requisito para optar el grado.
- d) Debe mantenerse un curso permanente de Metodología de la Investigación para estudiantes y docentes.
- e) El aprendizaje y práctica de la investigación debe ser continuo.

6.1.10 Programa de Etica Médica

De todas las Facultades de Medicina es conocida la necesidad de incorporar de manera formal la Etica Médica en el plan de estudios de las Facultades para que sirva de cauce y estímulo a la consolidación de un ambiente apropiado.

Para este efecto, la Asociación creó hace cuatro años en su Sede, el Programa de Etica Médica que ha involucrado nuevos conceptos entre ellos el de Bio-ética.

Este programa se viene desarrollando en forma ejemplar en las Facultades de Medicina del país con una serie de Talleres, Asesorías y actividades que han repercutido fuera de Colombia.

6.1.11 Programa de Selección de Estudiantes

Este es un punto muy interesante que fué debatido en una reunión en Villa de Leyva y que se considera que a pesar de que se han dado pasos importantes de progreso, aún tiene elementos y componentes de incertidumbre.

Se ha tomado por parte de Ascofame, la Facultad de Medicina de la Universidad del Valle como generadora de nuevas ideas y metodologías respecto.

Ascofame prohija la visita de Directivos de las distintas Facultades a la de la Universidad del Valle.

6.1.12 Programa de Internado

Este sector ha mejorado en cuanto a los aspectos de programación, pero existen incertidumbres en lo que respecta a áreas de influencia de las Facultades, matrícula del interno,, sus costos, colisión de matrículas cuando el interno de una Facultad es aceptado en el área de influencia de otra distinta.

Existe un problema agregado y es el que ha aparecido con la convalidación de títulos médicos que proceden de algunos países y muestran una preparación insuficiente y deficiente. Para superar el problema, el Icfes ha ordenado que pasen a hacer prácticas complementarias en nuestras Facultades y Hospitales. Esto parece que está agregando problemas a las Facultades.

El Programa de Internado se reforzará por parte de Ascofame con las siguientes actividades:

1. Elaboración de un Plan de Supervisión por parte de cada Facultad hacia los Hospitales y organismos donde se realice el Internado.

2. Diseño y ejecución de un Programa de Educación Continua por parte de las Facultades de Medicina y Servicios de Salud en los organismos donde se lleven a cabo Programas de Internado.
3. Re-acreditación de los organismos de Salud para Internado.
4. Reorientación de las áreas de influencia de las Facultades.

6.1.13. Programa para la Formación del Médico General en el Nivel Primario

Se diseñarán en algunas disciplinas esquemas integrales para orientar el desarrollo del aprendizaje en el nivel primario. Dentro de esta tarea de fortalecer el nivel primario y orientar las Facultades de Medicina hacia él, encomendamos a un experto con carácter de Asesor, la tarea de diseñar un Modelo de actividades del Médico General en este Nivel, utilizando como ejemplo, el Sistema Locomotor.

El trabajo se realizó y aparece condensado en dos libros publicados por Ascofame y la OPS, los cuales indudablemente servirán de referencia para que las otras disciplinas construyan modelos similares.

El Desbalance entre la Formación del Médico y su Utilización y Empleo.- No creación de Facultades de Medicina.

No escapa ya a nadie en Colombia la situación actual del médico y lo peor, en el futuro, si las tendencias prosiguen como van apuntando (23.000 médicos ahora y 53.000 en el año 2.000).

En la actualidad el 43% de los egresados no tiene acceso a la vida laboral y se percibe que en el curso de 12 años el porcentaje será de 50.

El aspecto relevante de este Programa lo constituye el estudio que Ascofame y la Asociación de Médicos viene realizando sobre los tópicos de Oferta y Demanda.

Por ahora, Ascofame y el Gobierno han considerado que constituye una incongruencia, incoherencia y contradicción con la realidad del país, entrar a crear durante un lapso razonable, cualquier Facultad de Medicina en el país.

Se considera que la creación de una nueva Facultad de Medicina desencadenaría la iniciación de un proceso irreversiblemente deteriorante de la Educación Médica y del sector de Salud en el país.

6.1.14 Programa de Postgrado

Esta área ha sido cuidadosamente estudiada aún cuando requiere de mayores investigaciones.

- Hay problemas en el aspecto de selección y se ha planteado por algunos, la posibilidad de hacer un examen de tipo nacional como primera instancia, sin excluir el esquema de selección propio de cada Facultad.
- Hay problemas de cupos frente a las disponibilidades de recursos de las Facultades y Hospitales.

- Hay problemas en los requisitos y programas mínimos con opiniones encontradas entre Facultades que sostienen que en algunas áreas el número de años es excesivo, mientras otras plantean que se hace indispensable, ante el déficit de preparación que existe en la parte de Ciencias Básicas e Investigación.
- Hay problemas en lo que respecta a la matrícula del Residente, desde el punto de vista de sus costos, conjuntamente con conflictos para su financiación.
- Hay problemas en cuanto a las responsabilidades de los docentes y el exceso de carga asistencial en el residente.
- Hay problemas en los aspectos de convalidación cuando los estudios se realizan en el exterior en áreas o disciplinas cuyos requisitos mínimos no han sido definidos en Colombia.
- Hay problemas sobre la preparación insuficiente con que llega el médico general al entrar a una especialidad.
- Hay problemas frente a la crisis de los Hospitales y el estado precario del nivel terciario en cuanto a tecnología moderna en determinadas instituciones.
- Hay problemas en cuanto a los métodos y procedimientos de evaluación de los programas.

Como resultado de lo anterior, se ha prospectado lo siguiente:

- a. Reunir tres veces al año el Consejo General de Educación, integrado por los Directores de Educación Médica y los diferentes Comités de Especialidades, para analizar éstos y otros problemas y llegar conjuntamente a definiciones firmes.

- b. Continuar la revisión de requisitos mínimos para los Programas de Postgrado a fin de introducir en ellos cambios significativos teniendo en cuenta los problemas anotados.
- c. Realizar con el Icfes las evaluaciones pertinentes y agilizar el programa de Acreditación de Hospitales.
- d. Se está desarrollando el estudio sobre la situación de las especialidades médicas en Colombia, el cual con la participación de las Divisiones de Evaluación y Educación de Ascofame y con la Asesoría de la Oficina de Educación Médica de la Universidad de Antioquia, está en la fase de recolección de la información sobre todos los programas de especialidades que hay en las 16 Facultades y elaborando un inventario de todos los especialistas.

6.1.15. Programa sobre Aspectos de Reestructura y Reorientación de ASCOFAME

El Concepto de Red

Las Directivas de la Sede de Ascofame están estudiando la estructura y organización de Ascofame para proponer al Consejo Directivo los cambios que fueren pertinentes frente a su papel en el futuro y teniendo en cuenta el enfoque de Redes, cuya filosofía es operante para una organización con instituciones revestidas de autonomía como son las Facultades de Medicina del país, de características propias pero unidas en los propósitos, objetivos y fines.

Como es obvio, siendo este un documento programático, está sujeto a revisiones y análisis continuos para dar a las acciones presentes los rumbos adecuados en la búsqueda de escenarios positivos hacia un futuro mejor.

Bogotá, Marzo 15 de 1.990

ADP/Cmsdo.

TERCERA PARTE

T E R C E R A P A R T E

P L A N D E A C C I O N 1.989 - 1.991

E S Q U E M A

<p><u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u></p>	<p><u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991</p>
<p>I. <u>Cambios Curriculares</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Redefinición del perfil educativo teniendo en cuenta el perfil ocupacional. - Definición de competencias. - Adecuada selección de estudiantes. 	<p>Cada programa va articulado con el otro. Aislados pierden relevancia.</p> <p>I. <u>PROGRAMA 1</u></p> <p><u>AUTOEVALUACION Y REVISION CURRICULAR</u></p> <p>Convierte la autoevaluación en un proceso de acción permanente que sirve de base a la <u>Revisión Curricular</u> para ir introduciendo y ajustando cambios curriculares.</p> <p>Involucra la autoevaluación institucional, la evaluación del aprendizaje, el monitoreo y seguimiento del desempeño profesional y la acreditación de los organismos de salud.</p> <p>Ha sido creada una División de Evaluación para la -- orientación y desarrollo del Programa.</p> <p>I <u>PROGRAMA 2</u></p> <p><u>SELECCION DE ESTUDIANTES</u></p> <p>Está orientado a un análisis de los procesos de selección vigentes para lograr el ingreso de estudiantes cuya calidad humana coadyuve a lograr la imagen-objetivo que se espera del profesional médico en el porvenir.</p> <p>Se trata de explorar con metodologías adecuadas, a más de los conocimientos y antecedentes académicos</p>

PLAN DE ACCION - 1.989 - 1.991

2.

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
	<p>los comportamientos personales, familiares y comunitarios.</p> <p>El Programa busca tambien ajustar el número de egresos a la capacidad real de la Institución.</p>

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
<p>II. <u>Cambios de estrategias en el aprendizaje.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Articulación de las Ciencias Básicas, Clínicas, Sico-sociales desde el inicio de la carrera. - Enfoque del aprendizaje por problemas. - Rotación de los estudiantes por los tres niveles operativos del Sistema de prestación de Servicios de Salud dando prelación al nivel primario. - Prácticas en el ámbito familiar, comunitario y domiciliario. 	<p>II. <u>PROGRAMA 3</u> <u>DESARROLLO EDUCACIONAL</u></p> <p>Su objetivo es lograr la inserción de tecnologías y métodos educativos modernos y apropiados en los programas de Pregrado, Postgrado y Educación Continua.</p> <p>Una de las metodologías prioritarias acogida es la del aprendizaje mediante la solución de problemas.</p> <p>Incorporación de técnicas educativas apropiadas en el nivel primario.</p> <p>El programa involucra la capacitación de:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Directivos, Decanos, Jefes de Servicios de Salud, Docentes, funcionarios, líderes y por supuesto - estudiantes. <p>Se dá prioridad a la capacitación del personal de salud del nivel primario.</p> <p>II. <u>PROGRAMA 4</u> <u>SALUD FAMILIAR EN EL PREGRADO</u></p> <p>Conlleva una actitud que permita estudiar integralmente los problemas de salud del individuo, la familia, la comunidad.</p> <p>Incorpora los siguientes aspectos que deberán refle</p>

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
	<p>jarse en cambios en el estilo de vida y actitudes de la comunidad:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Atención continua a un grupo definido de población. - Autocuidado, autogestión, promoción de la salud, prevención, enfoque bio-sico-social, atención ambulatoria, diagnóstico y tratamiento oportunos. <p>Fundamenta su acción y proyección en el enfoque de riesgos y en la dinámica de salud de la familia.</p>

