

SISTEMA DE EDUCACION CONTINUA PARA EL PERSONAL
DE SALUD EN COLOMBIA

ASCOFAME 30 AÑOS
ACTUALIZANDO LA COMPETENCIA PARA LA SALUD

PATROCINADORES

MINISTERIO DE SALUD

Ministro Dr. José Granada, Marzo 87-Junio 88

Ministro Dr. Luis H. Arraut, Junio 88-Febrero 89

Ministro Dr. Eduardo Díaz, Febrero 89

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES (ISS)

Director General Dr. Rodrigo Bustamante Alvarez

INSTITUTO COLOMBIANO PARA EL FOMENTO DE LA EDUCACION SUPERIOR (ICFES)

Director Dr. Galo Burbano, Julio 88 - Febrero 89

Dr. Marco Palacios Roza, Marzo 89

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA (ASCOFAME)

Director Ejecutivo Dr. Abel Dueñas Padrón

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE ODONTOLOGIA (ACFO)

Director Ejecutivo Dr. Mario Trujillo Vargas

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE ENFERMERIA (ACOFAEN)

Presidenta Gilma Camacho de Ospino

Directora Ejecutiva Iraidis Soto

FUNDACION W.K. KELLOGG

ASCOFAME 30 AÑOS
ACTUALIZANDO LA COMPETENCIA PARA LA SALUD

SISTEMA DE EDUCACION CONTINUA
PARA EL PERSONAL DE SALUD EN COLOMBIA

PROYECTO

CONVENIO:

I.S.S. / ASCOFAME
MINSALUD / ASCOFAME
ICFES / ASCOFAME
FUNDACION W.K.KELLOGG / ASCOFAME /
ACFO / ACOFAEN

BOGOTA, JULIO 7 DE 1989

FORMULACION DEL PROYECTO:

ALFONSO MEJIA VANEGAS

AURELIO PABON RODRIGUEZ

JACQUELINE MOLINA DE URIZA

NELSA REY DE ASTAIZA

ASESORES Y COLABORADORES TEMPORALES:

VICENTE ZAPATA SANCHEZ

MARTHA LAVERDE DE ORJUELA

MARIO TRUJILLO VARGAS

CLEMENCIA MOLTALVO VILLEGAS

DISEÑO DE TEXTO:

Ma. DEL PILAR PINEDA GARCIA

CARATULA:

IRMA DE BRUCE

DIBUJOS:

JUAN SANTOS DE BRIGARD

ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

ASCOFAME

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

MIEMBROS CONSEJO DIRECTIVO

Presidente

Dr. Luis Alfonso Vélez Correa
Decano Instituto de Ciencias de la Salud - CES

Vicepresidente

Dr. Jorge Gómez Duarte
Decano Facultad de Salud
Universidad Industrial de Santander

Secretario

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

PERSONAL DIRECTIVO - SEDE

Director Ejecutivo

Dr. Abel Dueñas Padrón

Jefe División de Salud

Dr. Alfonso Mejía Vanegas

Jefe División Educación

Dr. Humberto Janer Ruiz

Jefe División de Evaluación

Diego Giraldo Sampe.

C O N T E N I D O

	Página
PREFACIO	1
PRESENTACION	3
1. INTRODUCCION	5
2. ANTECEDENTES	9
2.1. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME)	9
2.2. Instituto de Seguros Sociales. (ISS).	10
2.3. Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior. (ICFES).	11
2.4. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería (ACDFAEN).	11
2.5. Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO).	12
2.6. Ministerio de Salud.	12
2.7. Comité de Extensión Médica Continua (CEMC).	13
3. JUSTIFICACION DE LA EDUCACION CONTINUA	15
a) <u>Nuevos conocimientos, enfoques o recursos</u>	16
b) <u>Cambios en las necesidades y demandas de salud</u>	17
c) <u>Inadecuado adiestramiento.</u>	18
d) <u>Promoción o cambio de trabajo.</u>	18
e) <u>Deterioro en la calidad del desempeño</u>	19
f) <u>Las propias necesidades de aprender de los trabajadores de la salud.</u>	19
Necesidad de un Sistema Unificado de Educación Continua en Salud.	19

5.3. OBJETIVOS DE LA EDUCACION CONTINUA	53
5.3.1. <u>Objetivo General</u>	53
5.3.2. <u>Objetivos Específicos</u>	53
5.3.2.1. Diseñar sistema unificado de educación continua: actividades	
5.3.2.2. Capacitar líderes a nivel nacional, seccional y local: actividades.	
5.3.2.3. Revisar proceso normativo: actividades	
5.3.2.4. Promover cambios en la educación de pregrado: actividades.	
5.3.2.5. Desarrollo métodos de supervisión: actividades	
5.3.2.6. Capacitar en supervisión: actividades	
5.3.2.7. Crear sistema acreditación institucional e indi- vidual: actividades.	
5.3.2.8. Promover investigación en servicios de salud: actividades	
5.3.2.9. Apoyar actividades locales de salud: actividades	
5.4. ESTRATEGIAS DE TRABAJO	77
6. DIAGNOSTICO	79
6.1. POBLACION	79
6.2. MORTALIDAD	82
6.2.1. <u>Mortalidad por sexo y causas</u>	82
6.2.2. <u>Mortalidad Infantil</u>	84
6.2.3. <u>Mortalidad 1-4 años</u>	86
6.2.4. <u>Mortalidad 0-4 años.</u>	86
6.3. INCAPACIDAD	88
6.4. MORBILIDAD	88
6.4.1. <u>Morbilidad sentida</u>	88
6.4.2. <u>Morbilidad por examen médico</u>	89

7.5. TEMAS ADMINISTRATIVOS	125
7.5.1. <u>Medicamentos esenciales</u>	125
7.5.2. <u>Estudios del trabajo para solución de problemas</u>	126
RESUMEN DE TEMAS	127
8. METODOLOGIA, COBERTURA Y OPERALIZACION DEL PROCESO EDUCATIVO CONTINUO	131
8.1. METODOS EDUCATIVOS	135
Cursos	136
Reuniones	137
Valoración	137
Autoeducación	137
8.1.1. <u>Problemas de educación continua</u>	138
8.1.2. <u>Problemas Logísticos</u>	139
8.2. COBERTURA	141
8.2.1. <u>Líderes nacionales de la educación continua</u>	142
8.2.2. <u>Líderes locales</u>	142
8.2.3. <u>Beneficiarios potenciales del programa</u>	142
8.2.4. <u>Comunidad en general</u>	142
8.3. OPERACIONALIZACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA	143
9. DESARROLLO DEL PROGRAMA	147
9.1. NORMATIZACION	149
9.1.1. <u>Justificación</u>	149
9.1.2. <u>Antecedentes</u>	150
9.1.3. <u>Control de calidad</u>	153
Ejemplo del proceso de normatización	154
9.1.4. <u>Manuales</u>	156
Ejemplo de preparación	158
9.1.6. <u>Objetivos</u>	161

9.5.6. <u>Objetivos</u>	208
9.5.7. <u>Actividades Especificas</u>	209
9.6. DESARROLLO EDUCACIONAL	211
9.6.1. <u>Introducción</u>	211
9.6.2. <u>Antecedentes</u>	212
9.6.3. <u>Justificación</u>	213
9.6.4. <u>Objetivos</u>	215
9.6.5. <u>Actividades</u>	216
9.7. RESUMEN DE ACTIVIDADES POR SUBPROGRAMA Y NIVELES ADMINISTRATIVOS	217
10. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA	221
10.1. ORGANIZACION	221
10.2. FUNCIONES	223
10.3. EVALUACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA	226
11. PRESUPUESTO POR PROGRAMAS	233
12. ANEXOS	
1. Formularios	
2. Tablas	
3. Comites Profesionales	

PREFACIO

Es grato para la Dirección Ejecutiva de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina dar a la publicidad este valioso documento sobre el Sistema de Educación Continua para Colombia, el cual reúne los planteamientos actualizados sobre tan trascendente tema. El documento recoge orientaciones, estrategias y novedades técnicas que sustentan la pertinencia y eficacia de las actividades de educación continua.

Se destaca el esfuerzo de varias instituciones: Ministerio de Salud, I.S.S., ICFES, Asociaciones de Facultades de Enfermería y Odontología y otros que con la coordinación de Ascofame y liderazgo del Dr. Alfonso Mejía Vanegas han participado activamente en el proceso de concertar acciones para potenciar así el impacto de la educación continua en el mejoramiento de la competencia del personal de salud, en la calidad de los servicios y, por ende, en el bienestar de la población.

Es indudable la importancia que adquiere la educación continua en los periodos de cambio acelerado como el que se vive actualmente y que conducirá a alcanzar la meta social de "Salud para Todos, basada en la atención Primaria". En los próximos años la educación continua debe crear una actitud perdurable para la actualización de conocimientos que se inicie en la Universidad y se prolongue durante toda la vida profesional.

El documento, después de una breve introducción, enuncia los más destacados antecedentes de una actividad en la cual ASCOFAME y otras instituciones han tenido participación intensa, aunque aislada. Sigue una justificación de la Educación Continua la cual sustenta la necesidad de un sistema unificado para concentrar recursos, potenciar sus efectos y reducir duplicaciones innecesarias.

El marco conceptual subraya la necesidad de continuidad de los diversos eventos educativos, las propias características de la educación del adulto, la metodología basada en la solución de problemas, la integración docencia-servicios, el enfoque intersectorial y multidisciplinario, la descentralización administrativa y los factores de tipo ético y humanístico tan esenciales en las relaciones entre los oferentes y receptores de los servicios.

PRESENTACION

Este documento - provisional y preliminar por su propio contenido y objetivo - es la presentación de la primera etapa, de tres años de duración, del Programa Nacional de Educación Continua para Personal de Salud, programa operado por un sistema unificado y patrocinado por un grupo o entidad especial para ese efecto a cuya integración concurren - precisamente para darle jurisdicción nacional y potestad normativa - el Ministerio de Salud, el Instituto de los Seguros Sociales, el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior y las Asociaciones Colombianas de Facultades de Medicina, Odontología y Enfermería. Esta representativa procedencia de los integrantes del organismo gestor y patrocinador del Programa Nacional de Educación Continua, por una parte, declara la categoría nacional del conjunto, garantizándose así su estabilidad y permanencia, y por otra, identifica y delimita con toda nitidez el estadio eminentemente universitario y profesional en que nace y ha de operar el PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION CONTINUA.

En la forma actual este documento es el resultado de un prolongado proceso que tiene en cuenta sugerencias de múltiples colaboradores de diferentes entidades a las versiones provisionales, que enriquecen su contenido, y de variados ajustes fruto de las deliberaciones del grupo de formulación del proyecto. Dada la diversidad de intereses y la dispersión de los recursos que actualmente se observa en las actividades de educación continua en Colombia, se ha considerado necesario organizarla como un sistema. Este término requiere para nuestros propósitos una precisión, ya que tiene variados significados.

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

Es imposible describir un sistema apropiado para cada situación. Tampoco existe un modelo ideal que responda a las necesidades de todas las situaciones. Por lo tanto, ha sido

1. INTRODUCCION

1. INTRODUCCION

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

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

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

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

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

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

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

Este último punto, referente al costo cada vez más alto de la atención de la salud es crítico hoy día. La cobertura creciente, el mayor uso de tecnología costosa y las elevadas expectativas del público, hacen mayores exigencias en el presupuesto de la salud. Sin embargo, los costos de las varias intervenciones para mejorar la salud, raras veces son considerados en la formación inicial. Por lo tanto, existe un amplio campo de acción para que la educación continua induzca al personal de salud a ser más consciente del costo social y económico de sus decisiones clínicas y administrativas, reduciendo así la presión en los siempre insuficientes presupuestos de los servicios de salud. En realidad, buena parte de los costos de la educación continua podrían recuperarse con base en el ahorro así logrado.

El personal de salud aprecia la educación continua cuando esta le ayuda a resolver los problemas que encara en su trabajo, lo dota con la competencia necesaria para su desarrollo y

2. ANTECEDENTES

2. ANTECEDENTES

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

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

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

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

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

2.1. Asociación Colombiana de Facultades de Medicina (ASCOFAME)

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

Desde entonces ASCOFAME ha desarrollado una vasta experiencia en educación continua. Con el patrocinio del Ministerio de Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el ISS, la Asociación llevó a cabo durante el período 1965-1980, un total de 1.393 eventos de educación continua, de los cuales el 81% fueron cursos, 11%

Como estrategia para el cumplimiento de estas políticas propone:

- "Impulsar el desarrollo organizacional y administrativo del ISS, mediante la estructuración de sistemas y procedimientos, la adopción de medidas de control y mejoría de la calidad de los servicios, con participación de los funcionarios, desarrollo del recurso humano y otras iniciativas"

"Establecer mecanismos de cooperación con las demás entidades del Sistema Nacional de Salud y Seguridad Social, para optimizar la utilización de los recursos; así como también el establecimiento de mecanismos de control y supervisión".

2.3. Instituto Colombiano de Educación Superior (ICFES)

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

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

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

2.4. Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería. (ACOFAEN)

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

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

2.7. Comité de Extensión Médica Continua (CEMC)

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

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

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

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

3. JUSTIFICACION

3. JUSTIFICACION DE LA EDUCACION CONTINUA

Esta sección está basada fundamentalmente en las ideas expuestas por el Dr. Alfonso Mejía al presentar el programa de Educación Continua ante la XII Asamblea de ASCOFAME (1) y en la publicación "Continuing the Education of Health Workers. A Workshop manual". (2)

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

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

Capacita 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.

-
1. Mejía, A. "Desarrollo de un proceso Integrado de Educación Continua en Colombia". Revista Colombiana de Educación Médica. ASCOFAME. Vol. I: 1, 1988, pp. 161-164
 2. Abbatt, F.R., Mejía, A. "Continuing the Education of Health Workers. A Workshop manual". World Health Organization, Ginebra, Suiza, 1988.

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

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

b) Cambios en las necesidades y demandas de salud

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

En la medida en que se controla la incidencia de la infección, el parasitismo y la desnutrición en los países en desarrollo, se insinúa en algunos de ellos el patrón de enfermedad dominado por las enfermedades crónicas y degenerativas y los accidentes que predominan en los países desarrollados. El control de la fecundidad humana, la erradicación de algunas enfermedades y la ampliación de las posibilidades de prevención y tratamiento de otras está acelerando cambios estructurales en la morbilidad y generando nuevas formas de una patología cuyo control exige cambios en las políticas y estrategias de salud y de educación.

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

Las enfermedades inducidas por el comportamiento humano aumentan en un número creciente de países. Estas enfermedades causadas por el estilo de vida son controlables; pero no es fácil modificar los hábitos que las sustentan, tan profundamente arraigados en la cultura.

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

e) Deterioro de la calidad del desempeño

Es difícil mantener la motivación y los estándares cuando se trabaja en situaciones aisladas. Como ya se dijo, con el tiempo la competencia decrece progresiva e inexorablemente, si no se mantiene la persona en un proceso de autoaprendizaje y educación permanente. Es inevitable caer en la rutina y degradar la calidad cuando se carece de una actitud inquisitiva que lleve a una búsqueda continua de nuevos descubrimientos, nuevas metodologías y estrategias para el desempeño óptimo. Coombs plantea precisamente como una de las causas mundiales de la crisis de la educación "la pérdida de la calidad"(1)

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

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

Necesidad de un Sistema Unificado de Educación Continua en Salud

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

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

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

4. *MARCO CONCEPTUAL*

4. MARCO CONCEPTUAL

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

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

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

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

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

Para que la educación continua alcance la plenitud de su potencial, esta debe ser pertinente, es decir, congruente con las necesidades y demandas de los servicios de salud y con los recursos y planes que estas puedan arbitrar para satisfacer

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

comunidades. Se debe preservar la congruencia entre lo que el trabajador debe hacer y lo que realmente hace en la práctica.

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

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

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

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

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

b) La Educación continua y el aprendizaje del adulto

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

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

La educación del adulto debe basarse en los siguientes principios:

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

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

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

La educación apunta al desarrollo de cinco capacidades básicas del ser humano: las habilidades intelectuales, las destrezas motoras, las estrategias cognoscitivas, las actitudes y el manejo de la información.(1)

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

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

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

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

: "INTEGRAR LA EDUCACION EN LAS CIENCIAS Y LA :
: EDUCACION PRACTICA UTILIZANDO EL METODO DE :
: SOLUCION DE PROBLEMAS EN ESCENARIOS CLINICOS Y :
: DE LA COMUNIDAD COMO BASE DEL APRENDIZAJE" (2) :

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

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

-
1. Shumway, James, Vargas, Elsa; Keller, Leonard. Métodos para la enseñanza de solución de problemas en las Escuelas de Medicina. En: Revista Educación Médica Vol. 18 No.1, 1984.
 2. Federación Mundial de Educación Médica. Declaración de Edimburgo. Informe de la Conferencia Mundial de Educación Médica. Edimburgo: 1988.

dispongan del personal necesario en todas las áreas geográficas, niveles de operación, especialidades e instituciones; tiende a asegurar, además, que el personal se desempeñe competentemente y esté motivado, mediante la supervisión, la educación continua, la provisión de incentivos y adecuadas condiciones de trabajo.

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

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

! Lo anterior tiene las siguientes implicaciones !
! prácticas: !
! - Que la educación continua ocupe un justo lugar entre !
! las prioridades nacionales de la salud. !
! !
! - Que los requerimientos de la educación continua !
! estén explícitamente consignados en los planes de +X'X !
! !
! - Que las deficiencias en el desempeño identificadas !
! durante la educación continua sean informadas a los !
! responsables de la educación inicial para que se !
! instituya la corrección correspondiente. !
! !
! - Que la educación inicial desarrolle actitudes !
! positivas hacia un aprendizaje permanente. !
! !
! - Que las instituciones responsables de la educación !
! inicial sean coparticipes de la educación continua, !
! de la valoración del desempeño y de la supervisión. !
! !
! - Que la educación continua se oriente hacia el !
! desarrollo de competencias para resolver problemas !
! específicos en el desempeño de las acciones de la !
! salud. !

g) La Educación Continua y el enfoque interdisciplinario e intersectorial

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

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

! La experiencia interdisciplinaria se ha potenciado con !
! el enfoque intersectorial adoptado decididamente por !
! este programa de educación continua. En efecto, el !
! programa convoca la acción y patrocinio de diversas !
! instituciones involucradas en el proceso de !
! planeación, formación y utilización de los recursos !
! humanos en el campo de la salud, tales como el !
! Ministerio de Salud, el Intituto Colombiano para el !
! Fomento de la Educación Superior, el Instituto de !
! Seguros Sociales, la Escuela Superior de !
! Administración Pública, entre otras. !

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

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

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

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

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

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

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

j) La Educación Continua y la humanización

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

El humanismo, en este sentido refleja una predisposición auténtica a manifestar valores humanos en cada aspecto de

**5. POLITICAS,
ESTRATEGIAS Y
OBJETIVOS**

5. POLITICAS, ESTRATEGIAS Y OBJETIVOS

Marco Político de la Educación Continua

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

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

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

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

Una de las tareas más arduas que aguardan a los responsables de planificar la educación continua del personal de salud es la armonización de todos estos criterios distintos y el establecimiento de opciones para la política de recursos humanos para la salud y la educación continua, que sean coherentes con otras políticas económicas y sociales.

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

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

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

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

5.1.2. Las políticas del I.S.S.

Según el informe del primer año de labores el director general del ISS (1), plantea como políticas de la institución:

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

| "....El Instituto de Seguros Sociales viene |
| trabajando desde de 1.987, con el Ministerio de |
| Salud, el Instituto de Fomento de la Educación |
| Superior (ICFES) bajo la coordinación de ASCOFAME en |
| un esfuerzo que busca establecer un sistema de |
| educación continua en el país, en el área de la |
| salud, tanto en sus aspectos técnicos y científicos |
| como administrativos; comprende las funciones |
| básicas de planeamiento, formación y utilización de |
personal ..."

A través de esta política el ISS busca:

- Ofrecer oportunidades de capacitación en servicio al mayor número posible de trabajadores de salud...
- Aumentar la competencia técnica y administrativa del personal de salud para identificar y resolver los problemas...
- Estimular la capacidad del personal de salud para valorar su nivel de competencia ...
- Integrar la Educación Continua con el proceso educativo formal y enlazarla con el desempeño ocupacional...
- Contribuir a consolidar la relación entre el proceso educativo y el mercado laboral, particularmente el Sistema Nacional de Salud...

1 Bustamente Rodrigo, Informe del primer año de labores Marzo 1987-Marzo 1988, Bogotá Colombia

la reorientación de los programas, en función de las necesidades educativas del país.

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

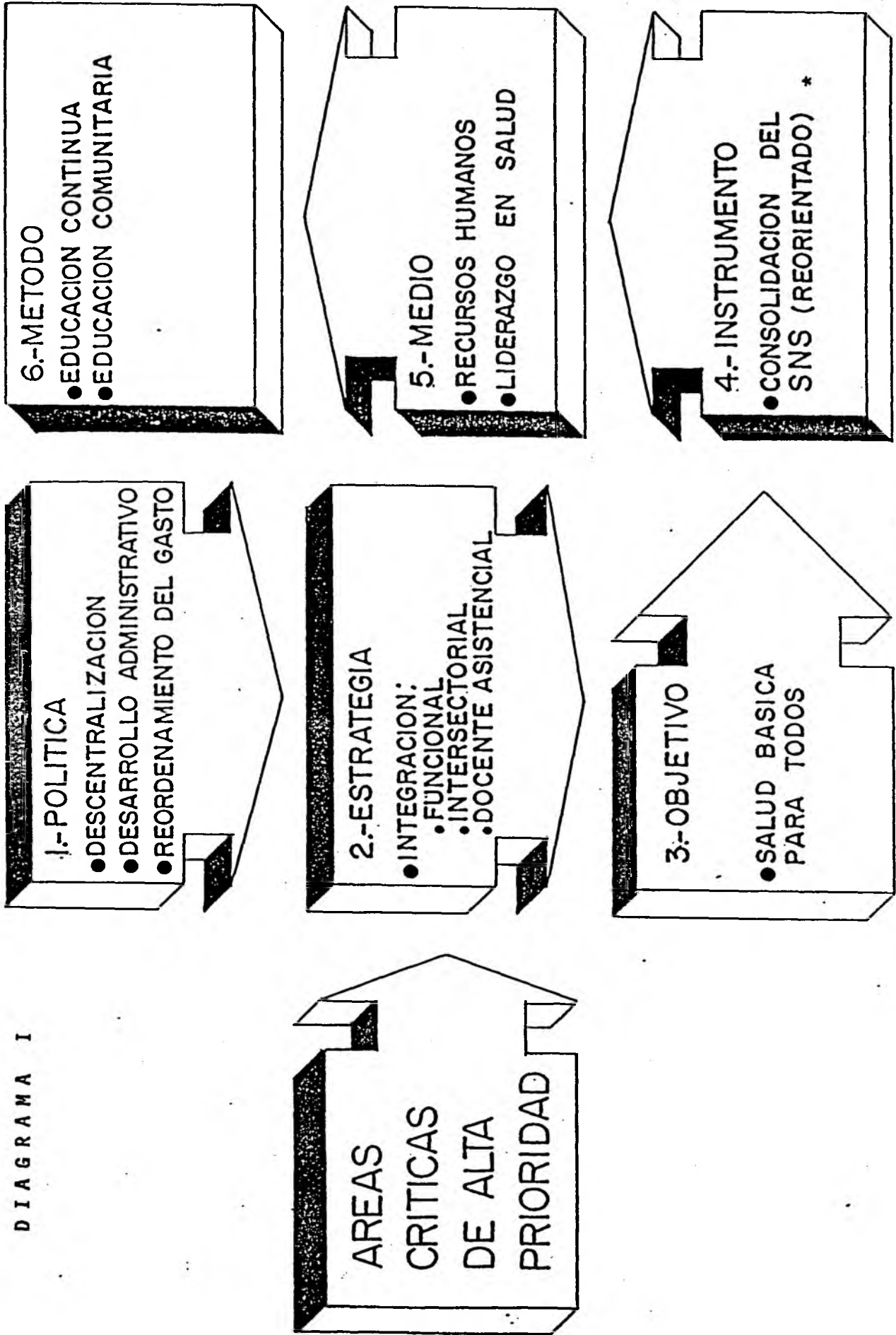
El servicio social obligatorio se extendera a todos los estudiantes de post-secundaria, acción que requiere la modificación de las normas vigentes y favorece el desarrollo de programas e iniciativas de las instituciones que respondan a las políticas de erradicación de la pobreza y de generación de empleo.

5.1.4. Las políticas de educación continua en salud

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

MINISTERIO DE SALUD

DIAGRAMA I



* SNS: SISTEMA NACIONAL DE SALUD

atención primaria y el reconocimiento de la importancia de la participación comunitaria para integrar funciones de salud en los municipios.

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

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

La integración funcional en la prestación de servicios en los municipios tendrá como objetivo fundamental articular y adecuar los recursos de aquellas entidades que existan en las diferentes regiones o municipios de fuentes públicas o privadas (Ministerio de Salud, Servicios Seccionales de Salud, Facultades de Ciencias de la Salud, Instituto de Seguros Sociales, Cajas de Previsión nacional, departamental o municipal, Cajas de compensación Familiar, cooperativas médicas, asociaciones, federaciones agrícolas, industriales, etc.).

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

- . La consolidación de las bases del sistema nacional de salud actuando de "abajo hacia arriba" aumenta la cobertura en salud, expande la calidad y el proceso continuará en forma ascendente hasta lograr la integración progresiva del sistema nacional de salud y su coordinación con los otros sectores del desarrollo.
- . La integración funcional de los servicios de salud y su concertación con los otros sectores en la base, solo se puede lograr si se capacitan líderes institucionales y líderes populares que se compromentan en el proceso y compromentan a los demás.

gama de opciones que el futuro profesional encontrará en su práctica.

La Declaración de Edimburgo, formulada por la Conferencia Mundial de Educación Médica, agosto 7-12 de 1988, señaló la necesidad de "ampliar la gama de escenarios en los cuales se desarrolla la educación médica, con miras a incluir todos los recursos de salud de la comunidad, no sólo hospitales".(1)

5.2.3. Integración intersectorial

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

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

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

1 World Conference on Medical Education. REPORT Edinburgo 7-12 August 1.988

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

La atención primaria de salud, estrategia para adelantar el Programa de Salud Básica para Todos, ha sido definida como "la asistencia sanitaria puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad, por medios que les sean aceptables, con su plena participación y a un costo que la comunidad y el país pueden soportar. La atención primaria, a la vez que constituye el núcleo del Sistema Nacional de Salud, forma parte del conjunto del desarrollo económico y social de la comunidad" (Conferencia de Alma-Ata. OMS y UNICEF).

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

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

Estos servicios están orientados a mantener sana la población, evitando en primera instancia que la enfermedad se presente y actuando lo más tempranamente posible para recuperar la salud cuando esto no ocurra. Las acciones deben llevarse a cabo lo más cerca posible del lugar de residencia habitual, a un costo razonable y alcanzable, con empleo de tecnología de comprobada eficiencia, dispensadas por personal de salud auxiliar y profesional, miembros de la comunidad y la propia familia.

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

5.3. OBJETIVOS DE LA EDUCACION CONTINUA

5.3.1. Objetivo General

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

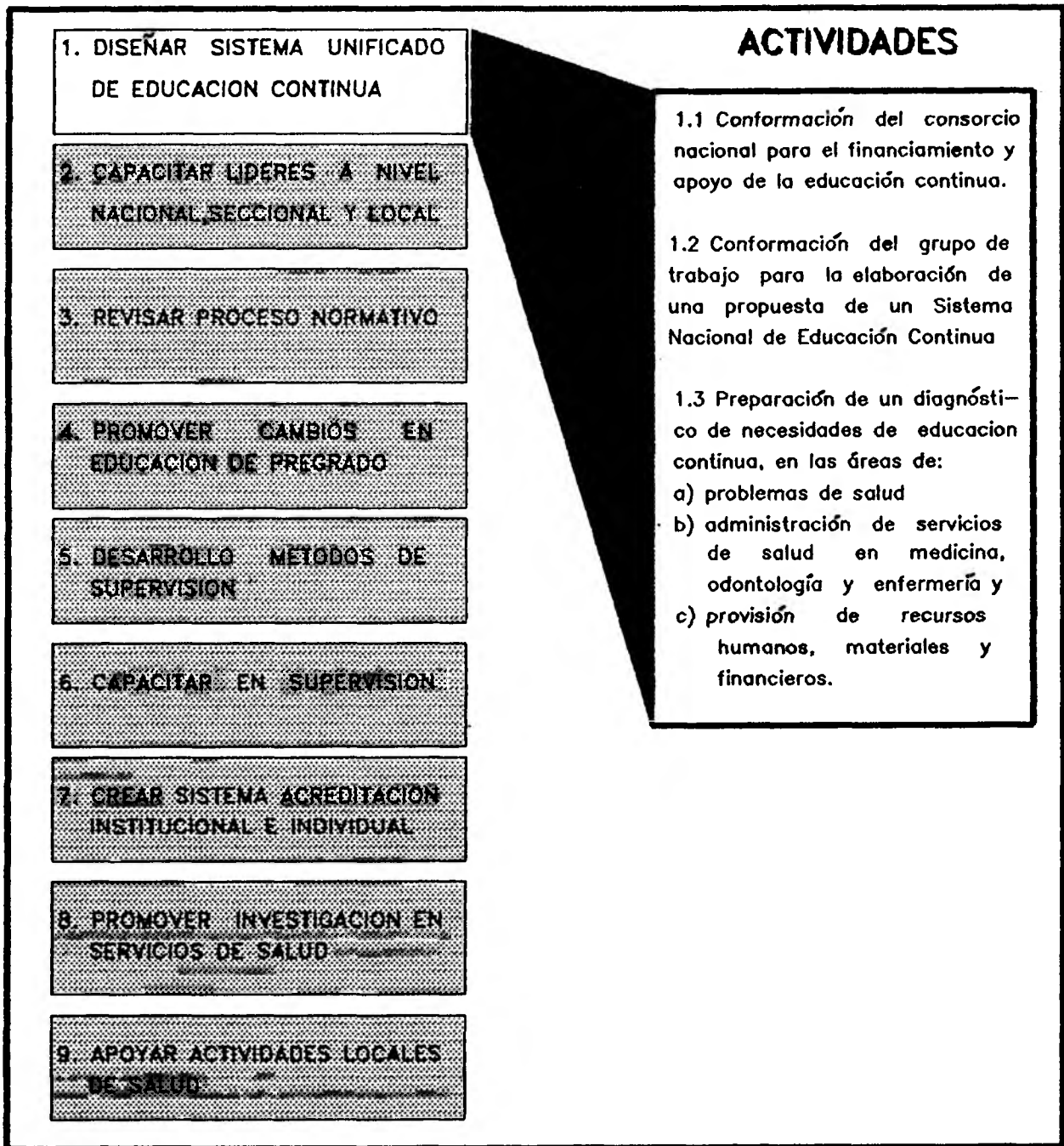
5.3.2. Objetivos Especificos

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

5.3.1. OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MEDIANTE LA EDUCACION CONTINUA

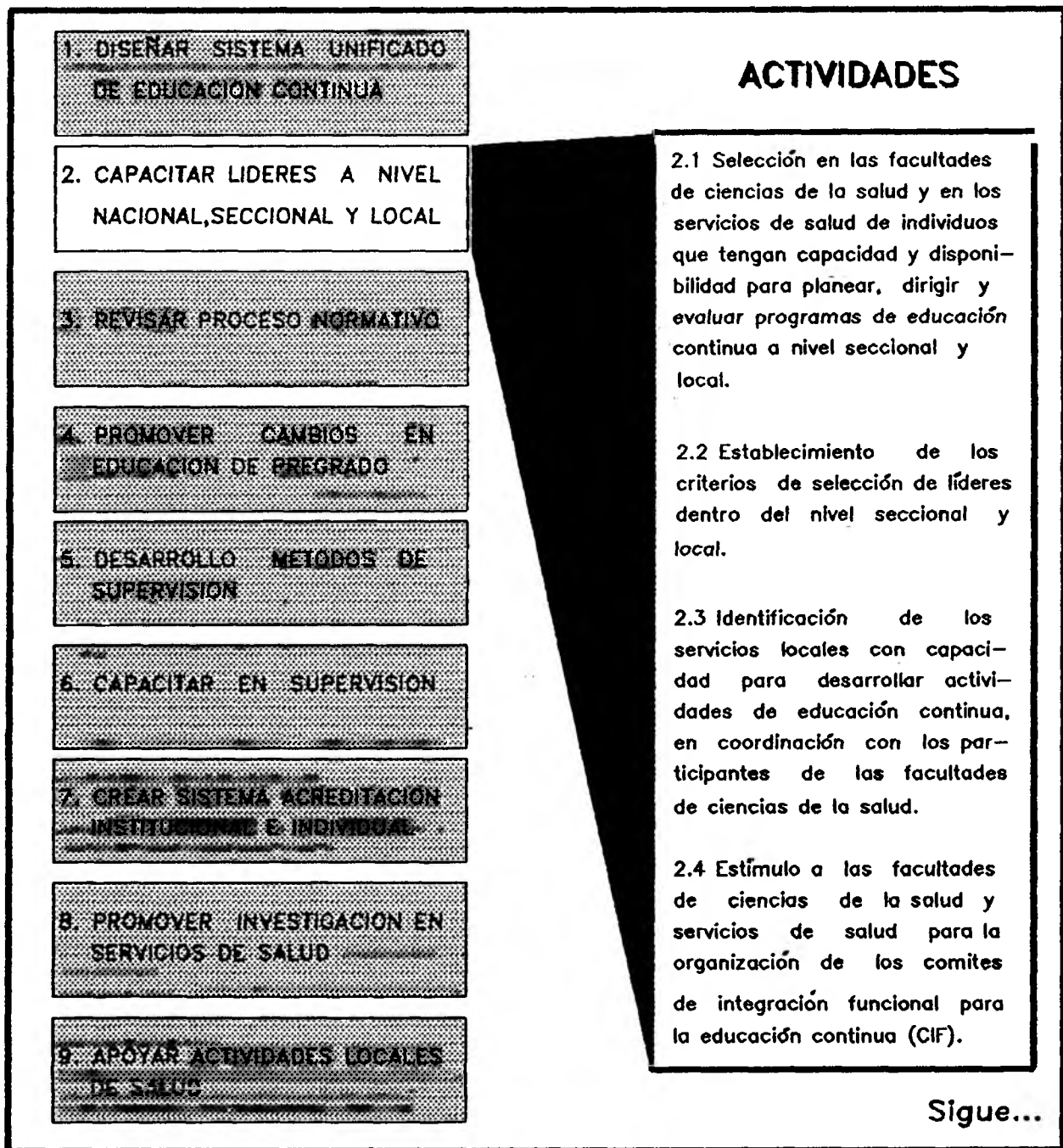
5.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS



5.3.1. OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MEDIANTE LA EDUCACION CONTINUA

5.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

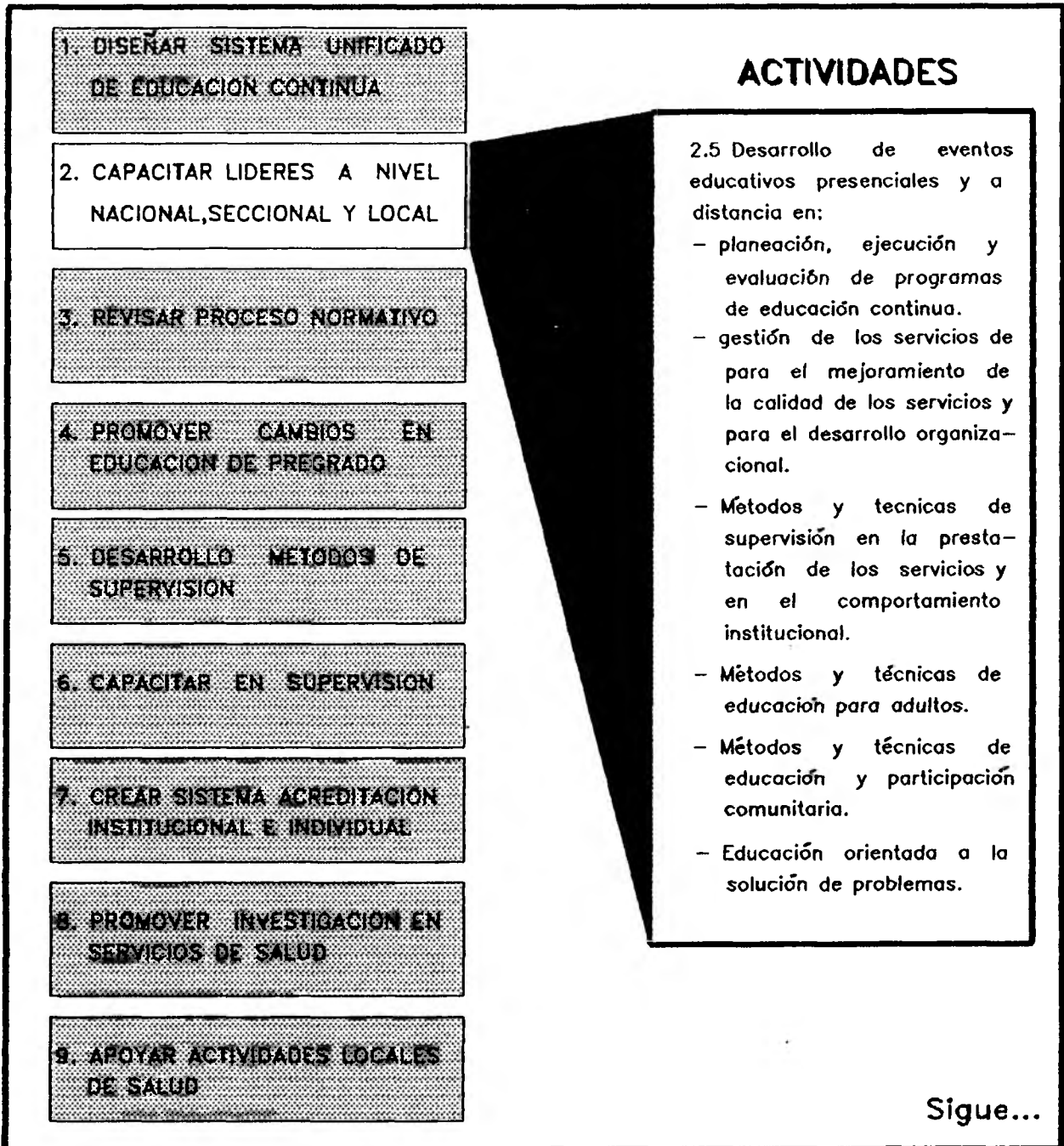


Sigue...