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991						
<p>III. <u>Cambios que lleven al reforzamiento del nivel primario y parte del secundario para crear en ellos espacios a la docencia, a la salud básica y al desarrollo de la descentralización municipal.</u></p> <p>Los organismos del nivel primario tienen problemas de: Demanda (poca); Oferta (deficiente, insuficiente); docencia (escasa); Comunicaciones.</p> <table border="0" style="margin-left: 20px;"> <tr> <td>Transporte</td> <td rowspan="4" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="4" style="vertical-align: middle;">Precarias</td> </tr> <tr> <td>Referencias.</td> </tr> <tr> <td>Educación Continua.</td> </tr> <tr> <td>Investigación</td> </tr> </table>	Transporte	}	Precarias	Referencias.	Educación Continua.	Investigación	<p>III. <u>PROGRAMA 5</u></p> <p><u>INTEGRACION FUNCIONAL EN LA BASE</u></p> <p>Articula a nivel local los sectores de la Docencia y los Servicios de Salud con los otros sectores, especialmente en lo atinente con la Seguridad Social.</p> <p>Se fortalece al nivel primario y se dá relevancia a la comunidad dándole participación en el proceso administrativo.</p> <p>Este Programa recibe un apoyo sólido de educación continua.</p> <p>III. <u>PROGRAMA 6</u></p> <p><u>ACTIVIDADES DEL MEDICO GENERAL EN EL NIVEL PRIMARIO</u></p> <p>Diseño y puesta en marcha de un modelo para orientar la enseñanza aprendizaje en el nivel primario y los aspectos de resolución de problemas en ese nivel así como la referencia de pacientes.</p> <p>El diseño del modelo está ya hecho y falta su aplicación.</p>
Transporte	}			Precarias			
Referencias.							
Educación Continua.							
Investigación							

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
	<p>III. <u>PROGRAMA 7</u></p> <p><u>CAPACITACION Y FORMACION DE LIDERES</u></p> <p>El programa busca desarrollar las potencialidades de liderazgo de las personas e instituciones.</p> <p>Capacita con técnicas más a fondo a los que tienen mayor potencialidad.</p> <p>Consta de dos subprogramas:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Capacitación de líderes institucionales. - Capacitación de líderes comunitarios. <p>Va dirigido a todos los niveles pero fundamentalmente al primario.</p> <p>III. <u>PROGRAMA 8</u></p> <p><u>CENTROS PERIFERICOS DE DESARROLLO PARA LA DOCENCIA SERVICIO (CENTROS -ESCUELA).</u></p> <p>Cada Facultad tendrá un Centro de Salud del nivel primario, que se está organizando como "Escuela" para capacitar docentes, funcionarios, líderes - institucionales, líderes de la comunidad.</p>

7.

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
	<p>Así como el Hospital Terciario es un Centro Universitario en igual forma lo serán en su nivel estos Centros Periféricos.</p> <p>Los Centros reciben el aporte de un programa específico de educación continua involucrado en el Proyecto Kellogg.</p> <p>Ya están organizados 10 Centros y en el curso del año estarán funcionando 11 más, lo que equivale a decir uno por cada Facultad.</p>

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
<p>IV. <u>Reorientación del último año de estudios del alumno de una Facultad de Medicina.</u></p> <p>Este último año, que es diferente al que se realiza en algunos países después de finalizados los estudios de pregrado, es importante por la delegación de responsabilidades que se le entrega al estudiante para fortalecer su capacidad de decisiones.</p>	<p>IV. <u>PROGRAMA 9</u></p> <p><u>INTERNADO</u></p> <p>El internado requiere de una reorientación en el sentido de que deben rotar los estudiantes por los organismos de diferentes niveles operativos; deben recibir una supervisión adecuada y reforzar el hábito de la educación continua, de la ética de la educación en salud (comunitaria) y de la proyección social de la práctica profesional.</p> <p>El Programa comprende la inducción para:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rotación organizada por los 3 niveles del Sistema de Prestación de Servicios. - Supervisión adecuada (Orientación educativa) de su desempeño. - Orientación sobre la Ley de Etica. - Sobre el sistema de referencias. - Sobre vigilancia epidemiológica y aspectos generales de la administración. - Educación en salud.

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
<p>V. <u>Cambios para dar espacio permanente al desarrollo de la Ciencia y la Tecnología.</u></p> <p>La proyección de la docencia hacia el nivel primario, la comunidad y la familia, debe ir acompañada, como ya lo dijimos, de un desarrollo equilibrado de la Ciencia y la Tecnología.</p> <p>Sería absurdo que el país y la educación médica por recuperar y reforzar la dimensión social, humanística, humanitaria y ética de la medicina, tan necesaria, cayera en el retroceso de limitar el avance científico y tecnológico.</p> <p>Los programas de Pregrado no deben oponerse o entrar en colisión con los Programas de Postgrado, sino al contrario, articularse, sin que los segundos, tengan que ser complementarios de los primeros.</p> <p>Ambos deben tener como medio esencial de desarrollo y progreso la educación continua.</p>	<p>V. <u>PROGRAMA 10</u></p> <p><u>CAPACITACION Y FORMACION DE DOCENTES EN CIENCIAS BÁSICAS</u></p> <p>En Colombia viene ahondándose una crisis por escasez de docentes en Ciencias Básica; ausencia de incentivos para ellos; desconocimiento de metodologías modernas para el aprendizaje en estas áreas; falta de articulación con las Ciencias Clínicas; - escasez de elementos y equipos actuales; insuficiente número de revistas, textos y material bibliográfico.</p> <p>El Programa trata de ir llenando vacíos y superando paulatinamente fallas mediante:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Concesión de becas al profesorado. - Estímulos a estudiantes destacados en un área de las Ciencias Básicas para que realicen en ella el Servicio Social Obligatorio con posibilidades de capacitarlos para la docencia. - Capacitación de docentes por medio de programas de educación continua (talleres-seminarios, etc) - Articulación con el ICFES para consecución de equipos, materiales, textos, revistas.

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
	<p>V. <u>PROGRAMA 11</u></p> <p><u>INVESTIGACION</u></p> <p>El Programa incluye los siguientes aspectos y elementos:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Estímulo para crear un ambiente o clima apropiado por medio de "grupos", "unidades" o "centros promotores" en las Facultades y organismos de salud. - Educación continua (cursos, talleres, seminarios) sobre metodología de la investigación, diseño y realización de proyectos. - Promoción de docentes mediante realización de trabajos. - Orientación del estudiante desde su ingreso a comprenderse y familiarizarse con el proceso investigativo. Diseño y presentación de trabajos por el estudiante progresivamente complejos hasta llegar a uno final antes de graduarse. <p>V. <u>PROGRAMA 12</u></p> <p><u>PROGRAMAS DE POST-GRADO</u></p> <p>El Programa tiene los siguientes componentes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reorientación de los requisitos y programas mínimos. - Reorientación del proceso de acreditación de Hospitales.

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
<p>VI.- <u>Cambios en el concepto tradicional de la - Deontología Médica para dar apertura a los conceptos actuales de la Etica Médica y Bio-Etica.</u></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fortalecimiento y desarrollo de las Ciencias Básicas y de la investigación en cada uno de los programas. - Inventario de tecnologías "duras" (equipos y elementos) para inducir a su actualización y nuevas adquisiciones programadas racionalmente. - Desarrollo de programas de Educación Continua. - Desarrollo profesoral. - Bienestar del Residente. <p><u>PROGRAMA 13</u></p> <p><u>PROGRAMA DE ETICA MEDICA -BIO-ETICA.</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Creación -fortalecimiento- de un ambiente de Etica en todas las Facultades y Organismos de Salud del área de influencia. - Preparación de Profesores. - Diseño de modelos de internalización y aprendizaje. - Producción de libros (2) - Revisión de la Ley de Etica. - Creación del Instituto Nacional de Bio-Etica.

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
<p>VI. <u>Balance entre el N° de médicos que se espera formar hacia el futuro y sus aspectos de utilización y empleo.</u></p>	<p>VI. <u>PROGRAMA 14</u></p> <p><u>BALANCE ENTRE LA FORMACION -PRODUCCION- UTILIZACION EMPLEO DEL MEDICO.</u></p> <p>En Colombia como en la mayoría de los países del mundo existe un desbalance entre la cantidad de médicos que se están formando y la capacidad de absorción - por parte del Estado.</p> <p>El programa tiene como objeto inducir a:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Reajuste del número de ingresos en relación con la capacidad docente de cada Facultad, lo que implica una disminución de ingresos para la mayoría de -- ellos. - Aceptación anual de una sola promoción de ingreso de estudiantes en vez de dos. - No creación de nuevas Facultades de Medicina por - un tiempo prudencial. - Propuesta de fórmulas al Gobierno para articular las necesidades reales de la comunidad, la <u>poten</u> cialidad de producción de las Facultades y la <u>ca</u> pacidad de absorción por parte del Estado.

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
<p>VII. <u>Programas de Apoyo</u></p> <p>Todos estos programas enumerados hasta aquí requieren de una infraestructura vigorosa de apoyo, de unos medios que faciliten su cabal cumplimiento y desarrollo.</p> <p>Dos de estas infraestructuras tienen la categoría de Centros, pero obviamente constituyen programas de-ASCOFAME-.</p>	<p>VII. <u>PROGRAMA 15</u></p> <p><u>SISTEMA NACIONAL DE EDUCACIÓN CONTINUA</u></p> <p>La Educación Continua es componente esencial de la administración de los recursos humanos y constituye la vía más corta y expedita para actualizar las competencias necesarias para mejorar la pertinencia y calidad del trabajo del personal en servicio.</p> <p>ASCOFAME ha organizado y lidera un sistema unificado de Educación Continua en cuyo desarrollo participan el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguros Sociales, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior y las Asociaciones Nacionales de Facultades de Ciencias de la Salud, con el patrocinio de la Fundación W.K. Kellogg. La concentración de esfuerzos y recursos de los diferentes estamentos participantes en el Sistema facilitará unidad de política, concentración y óptima utilización de los recursos para la operación uniforme del Sistema.</p> <p>El programa está orientado hacia la solución de problemas prioritarios, utilizará una diversidad de métodos educativos -presenciales y a distancia- integrados con la supervisión, con enfoque multidisciplinario e intersectorial.</p>

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
	<p>Las omisiones y deficiencias identificadas por la Educación Continua deben retroalimentar a la primera para que se instituya la acción correctiva. Por otro lado, se espera que la educación de pre grado estimule actitudes positivas hacia un aprendizaje permanentemente autodirigido y que sus responsables sean coparticipes de la supervisión como un método educativo.</p> <p>El Sistema desarrolla las siguientes estrategias:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Organización de grupos de trabajo (interdisciplinarios e intersectoriales) para: <ul style="list-style-type: none"> - Elaboración de normas, manuales y proyectos. - Planeación, dirección y evaluación de eventos de capacitación. 2. Organización de grupos de consulta para analizar sintetizar y acordar propuestas en el ámbito de competencia del programa. 3. Capacitación de personal de los servicios de salud para planear, ejecutar y hacer el seguimiento de actividades propias del programa.

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
	<ol style="list-style-type: none"> 4. Diseño, elaboración y utilización de materiales y medios para la capacitación de grupos y personas en las comunidades y en los servicios de salud. 5. Planeación, dirección y evaluación de talleres seminarios y reuniones de trabajo y consulta para capacitar personal de servicios y de la docencia y llegar a consenso en políticas, directrices y decisiones dentro del área de competencia del programa. 6. Financiación de estudios e investigaciones dirigidos a completar el diagnóstico de necesidades de la educación continua y a retroalimentar el sistema nacional de educación continua. 7. Utilización de medios de comunicación para llevar los contenidos de la educación continua al personal de salud y a la comunidad. 8. Adopción del enfoque de cascada para la ejecución del programa. 9. Movilización de recursos humanos y financieros, dentro y fuera del país.

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
	<p>VIII <u>PROGRAMA 16</u></p> <p><u>CENTRO DE INFORMATICA</u></p> <p>El Centro de Estadística e Informática tiene como objetivo básico planear, analizar, diseñar, desarrollar, difundir y asesorar la sistematización de la información de los programas y actividades de la Asociación y de sus Facultades afiliadas, sirve de apoyo al proceso de decisiones de ASCOFAME y a la planeación, desarrollo y control de sus programas, investigaciones y actividades administrativas.</p> <p>El Centro mantiene una base de datos sobre estudiantes aspirantes, admitidos, matriculados, egresados y graduados de las 21 Facultades de Medicina existentes en el país y, además, información sobre <u>es</u>tudiantes de postgrado y docentes.</p> <p>El Centro ha ampliado su equipo de computación para incorporar información administrativa y contable y para registrar los numerosos eventos de educación continua que realizará ASCOFAME y las características de éstos.</p> <p>El Centro apoya y asesora otras reparticiones de ASCOFAME para la sistematización de su información.</p>

ESQUEMA

<u>Cambios que se perfilan como necesarios para aproximarnos al futuro deseable y posible.</u>	<u>Intervenciones - Acciones para ir logrando los cambios.</u> PROGRAMAS -1.989-1.991
<p>ADP/mdr.</p>	<p>IX. <u>PROGRAMA 17</u></p> <p><u>CENTRO DE DESARROLLO EDUCACIONAL</u></p> <p>Es una Unidad de diseño, desarrollo de estrategias y asesoría de programas educativos en salud; de producción de medios de apoyo encaminados al mejoramiento docente y profesional y fortalecimiento de la información en el campo de la educación médica y la salud.</p> <p>Actualmente sirve de apoyo a la red de "Centros Periféricos de Desarrollo" y en la ejecución de un programa permanente de capacitación de líderes, mediante talleres nacionales y regionales, producción de medios y material educativo, organización de un red de información, realización de reuniones periódicas, asesoría y tutoría presencial y a distancia y ejecución de proyectos específicos de acuerdo con problemas identificados en el seno mismo de las instituciones educativas y de salud.</p>

ALGUNOS RASCOS CRUCIALES DE ESCENARIOS FUTUROS
IMAGEN-OBJETIVO QUE HAN SERVIDO DE REFERENCIA -
PARA EL PLAN DE ACCION 1.989 - 1.991

1. Esperamos hacia el futuro, en virtud de las acciones que se están desarrollando en el presente, un profesional formado con un enfoque bio-social, con conocimientos suficientes en administración, investigación y docencia; formado así mismo, de acuerdo con el perfil epidemiológico asistencial y educativo del país; adiestrado en proporción adecuada en los tres niveles del Sistema Nacional de Salud, primario, secundario y terciario; orientado hacia la práctica de un trabajo en equipo; con competencias

definidas en concordancia con su futuro desempeño profesional; con concepción ética de su profesión que le permita articular la ciencia con los aspectos humanísticos y humanitarios; conocedor desde un punto de vista general, de los procesos básicos de la informática; deberá estar en capacidad de seleccionar, utilizar y producir la información pertinente; en resumen, como ya se ha planteado, un médico que sea interlocutor atento, observador, comunicador, clínico competente, practicante de las técnicas de la promoción de la salud y prevención, inquisitivo, con conocimientos básicos para contribuir a la educación en salud del individuo, la familia y la comunidad; estudioso, administrador de los recursos a su cargo, y con una actitud clara, franca e internalizada de continuar el aprendizaje por medio del proceso de la educación continua.

2. En cuanto a la producción de médicos, se prevé un futuro que permita lograr un balance entre la producción cuantitativa de ellos, frente a las necesidades reales de la comunidad y frente también a la capacidad de captación o absorción del Estado para los fines de una utilización y empleo adecuados.
3. En cuanto a la evaluación, se espera consolidar hacia el futuro un proceso organizado en lo que respecta a la evaluación del aprendizaje, seguimiento y monitoría de los egresados en su desempeño profesional, e incorporación de la práctica constante de la auto-evaluación para asegurar la calidad del desarrollo institucional.
4. En lo que respecta a la docencia-asistencia deberá ser el ámbito dentro del cual se movilice con vigor la educación médica hacia el futuro, por medio de una planificación y acción formalizada no solo en virtud de convenios sino a través de la creación de un ambiente propicio que

- permita el trabajo conjunto fundamentalmente en la base, por medio de los prospectos de integración funcional en que ahora se viene trabajando y en desarrollo de la descentralización municipal.
5. Punto crucial de la imagen-objetivo es la articulación estrecha que en el futuro debe existir entre el sistema de la prestación de Servicios de Salud y la seguridad social para fines de expansión de la cobertura, de la atención primaria y de la promoción de la equidad y justicia social en el campo de la salud.
 6. Los estilos de vida, actitudes y comportamientos de la comunidad deberán haber cambiado en forma positiva, reemplazando los factores de riesgo por factores de protección y ocupando espacios la educación en salud y la proyección social de la medicina, por medio de una práctica adecuada de sus profesionales.
 7. Se espera que los Servicios de Salud estén vigorosamente articulados en sus diferentes niveles de atención por medio de Redes de comunicación sistematizada, adecuado transporte y medios excelentes de referencia.
 8. Los servicios de salud deberán orientar su acción no solamente hacia los aspectos biológicos y curativos sino también a los sico-sociales y ecológicos, con una atención continua y permanente a grupos poblacionales definidos.
 9. Hacia el futuro deberá existir una masa crítica de líderes institucionales y comunitarios en todos los niveles que permitan comprometer a los docentes, a los funcionarios de salud y a las comunidades en los procesos de cambio que se vayan requiriendo.

10. Los aspectos modernos de la gestión administrativa, especialmente lo relacionado con planeación estratégica, supervisión y toma de decisiones, deben estar inmersos dentro del ambiente de las instituciones formadoras del recurso humano para la salud y en todos los organismos de prestación de servicios.
11. La descentralización municipal debe haber llegado a un modelo de excelencia operativa, y la salud básica a nivel local no deberá ser la sola aspiración sino una atención justa en todos los niveles del Sistema de Salud de acuerdo con la complejidad de la problemática individual de salud.
12. Para los fines del médico que se requiere en el futuro deseable, es indispensable la definición de sistemas de selección adecuados para el ingreso a las Facultades.
13. Deberán estar en pleno desarrollo, metodologías modernas que hagan realmente el aprendizaje activo, fundamentalmente por medio del método de solución de problemas. Así el proceso de las articulaciones, tales como el de las Ciencias básicas con las ciencias clínicas y ambas con las sico-sociales, podrá hacerse efectivo.
14. Se espera que haya profesores que se distingan no solo por sus competencias profesionales, sino que sean verdaderos docentes, idóneos en técnicas pedagógicas, poseedores de virtudes éticas, con calidades no inferiores a las que se definen para los médicos generales de ese futuro deseable. Los programas o la formación del médico de postgrado debe ajustarse a requisitos mínimos, acreditación de hospitales y a políticas definidas que establezcan articulaciones entre el post-grado, pre-grado y educación continua.

15. El avance de la Ciencia y la tecnología deberá continuar estimulándose, dotando a los hospitales continuamente de aquellos equipos indispensables para este fin pero sujeta la programación a decisiones de una "Comisión especial sobre tecnologías", y sin duplicar esfuerzos dentro de una misma región.
16. La investigación deberá estar incorporada a las acciones, actividades y tareas de las instituciones y en el quehacer médico.
17. La educación continua deberá estar incorporada como fundamento central de manera permanente tal como su nombre lo indica, a lo largo de la vida de los profesionales de la salud. Esta incorporación deberá estar expresa en actitudes y en una voluntad permanente de proseguir los estudios que inició en el pregrado.

Los anteriores puntos o aspectos cruciales de una imagen-objetivo o de un futuro deseable hacia el próximo siglo, con una proyección más definida señalada para el año 2.010 por algunos educadores y administradores de la salud colombiana, aparentemente se mostraría como inserta en un esquema idealista y utópico, pero las utopías pueden plasmarse en hechos y realizaciones por medio de las acciones, de la persistencia y de la firme voluntad de hacer decisiones en el presente conociendo las implicaciones que van a tener en el futuro.

- C. El Esquema de un Plan y de una Programación para ir logrando la imagen-objetivo.

El esquema de un Plan y de una Programación se presenta para fines prácticos en dos columnas; una, en la que aparecerán los cambios que se consideren importantes inducir, para ir avanzando progresivamente hacia la imagen-objetivo o futuro deseable.

Otra, en la cual se especifican los programas definidos por la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina como intervenciones y acciones para ir logrando esos cambios y alcanzar el futuro deseable. Estos programas se miden o juzgan por su pertinencia o justificación, frente a los cambios que se proponen; por su eficiencia, en cuanto al cumplimiento de sus objetivos frente a los costos; por sus mecanismos de control, seguimiento y monitoría para ir midiendo el progreso, y haciendo ajustes y correcciones en la marcha; y finalmente por una evaluación integral que garantice el desarrollo de una planeación estratégica.

Entre estos Programas hay algunos que viene desarrollando la Asociación y las Facultades de Medicina del país desde años anteriores, los cuales buscan consolidación y mayor asentamiento; otros que tienen apertura este año y que tratarán de incorporarse en el quehacer de las Facultades y organismos de Salud; ambos tipos de programas cronológicamente diferenciados, en el tercer año -1991- buscarán su inserción definitiva en la esfera estatal.

Es importante así mismo dejar sentado que un número significativo de programas se cumplen articuladamente con las Asociaciones de Facultades de Enfermería y Odontología.

Bogotá, III-8/89

ADP/mdr/cms.

LA PLANEACION ESTRATEGICA Y LA REVITALIZACION DEL SERVICIO PUBLICO (*)

(*) N. de T.

Los autores pertenecen al Centro de Estudios sobre Gerencia Estratégica de la Universidad de Minnesota. Se agradece la autorización de traducción y publicación que hacen expresamente sus autores y editores. El artículo aparecerá publicado en inglés en: Robert Donhardt y Edward Jennings, Editores, *Toward a New Public Service*. Columbia, Missouri: University of Missouri Press, 1987.

Traducción de Jorge Hernán Cárdenas para el Programa de Alta Gerencia de la Universidad de los Andes. El profesor Cárdenas es Ingeniero Industrial actualmente vinculado al Departamento Nacional de Planeación.