5.3.1. OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MEDIANTE LA EDUCACION CONTINUA

5.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

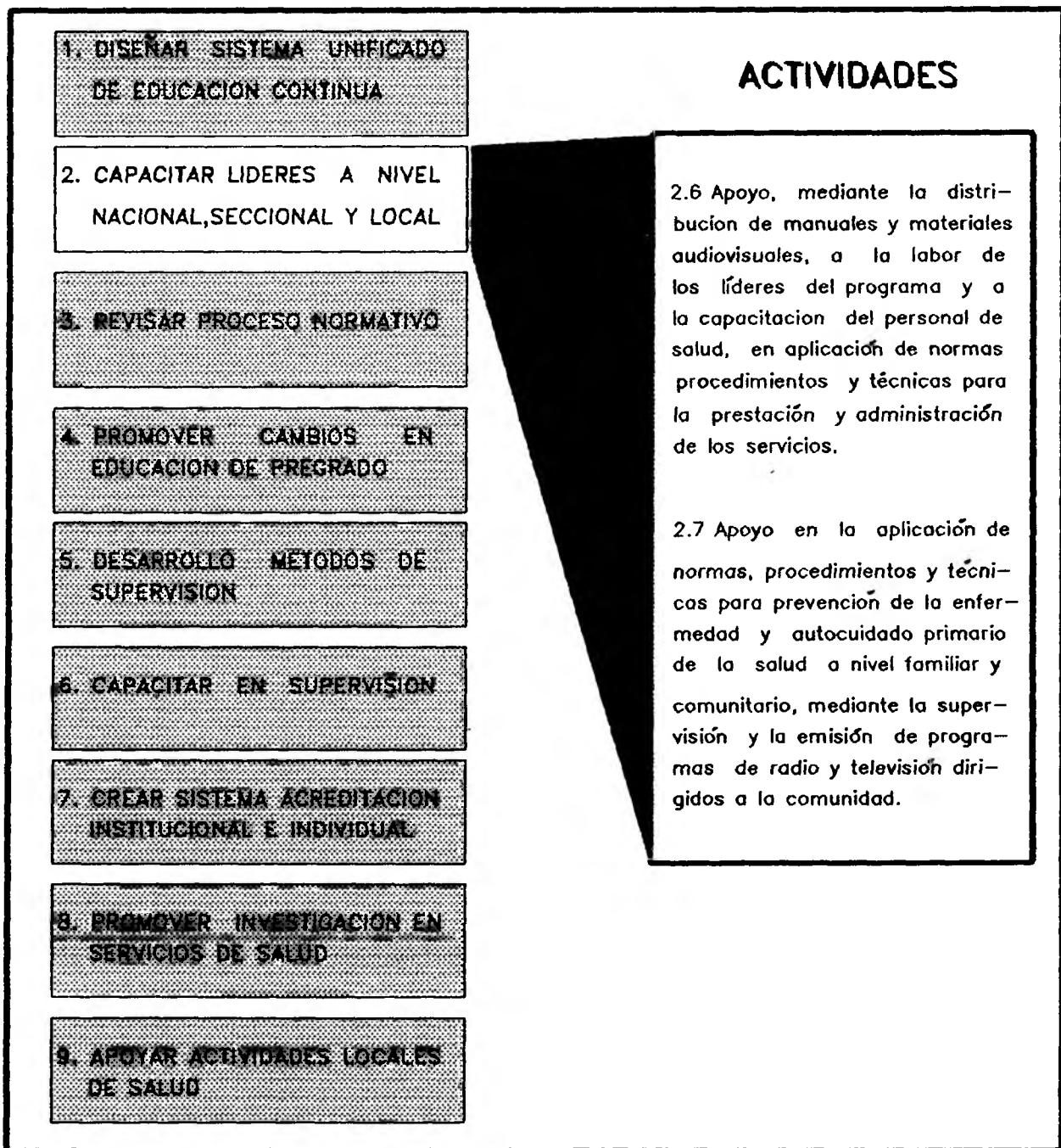


Sigue...

5.3.1. OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MEDIANTE LA EDUCACION CONTINUA

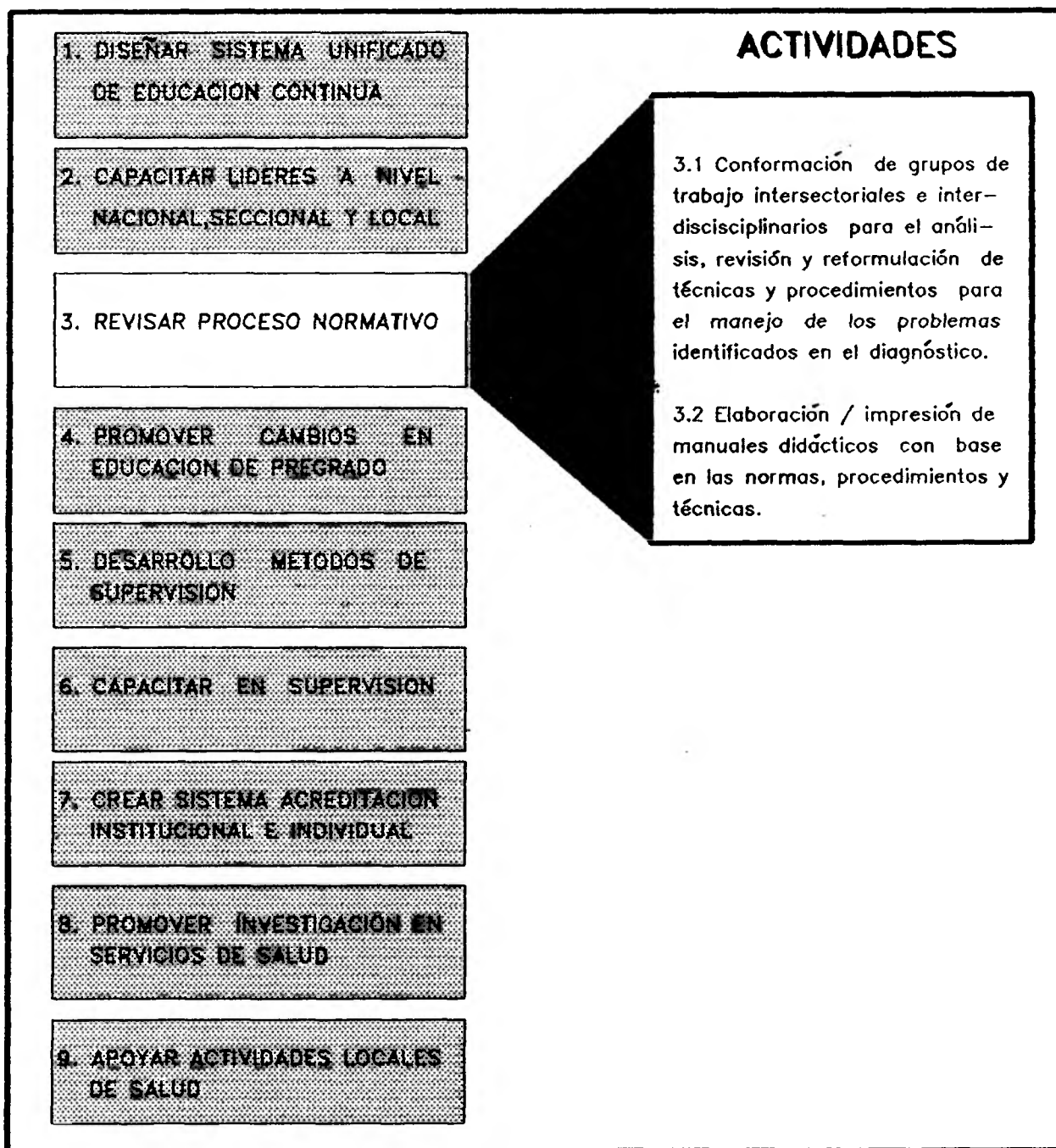
5.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS



5.3.1. OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MEDIANTE LA EDUCACION CONTINUA

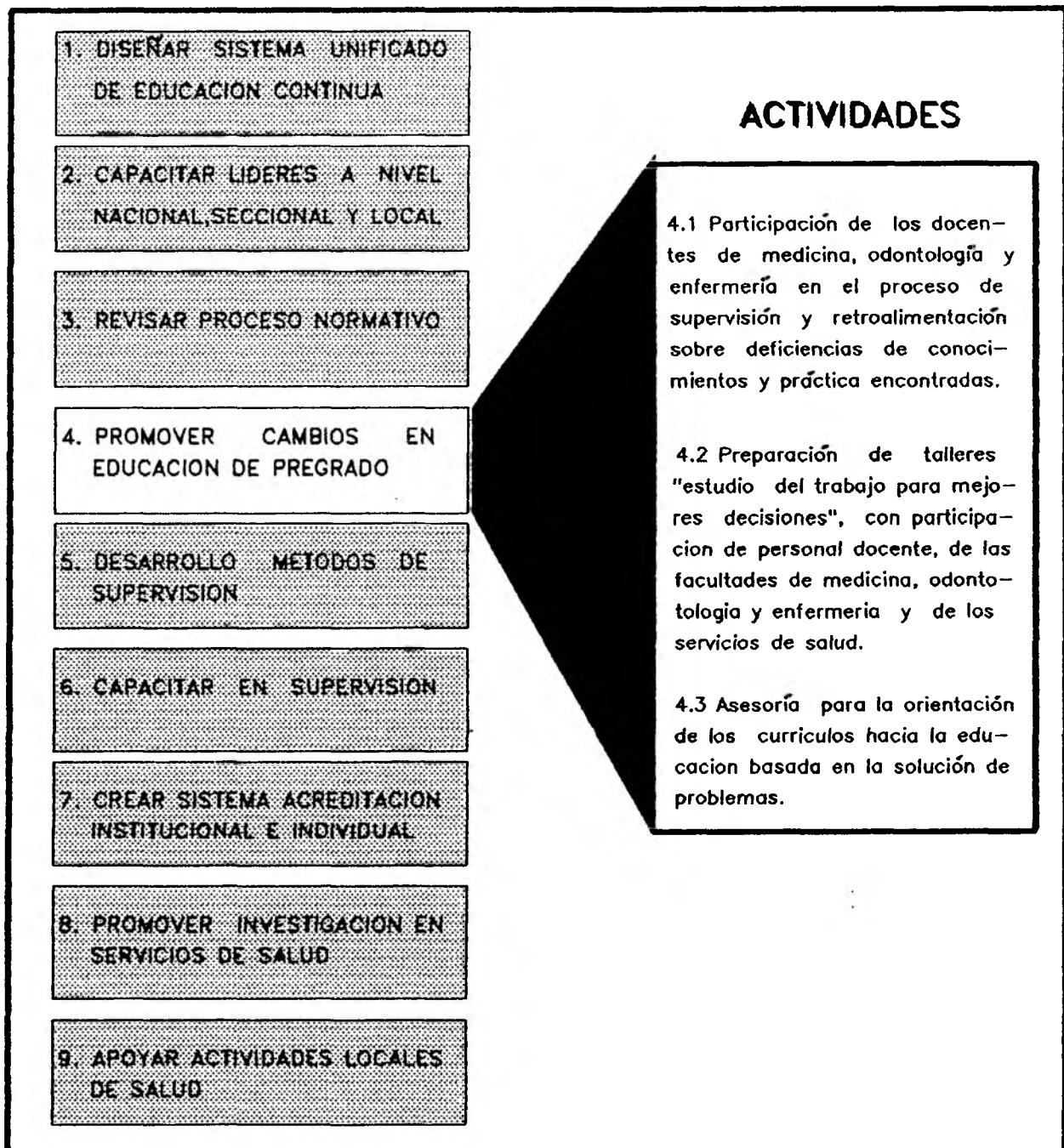
5.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS



5.3.1. OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MEDIANTE LA EDUCACION CONTINUA

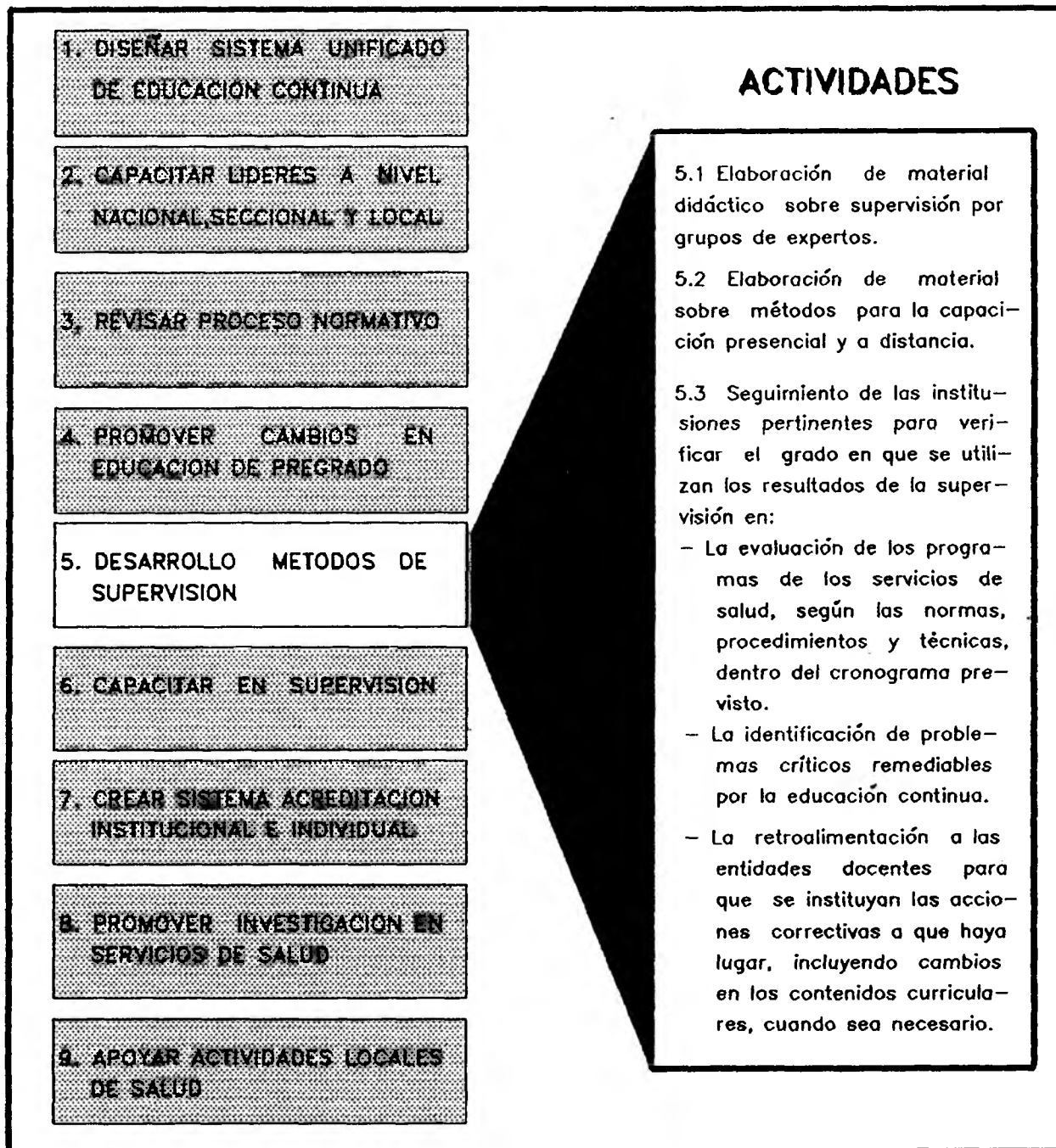
5.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS



5.3.1. OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MEDIANTE LA EDUCACION CONTINUA

5.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS



5.3.1. OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MEDIANTE LA EDUCACION CONTINUA

5.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA UNIFICADO
DE EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIDERES A NIVEL
NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL

3. REVISAR PROCESO NORMATIVO

4. PROMOVER CAMBIOS EN
EDUCACION DE PREGRADO

5. DESARROLLO METODOS DE
SUPERVISION

6. CAPACITAR EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA ACREDITACION
INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

8. PROMOVER INVESTIGACION EN
SERVICIOS DE SALUD

9. APOYAR ACTIVIDADES LOCALES
DE SALUD

ACTIVIDADES

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

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

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

5.3.1. OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MEDIANTE LA EDUCACION CONTINUA

5.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA UNIFICADO
DE EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIDERES A NIVEL
NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL

3. REVISAR PROCESO NORMATIVO

4. PROMOVER CAMBIOS EN
EDUCACION DE PREGRADO

5. DESARROLLO METODOS DE
SUPERVISION

6. CAPACITAR EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA ACREDITACION
INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

8. PROMOVER INVESTIGACION EN
SERVICIOS DE SALUD

9. APOYAR ACTIVIDADES LOCALES
DE SALUD

ACTIVIDADES

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

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

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

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

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

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

5.3.1. OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MEDIANTE LA EDUCACION CONTINUA

5.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA UNIFICADO
DE EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIBERES A NIVEL
NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL

3. REVISAR PROCESO NORMATIVO

4. PROMOVER CAMBIOS EN
EDUCACION DE PREGRADO

5. DESARROLLO METODOS DE
SUPERVISION

6. CAPACITAR EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA ACREDITACION
INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

8. PROMOVER INVESTIGACION EN
SERVICIOS DE SALUD

9. APOYAR ACTIVIDADES LOCALES
DE SALUD

ACTIVIDADES

8.1 Promoción de seminarios –
talleres sobre investigación en
servicios de salud.

8.2 Realización de talleres sobre
estudios del trabajo basados en
el material WIMS.(1)

8.3 Diseño de un protocolo para
realizar estudios del trabajo y
el desempeño.

8.4 Promoción de investigaciones,
en servicios de salud y de estu-
dios del trabajo y publicación
de resultados.

1 Sketchley, Mejia . Estudio del
trabajo para mejores desiciones.

5.3.1. OBJETIVO GENERAL

CONTRIBUIR AL DESARROLLO DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD
MEDIANTE LA EDUCACION CONTINUA

5.3.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. DISEÑAR SISTEMA UNIFICADO
DE EDUCACION CONTINUA

2. CAPACITAR LIDERES A NIVEL
NACIONAL, SECCIONAL Y LOCAL

3. REVISAR PROCESO NORMATIVO

4. PROMOVER CAMBIOS EN
EDUCACION DE PREGRADO

5. DESARROLLO METODOS DE
SUPERVISION

6. CAPACITAR EN SUPERVISION

7. CREAR SISTEMA ACREDITACION
INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL

8. PROMOVER INVESTIGACION EN
SERVICIOS DE SALUD

9. APOYAR ACTIVIDADES LOCALES
DE SALUD

ACTIVIDADES

9.1 Realización de seminarios
sobre administración de servicios
de salud a nivel local.

9.2 Capacitación de personal del
nivel local en aspectos de pro-
gramación y administración.

5.4. ESTRATEGIAS DE TRABAJO

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

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

6. *DIAGNOSTICO*

6. DIAGNOSTICO

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

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

Se hace uso de la información disponible más reciente, tal como Registros de Mortalidad 1984 DANE, no ajustados; Demanda atendida de consulta y hospitalización 1985-1986, Ministerio de Salud; Plan Nacional de Salud 1987-1990; publicaciones sobre mortalidad 1973-1981, Estudio Nacional de Salud 1977/80; Informe del primer año de labores Marzo 1987 - Marzo 1988, ISS; Estadísticas ISS 1985; Dirección de Recursos Humanos, Ministerio de Salud 1983; Censo de Población y Vivienda 1985, DANE.