Se agradecen los comentarios de Alvaro Viana V., a la primera versión de la traducción.

JOHN M. BRYSON
ANDREW H. VAN DE VEN
WILLIAM R. ROERING

I. INTRODUCCION

Los gobiernos se enfrentan a una serie de grandes desafíos. Su situación ha cambiado en forma dramática en los últimos 10 años como resultado de las crisis del petróleo, los cambios demográficos, los cambios de valores, los límites en la imposición de impuestos, la indexación tributaria, la reducción del marco legal que permite la intervención, la devolución de responsabilidades al sector privado y una economía volátil. Como resultado, las fuentes tradicionales de ingresos para la mayoría de gobiernos, son estables en el mejor de los casos, o altamente impredecibles o en disminución, en el peor de los casos. Además, y mientras las transferencias intergubernamentales no aumentan el público no dejan de ceder en sus demandas que por servicios hace al gobierno.

Otra serie mayor de cambios ha hecho que la situación sea aún más difícil. Estos cambios -los cuales han llegado a ser dramáticamente aparentes desde, digamos, finales de la administración Nixon- incluyen el trastoque de tres distinciones tradicionalmente importantes: entre lo local y lo internacional, entre áreas de políticas pública y entre lo público y lo privado.

La absolescencia de la distinción entre lo local y lo internacional fue dramatizado por los embargos de petróleo de 1977 y 1978. Obviamente, la economía de los Estados Unidos es parte de la economía mundial y cualquier conmoción en el exterior tiene repercusiones locales inmediatas.

Las distinciones entre las áreas de política pública también son difíciles de mantener. Por ejemplo, la reforma educativa es elogiada como un tipo de política industrial que ayudará a las firmas americanas, a hacerle frente a la competencia extranjera. Una economía fuerte es vista como algo esencial para mantener bajos los costos de los servicios humanos. Las conexiones entre las políticas industriales nacionales y de empleo y sus implicaciones en el desarrollo económico local son difícil de ignorar.

Finalmente, cada vez es más difícil trazar un límite exacto entre el sector público y privado. Los sistemas de armamento no se producen en arsenales gubernamentales sino por la industria privada. Los impuestos no los recauda el gobierno sino que son retenidos por organizaciones

privadas a sus empleados y girados a su dueño. Cuando dos de las funciones fundamentales de la soberanía -la producción de armas y la colección de impuestos- son manejadas por el sector privado, entonces muy seguramente los límites entre los sectores público y privado se confunden en forma irreparable. La confusión de las tres distinciones significa que hemos pasado a un mundo de interconexiones, un mundo de interdependencias -un mundo en el cual ninguna organización o institución está totalmente a cargo y sin embargo muchas están involucradas o afectadas o tienen una responsabilidad parcial para actual (Lucke, 1984).

La combinación de una reducción del marco legal y del mismo apoyo financiero de los gobiernos, una economía estancada o volátil, unas demandas al gobierno estables o en aumento por servicios, más la confusión de las tres distinciones, significa por lo menos tres cosas: primero, los gobiernos tienen que ejercer toda la discreción posible en las áreas que están bajo su control. Segundo, los gobiernos tienen que ser hábiles en el desarrollo de estrategias para hacerle frente a estas circunstancias y tercero, los gobiernos tienen que desarrollar un sistema coherente y defendible para la toma de decisiones.

La planeación estratégica es una serie de actividades orientadas para ayudar al gobierno con estas labores. Como lo anotaron dos de los primeros proponentes de su uso por los gobiernos, "la planeación estratégica es un esfuerzo disciplinado para producir decisiones fundamentales que moldeen la naturaleza y dirección de las actividades gubernamentales dentro de los límites constitucionales" (Olsen y Eadie, 1982:4). Como máximo, la planeación estratégica exige la recopilación de información a gran escala pero efectiva, una exploración de alternativas y un énfasis en las implicaciones futuras de las decisiones actuales. Además, puede facilitar la comunicación y la participación, el ajuste de intereses y valores divergentes, una toma de decisiones bien enfocadas, razonablemente analítica y ordenada y una implantación exitosa. Cuando se hace bien, la planeación estratégica proporciona un enfoque para la revitalización de los gobiernos y del servicio público.

II. ¿COMO SE LLEVA A CABO LA PLANEACION ESTRATEGICA?

En esta sección presentaremos un proceso genérico de planeación estratégica para los

gobiernos. El proceso se resume en la Figura 1. También discutiremos la forma en que se podría aplicar este proceso a través de los niveles de un gobierno, como se muestra en la Figura 2. A lo largo del documento veremos la planeación estratégica como una función primordial de la rama ejecutiva del gobierno.

Un proceso genérico de planeación estratégica, resumido en la Figura 1, representa una adaptación para el sector público de los modelos para la planeación estratégica del sector privado (ver, por ejemplo, Cristensen, et. al., 1982; Steiner, Miner y Gray, 1982; Olsen y Eadie, 1982; Nutt, 1984, Sorkin, Feris y Hudak, 1984). El modelo tiene nueve componentes básicos:

- Análisis del *medio externo* del gobierno u organismo bajo análisis.
- Descripción de su *mandato constitucional* o reglamentario.
- Desarrollo y planteamiento de su *misión* y articulación de valores básicos.
- Análisis del *medio interno*.
- Identificación de *asuntos estratégicos*.
- Desarrollo de *estrategias* para manejar cada uno de estos asuntos.
- *Visión* y descripción de la organización en el futuro.
- Identificación de *acciones* para poner en práctica las estrategias.
- Producción y control de *resultados*.

Describiremos estos componentes brevemente (Figura 1). El análisis del *medio externo* típicamente consiste en: 1) una exploración de las distintas fuerzas políticas, económicas, sociales y tecnológicas que afectan el gobierno u organismo (la entidad bajo estudio), 2) análisis de los clientes, usuarios existentes o potenciales de los programas y servicios gubernamentales y 3) un análisis de la existencia de competidores potenciales del gobierno y organismo. La interacción entre estos tres componentes en el futuro se examina con frecuencia por medio del uso de escenarios, determinación del impacto, desarrollo y pronóstico de modelos o encuestas "delphi".

El mandato constitucional y los reglamentos están generalmente incluidos en la legislación y deben ser bien analizados. Son "las obligaciones" que enfrenta el gobierno o el organismo. En contraste con los mandatos, los cuales son un asunto de registro público, generalmente los *planteamientos sobre la misión* de la entidad u organismo no están preparados. Además, cuando están preparados, generalmente no son de conocimiento explícito de los muchos grupos de electores servidos por el organismo público típico. Algunas corporaciones han encontrado de gran utilidad la formulación de un planteamiento de la misión en el que se especifique lo que se hará por los grupos de electores específicos (Freeman, 1984). Los gobiernos podrían considerar el mismo enfoque.

El análisis del medio interno generalmente consiste en: 1) un inventario de los recursos disponibles, incluyendo gente, recursos económicos, información y competencia, 2) una descripción de la actual estrategia total y de las estrategias funcionales o departamentales y 3) un análisis del funcionamiento o resultados hasta la fecha.

La intersección de estos factores y de las tendencias que surgen en los medios internos y externos, cuando se unen a la legislación, a las misiones y valores, da como resultado la identificación de los asuntos estratégicos. Los *asuntos estratégicos* son preguntas fundamentales sobre políticas que implican el tipo de producto o servicio gubernamental, nivel y mezcla, clientes o usuarios, costo, financiación y administración. Los asuntos estratégicos no son por lo general problemas o crisis actuales, aunque seguramente existen implicaciones estratégicas involucradas en el manejo de estos problemas o crisis. Los asuntos estratégicos tampoco se resuelven en forma fácil o simple. Además, el no resolver un asunto estratégico puede ser potencialmente destructivo.

Los asuntos estratégicos generalmente surgen cuando: 1) eventos más allá del control del gobierno u organismo dificultan o dificultarán, el logro de objetivos básicos a un costo razonable; 2) la tecnología, los costos, la financiación, la administración o el medio político para lograr los objetivos básicos, cambia o se espera que cambien en un futuro previsible; o 3) las misiones, los mandatos o los eventos internos o

externos sugieren oportunidades presentes o futuras para: a) hacer mejoras significativamente en la clase, cantidad o calidad de los productos o servicios prestados; b) lograr reducciones significativas en el costo de suministro de productos o servicios o c) combinar, reducir o eliminar ciertos productos o servicios.

Una vez identificados los asuntos estratégicos, hay que formular *estrategias* para tratarlos. Un método para el desarrollo de estrategias que hemos encontrado de gran utilidad incluye los siguientes pasos: 1) una identificación de alternativas prácticas, 2) la identificación de barreras para el logro de esas alternativas, 3) el desarrollo de estrategias para superar esas barreras, 4) el desarrollo de acciones concretas y 5) un programa de trabajo para poner en práctica las estrategias. Este enfoque que es básicamente un enfoque sin dirección; es decir, no se va directamente hacia la realización de alternativas prácticas, sino a la superación de barreras que impiden su realización. Hemos encontrado de gran utilidad la dialéctica de lograr que la gente primero exprese lo que desea y luego identifique lo que le impide el logro de esta ambición. Esta práctica aporta dos cosas simultáneamente: hace evidente las actuales implicaciones de futuras direcciones y hace evidente las implicaciones futuras de las actuales decisiones. Dicha dialéctica es lo más importante para una planeación estratégica exitosa (cf., Wildavsky, 1979; Bryson, 1984a).

El siguiente paso es una *descripción de la organización en el futuro*. Una de las claves para la excelencia en el sector privado es tener una clara "visión del éxito" (Peters y Waterman, 1982; Deal y Keneddy, 1980). Otros podrían argumentar que lo mismo se aplica a las organizaciones en el sector público (por ejemplo, la Administración Pública, 1984). Las investigaciones sobre la determinación de metas tanto a nivel individual como organizacional, son bastante claras en su énfasis sobre la importancia que tienen las metas claras y específicas como determinantes importantes del éxito (Locke, et. al.; Boal y Bryson, Locke, et. al., 1981; Bryson and Boal, 1983).

Los pasos finales incluyen el desarrollo de acciones con base en buenas estrategias y luego la producción y *evaluación de resultados*. Se puede esperar que los resultados tengan una influencia

directa sobre el medio interno de la organización, la continuación de su estrategia y su "visión del éxito". También es de esperar que los resultados tengan por lo menos un impacto indirecto en el medio externo de la organización.

La Figura 2 muestra una forma en la que se puede llevar a cabo la planeación estratégica a través de niveles dentro de una unidad de gobierno. El proceso se realiza en dos ciclos: el primero comprende el desarrollo y resumen del plan estratégico. Comienza con la dirección corporativa seguida por el desarrollo del plan en los niveles inferiores y resúmenes y revisiones sucesivas en cada nivel subsiguiente. Esencialmente, cada nivel participa en la planeación estratégica teniendo en cuenta lo que está por encima y por debajo de él y dentro y fuera del organismo o gobierno. El segundo ciclo, implica el desarrollo y resumen de los planes de operación con base en los planes estratégicos. Los dos ciclos se pueden realizar anualmente o cada dos años, de acuerdo con las circunstancias. El enfoque de dos ciclos se adopta del sector privado (Tita y Allio, 1984).