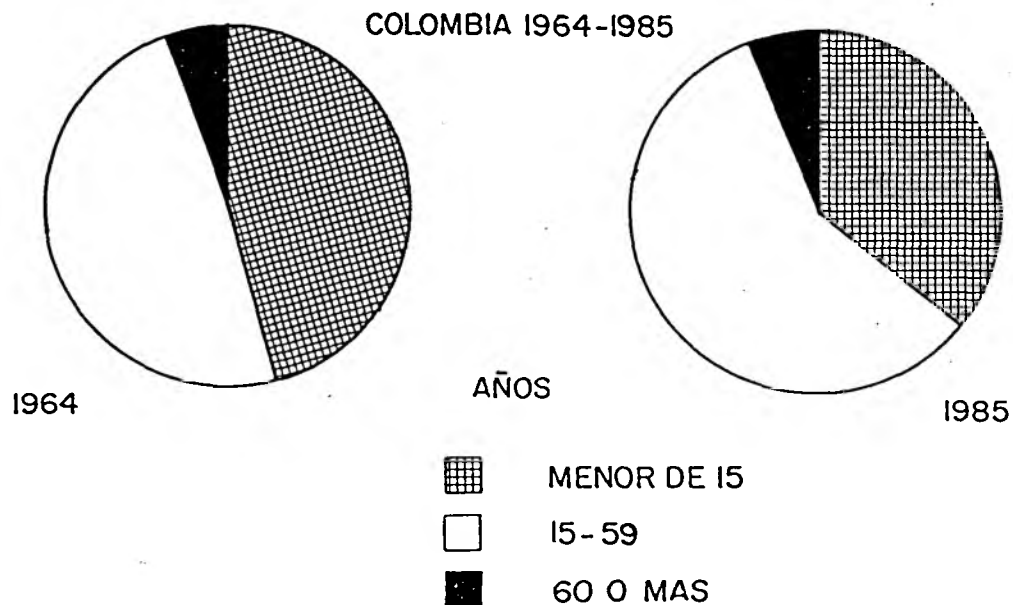
6.1. POBLACION

El XV Censo Nacional de Población realizado por el DANE el 15 de Octubre de 1985, dió para Colombia una población de 27.838.000 habitantes. Si se hacen los ajustes por cobertura, tanto de viviendas como de personas dentro de las viviendas, más los ajustes especiales para los territorios nacionales y para la población indígena se obtiene una población ajustada de 31.650.000 personas para la fecha del censo, correspondiente con una cobertura censal del 88%.

Se estima una tasa de crecimiento de 0.02 anual para el período intercensal 1973-1985, compatible con una natalidad del 26 o/oo, una mortalidad del 6.0/oo y equilibrio migratorio, en 1985.

No es buena la información demográfica en Colombia. La cobertura estimada para el último censo fue del 88%. En

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



FUENTE: DANE

ASCOFAME
EDCON

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

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

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

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

La agrupación de 52 causas de morbimortalidad que se utiliza, es la misma empleada en las publicaciones del Estudio Nacional de Salud 1977-80, realizado por el Instituto Nacional de Salud. Las tablas para hombres, mujeres y total, los códigos de la Clasificación Internacional de Enfermedades 1975 incluidos en los grupos, se presentan en las Tablas 3, 4 y 5 del Anexo 2 con número de defunciones, porcentajes y tasas por millón. Las tablas 6, 7 y 8 del mismo Anexo muestran los cambios de estas últimas entre 1973 y 1984.

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

- El aumento de los tumores malignos, que en parte puede ser atribuido a un mejor diagnóstico.
- El descenso en otras formas de enfermedad del corazón por la misma razón, ya que aquí están comprendidas afecciones cardíacas mal definidas como insuficiencia cardíaca, paro cardíaco, cardiopatía, etc.
- El incremento del homicidio cuya tasa se ha doblado en el período y donde podría haber un fuerte subregistro.
- El aumento moderado de los accidentes de transporte.
- El descenso de las enfermedades infecciosas intestinales a una quinta parte y de las infecciones respiratorias agudas a casi una cuarta parte.
- El descenso de las afecciones respiratorias crónicas.
- El descenso de las afecciones del período neonatal:

Afecciones anóxicas e hipóxicas, otras perinatales.
Gráfico No. 3

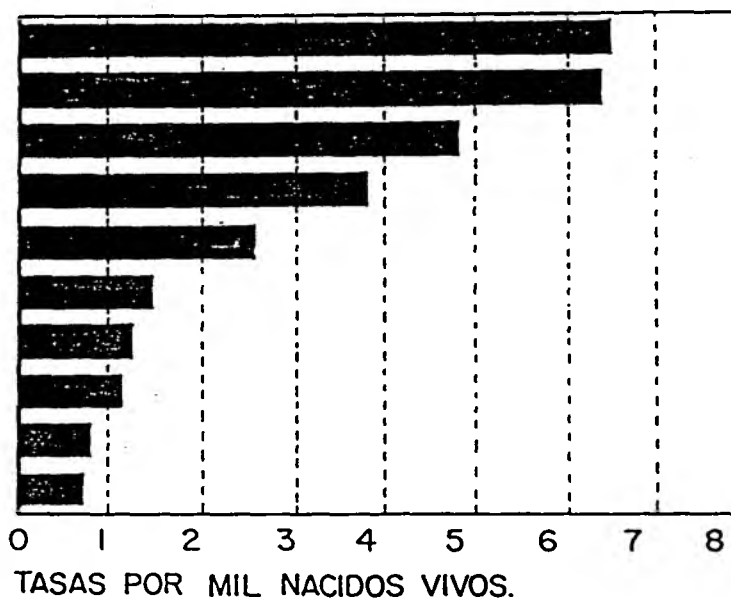
Hay grandes diferencias entre regiones y ciudades del país; la publicación "Análisis complementario de la mortalidad" (Pabón, Ruíz) estima, para el período 1977-80, con base en información recolectada en tres encuestas domiciliarias de cobertura nacional, una mortalidad infantil de 54.7 por mil nacidos vivos para la población en los departamentos del país, con tasas de 32.1 por mil para la región oriental, 34.0 por mil para Bogotá y 20.2 por mil para Medellín.

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

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

Gráfico No. 4 DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD INFANTIL COLOMBIA 1984

- CAUSAS
- OTRAS PERINATALES.
 - AFECCIONES ANOXICAS E HIPOXICAS.
 - INFECCIONES INTESTINALES.
 - INFECCIONES RESPIRATORIAS AGUDAS.
 - ANOMALIAS CONGENITAS.
 - AVITAMINOSIS Y DEFICIENCIAS NUTRICIONALES.
 - AFECCIONES RESPIRATORIAS CRONICAS.
 - OTROS ACCIDENTES.
 - MENINGITIS.
 - RESTO. ENDOCRINAS.



FUENTE: MINSALUD

ASCOFAME
EDCON

Las enfermedades del periodo neonatal mantienen en conjunto su importancia.

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

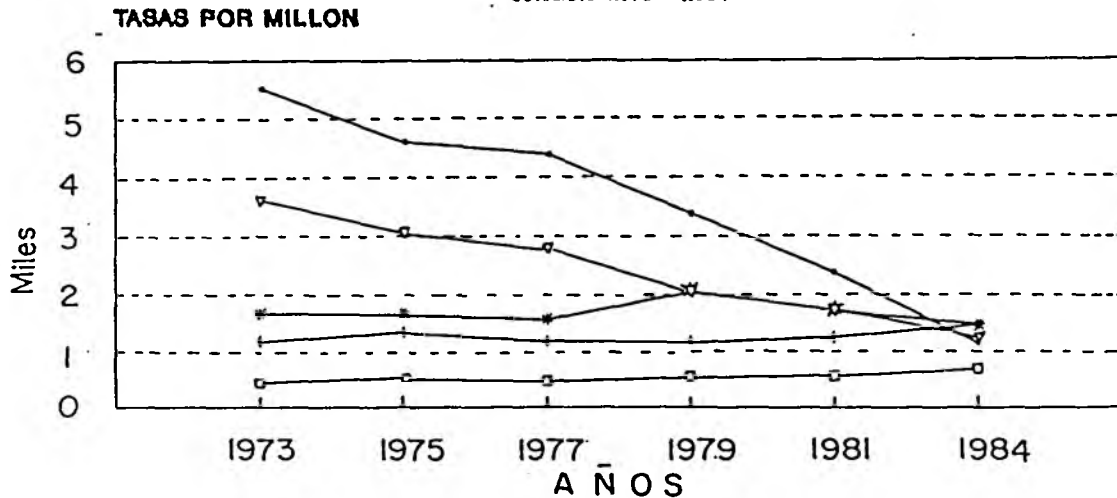
Las deficiencias nutricionales bajan bruscamente, podría ser por subregistro diferencial, en cuanto los no informantes son los que pueden estar más afectados.

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

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

Gráfico No. 6 PRIMERAS CAUSAS DE DEFUNCION DE NIÑOS 0 - 4 AÑOS

Colombia 1973 - 1984



- | | |
|--|---|
| <p>— INFECCIOSAS INTESTINALES</p> <p>—+ AFECCIONES ANOXICAS E HIPOXICAS.</p> | <p>—*— OTRAS PERINATALES</p> <p>—v— INFECCIOSAS RESPIRATORIAS AGUDAS.</p> <p>—o— ANOMALIAS CONGENITAS</p> |
|--|---|

FUENTE: PABON, RUIZ. OP. CIT.

ASCOFAME
EDCON

enferman más los más pobres, los más ignorantes y los que viven en el campo o en las pequeñas localidades. Se enferman más los obreros que los empleados, más los no afiliados a sistemas de seguridad que los afiliados (Pabón, 1983).

Necesidad de consultar.

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

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

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

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

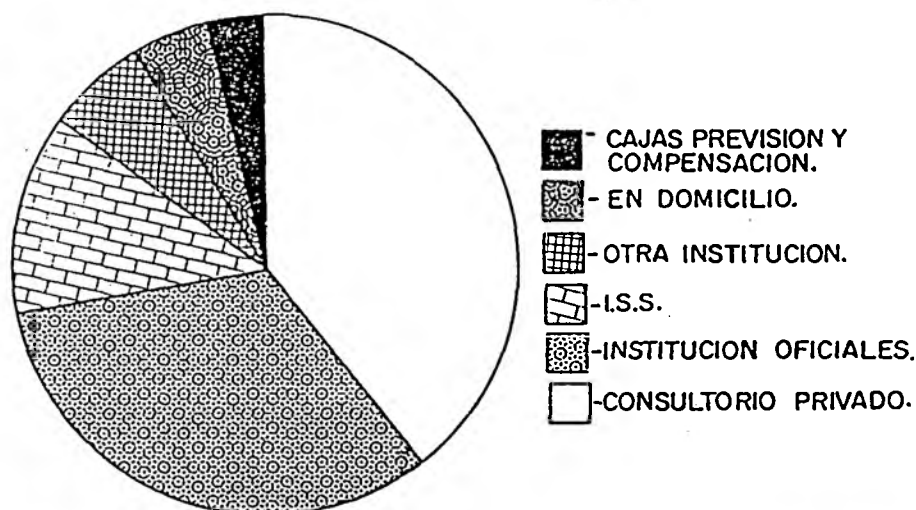
6.4.2. Morbilidad por examen médico (1)

Colombia es uno de los pocos países con información sobre la prevalencia de enfermedades, obtenida ésta por medio de un examen médico y odontológico, uniformemente practicado en una muestra probabilística de su población en los años de 1965-66, investigación repetida en los años 1977-80. De acuerdo con ésta última información los

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

La información más reciente suministrada por el Ministerio de Salud se refiere a la consulta externa médica y odontológica del sector oficial y mixto conformado por 3705 Centros, Puestos de Salud, otros organismos de salud de atención ambulatoria y por los hospitales del sector oficial directo y corresponde a 16.238.140 consultas que solo cubren una parte de las instituciones adscritas o afiliadas al Sistema Nacional de Salud.

Grafico No. 7
CONSULTAS SEGUN LUGAR DE ATENCION
 Colombia 1.977 - 1.980



FUENTE: PABON, RODRIGUEZ-1984

ASCOFAME
EDCON

Su distribución por edad y sexo se presenta en el cuadro No. 3. Gráfico No. 8. (1)

Cuadro No. 3
 CONSULTAS
 COLOMBIA 1985

Sobre una muestra del 10%

EDAD	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
Menor 1 año	137.445	8.5	72.927	12.7	64.356	6.2
1 - 4	212.811	13.2	110.882	19.3	101.670	9.8
5 - 14	244.001	15.1	119.027	20.7	124.512	12.0
15 - 44	787.324	48.7	188.897	32.9	597.807	57.4
45 - 59	135.057	8.3	41.830	7.3	93.105	8.9
60 y más	101.117	6.2	41.117	7.1	59.835	5.7
Sin inf. edad	6.059	-	2.112	-	3.852	-
TOTAL*	1.623.814	100.0	576.792	100.0	1.045.137	100.0

* Incluye 1885, sin información de sexo.

Cuadro No. 4

DIAGNOSTICOS DE CONSULTA EXTERNA (DIEZ PRIMERAS CAUSAS). 1985

COD-CIE 1985	CAUSAS	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
520-525	Enf. dientes y estructuras de sostén	124.396	9.4	49.807	9.4	74.445	9.3
680-709	Enf. piel y tejido celular subcutáneo	73.781	5.5	32.751	6.2	40.964	5.1
601-608, 614.3-614.9, 615-617, 619-629	Otras enf. órganos genitales.	73.762	5.5	5.551	1.0	68.211	8.5
460-466	Inf. resp. agudas	72.106	5.4	32.202	6.1	39.825	5.0
008-009	Enteritis y otras Enf. diarreicas	55.529	4.2	28.676	5.4	26.753	3.3
120-124, 127-129	Otras helmintiasis	48.575	3.6	20.555	3.9	27.953	3.5
870-904	Laceración heridas y traumat.vasos sang.	45.041	3.4	32.909	6.2	12.086	1.5
487	Influenza	44.272	3.3	21.385	4.0	22.849	2.9
591-593, 595-599	Otras enf.aparato urinario.	42.719	3.2	9.614	1.8	33.058	4.1
401-405	Enf. hipertensiva	38.935	2.9	10.310	1.9	28.574	3.6
Total cons.externa/enf.		1.329.977	46.5	529.238	46.1	799.009	46.9
		*	**				

* Incluye 1730 sin información de sexo.

** Proporción del total de consultas por enfermedad.

FUENTE: MINSALUD, tabulados.

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES
SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD

C U A D R O No. 5

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA GENERAL 1985

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

Fuente: Diagnostico de las seccionales

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

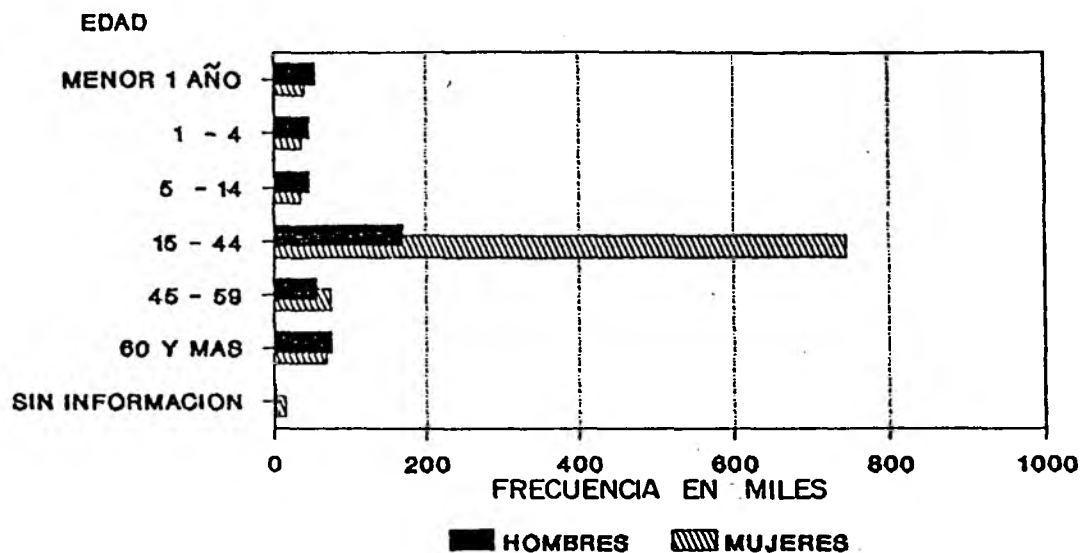
Se destacan las consultas para el embarazo normal y control del lactante que corresponden a los beneficiarios no afiliados y, en el resto, la preponderancia de la hipertension arterial, las afecciones respiratorias agudas y el pterigion, que tal como se diagnostica parece una alteración frecuente, confirmado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

Cuadro No.6
HOSPITALIZACIONES SEGUN SEXO Y GRUPOS DE EDAD
Colombia 1986

EDAD	TOTAL	%	HOMBRES	%	MUJERES	%
Menor 1 año	94.846	6.6	54.609	12.3	40.089	4.0
1 - 4	81.138	5.6	45.310	10.2	35.759	3.6
5 - 14	81.564	5.6	46.750	10.5	34.755	3.5
15 - 44	913.915	63.3	169.524	38.0	744.136	74.6
45 - 59	129.669	9.0	55.182	12.4	74.425	7.4
60 y más	142.660	9.8	73.985	16.6	68.598	6.9
Sin inf. edad	8.327	-	3.322	-	4.921	-
TOTAL	1.452.119*	-	448.682	-	1.002.683	-
%	100.0	-	31.0	-	69.0	-

* Incluye 754 personas sin información de sexo.

Grafico No. 11
HOSPITALIZACIONES SEGUN SEXO
Y GRUPOS DE EDAD
Colombia 1986



Fuente: Ministerio de Salud

ASCOFAME
EDCON

6.5. RECURSOS

El Sistema Nacional de Salud

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

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

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

6.5.1. Instituciones

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

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

La distribución de las instituciones por sub-sectores se presenta en la tabla 18.

El ISS cubre una población de 3.483.569 personas de, las cuales el 64.8% son afiliados y el resto derecho habientes.