III. LOS PROBLEMAS QUE DEBE ENFRENTAR LA PLANEACION ESTRATEGICA PARA QUE SEA EFECTIVA

Sostendremos que existen cuatro categorías principales de problemas que debe enfrentar la planeación estratégica, para que sea efectiva, es decir, si va a jugar un papel importante en la revitalización del gobierno y del servicio público. Estos problemas son los siguientes:

1. El *problema humano* en la planeación estratégica es el manejo de la atención y el compromiso. La atención de la gente clave no sólo se debe ubicar en sitios claves en el proceso y la jerarquía sino debe ser enfocada a asuntos claves: decisiones, conflictos y preferencias en cuanto a políticas se refiere.
2. El *problema estructural* en la planeación estratégica es el manejo de las relaciones entre el todo y las partes del sistema. Los medios internos y externos, deben estar unidos en forma que proporcionen ventajas.
3. El *problema del proceso* en la planeación estratégica es el manejo de la

transformación de las ideas estratégica, en ideas valiosas. La sabiduría no convencional debe ser transformada en sabiduría convencional.

4. El *problema institucional* en la planeación estratégica es el ejercicio apropiado del liderazgo transformativo. Los problemas más difíciles que debe enfrentar la planeación estratégica implican la transformación de las instituciones. Estas transformaciones no se pueden dar sin un fuerte liderazgo.

3.1 El Problema Humano en la Planeación Estratégica es el Manejo de la Atención y del Compromiso.

La atención de la gente clave debe ser enfocada a asuntos, decisiones, conflictos y preferencias prioritarias en cuanto a políticas en sitios claves en el proceso y en la jerarquía (Figura 3). Cuando sea necesario, hay que romper con los cursos de acción pasados y establecer otros.

Conseguir la atención y dedicación así como el sentimiento de compromiso es un problema a nivel individual, de grupo y organizacional. Hablaremos de cada uno de ellos.

3.1.1 Individuos

Considere las siguientes características de los individuos:

- Las personas tienen habilidades limitadas para manejar la complejidad.
- Los individuos son altamente adaptables y no reconocen el cambio gradual.
- Los individuos se retiran, especulan y racionalizan en situaciones de crisis.
- El compromiso aumenta a medida que la gente participa en acciones públicas, comprometedoras e irrevocables.

La gente posee habilidades limitadas para manejar la complejidad. El adulto normal puede manejar al mismo tiempo un promedio de siete ideas, dos más o dos menos. Más allá de este número la gente comienza a estereotipar. La mayoría de los asuntos estratégicos comprenden

más de siete factores. Esto significa en primer lugar, que la gente no va a apreciar un problema estratégico en su totalidad, o de otro modo, que va a estereotipar muchos de los factores comprendidos y a hacer un diagnóstico incorrecto del problema (Johnson, 19 xx). Hay que tener mucho cuidado para no llegar a sobrecargar a la gente que participa en el manejo estratégico con demasiada información, aunque ese podría ser el enloque normal de la mayoría de organizaciones (Feldman y March, 1981).

Los individuos son altamente adaptables. Por lo general el cambio gradual no se reconoce. Considere lo que le pasa a los sapos. Si usted coloca un sapo en una olla con agua hirviendo, saltará. El sapo no querrá cocinarse hasta morir, pero si usted pone el sapo en una olla con agua fría, coloca la olla en la estufa y aumenta el calor en forma gradual, el sapo no saltará. El sapo se cocerá hasta morir -lentamente. El sapo se adaptará lentamente al medio cambiante sin saber que se encuentra en un serio problema.

La gente es como los sapos en muchos aspectos. No se dan cuenta de los cambios graduales y tampoco de sus implicaciones estratégicas (Starbuck, Greve y Hedberg, 1978, Wildavsky, 1979; 86-9). Con el tiempo los problemas pueden alcanzar proporciones críticas sin que la gente se de cuenta de lo que estaba sucediendo. Una vez desarrollada la crisis, con frecuencia las oportunidades para hacer cambios drásticos aumentan, pero también aumenta la multitud de peligros concomitantes (Bryson, 1981).

Los individuos poseen una característica que hace particularmente importante el evitar las crisis, si existe la posibilidad -a saber: la gente especula, estereotipa, culpa a otros y se ruboriza en situaciones de crisis. Todos conocemos la historia de la Crisis Cubana de proyectiles y sólo podemos agradecer a Dios por no haber volado en pedazos (Allison, 1971). Necesitamos mejores mecanismos para evaluar las implicaciones estratégicas de cambios pequeños y necesitamos ser más diligentes en la toma de decisiones pequeñas que nos ayudarán a evitar desastres y crisis. Ese mecanismo puede ser un proceso de planeación estratégica anual o bienal.

En el extremo opuesto a las situaciones de crisis, pero igualmente problemático para la realización de la planeación estratégica efectiva, es el hecho de que la gente que realiza tareas

repetitivas no presta atención a lo que está haciendo (Lange, 1978). Utilizando un ejemplo un tanto común, ¿cuántos de ustedes están absolutamente seguros de haber soltado el agua de la cisterna la última vez que usaron el baño? Otro ejemplo, ¿cuántos de ustedes realmente prestaron atención la última vez que condujeron su carro? ¿está seguro de no haber pasado una señal de pare o un semáforo en rojo? El punto es que entre más hacemos algo, menos pensamos en ello. Por otra parte, en lo que más se piensa es lo que se hará en un futuro próximo. Es una paradoja extraña, ¿no es verdad? Pasamos el 80% ó 90% de nuestro tiempo haciendo cosas por hábito, tiempo durante el cual estamos pensando en otras cosas distintas.

El hecho que la gente pase la mayoría de su tiempo pensando en las cosas que hará en el futuro realmente puede facilitar la planeación estratégica; pero, la gente normalmente se concentra sólo en el futuro próximo, todo lo cual no la facilita (Meadows, et. al., 1972). Además, si la planeación estratégica se convierte en una tarea rutinaria, es de esperar que la gente pierda conciencia y concentración; se perdería el propósito de la planeación estratégica. Hay que encontrar métodos para entocar la atención de la gente hacia la planeación estratégica y hacia las consecuencias estratégicas de las decisiones actuales para que la tomen en serio. En particular, la gente no la considerará "real" a menos que surjan de ella consecuencias reales -tales como evaluaciones del desempeño, decisiones y asignaciones presupuestales- (Brickman, 1978; Peters, 1978).

El grado de compromiso de la gente aumenta a medida que se involucra en acciones importantes, explícitas, públicas e irrevocables (Satanck, 1977). Esto es cierto aún cuando la estrategia implícita en el curso de esas acciones parezca desastrosa para un observador externo (Staw, 1976; Staw y Ross, 1978; Hoopes, 19xx). La planeación estratégica, si queremos que sea efectiva, debe incluir una consideración de cómo romper los compromisos improductivos y que al mismo tiempo, busque comprometer a la gente con los nuevos cursos de acción (c.f. Nystrom y Starbuck, 1984).

3.1.2 Grupos

Existe también un número de características de grupos que originan problemas para la planeación estratégica.

- Los grupos son difíciles de conformar.
- Los grupos tratan de reducir al mínimo los conflictos internos.
- Los grupos se vuelven homogéneos en 2 ó 3 años.

Todos sabemos que los grupos imponen presiones fuertes para someter a sus miembros (Shaw, 1970). Los individuos tienden a someterse a las normas establecidas en cualquier grupo. Si esas normas no promueven una reevaluación frecuente de las prácticas actuales a la luz de sus implicaciones estratégicas, entonces probablemente van a surgir serias dificultades estratégicas futuras y el grupo estará mal preparado para mejorarlas.

Los grupos también tratan de reducir al mínimo el conflicto interno. Como la identificación y discusión de asuntos estratégicos debe ciertamente incitar a discusiones serias y a desacuerdos, la desafortunada tendencia de la mayoría de grupos será suprimir la identificación y discusión de los problemas estratégicos. La armonía del grupo tendrá una más alta prioridad que la discusión del futuro del grupo en términos estratégicos. Se deben establecer normas que promuevan la libre reflexión y la discusión enfocada hacia problemas estratégicos -y la gente debe poseer buenas habilidades para resolver conflictos- si se quiere manejar en forma apropiada, el aspecto central del proceso de planeación estratégica.

Finalmente, los grupos se vuelven homogéneos en dos o tres años (Pelz y Andrews, 1966). Si uno comienza con un grupo heterogéneo de personas y las deja trabajar juntas por un período de tiempo relativamente corto, llegarán a ser homogéneas en cuanto a la imagen que proyectarán al exterior. Esto ayuda cuando la meta es desarrollar grupos de trabajo que tengan cohesión. Pero cuando esto también significa que el grupo enfocará los problemas de la misma forma, y no cuestionará sus prácticas ya aceptadas, puede llegar a ser extremadamente difícil lograr que el grupo piense en diferentes formas y de una manera integrada -es decir, en forma estratégica y con un propósito- sobre su futuro. Se debe establecer una norma para incorporar perspectivas divergentes en el proceso de planeación, si queremos que los grupos no se cierran a otras perspectivas y enfoques.

3.1.3 Organizaciones

También existe un número de características de las organizaciones que causan problemas para la planeación estratégica. Se incluyen las siguientes:

- Los sistemas de planeación estratégica desestimulan el pensamiento estratégico.
- Los lectores de informes estadísticos del MIS (Management Information System o Sistemas de Información Gerencial), se vuelven torpes ante los mensajes consignados allí.
- La especialización filtra la percepción y restringe el comportamiento.
- Las estructuras y los sistemas se empiezan a convertir en sustitutos del liderazgo.

Otra de las paradojas de la vida organizacional, es que los sistemas de planeación estratégica pueden ahuyentar el pensamiento estratégico. En la misma forma en que la repetición y la competencia pueden llevar a la falta de concentración y conciencia, y a grandes dificultades para los individuos, los sistemas de planeación formalizados y repetitivos pueden ocasionar los problemas que la misma planeación está tratando de evitar (Bryson, 1984; Bresser y Bishop, 1983; Wildavsky, 1979). La planeación estratégica siempre debe ser "especial" si queremos que tenga éxito. Encontrar una forma de involucrar directamente los muchos electores (o usuarios y clientes) servidos por un gobierno es una manera de crear expectativas que mantendrán la planeación estratégica como una actividad consciente y enfocada. Otra solución potencial es hacer que la planeación estratégica sea responsabilidad de gerentes y no de planificadores administrativos u oficinas de planeación, como sucede en algunas corporaciones privadas excelentemente bien dirigidas (Tita y Allio, 1984).