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

6.5.2. Recursos Humanos

Se estima que en 1985, Colombia disponía de aproximadamente de 23.500 médicos, 10.066 odontólogos, 6.500 enfermeras, 80 ingenieros sanitarios, 110 veterinarios de Salud Pública, 38.787 auxiliares y

C U A D R O No. 8

Personal de Salud vinculado al I.S.S. y al Subsector
Oficial
Directo, por Profesion u Oficio Colombia 1987

PROFESION	OFICIAL DIRECTO	I.S.S.
Profesionales	13.178	
Medicos	9.627	4.201
Odontologos	2.124	998
Otros Profesionales	1.427	..
Licenciados	4.537	..
Enfermeras	2.025	742
Bacteriolog/Microbiol.	1.686	..
Otros Lincenciados	2.512	..
Tecnicos	4.766	..
Enfermeria General	897	..
Otros Tecnicos	3.869	..
Auxiliares	22.027	..
Auxiliares Enfermeria	12.227	..
Promotoras Rurales	3.376	..
Otros Auxiliares	6.424	..
Adiestrados	39.270	..
Sin Informacion	5.038	..

.. No hay datos.

6.5.3. Recursos Económicos

Los recursos para el sector de la salud provienen del gobierno nacional y de aportes directos e indirectos de la comunidad. En 1987 se destinaron Col. \$ 67.706 millones de pesos provenientes del presupuesto nacional, transferencias, impuestos con destinación especial a cervezas, loterías, etc. Dentro de estos se incluyen \$11.780 millones por venta directa de servicios.(1)

1 Los valores están en pesos colombianos.

- Falta de control de calidad en los servicios de salud.
- Subutilización, inestabilidad y baja productividad de los recursos humanos.
- Falta de correspondencia entre los perfiles ocupacionales, las necesidades del servicio y los diseños curriculares.
- Ausencia de educación continua.

6.7. PROBLEMATICA EDUCATIVA

Un buen porcentaje de egresados se incorporan como docentes de las facultades de ciencias de la salud, otros ocupan cargos directivos como Decanos o Jefes de Departamento.

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

- . Dificultad para programar eventos educacionales
- . Deficiente preparacion en nuevos enfoques y metodos del proceso de enseñanza-aprendizaje
- . Escaso conocimiento de tecnología educativa
- . Deficiente evaluacion del aprendizaje
- . Dificultad en la transmision de mensajes educativos
- . Desconocimiento de los procesos de diseño y revision curricular
- . Desarticulacion entre la teoria y la practica
- . Desconocimiento de los avances de la informatica y los medios de comunicacion.

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

7. *TEMATICA*

7. TEMATICA

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

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

En efecto las prioridades pueden variar, según:

- * la localidad y el tipo de población donde se realiza el trabajo, pues la patología varía de una a otra región según su clima, la presencia de vectores y de agentes patógenos; por otro lado, los grupos de población afectados pueden variar, según sean predominantemente niños, madres, ancianos o trabajadores.
- * las profesiones, especialidades y disciplinas, pues, por ejemplo, no es igual el interés de los médicos, enfermeras y odontólogos; ni el de los pediatras igual al de los gineco-obstetras y geriatras.
- * la experiencia educativa previa, la institución docente, el año de terminación de la carrera, la duración de la práctica profesional, los hábitos de estudio y la participación en las actividades de educación continua.
- * las preferencias personales, pues, los temas educativos no se pueden imponer.
- * la institución que presta el servicio, su misión y su política. Por ejemplo, el interés del ISS puede estar centrado en la población trabajadora y en la salud

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

7.2. TEMAS PARA GRUPOS ESPECIFICOS DE POBLACION

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

7.2.1. Salud Ocupacional

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

Los riesgos para la salud originados en la ocupación llevan a una patología específica para este grupo poblacional, la cual debe ser enfrentada con medidas de tipo ambiental de atención de la salud; éstas, a su turno, requieren capacitación de los profesionales de la salud a todos los niveles, principalmente del subsector de la seguridad social, en el manejo de estos problemas y educación de los trabajadores para asuman un papel más activo y responsable de la reducción riesgo de enfermar e incapacitarse. No menos importante es la capacitación de los empleadores para que se adopten las medidas ambientales preventivas y correctivas necesarias para un ambiente del trabajo más saludable.

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

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

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

Sus efectos son de tipo musculoesquelético y psicológico. (1)

Control

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

* Accidentes

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

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

De acuerdo con la información obtenida en el Estudio Nacional de Salud 1977-80, se estima que un año (1.980) ocurrieron 6'800.000 accidentes en la población colombiana y que en la población de 6 y más años el 40% de los accidentes estaban relacionados con el trabajo. (2) Según el mismo estudio, durante los 15 años comprendidos entre 1965-1980, la ocurrencia de accidentes generales disminuyó en 11% y los accidentes de trabajo aumentaron en un 24% (3).

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

1 Op. cit.

2 Pabón A. Población y morbilidad general. Imprenta IMS. Bogotá 1983

3 Ocampo de Herran M.T., Bustamante R. y otros. Seguridad social en Colombia, Bogotá 1986

estudio del componente ocupacional de las enfermedades y los accidentes; y

estudios sobre las características de la salud ocupacional en la mediana y pequeña industria, en la Asociación Colombiana de Pequeños Industriales (ACOPI) que congrega el 80% de las empresas afiliadas al ISS.

* Enfermedades Profesionales

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

| La frecuencia con que se dan estas patologías |
| asociadas en 20 seccionales del Seguro informantes |
| tiene este orden: |
| |
| . Dermatitis por contacto (dermatitis |
| ocupacional) |
| . Trastornos del dorso (lumbalgia ocupacional) |
| . Enfermedades respiratorias crónicas |
| (Enfermedades respiratorias ocupacionales) |
| . Trastornos de la conjuntiva (Conjuntivitis |
ocupacional)

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

* Accidentes

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

lesiones de las manos en un 35 a 45%;

lesiones de los ojos en un 8 a 12%; y

lesiones en miembros inferiores 12%.

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

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

7.2.3. Riesgos Perinatales (Centrados en el niño.)

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

| Los riesgos perinatales se han convertido en la |
| primera causa de mortalidad infantil y causaron más |
| de la tercera parte de las muertes de menores de 1 |
| año en 1984. Las afecciones del embarazo, parto y |
| puerperio fueron la primera causa de muerte en las |
| mujeres entre 25 y 34 años en 1981 y en 1986 |
ocasionaron más de 200.000 hospitalizaciones.

7.3. PATOLOGIAS PRIORITARIAS

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

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

Con base en la información presentada en el diagnóstico y teniendo en cuenta las prioridades mencionadas, el grupo responsable de elaborar este programa hizo una lista de quince posibles patologías para educación continua que excluye los temas actualmente en desarrollo, ya mencionados. La denominación de los temas no obedece a una sola clasificación, pues, hay estados morbosos bien

CUADRO No. 9

TEMAS SELECCIONADOS PARA EDUCACION CONTINUA
EN ORDEN DE PRIORIDAD
COLOMBIA 1.988

No.	TEMAS	PRIORIDAD					TOTAL	
		1.	2.	3.	4.	5.	No.	%
1	DROGADICCION	29	21	20	23	13	106	69.2
2	ENF.TRANSMISIBLES SEXUALMENTE	9	20	20	23	24	96	62.7
3	STRESS	20	15	15	15	18	83	54.2
4	CUIDADO INTEGRAL DEL ANCIANO	17	11	18	11	21	78	50.9
5	RIESGOS PERINATALES	15	18	8	18	14	73	47.7
6	TRAUMA	30	13	11	8	8	70	45.7
7	INFARTO DEL MIOCARDIO	11	12	15	9	11	58	37.9
8	CARIES DENTAL	6	4	11	7	12	40	26.1
9	ABORTO	3	15	10	5	6	39	25.4
10	ENFERMEDADES DE LA PIEL	3	6	9	12	5	35	22.8
11	TUMORES	3	7	5	9	7	31	20.2
12	ENFERMEDAD PERIODONTAL	3	7	6	7	5	28	18.3
13	TRANSTORNOS REFRACCION Y ACOMODACION	1	3	-	3	4	11	7.1
14	VARICES	-	1	4	-	1	6	3.9
15	HERNIAS	-	-	-	1	2	3	1.9

Nota: Sobre 153 respondientes.

35 Personas seleccionaron otros temas.

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

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

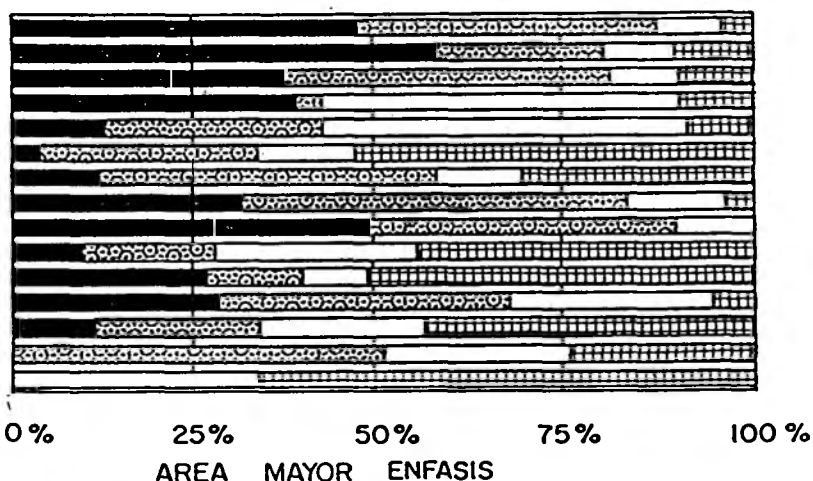
La prevención es igualmente importante en los primeros tres temas señalados y para el aborto; es aún más importante para el manejo de la caries dental, enfermedad periodontal, várices, infarto del miocardio y trauma.

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

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

TEMAS SELECCIONADOS

- DROGADICCION
- ENFERMEDADES TRANSMISION SEXUAL
- STRESS
- CUIDADO INTEGRAL DEL ANCIANO
- RIESGOS PERINATALES (Niño)
- TRAUMA
- INFARTO DEL MIOCARDIO
- CARIES DENTAL
- ABORTO
- ENFERMEDADES DE LA PIEL
- TUMORES
- ENFERMEDAD PERIODONTAL
- TRASTORNOS REFRACCION ACOMODAC.
- VARICES
- HERNIAS



FUENTE: ENTREVISTA A 153 RESPONDIENTES.

ASCOFAME
EDCON

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

1. Drogadicción.

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

2. Enfermedad de transmisión Sexual.

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

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

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

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

Los grupos de alto riesgo lo constituyen homosexuales y bisexuales, drogadictos, prostitutas, hemofílicos e hijos de madres infectadas, los cuales adquieren la enfermedad por transmisión sexual, lo más a menudo,

los accidentes y el homicidio que, en conjunto, originaron la cuarta parte de las muertes en hombres en 1984.

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

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

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

7. Infarto del Miocardio.

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

8 y 12 Caries Dental y Enfermedad Periodontal.

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

! El 14% de la población de tres y más años tuvieron !
! "dolor de dientes o algún otro problema en su !
! dentadura u otra parte de la boca" en las dos !
! semanas anteriores a la de la entrevista, según el !
! Estudio Nacional de Salud, 1977-80; las tres !
! cuartas partes de ellos sintió la necesidad de !
! consultar. Aproximadamente la mitad de los problemas !
! se iniciaron en ese período. !

11. Tumores malignos.

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

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

13. Trastornos de la refracción y acomodación.

Son las alteraciones de salud más frecuentes en la encuesta de prevalencia por examen médico del ENS con 3.027.204 diagnósticos. El 12.3% de la población los padece, la mayoría después de los 45 años, pero incluyen 168.485 niños entre los 5 y 14 años. (1)

14. Várices.

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

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

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

15. Hernias.

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

La hernia inguinal se encuentra en 252.332 personas, la gran mayoría hombres, 70.000 de ellos entre los 15-44 años. (2) Solo 1 de los encuestados menciona el tema como prioritario y en el 5 lugar.

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

2 Ibid

- * Escasez de recursos bibliográficos y sistemas de información.
- * Fallas en la selección y retención de estudiantes.
- * Deficiencias en la formación y dedicación del profesorado.
- * Insuficiencia y desenfoco de la investigación.
- * Deshumanización de la educación y la práctica médicas.
- * Desequilibrios en la educación de postgrado.
- * Desajuste en la estructura curricular.

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

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

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

7.5. TEMAS ADMINISTRATIVOS

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

Por su importancia se individualizan los dos siguientes:

7.5.1. Medicamentos esenciales

El gasto en drogas que hace la población Colombiana es muy alto. Se considera que la gente sufraga directamente de su bolsillo en un año (1985) 80.749

RESUMEN DE TEMAS

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

7.1. Temas actualmente en desarrollo

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

7.2. Temas dirigidos a grupos específicos de población

- . Salud Ocupacional
- . Cuidado Integral del Anciano
- . Riesgos Perinatales (niño).

7.3. Patologías según encuesta de opinión

- . Drogadicción
- . Enfermedades sexualmente transmisibles.
- . Estrés

La secuencia en que se propone desarrollar los temas se refleja explícitamente en el plan de operaciones y más concretamente en el presupuesto por objetivos que aparece más adelante con una perspectiva de 3 años.

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

**8. METODOLOGIA, COBERTURA Y
OPERACIONALIZACION DEL PROCESO
EDUCATIVO CONTINUO**

8. METODOLOGIA, COBERTURA Y OPERACIONALIZACION DEL PROCESO EDUCATIVO CONTINUO

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

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

- . La investigación en servicios de salud que permita identificar y caracterizar las necesidades reales de la comunidad, la problemática de los servicios y la aplicación de los resultados de tales investigaciones en la organización y administración de programas y servicios.
- . La normatización que enlace las decisiones políticas y administrativas con los procesos técnicos y con la operacionalización de los programas y que ejecutan los servicios
- . La gestión en salud que aplique los componentes administrativos, compatibilizando las necesidades de salud de la población con los recursos disponibles en los servicios para satisfacerlos.

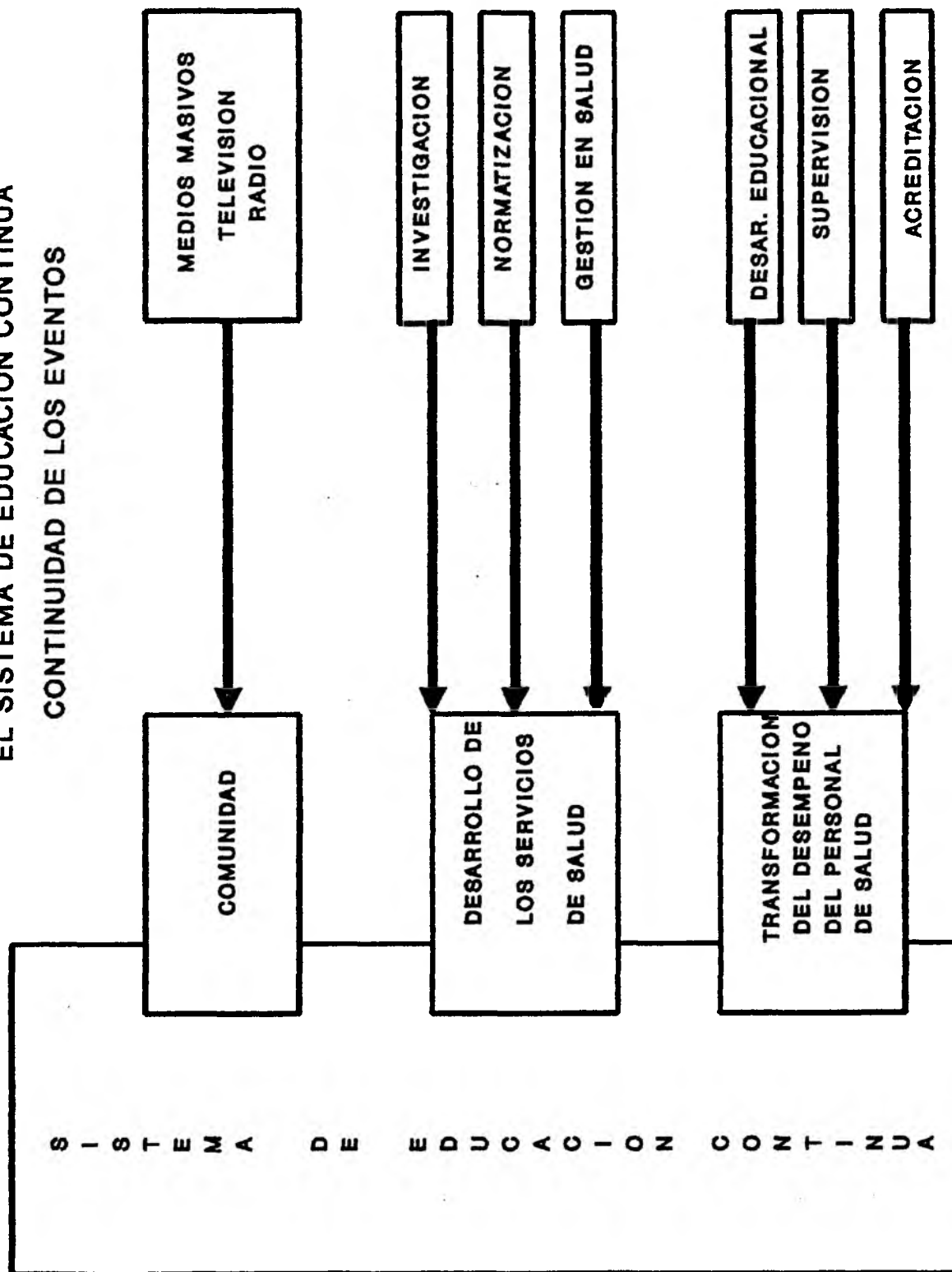
La participación de la comunidad es un componente del desarrollo del recurso humano de salud que será abordado paralelamente a través de un proceso de información y educación, utilizando medios de comunicación masiva como la radio y la televisión.

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

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

DIAGRAMA 2

EL SISTEMA DE EDUCACION CONTINUA
CONTINUIDAD DE LOS EVENTOS



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

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

Estas opciones individualmente y en conjunto tienen las siguientes características :

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

8.1 METODOS EDUCATIVOS (1)

La educación continua incorpora la gama completa de experiencias de aprendizaje que conducen a un desempeño

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

Reuniones

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

Valoración

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

Autoeducación

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

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

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

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

Un estudio importante de un programa exitoso de educación continua (1) indicaba que la enseñanza tenía las siguientes características :

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

8.1.2. Problemas Logísticos

La educación continua enfrenta dificultades considerables simplemente a causa de las condiciones en que trabajan los participantes potenciales. Generalmente esto implica para ellos separación de los colegas, dificultades de comunicación, una falta general de apoyo financiero y el problema de definir quién deba reemplazarlo en sus ausencias; como consecuencia a menudo se omite ofrecer educación continua de la calidad adecuada y los trabajadores de la salud con mayores necesidades (es decir, los más aislados) tienden a recibir menor atención.

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

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

8.2 COBERTURA.

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

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

Los contenidos educativos seguirán un enfoque "en cascada", cubriendo diferentes audiencias. Este enfoque consiste en capacitar inicialmente a un grupo de líderes, cada uno de los cuales, a su turno, formará a otros grupos en su jurisdicción quienes, a su vez, replicarán el adiestramiento para grupos progresivamente más periféricos, hasta saturar con este efecto multiplicador la necesidad de adiestramiento en el área. De esta manera, se adiestrarán, en primer lugar, los líderes nacionales quienes transmitirán el adiestramiento a los líderes locales y estos, a su vez, lo proyectarán a los beneficiarios de los programas, adaptando el contenido según el nivel académico y funciones que le corresponda desempeñar a cada trabajador.

mejorando la competencia de los oferentes de servicios de salud, sino también educando a la comunidad para que elimine o reduzca prácticas malsanas, como el hábito de fumar y el consumo de drogas adictivas, y las substituya por hábitos y prácticas favorables a la salud.

8.3 OPERACIONALIZACION DEL PROGRAMA DE EDUCACION CONTINUA

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

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

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

- * Verificar la existencia y adecuación de las normas para cada tema prioritario.
- * Promover la elaboración y/o actualización de normas cuando sea requerido y, asesorar al Ministerio de Salud en su formulación o revisión.
- * Traducir las normas en manuales didácticos y proyectos que apoyen el desarrollo de los programas institucionales de servicios.
- * Desarrollar el tema seleccionado, considerado sus dimensiones científica, ética, administrativa, y técnica destacando los aspectos de promoción y protección de la salud.
- * Elaborar material educativo multimedial para apoyar la capacitación del personal de salud y de la comunidad, con la asesoría del Centro de Desarrollo Educacional, cuando sea requerida.

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

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

| Las instituciones docentes recibirán una |
| retroalimentación del sistema de educación continua |
| para actualizar los programas de pregrado, mediante: |
| |
| * Participación en la planeación del programa |
| de Educación Continua. |
| * Participación en el proceso educativo, |
| * Incorporación del personal docente en la |
supervisión de los servicios.

Si bien se describe la administración del proceso educativo "en cascada", existe también la posibilidad de revertirlo y enriquecerlo desde los niveles operativos hacia arriba, dado que estos plantean sus necesidades educativas, problemas de servicio y alternativas de solución. Los contenidos de la educación continua deberán asegurar su pertinencia a las expectativas de los participantes y a las cambiantes necesidades locales; por tanto el Sistema de Educación Continua requiere de flexibilidad en su desarrollo.

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

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

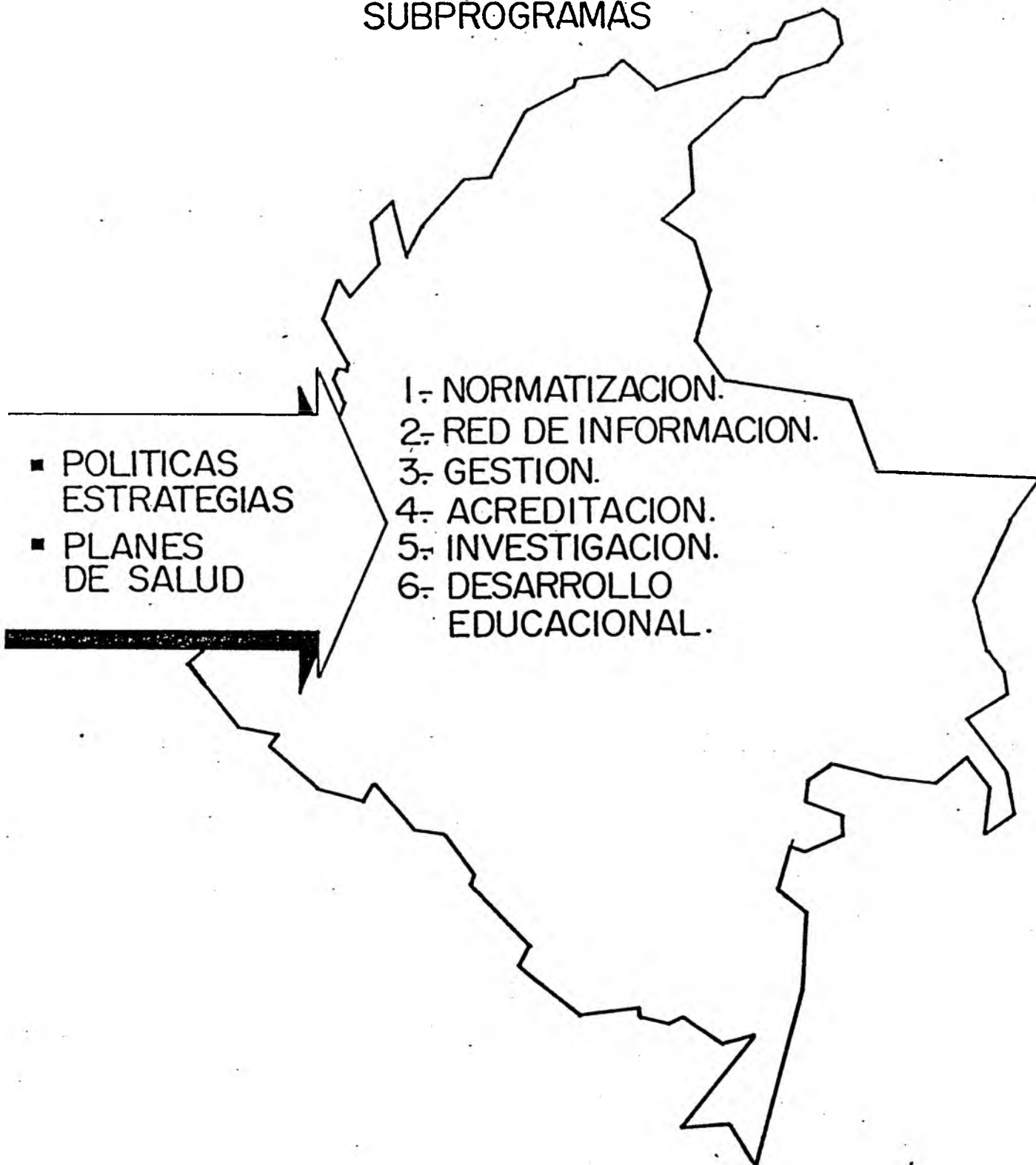
**ESTRUCTURA "PROTOTIPICA" DE UN EVENTO
DE EDUCACION CONTINUA
D R O G A D I C I O N**

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

9. DESARROLLO DEL PROGRAMA

PROGRAMA NACIONAL DE EDUCACION CONTINUA

SUBPROGRAMAS



9. DESARROLLO DEL PROGRAMA

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

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

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

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

SUBPROGRAMA 1
NORMATIZACION

- * NORMAS***
- * PROCEDIMIENTOS***
- * TECNICAS***
- * MANUALES***

I-SUBPROGRAMA.

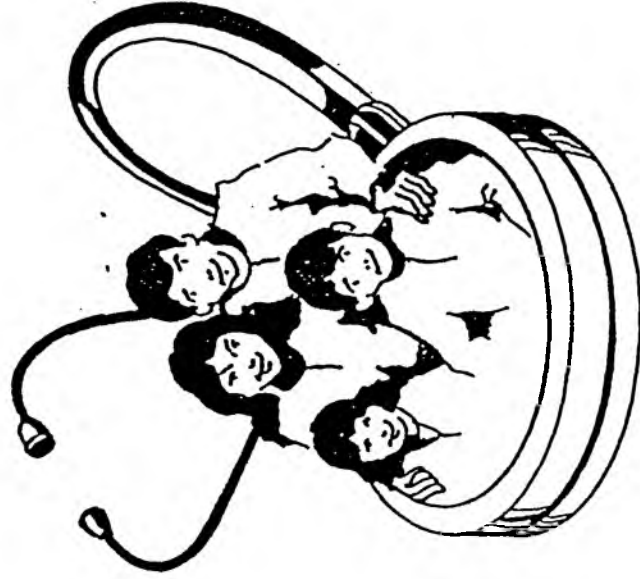
NORMAS Y PROCEDIMIENTOS
TECNICAS

POLITICAS
ESTRATEGIAS
PLANES Y
ACTIVIDADES
DE SALUD

- NORMAS
- PROCEDIMIENTOS
- TECNICAS
- ESTANDARES

PARTICIPANTES

FUNCIONARIOS
CIENTIFICOS
DOCENTES
OTROS



ATENCION EN SALUD

9.1 NORMATIZACION

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

La normatización es una instancia crítica del proceso de gestión y constituye un requisito para la acción ordenada. Según el Diccionario de la Lengua Española la norma es una regla que se debe seguir o a la que deben ajustarse las operaciones (1). El Instituto Colombiano de Normas Técnicas (ICONTEC) define la normatización como "el proceso de formular y aplicar reglas con el propósito de establecer orden en una actividad específica, para beneficio y con la cooperación de todos los interesados y, en particular, para la obtención de una economía óptima de conjunto, respetando las exigencias funcionales y de seguridad" (2).

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

9.1.1. Justificación.

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

| La anterior determinación tiene, en la práctica, |
| repercusiones sobre la población beneficiaria, en la |
| medida en que calidad, costo y cobertura son |
| aspectos interrelacionados. |
| |
| Las normas, por otra parte, proveen los parámetros |
| para la supervisión, la medición del rendimiento, el |
| control de calidad y el ordenamiento y |
| homogenización de las operaciones, todos tan |
esenciales en el desarrollo de los servicios.

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

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

prioritario revisar las normas técnicas y administrativas con miras a mejorar su pertinencia a los requerimientos de los servicios, su aceptación y viabilidad.

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

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

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

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

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

9.1.4. Control de calidad

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

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

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

- Debe mostrar resultados de calidad mejorada, cantidad aumentada y oportunidad acelerada de entrega.
- La tarea de perfeccionamiento de la calidad es participativa: compromete a todos los individuos involucrados en la producción -en sus respectivos procesos de participación, por supuesto- lo cual redundará en la mejora de la calidad del trabajo en todas las instancias. Es lo que los japoneses denominan hoy día control total de calidad (C.T.C.)
- Comienza y termina con educación.

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

y recomendaciones para su modificación, teniendo en cuenta la reciente descentralización administrativa y fiscal.

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

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

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

técnicas y procedimientos o hay cambios en las políticas de salud.

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

La preparación de un manual tiene esta secuencia :

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

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

1. Quiénes serán los usuarios?

- * Qué pueden ellos hacer en relación con la operación o actividad en cuestión?
- * Qué saben ellos al respecto?
- * Qué problemas encaran actualmente en su desempeño?

2. Por qué necesitan ellos un manual?

- * Qué necesitan en el texto?
- * Cómo usarán el texto?

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

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

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

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

9.1.6. Objetivos

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

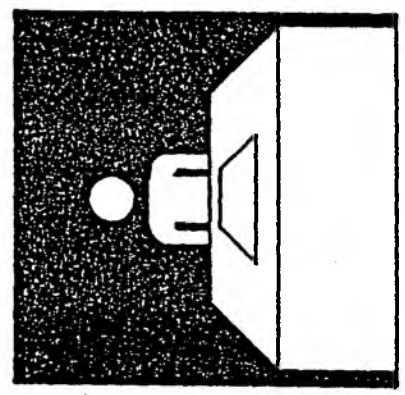
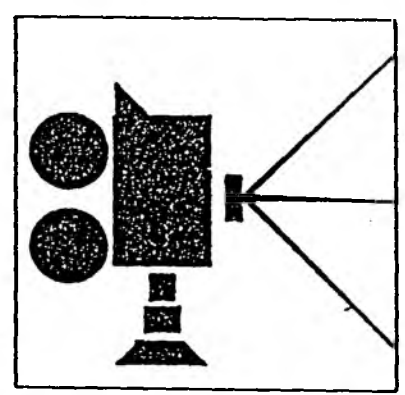
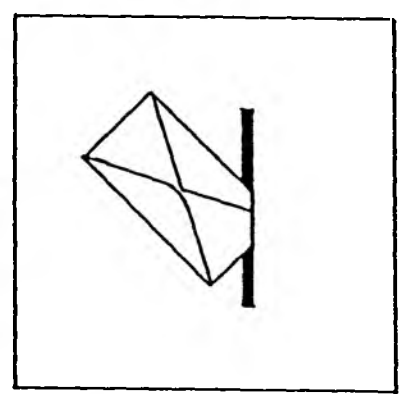
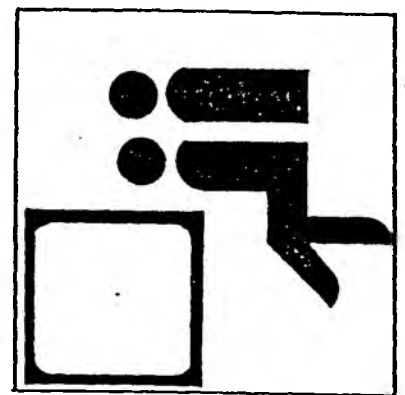
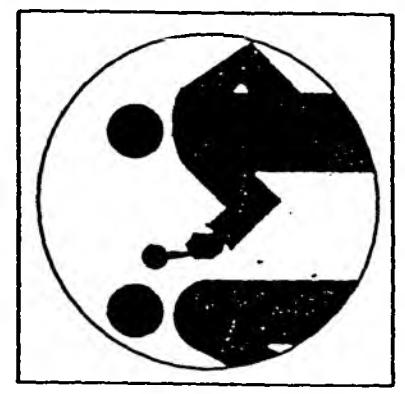
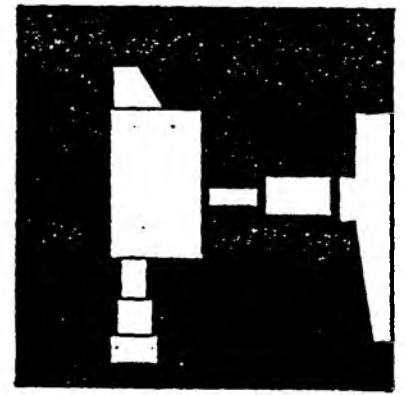
9.1.7. Actividades

1. Revisión de las normas y manuales preparados por el Ministerio de Salud, el ISS y por cualquier otra institución que las haya producido, con la participación de representantes de las sociedades científicas, personal docente y de los servicios.
2. Actualización y aprobación por parte del Ministerio de Salud de las normas existentes.
3. Traducción en manuales de las normas adoptadas.
4. Promoción de la difusión y correcta aplicación de las normas y manuales.
5. Selección de formatos, determinación de contenidos y preparación de manuales y módulos, con la asesoría de la Universidad de Kentucky y del BLITHE de Londres.

SUBPROGRAMA 2
RED DE INFORMACION
TV Y OTROS MEDIOS

2.-SUBPROGRAMA

RED DE INFORMACION



9.2 RED DE INFORMACION PARA LA EDUCACION CONTINUA T.V. Y OTROS MEDIOS

9.2.1 Introducción

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

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

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

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

9.2.2. Antecedentes

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

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

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

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

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

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

A pesar de todos los esfuerzos anotados, no hay aún concertación entre estas instituciones, que canalice iniciativas, defina políticas y prioridades y,

en general, promueva y coordine acciones de producción de materiales educativos para el desarrollo de los programas de educación continua. Con el fin de apoyar estas actividades, recientemente Ascofame recibió la visita del Dr. W.D. Clarke, Director de la British Life Insurance Trust Center for Health Education (BLITHE) de Londres, como consultor de la sede de la Organización Mundial de la Salud. Se elaboró un proyecto para habilitar el Centro de Desarrollo Educativo para la producción de materiales de aprendizaje en ciencias de la salud con el patrocinio de agencias competentes de las Naciones Unidas.

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

Universidad de Caldas, Manizales y la División de Ciencias de la Salud de la Universidad del Valle, de CIMDER y de CIDEIM (Cali).

* Edición del Índice de la Literatura Médica Colombiana 1980-1987, Vol. 1 (tomos 1 y 2). El índice comenzó a ser distribuido en febrero de 1988. El Vol. 2 está en preparación.

En resumen,

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

9.2.3. Justificación.

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

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

- * Controlar la terminología y el léxico en el cual se presenta el material, para compatibilizarlo con el nivel de educación y comprensión de aquellos a quienes está destinado.
- * Adaptar el formato a las necesidades y habilidades de los usuarios en términos de flujogramas, ilustraciones, diagramas, tablas, etc.
- * Considerar la necesidad propia de capacitación en el uso del material educativo; guía para los docentes, ejercicios suplementarios, pruebas piloto, etc.

Mucho del material educativo existente es criticable en cuanto a su pertinencia y utilización, lo cual ha conducido al uso masivo de material inapropiado, a menudo bajo la premisa de que el material disponible se considera, a priori, pertinente y utilizable.

9.2.4. Objetivos

Identificar la producción y disponibilidad nacional e internacional de medios audiovisuales en el área de las ciencias de la salud y educación médica, utilizables en Colombia.

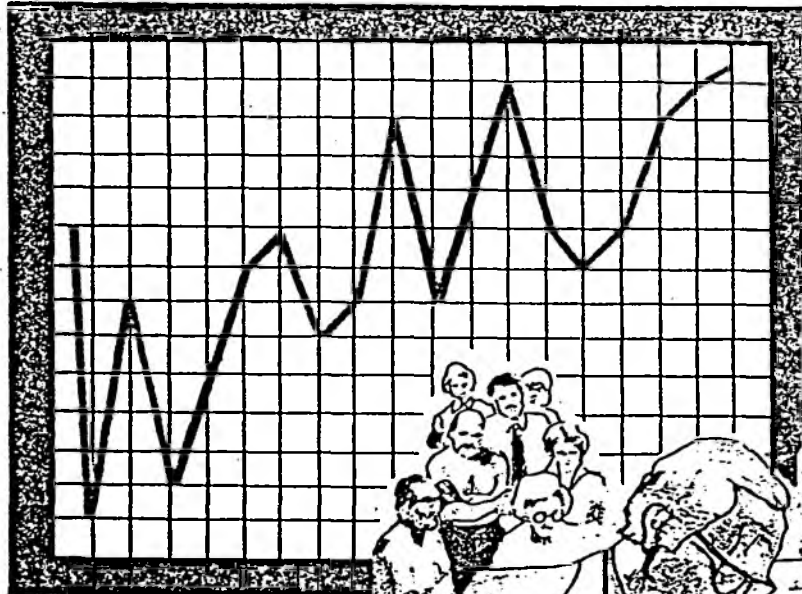
- * Formular una estrategia de educación continua basada en la utilización óptima de los medios audiovisuales.
- * Producir programas de televisión por la cadena nacional y otros audiovisuales que requiera el sistema nacional de educación continua.
- * Promover la edición y correcta utilización de los manuales, tanto en el funcionamiento de los servicios, como en las actividades de educación continua.
- * Crear un consenjo editorial que fije políticas y pautas en la producción de textos o materiales didácticos para la educación continua.
- * Capacitar en la producción de material impreso, tales como manuales, textos, folletos, etc.
- * Producir y publicar textos y otros tipos de materiales impresos que respondan a las necesidades de educación continua.
- * Intercambiar experiencias a nivel nacional e internacional sobre producción de material impreso.
- * Fortalecer los recursos existentes en el Centro de Desarrollo Educativo de ASCOFAME.

- * Circulación del material disponible y su seguimiento, según las necesidades del sistema.
- * Inventario del material impreso utilizable para la educación continua y sistematización de esta información.
- * Inventario, selección y revisión de manuales existentes.
- * Identificación de necesidades de producción de material impreso.
- * Conformación de un consejo editorial para la toma de decisiones sobre políticas, producción, localización y distribución de material impreso.
- * Selección de formatos, determinación de contenidos y plan para preparación de manuales.
- * Preparación de manuales y módulos de instrucción con la asesoría de Universidad de Kentucky y del BLITHE de Londres.
- * Producción y difusión de manuales.
- * Adaptación de manuales, textos, módulos y otro tipo de materiales existentes y útiles para la educación continua.
- * Adquisición de equipos para mejorar la capacidad editorial del Centro de Desarrollo Educacional de ASCOFAME.
- * Capacitación editorial para el personal de ASCOFAME.
- * Reforzamiento del personal del Centro de Desarrollo Educacional de ASCOFAME, para la ejecución de sus nuevas actividades.