Como se dijo anteriormente, el adulto promedio puede manejar un promedio de siete fragmentos de información al mismo tiempo. Por otra parte, el informe promedio del MIS está cargado de páginas de números y gráficas. Lo que normalmente sucede es que la gente se vuelve torpe ante los mensajes en esos informes. Como resultado, encontramos que la gente no toma decisiones con

base en datos -es decir, la clase de datos que se encuentran en un informe del sistema información gerencial. Lo que la gente hace generalmente es tomar decisiones e iniciar una acción estratégica con base en historias individuales -las de ellos mismos o las de otros- en las cuales ellos o alguien más se enfrentó personalmente a situaciones en las que se reconoció la necesidad de lograr que pasara algo diferente. El punto es que los datos numéricos, por sí mismos, probablemente no son de utilidad. Lo que ayuda es lograr que la gente esté expuesta directamente a situaciones en las que tengan que afrontar problemas personalmente y pensar sobre la forma de lograr que algo suceda. Los juegos de roles, los estudios de casos y las discusiones con otros que se han enfrentado a problemas similares todos ayudarán. Pero simplemente, no hay sustituto de la planeación estratégica como la responsabilidad de gerentes experimentados. Además, se debe exponer a los gerentes en forma constante a situaciones en las que puedan compartir experiencias entre ellos y sus subordinados al igual que conocer y discutir experiencias de otras organizaciones o entidades.

Otra dificultad de atención es que la especialización filtra la percepción y restringe el comportamiento (Lawrence y Lorsch, 1967). Debido a la forma que estructuramos las organizaciones, la gente sólo obtiene cierto tipo de información y busca objetivos más pequeños que los que busca toda la organización o entidad. El resultado, es la sub-optimización difusa y generalizada, en la cual, la gente desarrolla las mejores soluciones posibles dentro de su propio y estrecho mundo (Van de Ven y Ferry, 1980). Hay que buscar ocasiones para sacar a la gente de las circunstancias normales en las que se encuentra y lograr que interactúen con otras personas en otras áreas, de manera que la gente pueda obtener un sentido más amplio del todo al que supuestamente están sirviendo (Dalton, 1970). Los equipos de trabajo y los retiros o seminarios, son dos prácticas organizacionales convencionales usadas para lograr estos propósitos.

Finalmente, todos vemos con mucha frecuencia que las estructuras y los sistemas llegan a ser sustitutos del liderazgo. El problema aquí, es que el liderazgo, en oposición a la administración, tiene que ver con el imaginarse nuevos métodos para hacer las cosas. Una labor clave del liderazgo es la identificación de nuevas direcciones, énfasis, apoyo a ciertos cursos de acción,

estrategia, prioridades e ideas. Por otra parte, las estructuras y los sistemas existen para proteger las prácticas actuales -las cuales tal vez a la larga pueden no servir los mejores intereses de la organización o del público. El desempeño efectivo de la planeación estratégica y el liderazgo efectivo están estrechamente relacionados; la planeación estratégica es una función de liderazgo.

3.2 El Problema Estructural en la Planeación Estratégica es el Manejo de las Relaciones entre el Sistema y sus Partes

El problema estructural en la planeación estratégica es la unión de los medios internos y externos y entre niveles en forma tal que proporcionen ventajas. Las dificultades se indican en la figura 4 en la cual se señalan los niveles dentro de un gobierno u organismo, junto con las categorías de los medios internos y externos. La situación es realmente compleja (Milward y Wansley, 1982; Milward, 1984).

Hay cuatro problemas estructurales importantes que hay que manejar para que la planeación estratégica sea un éxito:

- ¿Es el sistema mayor o menor que la suma de sus partes?
- ¿Cómo podemos lograr un mejor manejo de los cambios o transacciones?
- ¿Cómo podemos asegurar que una impecable lógica a nivel micro no se convierta, al agregar, en algo sin sentido?
- ¿Cómo manejamos el hecho de que las estrategias exitosas son un logro colectivo más que un logro individual?

¿Es el sistema mayor o menor que la suma de sus partes? Se han dado éxitos públicos monumentales que han superado la suma de sus varios componentes. Por otra parte, hemos visto con mucha frecuencia esfuerzos públicos que han sido fracasos tristes. Los fracasos tal vez se discuten en la creera de la prensa popular en la literatura un tanto desalentador sobre ejecución de políticas, en la cual se ilustra cómo las buenas intenciones de frecuencia se desvanecen cuando se descomponen las supuestas partes constituyentes (Pressman y Wildavsky, 1973; Hall

19xx; Mazmain y Sabatier, 198x). La literatura sobre ejecución de políticas por supuesto, puede ser criticada por fijar demasiado su atención en los fracasos de las políticas y no en los éxitos. Después de todo, cualquier periodista sabe que los malos tiempos se convierten en buenas historias -aunque esas historias no sean representativas. Sin embargo, todos conocemos muchas situaciones en las que los esfuerzos públicos de hecho han fracasado -donde el todo es menor que la suma de sus partes.

Pero formulemos la pregunta de otra manera. ¿Cómo podemos asegurar que el todo esté en sus partes? Si eso fuera posible -si pudiéramos aplicar una metáfora hebreográfica y no una composicional- entonces, algunos de los problemas que surgen de la descomposición podrían desvanecerse.

En parte, es una pregunta sobre la representatividad de las burocracias, pero es más que eso. Es el problema de asegurar que el todo esté en cada una de las partes, que las partes representen justamente el todo, no por la forma en que se suman, sino simplemente porque el todo está en cada una de las partes (Gardner, 19xx, Frederickson, 1982). La reflexión en esta área es bastante nueva, por lo tanto no hay claridad sobre cuáles son las implicaciones para la planeación estratégica.

Una dificultad que se relaciona, es cómo lograr un mejor manejo de las transiciones. Parte de la dificultad surge de nuestra tendencia hacia el acoplamiento secuencial en vez del simultáneo a través de los niveles. El área más obvia en la cual esto lleva a problemas serios es nuestro hábito de tratar la planeación y la formulación de políticas como algo separado de la ejecución -en vez de pensar en ellas como parte de un concepto único. Con frecuencia, formulamos políticas en un nivel o en un sector y esperamos que otros niveles o sectores acojan esas políticas de todo corazón y que las pongan en práctica. Con mucha frecuencia, los planificadores hacen planes y los ejecutores ejecutan y ninguno habla con el otro. Algunas de las dificultades que se resaltan en la literatura sobre desarrollo y ejecución tienen resultados predecibles. Sólo pensando en la planeación y la ejecución en forma simultánea y probablemente sólo si involucramos a los planificadores y ejecutores simultáneamente a través de los niveles -tendrá éxito la planeación estratégica.

Si no encontramos formas de desarrollar relaciones constructivas entre el sistema y sus partes, probablemente se desarrollará otro problema. Diseñaremos sistemas que tienen una impecable lógica cuando se consideran a nivel micro pero que al agregarlos producen un macro-desatino. Por ejemplo, tendremos sistemas para rendir cuentas que implican tantas formas y mecanismos de supervisión que la innovación, el sentido empresarial y la responsabilidad serán así excluidos del sector público. Veremos casos de incrementos en la evasión de impuestos porque sobrecargamos nuestro sistema de impuestos con créditos complicados, deducciones y ajustes de diversas clases -cada una de las cuales es una respuesta perfectamente diseñada a una necesidad social- pero que todas unidas impiden que muchas familias de ingresos promedio llenen sus liquidaciones de impuestos sin la ayuda de un contador público. Tendremos un sistema de normas y reglamentos que tienen sentido a nivel individual, pero que en conjunto aumentan tanto el papeleo administrativo, que empeorarán los problemas difíciles ya existentes que enfrentan los nuevos negocios y estrangulan la fuente más importante de nuevos trabajos e ingresos públicos. En resumen, debemos encontrar formas de asegurar que las decisiones perfectamente racionales que se toman en nuestro sistema de toma de decisiones altamente descentralizado, no se conviertan en resultados irracionales, una vez se han agregado todas las microdecisiones.

Finalmente, de igual manera no debemos olvidar nunca que la formulación y la ejecución exitosa de las estrategias es un logro colectivo, no un logro de personas o grupos aislados. Por supuesto, tenemos héroes genuinos en el sector público cuyos logros individuales son sobresalientes (por ejemplo, Lewis, 1984), pero detrás de cada héroe exitoso hay un trabajo colectivo. Cuando llegue el momento de la formulación y ejecución exitosa de estrategias, debemos pensar en términos de involucrar una variedad de personas en una variedad de papeles, tales como empresarios, técnicos, clientes y usuarios, y personas que toman decisiones (Maidique, 19xx; Bolan, 1971; Bryson y Delberg, 1979). Y debemos diseñar sistemas organizacionales estimulantes -incluyendo estructuras, sistemas, recompensas y redes- que permitan que la planeación estratégica y la ejecución sean un éxito (Galbraith, 1982).

3.3 El Problema de Proceso en la Planeación Estratégica es el Manejo de la Transformación de Ideas Estratégicas en Buenas Ideas y Llevadas a Cabo

Hemos cubierto una serie de problemas humanos y estructurales que debe enfrentar la planeación estratégica -y a los cuales la planeación estratégica ofrece algunas soluciones. Hemos llegado al problema más importante en el proceso de la planeación estratégica- el manejo de la transformación de ideas estratégicas en ideas con valor real. En otras palabras, cómo logra usted que la gente "compre" ideas hasta el punto en que la sabiduría no convencional se convierta en sabiduría convencional. Hay dos asuntos básicos involucrados:

- ¿Cuál es el ciclo de vida de las ideas?
- ¿Cómo se manejan las ideas con el tiempo?

Donald Schon (1971) argumenta que las ideas políticas en el sector público siguen un patrón predecible (ver figura 5). Primero, hay un evento amenazante o destructor. Esto estimula a la gente a actuar. Luego se comienza a articular diagnósticos de los problemas y a sugerir soluciones. Algunas soluciones alcanzan visibilidad política hasta que las redes comienzan a girar o entrelazarse alrededor de ellas. Luego las ideas son lanzadas al dominio del debate político. Una o más de estas ideas triunfa en la contienda política y se adopta y se legaliza como la solución al problema. Eventualmente las soluciones llegan a institucionalizarse y se dan por sentadas sin mayor cuestionamiento posterior y eventualmente su potencia disminuye. Los regímenes contruidos sobre ideas viejas serán suplantados eventualmente (ver también a May y Wildavsky, 19xx; Anderson, 1979; Nelson, 1984; Mandelbaum, 1984).

Si hay algo cierto en esta caracterización del ciclo de vida de las ideas, entonces surge una serie de principios para el manejo del ciclo de vida de las ideas. Estos incluyen los siguientes:

- La necesidad y la amenaza son las madres de la invención.
- Las ideas florecen en anarquías organizadas pero la ejecución de esas ideas es difícil.

Nuevamente, existe una serie de problemas que hay que manejar en estas áreas si queremos que la planeación estratégica tenga éxito en instituciones que quieren promover el cambio.