SUBPROGRAMA 3
GESTION EN SALUD

- * SUPERVISION***
- * EVALUACION***

3- SUBPROGRAMA



GESTION
EN
SALUD



9.3. GESTION EN SALUD.

Sistema que permite una adecuada utilización de los recursos y aplicación de las normas para resolver problemas de salud prioritarios y prestar mejores servicios.

9.3.1. Introducción

En el último siglo se ha estructurado en los países occidentales la teoría conocida como tradicional o de gestión científica que busca el aumento de la producción y mejor distribución del "producto".

La teoría parte fundamentalmente de la división y coordinación del trabajo; esta última es el objeto principal de la gestión. Los postulados tradicionales tratan casi exclusivamente de la manera como una organización realiza el trabajo, dando poca atención relativa a los factores humanos o a los recursos dentro de una estructura jerarquizada.

Los cambios ocurridos en los últimos años se orientan hacia los recursos humanos, y hacia los factores que influyen sobre su comportamiento, con menos énfasis sobre las estructuras rígidas para la toma de decisiones. Esto lleva a la teoría administrativa contemporánea.

| A principios del año 30 hizo su aparición el |
| concepto de organización no formalista que rompe la |
| rigidez de la organización tradicional. El nuevo |
| enfoque tiene en cuenta las motivaciones que no son |
| exclusivamente económicas, y la conveniencia de la |
| participación de los trabajadores en la orientación, |
| formulación de políticas, toma de decisiones y |
| ordenamiento de las actividades por realizar. La |
| autoridad se apoya en buena parte en las relaciones |
| positivas entre dirigentes y dirigidos y la gestión |
| tiene como componente importante la democracia y la |
| participación. El sistema basado en la |
| participación implica que las personas afectadas por |
| las decisiones sean informadas y consultadas sobre |
| estas. (1) |

1 Schaefer, M. Administración de Programas de Salud. Cuadernos de Salud Pública. No.59 OMS, Ginebra. 1975.

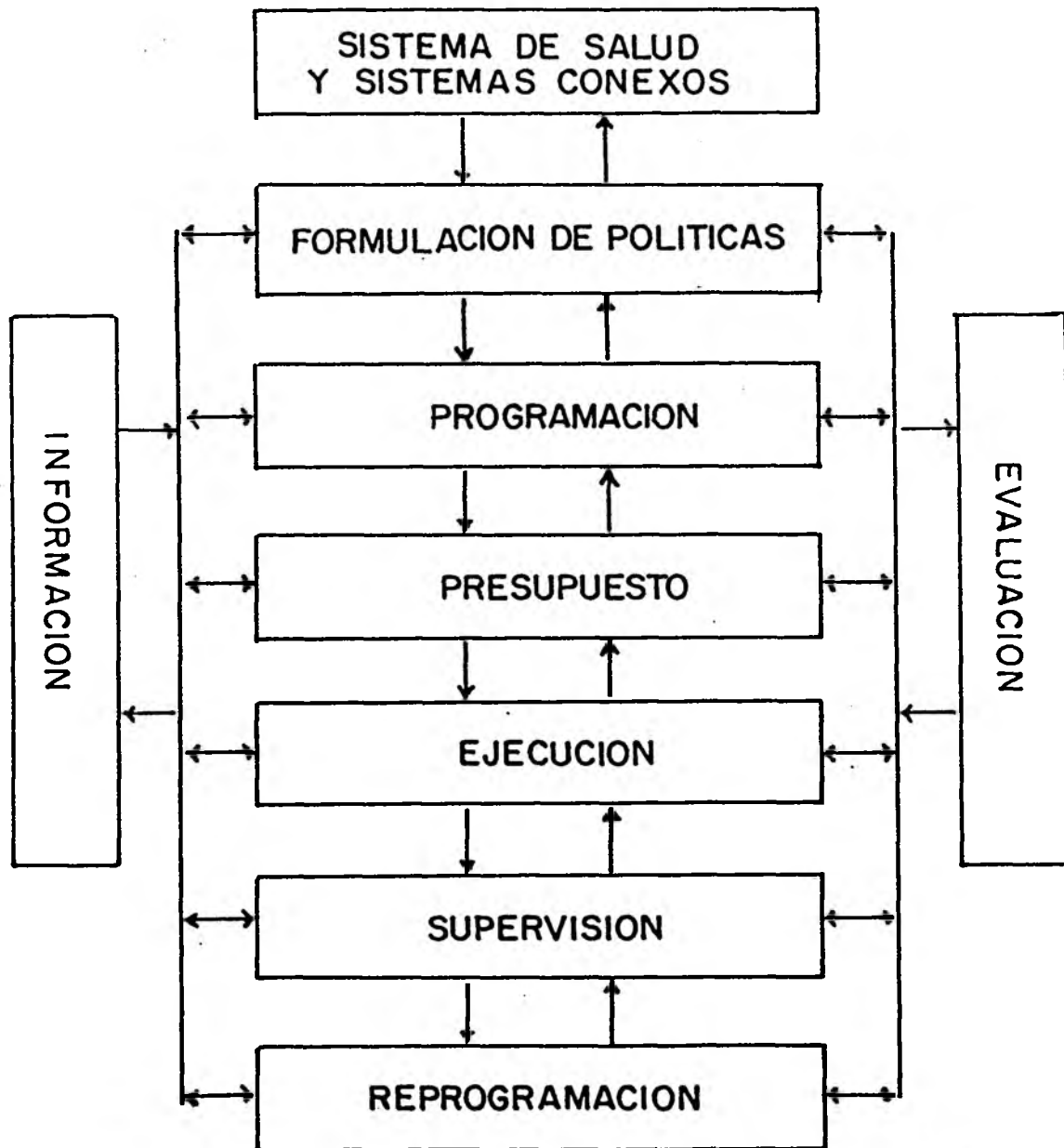
- c) Presupuesto por programas: la ubicación preferencial de los recursos de salud para aplicar las estrategias de los programas tendientes a resolver problemas prioritarios.
- d) Ejecución: la conversión del programa detallado en acciones dentro de un plan de operaciones, de modo que se vuelva parte integral del sistema de salud.
- e) Supervisión: el seguimiento del proceso y del desempeño personal, en particular, para mejorar su competencia y prevenir y rectificar precozmente posibles desvíos de los planes, sus objetivos y metas.
- f) Evaluación de las estrategias del programa para su realización con el fin de mejorar su efectividad e impacto y aumentar su eficiencia.
- g) Reprogramación, cuando sea necesario para mejorar el plan maestro de acción o algunos de sus componentes, agregar otros si se requiere, como parte de un proceso de gestión para el desarrollo de la salud.
- h) Apoyo, por medio de suministro de información pertinente y precisa de todos estos componentes en todas sus instancias.

En el diagrama No. 3, (1) siguiente, se señalan las etapas del proceso, su secuencia y sus relaciones.

(1) Op. cit.

DIAGRAMA N.3

PROCESO DE GESTION PARA EL SISTEMA DE SALUD.



Adaptado de : OMS de los Programas de Salud. Ginebra - 1981

9.3.3. Justificación

La enseñanza sobre gestión es insuficiente y tradicionalmente ha estado orientada hacia los administradores de las instituciones de salud y de los hospitales en particular. Los programas de educación para las diferentes disciplinas de salud no incluyen enseñanzas adecuadas sobre gestión, lo cual se puede observar también en la educación postbásica y en la continua.

La formación en gestión del personal que trabaja en instituciones del nivel local tales como centros y puestos de salud (que ha sido el menos atendido en cuanto a enseñanza) se impone con urgencia porque es en este nivel donde convergen todas las operaciones para el cumplimiento de las decisiones políticas, administrativas y técnicas y donde se necesita mayor capacidad para tomar aquellas que concilien las necesidades de los beneficiarios de los servicios con las actividades que se desarrollan, según las normas provenientes de niveles superiores. La actual descentralización administrativa refuerza esta necesidad.

La enseñanza sobre gestión debe cubrir, en primer lugar, el personal de gestión de los servicios de salud locales, hospitales, centros de salud y dispensarios, e igualmente debe también llegar a los dirigentes de la comunidad, líderes de acción comunal, concejales y dirigentes de organismos departamentales relacionados con la salud, tales como los de educación, de vivienda, de alimentación y de agricultura.

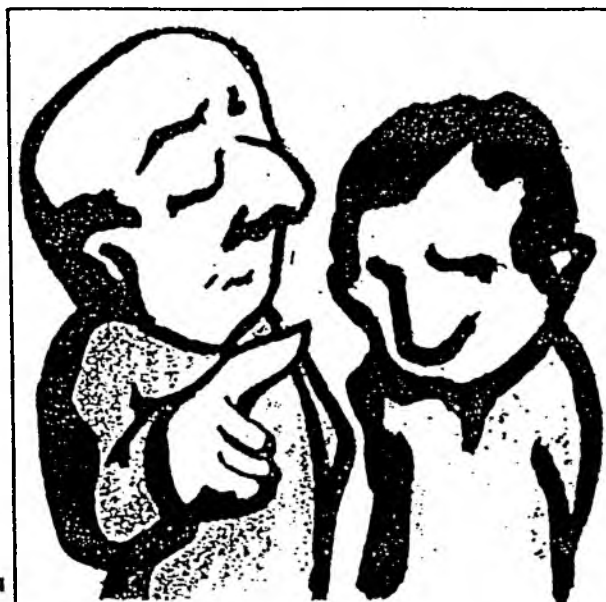
El personal de los niveles intermedio (seccional, regional, distrital) y central se deben también beneficiar de estos programas. El intermedio sirve de enlace entre el nivel nacional y el nivel local y refuerza a este último; el nivel nacional comprende las autoridades que establecen las políticas, los planificadores y los directores de los diferentes programas.

El personal local debe recibir también educación sobre gestión con énfasis en la supervisión, con las características que se describen más adelante.

Desde luego, la capacitación en supervisión como componente básico de la enseñanza sobre gestión debe realizarse en los niveles nacional, seccional y local. Aquí se hace énfasis en la supervisión del nivel local por la importancia que esta adquiere en el proceso de descentralización y por el desmaño con que se ha venido

3- SUBPROGRAMA (a)

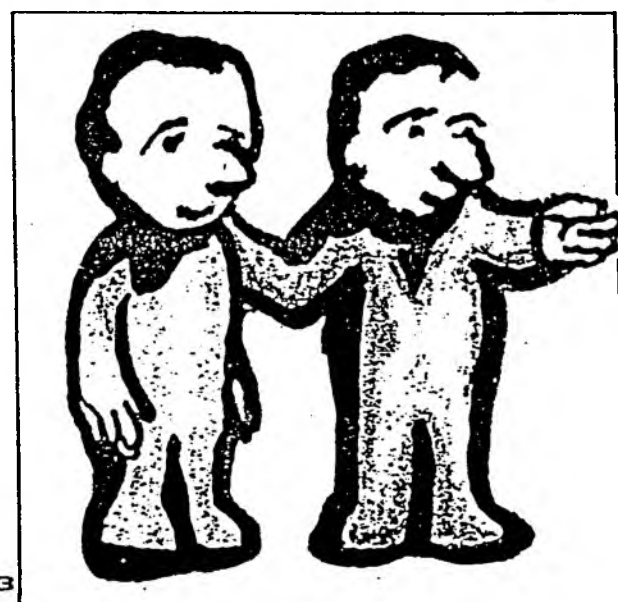
SUPERVISION



1



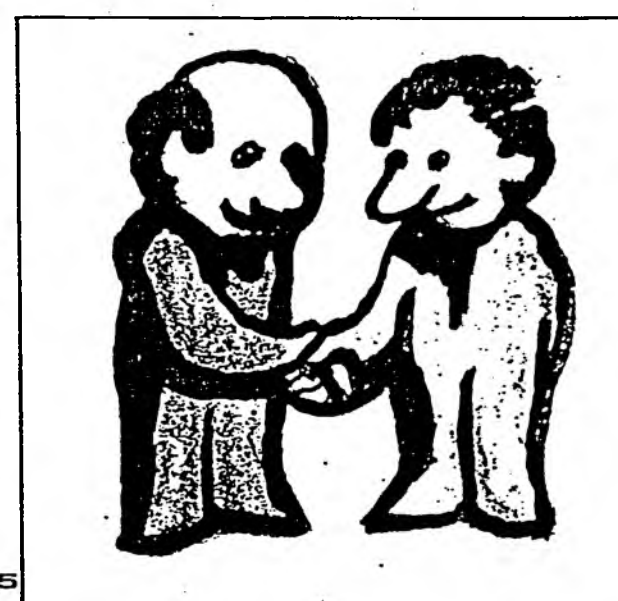
2



3



4



5

interacción humana que favorezca la eficiencia del trabajo, el crecimiento profesional y el logro de los objetivos de los programas. La supervisión es, pues, un mecanismo importante para obtener información sobre los problemas que se suscitan en la ejecución de los programas de salud.

! En la gestión moderna la supervisión tiende a !
! considerarse como una parte del proceso !
! educativo, en virtud del cual una persona preparada !
! y con experiencia estimula, motiva y orienta las !
! capacidades de otra, a fin de lograr el desarrollo y !
! mejoramiento de su competencia para el trabajo. !
! Puede así definirse como una función educativa !
! permanente, continua y planificada que consiste en !
! "controlar enseñando". Su carácter democrático !
! contribuye al crecimiento y desarrollo profesional !
! del personal de salud, crea actitudes positivas !
! hacia el trabajo, controla, evalúa y responde al !
! trabajador con estímulos de orden educativo y !
! laboral. !

En la evaluación de las necesidades de educación continua, el supervisor debe representar el papel crucial de enlace entre los trabajadores de la salud y los encargados de diseñar programas de educación continua.

El Supervisor no es un operario; trabaja a través de sus colaboradores; por consiguiente, depende siempre del desempeño de otras personas para asegurar su propio éxito y es responsable de asegurar que los individuos bajo su jurisdicción realicen su trabajo con método y de acuerdo con normas y niveles de calidad predeterminados.

! Se considera que la eficiencia y eficacia del !
! sistema de salud mejora substancialmente cuando la !
! supervisión se articula con la educación continua, !
! dentro del concepto de integración estudio/trabajo. !
! Es por esto por lo que algunos entienden hoy la !
! supervisión-educación continua como un complejo !
! instrumental orientado a prevenir o identificar !
! precozmente las desviaciones del sistema de salud y !
! a corregir aquellas que sean atribuibles a errores u !
! omisiones de la capacitación, lo mismo que a !
! estimular las intervenciones para corregir las !
! motivadas por otras causas. !

FUNCIONES, ACTIVIDADES GENERALES Y TAREAS EN LOS DISTINTOS ESCALONES DE GESTIÓN, EN RELACION CON LOS DIFERENTES ELEMENTOS DEL PROCESO DE GESTIÓN PARA EL DESARROLLO NACIONAL DE LA SALUD

ESCALONES DE GESTIÓN			
PROCESO DE GESTIÓN PARA EL DESARROLLO NACIONAL DE LA SALUD	ESCALON NACIONAL (CENTRAL)		ESCALON LOCAL
	ESCALON INTERMEDIO	DIRIGENTES DE LA COMUNIDAD	PERSONAL ENCARGADO DE PRESTAR ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD
1. Formulación de políticas nacionales de salud	<ul style="list-style-type: none"> - Fomentar y mantener la voluntad política y el apoyo de la opinión pública, incluidos los dirigentes nacionales - Formular políticas sobre, entre otras cosas: cobertura, prioridades, grupos de beneficiarios, financiación, mejoramiento del medio humano, vivienda y saneamiento básico, producción de alimentos y nutrición apropiada, población, recursos de personal, desarrollo de recursos, participación de la comunidad - Conseguir que se promulguen disposiciones legislativas nacionales adecuadas - Preparación de las estrategias nacionales de salud para todos 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocer el apoyo político regional - Formular políticas regionales dentro del marco de las políticas nacionales y de las necesidades y recursos locales 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir el apoyo de los dirigentes y de la opinión pública local - Identificar los problemas de salud y establecer su orden de prioridad conforme a unos criterios predeterminados - Interpretar y transmitir al escalón inferior las aspiraciones de la comunidad en relación con la salud para todos - Formular políticas institucionales y sobre prestación de servicios de salud
2. Programación amplia	<ul style="list-style-type: none"> - Analizar la situación sanitaria y las previsiones para el porvenir - Establecer las prioridades y definir los objetivos y las metas correspondientes - Identificar los recursos y las limitaciones - Establecer una estrategia para la aplicación de un criterio intersectorial - Establecer estrategias, especificando las actividades y su calendario - Evaluar la infraestructura - Establecer la modalidad de organización del sistema de salud en cada escalón 	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar la función de la comunidad en la salud para todos - Evaluar la posible contribución de la comunidad a la salud para todos 	<ul style="list-style-type: none"> - Obtener y analizar la información y las directrices implícitas en el programa amplio - Evaluar la disponibilidad de recursos locales para el programa - Planear programas de salud locales
3. Preparación del presupuesto por programas	<ul style="list-style-type: none"> - Estimar los recursos disponibles para objetivos y actividades concretas, sobre la base de las prioridades establecidas; el análisis de los costos; las consideraciones sobre la oportunidad de los costos - Establecer los procedimientos de preparación del presupuesto y de control 	<ul style="list-style-type: none"> - Calcular el costo posible del grupo amplio de actividades previstas y establecer un proyecto de presupuesto 	<ul style="list-style-type: none"> - Calcular el orden de magnitud del total de recursos locales (en efectivo y en especie) procedente de diferentes fuentes - Debatar las distintas posibilidades de empleo de esos recursos por los dirigentes de la comunidad - Proponer la asignación de recursos por actividades y poblaciones beneficiarias
4. Preparación del plan general de acción	<ul style="list-style-type: none"> - Preparar un plan general en el que se fijan las prioridades, las políticas, los objetivos, las metas, la tecnología, los procesos de gestión, las estrategias, los recursos de personal, el presupuesto, la organización, el calendario, etc. - Establecer normas y pautas operativas (formación, compras, suministros, instalaciones, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> - Comprobar si el plan general se ajusta a los problemas, los recursos y las aspiraciones de la comunidad en materia de salud 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las consecuencias del plan general de acción en la programación priorizada de las actividades locales en materia de salud

FUNCIONES, ACTIVIDADES GENERALES Y TAREAS EN LOS DISTINTOS ESCALONES DE GESTION, EN RELACION CON LOS DIFERENTES ELEMENTOS DEL PROCESO DE GESTION PARA EL DESARROLLO NACIONAL DE LA SALUD (continuación)

PROCESO DE GESTION PARA EL DESARROLLO NACIONAL DE LA SALUD	ESCALONES DE GESTION			
	ESCALON NACIONAL (CENTRAL)	ESCALON INTERMEDIO	ESCALON LOCAL	
			DIRIGENTES DE LA COMUNIDAD	PERSONAL ENCARGADO DE PRESTAR ATENCION PRIMARIA DE SALUD
8. Reprogramación	<ul style="list-style-type: none"> - Reprogramar las actividades de salud en función de los resultados de la evaluación y del grado en que el programa haya sido aceptado por la comunidad 	<ul style="list-style-type: none"> - Reorientar periódicamente el programa en función de la vigilancia - Conseguir apoyo de las autoridades pertinentes 	<ul style="list-style-type: none"> - Transmitir a las autoridades locales el parecer de la comunidad sobre el programa a ejecutarse y sus aspiraciones para el futuro 	<ul style="list-style-type: none"> - Dar a conocer los resultados de la evaluación al personal de gestión del establecimiento intermedio - Identificar las actitudes de la comunidad respecto de los servicios de salud actuales y de los cambios que serían necesarios
9. Apoyo informativo	<ul style="list-style-type: none"> - Determinar las necesidades en materia de información sobre: <ul style="list-style-type: none"> - la situación general del país - la administración de salud y de los sectores afines - las políticas, los planes y la legislación nacional - la situación sanitaria, los recursos y su utilización - estadísticas demográficas - condiciones epidemiológicas - organización del servicio - recursos de personal de salud - aspectos financieros - programas en los países - cooperación técnica entre los países en desarrollo 	<ul style="list-style-type: none"> - Evaluar las necesidades de información y organizar el acopio de información 	<ul style="list-style-type: none"> - Organizar equipos que participen en el acopio de datos sobre la situación sanitaria 	<ul style="list-style-type: none"> - Conseguir que se recojan datos sobre la situación sanitaria, supervisar esa actividad y participar en ella - Sintetizar, analizar e interpretar los datos

Evaluación

Todo programa debe ser evaluado; se requiere definir qué se evaluará, cómo y cuándo.