Estos problemas incluyen:

- ¿Cómo se forman las instituciones?
- ¿Cuáles son las responsabilidades centrales de los líderes institucionales?
- ¿Qué sucede en ausencia del liderazgo institucional?
- ¿En qué se diferencian los procesos institucionales de los técnicos o administrativos?

Los que denominamos instituciones son en esencia patrones de interacción bastante estables (Giddens, 1979) organizados alrededor de ideas importantes. Los patrones de interacción usados en programas gubernamentales, organismos y organizaciones se convierten en "instituciones" cuando llegan a ser infundidos con valor y carácter. El "carácter" institucional se despliega como un producto histórico, implica un patrón integrado, sirve a un propósito y es dinámico (Selznich, 1957).

El desarrollo del carácter de una institución -o cultura, para usar la palabra de moda- es en gran parte una responsabilidad de liderazgo (ver figura 6). Como lo señaló Selznich (1957), las tareas centrales de liderazgo institucional son: la definición de la misión de la institución, la incorporación del propósito-objeto a su estructura y sistemas, la defensa de su integridad y el ordenamiento de su conflicto interno.

Entonces se deduce que las tareas del liderazgo transformativo (Burnns, 1978) son: la redefinición del propósito, la incorporación de nuevos propósitos a sus estructuras y sistemas, el establecimiento de nuevas defensas a la luz de los nuevos propósitos y el reordenamiento del conflicto interno. Obviamente estas tareas no son fáciles y su realización exitosa demanda mucho de los líderes involucrados.

Si los líderes fracasan en sus tareas de liderazgo transformativo, ¿qué sucede? Si en realidad se necesita una redefinición de la misión y propósito, pero no se llevan a cabo, la integridad de la

institución será cuestionada. La pérdida de la integridad institucional lleva consigo varias formas de incumplimiento (Selznich, 1957). Entre esas está la desviación organizacional. Además, cuando la gente pierde su propósito, su guía, existe la probabilidad del oportunismo ilegítimo -y con él la pérdida posterior de la integridad. Finalmente llega la pérdida de la competencia distintiva. La desorientación, el oportunismo ilegítimo y la incompetencia son razones par abandonar una institución- y para la revolución, si ésta es necesaria para completar la tarea.

Así llegamos a la importancia de los procesos institucionales -en oposición a los técnicos- en el manejo de la planeación estratégica y de la ejecución exitosa (Lodahl y Mitchell, 1980). Considere las ideas como los puntos centrales de las instituciones. Primero están los ideales de base de una institución, seguidos por el reclutamiento y socialización de miembros para que sirvan a esos ideales. El liderazgo y la formalización, guían y estabilizan la organización. Vistas como un conjunto de tareas técnicas, podemos pensar en estos procesos como determinación de las metas de la organización; el establecimiento de criterios universales y reglas y procedimientos para el reclutamiento y socialización de miembros; toma de decisiones y reducción de la incertidumbre.

Sin embargo, cuando son vistas como parte de la creación o cambio en una institución, funcionan otros procesos. Cuando lo más importante es el liderazgo y la transformación de una institución, debemos concentrarnos en la creación de una ideología; en el uso de redes personales y rituales de participación; el uso de carisma e imágenes y un énfasis en las ideas. Qué diferentes son los procesos institucionales de los técnicos. Y por lo tanto qué diferentes deben ser las actividades de planeación estratégica y de ejecución cuando está en juego la transformación institucional. Para que la planeación estratégica sea verdaderamente una fuente valiosa de revitalización en el servicio público y para el servicio público, debe relacionarse mucho más con los procesos institucionales que con los técnicos.

IV. CONCLUSIONES

Hablar de la planeación estratégica como un enfoque para la revitalización del gobierno y del servicio público es en cierta forma envasar

vino añejo en botellas nuevas. Los gobiernos exitosos y los servidores públicos siempre han pensado y actuado en forma estratégica (por ejemplo, Luttwak, 1976 xx; Lendelenberg; Lewis, 1984). Por otra parte, no todos los gobiernos y los servidores públicos han tenido éxito y la planeación estratégica sí parece ofrecer alguna esperanza de incrementar sus oportunidades de éxito. Además los grandes cambios experimentados recientemente por el sector público parecen demandar algunas revaluaciones y reorientaciones estratégicas por parte de muchos organismos gubernamentales y de sus empleados.

También hay que resaltar que la planeación estratégica se enfoca específicamente hacia el gobierno u organismo como entidad y en lo que puede hacer para mejorar su desempeño. Este enfoque proporciona un equilibrio que permite contrarrestar la organización del sector público en redes y programas o políticas que fluyen verticalmente a través de gobiernos en sus niveles central, departamental y local. (En esencia, gran parte del sector público está organizado no en forma horizontal por unidad de gobierno con varios programas, sino en forma vertical por programas a través de los niveles del gobierno) (Milward, 1984).

La planeación estratégica brinda a los gobiernos la oportunidad de capturar brevemente parte de su habilidad para que se lleven a cabo las acciones y los cambios a lo largo de diversos

programas y por lo tanto, poder formar un todo mayor como producto de políticas y programas públicos dispersos.

La planeación estratégica hasta hoy, ha sido vista como un ejercicio analítico diseñado a ayudar a los gerentes y generales en el sector público para que tomen mejores decisiones a la luz de sus futuras consecuencias. Una consideración sobre la importancia de movilizar el poder político y moral se ha dejado implícita en su mayor parte en este trabajo. Sin embargo, si la planeación estratégica y la ejecución han de jugar un papel importante en la revitalización del gobierno y del servicio público, entonces el aspecto político y ético de las empresas merece especial consideración. La planeación desprovista de poder y ética lleva simplemente a tropas y no a un territorio nuevo y heroico.

Finalmente, para que la planeación estratégica ayude a revitalizar los gobiernos y el servicio público, hay que atacar cuatro conjuntos de problemas. 1) Hay que manejar muy bien la atención y el sentimiento de compromiso de la gente. 2) Los medios internos y externos deben ser relacionados en forma ventajosa para los dos. 3) Las ideas estratégicas deben ser transformadas en ideas productivas. 4) Hay que ejercer un liderazgo transformativo en forma apropiada. Si estos problemas se pueden manejar en forma efectiva, casi por definición habremos revitalizado nuestros gobiernos y el servicio público.

FIGURA 1

PROCESO DE PLANEACION ESTRATEGICA EN UNA ENTIDAD U ORGANIZACION PUBLICA

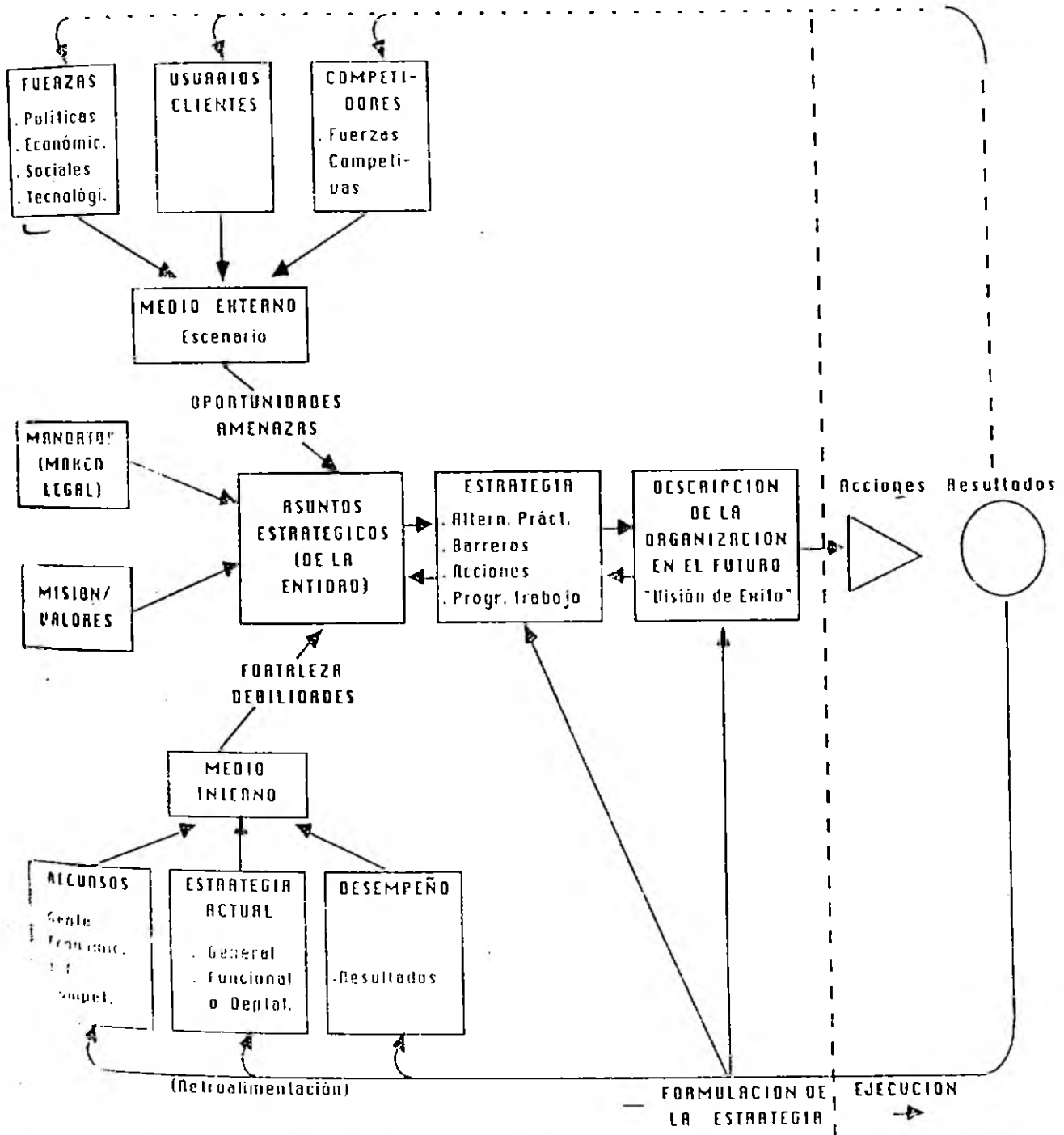


FIGURA 2

EL PROCESO DE PLANEACION ESTRATEGICA A TRAVES DE NIVELES

PROCESO DE PLANEACION ESTRATEGICA ANUAL

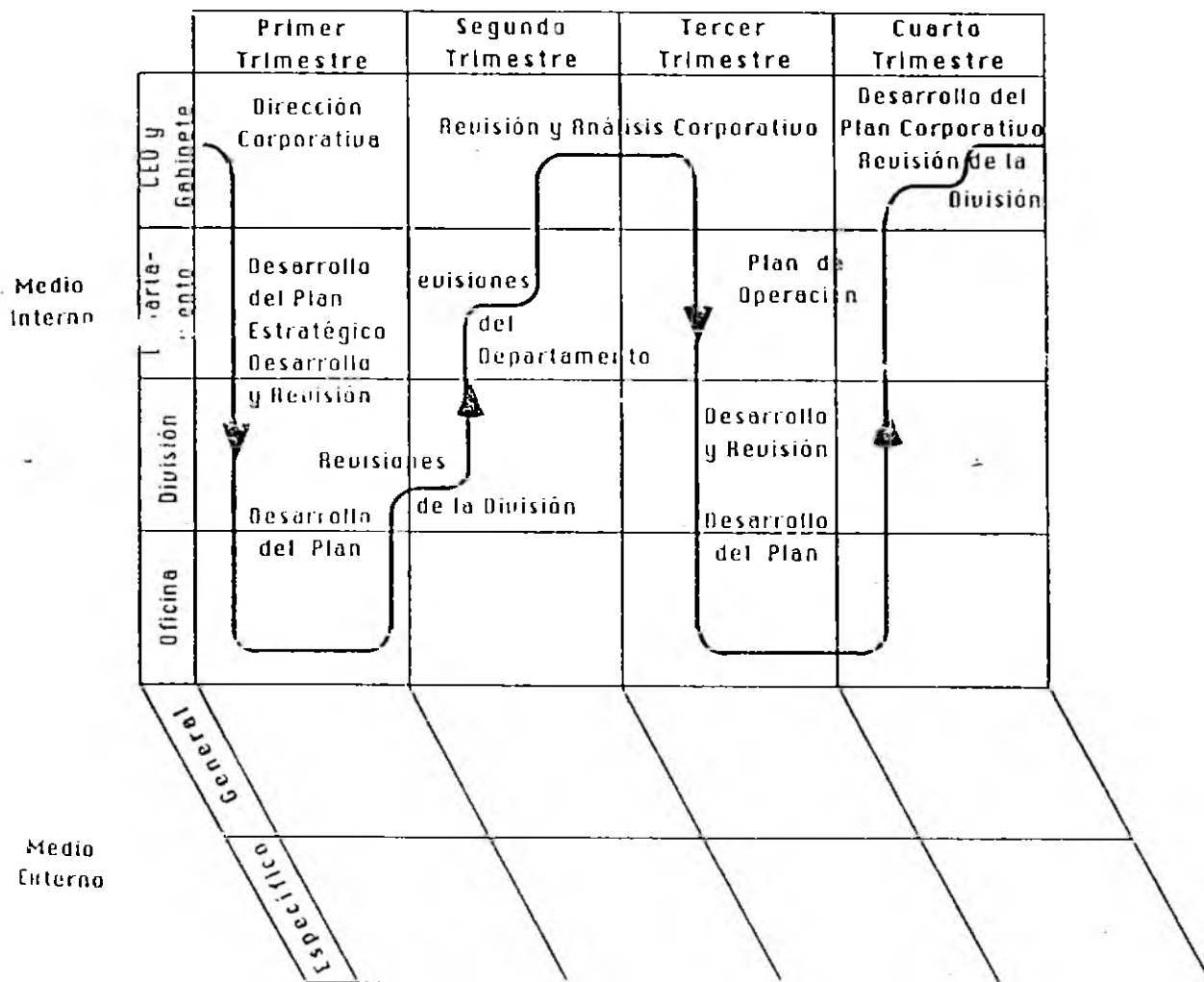


FIGURA 3

EL PROBLEMA HUMANO EN LA PLANEACION ESTRATEGICA
ES EL MANEJO DE LA ATENCION

PROCESO DE PLANEACION ESTRATEGICA ANUAL

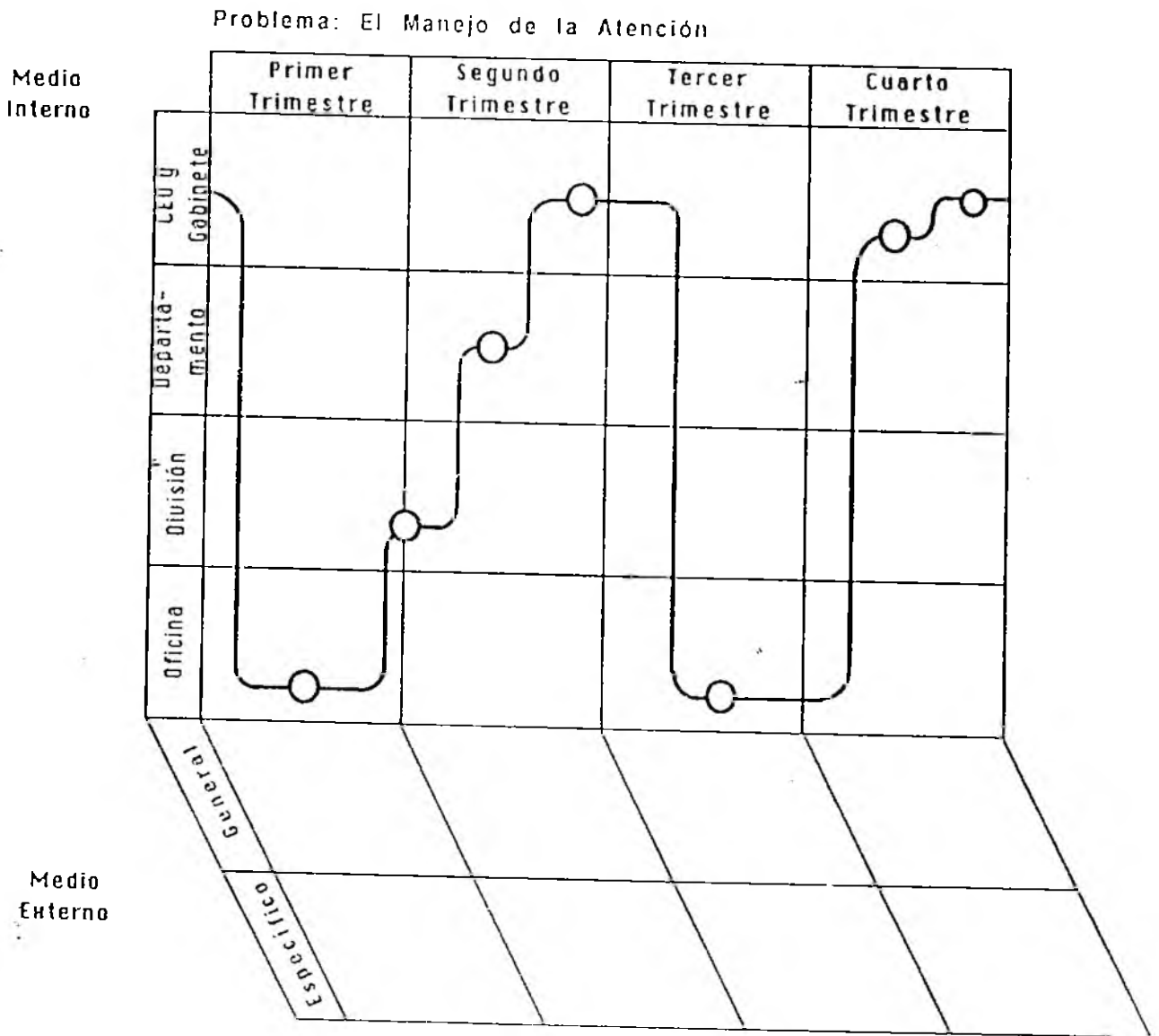


FIGURA 4

EL PROBLEMA ESTRUCTURAL EN LA PLANEACION ESTRATEGICA
ES EL MANEJO DE LAS RELACIONES ENTRE
LAS PARTES Y EL SISTEMA

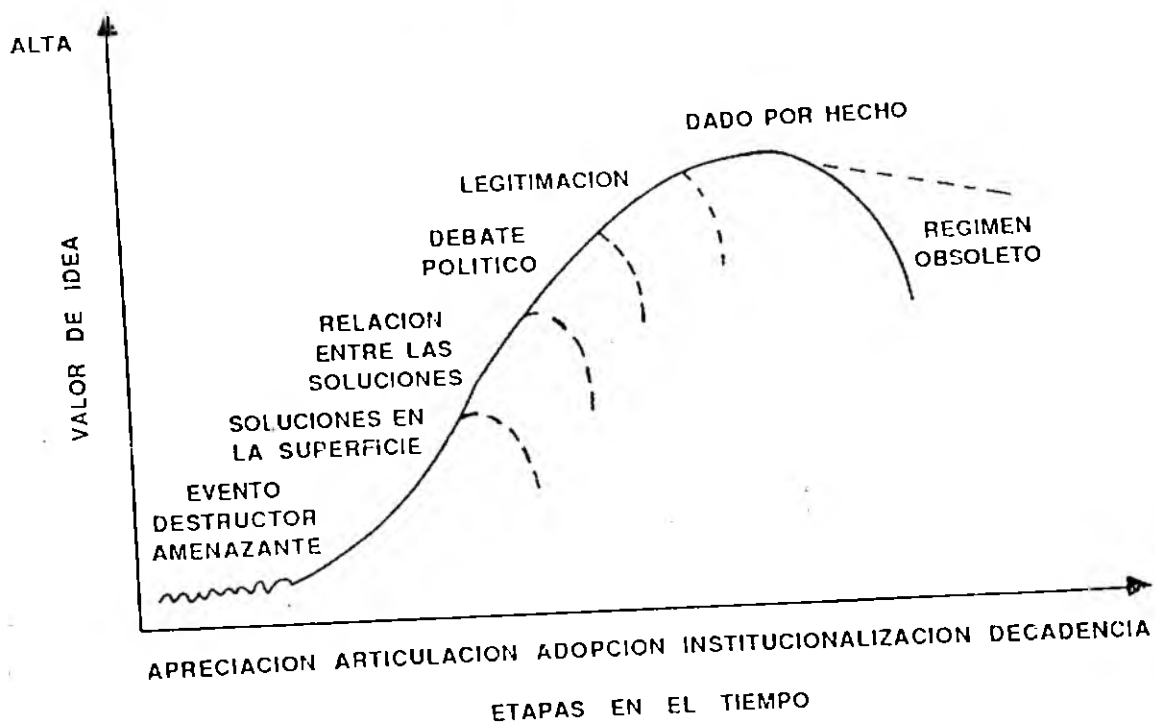
PROCESO DE PLANEACION ESTRATEGICA ANUAL

Problema: El Manejo de las Relaciones entre las Partes y el Sistema

		Primer Trimestre	Segundo Trimestre	Tercer Trimestre	Cuarto Trimestre																				
		Medio Interno	<table border="1"> <tr> <td>LTU y Gabinete</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Departamento</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>División</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Oficina</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	LTU y Gabinete					Departamento					División					Oficina						
LTU y Gabinete																									
Departamento																									
División																									
Oficina																									
Medio Externo		General																							
		Ejecutivo																							

FIGURA 5

EL CICLO DE VIDA DE LAS POLITICAS -
IDEAS RELEVANTES



FUENTE: Donald Schon,
"Beyond the Stable State" (NY: Norton, 1971).