Los objetivos y las actividades deben ser claros, para que su evaluación aporte elementos de juicio válidos para el proceso de gestión en sus diferentes etapas de planeación, ejecución y supervisión.

La evaluación permite al gestor identificar los cambios que se producen por factores exógenos o por causas endógenas, inherentes al desarrollo de las actividades y así reorientar el programa, ampliar su cobertura o rectificar sus objetivos y reasignar los recursos.

Para determinar la pertinencia, progreso, eficiencia, eficacia y efecto de las actividades del programa, deben analizarse los aspectos de demanda, oferta, proceso, procedimiento e impacto.

9.3.4. Objetivo General.

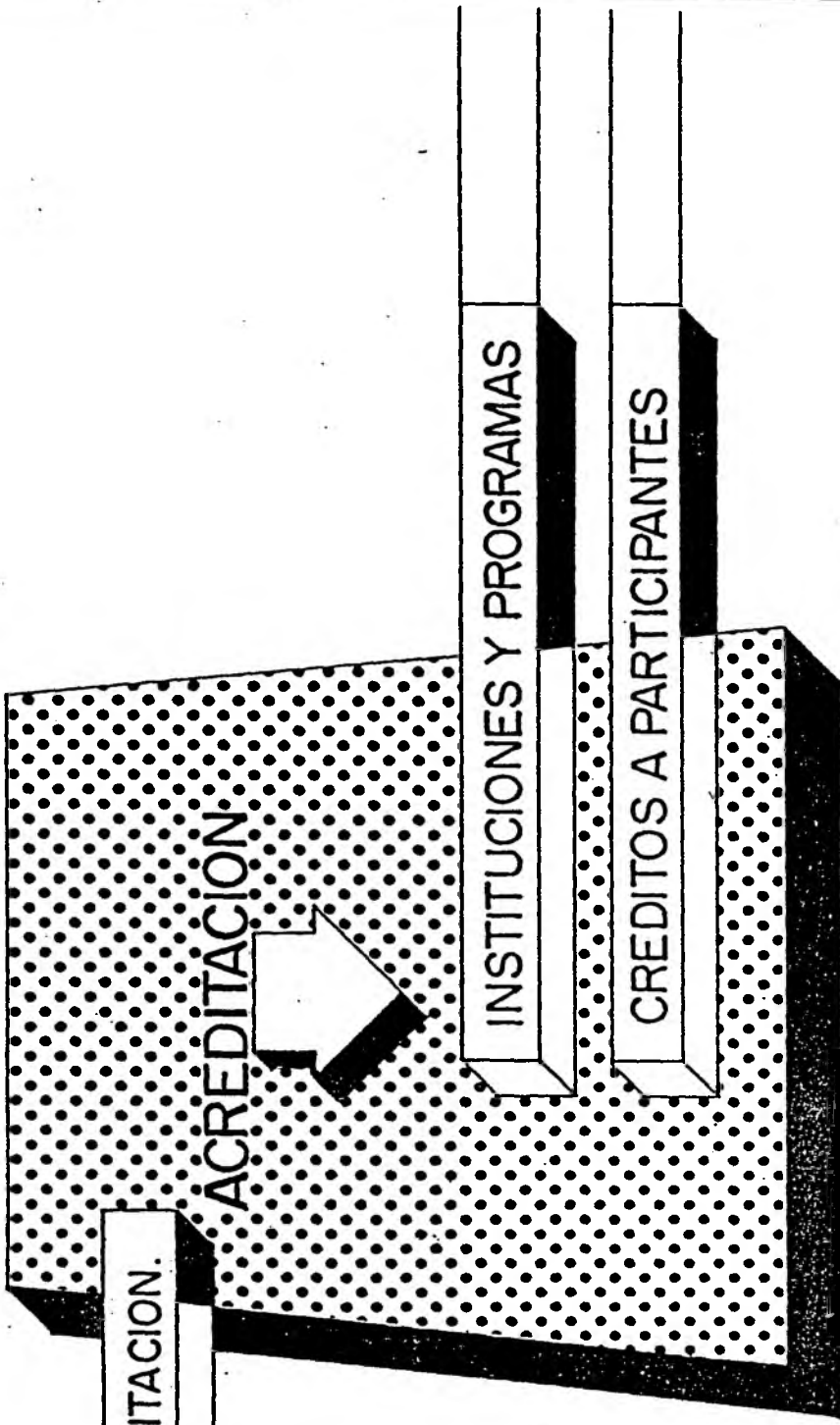
Con base en estos antecedentes, el objetivo general de la educación sobre gestión debe dar una formación apropiada en todos los componentes de la gestión en salud, con énfasis en la supervisión y evaluación, en todos los niveles, con el fin de que el personal esté preparado y mantenga la competencia necesaria para formular y ejecutar las políticas, las estrategias y los planes de salud.

9.3.4.1. Objetivos Especificos.

- . Diagnosticar problemas en el funcionamiento de los servicios y seleccionar alternativas de solución con base en el proceso administrativo, poniendo énfasis en la educación continua y en la supervisión.
- . Evaluar el perfil institucional con miras a buscar alternativas de solución a los problemas identificados.
- . Aplicar estrategias de administración de los recursos humanos en salud.
- . Diseñar, desarrollar y evaluar modelos de supervisión educativa.
- . Capacitar al personal de la salud en la aplicación de los nuevos métodos de supervisión.
- . Realizar procesos de evaluación institucional.

SUBPROGRAMA 4
ACREDITACION

4.- ACREDITACION.



ACREDITACION

INSTITUCIONES Y PROGRAMAS

CREDITOS A PARTICIPANTES

9.4. ACREDITACION.

Consiste en:

- a) el diseño y operación de un mecanismo de reconocimiento de los programas e instituciones para impartir educación continua basado en criterios de competencia y de control de calidad; y
- b) en el otorgamiento de créditos a los participantes en los eventos educativos, que se tendrán en cuenta en el subsiguiente desarrollo de sus respectivas carreras.

9.4.1. Introducción.

La administración de personal abarca todo lo relacionado con el empleo, la utilización, la supervisión, la educación continua y la motivación del trabajador de salud al término de su formación. En gran medida determina la productividad y, por tanto, la cobertura del sistema de salud y su capacidad de retener al personal. Se aplica a los individuos que desempeñan cargos en el Sistema de Salud, en condiciones que ellos pueden juzgar satisfactorias o insatisfactorias. Las experiencias y percepciones del personal en este sentido influirán sobre sus actitudes ante el trabajo y, en definitiva, determinarán la manera como se cumplan sus funciones y el grado en que se logren los objetivos del sistema.

En principio, todo trabajador de salud se interesa por el mejoramiento de su competencia a lo largo de su vida profesional, mediante la lectura, la participación en reuniones de las asociaciones profesionales, la asistencia a conferencias, reuniones científicas, talleres, seminarios, miniresidencias y rotaciones por servicios, la auditoría médica, la autoevaluación y otras formas de aprendizaje autodirigido.

Con base en lo anterior las Asociaciones Colombianas de Facultades de Medicina, Odontología y Enfermería, en coordinación con el Ministerio de Salud, el Instituto de Seguros Sociales y el Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior consideran importante organizar un sistema de acreditación que reglamente la capacitación del personal de salud a través de la educación continua y estiman que ello debe hacerse en el contexto del estatuto de personal del Sistema Nacional de Salud y la reglamentación del Servicio Civil.

Las entidades que habitualmente imparten la acreditación varían de uno a otro país y a través del tiempo; van desde asociaciones profesionales, agremiaciones de personal e instituciones docentes (escuelas de medicina, odontología y enfermería) hasta consejos de especialidades, individualmente o mediante agrupaciones de varias de éstas.

9.4.2. Antecedentes.

En Estados Unidos la acreditación se inició en las escuelas de medicina, poco después de la publicación del Informe Flexner en 1910, lo cual fué seguido del establecimiento de sistemas para aprobación de los programas de educación de post-grado en 1912 y de programas de residencia en 1972. Con el crecimiento espectacular de las actividades de educación continua después de la segunda guerra mundial emergió la necesidad de crear un sistema de acreditación para esta actividad, el cual se estableció finalmente en 1967. Desde 1960 cinco organizaciones nacionales: la Asociación Americana de Colegios Médicos, la Junta Americana de Especialidades Médicas, el Consejo de Sociedades de Especialidades Médicas, la Asociación Médica Americana y la Asociación Americana de Hospitales han creado una nueva entidad para formular políticas de acreditación de toda la educación médica, incluyendo escuelas de medicina, residencias y la educación continua.

! En Colombia no hay antecedentes de acreditación en !
! el área de educación continua para el personal de !
! salud propiamente dicho, a pesar de que ha habido !
! una gran proliferación de programas de este tipo y !
! no pocos de entre ellos de calidad y pertinencia !
! cuestionables y, en ocasiones, con franca !
! orientación comercial. !

La acreditación institucional tiene en cambio una larga experiencia en Colombia en campos tales como la evaluación de hospitales y de instituciones docentes, muy ligada al desarrollo de ASCOFAME y, por lo tanto, limitada inicialmente a la Educación Médica. Se inició en 1958 con la creación del Comité de Estudio de Postgrado, como órgano asesor del decanato de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional. Su función principal era "dar normas para la organización de programas de adiestramiento hospitalario y de cursos de actualización para médicos en ejercicio". Estas normas regularon los programas de internado en los años siguientes mediante la definición de propósitos y

3. Asesorar en aspectos de evaluación a las escuelas de medicina, al Ministerio de Salud, al Ministerio de Educación y al Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior ICFES.

Más recientemente la función de evaluación pasó a ser un programa que en 1985 se constituyó en uno de los subprogramas del Convenio ASCOFAME / KELLOG. La función de evaluación ha sido conceptualizada como un proceso de enfoque prospectivo y sistémico, de amplia perspectiva y gran flexibilidad para permitir su aplicación por las propias instituciones (autoevaluación) a una diversidad de sujetos y procesos que conduzcan a una permanente revisión curricular en el espíritu de la integración docente-asistencial.

Elementos Constitutivos.

Los antecedentes históricos se citan solo para sustentar la idea de que la función de evaluación institucional y de procesos docentes y asistenciales y sus productos, tienen ya una larga tradición en ASCOFAME. Es en virtud de esta experiencia que la Asociación se encuentra equipada técnicamente, para diseñar un sistema de créditos con los fines antes mencionados.

Los elementos esenciales de un programa de educación continua sirven de orientación para definir sus propios criterios de acreditación. Se proponen los siguientes para Colombia:

- a) Los requisitos que se establezcan para la acreditación de las instituciones que realizan eventos de educación continua;
- b) la aplicación de las políticas y características del programa nacional de educación continua;
- c) los requisitos exigidos por la Comisión del Servicio Civil, para el desarrollo profesional de cada grupo ocupacional en el sector público;
- d) las normas de administración del personal de la carrera administrativa establecidas por el Sistema Nacional de Salud.

Se sugiere que estos elementos sean discutidos por los representantes de los patrocinadores del programa, las asociaciones de personal y sociedades científicas, para buscar un consenso sobre lo que sea más procedente en cada caso.

9.4.4. Objetivos

- * Definir criterios de valoración del personal de salud en términos de desempeño, capacitación, experiencia, investigación, producción intelectual y resultados de la supervisión.
- * Determinar mecanismos y parámetros de calificación para cada tipo de evento educativo.
- * Determinar la secuencia de pasos en desarrollo de la carrera para cada disciplina, para efectos de remociones, sanciones, promociones, distinciones, becas y otros beneficios, según el estatuto de personal y el subsistema de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, la Seguridad Social, el Servicio Civil y las asociaciones de personal.
- * Diseñar un sistema de supervisión y de evaluación que sirva de apoyo a la acreditación basada en la capacitación desarrollada a través de la educación continua.
- * Revisar criterios, requisitos mínimos, procedimientos y protocolos para la evaluación y acreditación de instituciones educativas y asistenciales utilizadas en la capacitación de personal de salud.

9.4.5. Actividades

- * Establecimiento de un órgano responsable de la acreditación en el seno mismo de ASCOFAME-ACFO-ACOFAN, con el apoyo de cada entidad patrocinadora.
- * Establecimiento de un Comité del Programa de Acreditación. Los miembros del comité deben tener competencia sobre metodología de educación del adulto y sobre educación médica, odontológica y/o de enfermería y estar familiarizados con los procedimientos del Servicio Civil y los establecidos por el estatuto de personal del Sistema Nacional de Salud.
- * Determinación de criterios de control de calidad de las actividades de educación continua en las instituciones de atención de la salud y en las instituciones docentes (facultades de medicina, odontología y enfermería, etc.) con responsabilidades en el programa de educación continua.
- * Realización de visitas para la acreditación de instituciones con programas de educación continua.

SUBPROGRAMA 5

INVESTIGACION

En abril de 1966 se creó la División de Estudios de Población en Ascofame, la cual desarrolló un intensa actividad investigativa dentro del área de la fecundidad y del conocimiento y prácticas de anticoncepción.

En 1970 se iniciaron las investigaciones en el campo de la familia. Entre 1964 y 1972 se realizaron numerosos estudios de los cuales más de 100 se terminaron (1).

Entre 1977 y 1980, ASCOFAME y el Instituto Nacional de Salud emprendieron el Estudio Nacional de Salud, que actualiza la información de la primera investigación nacional de morbilidad realizada en 1964-1967.

En la investigación aplicada, cada país ha dado mayor o menor importancia a los estudios epidemiológicos, clínicos, farmacológicos, genéticos y otros pero la "Investigación en Servicios de Salud" ha sido tratada tangencialmente (2).

El Ministerio de Salud identifica 7 áreas en las cuales es posible realizar estudios de investigación dentro de las cuales da prioridad a:

- a) Condiciones de Salud;
- b) Demanda y utilización de servicios y
- c) Planes y programas de salud.

| La Conferencia Panamericana sobre Políticas de |
| Investigación en Salud, realizada en Caracas |
| (Venezuela) en abril de 1982 señala que la |
| Investigación en Salud tiene como objetivo |
| fundamental el desarrollo de conocimientos y |
| tecnología conducentes a la solución de problemas de |
| salud actuales y futuros. En consecuencia, esta |
| investigación llevará a un mejoramiento del |
| bienestar de nuestras poblaciones, por lo cual ella |
| es una necesidad. |

-
- 1 Muñoz V. Cecilia. Inventario de la Actividad Investigativa de la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina entre 1964 y 1972
 - 2 Ministerio de Salud. Orientaciones y directrices en investigación en salud. Colombia, 1986.

unidad la situación referente al método científico se torna hacia la pluralidad; en efecto, de acuerdo como varían los problemas varían también los procedimientos para abordarlos.(1)

En la investigación existen grados y diferentes motivaciones :

Se puede investigar por el simple deseo de "saber más", por el deseo de desentrañar la esencia de las cosas (investigación básica o fundamental), o más frecuentemente para adquirir conocimientos que conduzcan a resolver problemas para obtener un mayor bienestar del hombre (investigación aplicada).

La investigación básica es costosa y requiere recursos especiales por lo cual su lugar es la Universidad o instituciones especiales en tanto que la investigación aplicada puede ser realizada por cualquiera que tenga capacidad de observar y conocimientos suficientes sobre investigación y sobre el tema; sin embargo, el desarrollo de ambas es conveniente para el mejoramiento de la atención de salud en nuestros países.

La investigación en sí está justificada en cuanto ella tiene por fin incrementar el acervo de conocimientos, es decir, si busca un nuevo conocimiento o quiere verificar una "verdad" actualmente aceptada.

Nuestra falta está en que no investigamos suficientemente y las investigaciones que se realizan no tienen la calidad deseable, pues sólo se aprende a investigar, haciéndolo.

La investigación es por esencia una actividad multidisciplinaria; sin investigación no hay progreso o este ocurre a costos excesivos; toda actividad humana conducente al bienestar, y es el caso de la salud, requiere una actitud investigativa que lleve, a través de una observación correcta, a encontrar nuevos procedimientos, nuevas técnicas, menos onerosas y más eficientes para el mantenimiento y recuperación de la salud.

-
1. Osuna, Anibal. Apuntes sobre filosofía de la Ciencia. Caracas: Ministerio de Sanidad y Asistencia Social. 1966

en la técnica; es investigación aplicada cuyo valor y utilidad -y debe haber alguna manera de verificarlo- dependen del grado en el que el conocimiento adquirido alimenta el proceso de las decisiones.

! Desde un punto de vista práctico, la justificación !
! de la investigación aplicada está dada por la !
! relación entre la importancia y aplicación que este !
! conocimiento tenga para aumentar el bienestar del !
! hombre (salud) y el costo del proceso investigativo. !

Hay una cierta colisión entre la teoría y la práctica : un buen diseño de investigación está limitado a lo que los datos pueden decir sin ambigüedad; los decisorios políticos, por otra parte, con frecuencia hacen preguntas para las cuales no hay respuesta adecuada por carencia de información y, aún así, deben tener alguna respuesta. La IESS, es, por lo menos, un esfuerzo por reducir la incertidumbre en el proceso de decisiones, aun cuando no la puede eliminar completamente.

La IESS basada en un análisis científico y sistemático de los eventos que ocurren naturalmente produce resultados que muchas veces no son replicables en situaciones diferentes que no se pueden alterar. Científicamente la generalización de hallazgos se justifica creando condiciones idénticas para producir el mismo resultado; en la IESS esta oportunidad no existe.

En síntesis, los investigadores deben responder a las necesidades de los decisorios de disponer de información útil para ayudarlos a mejorar la calidad de sus decisiones relacionadas con la prestación de los servicios. Finalmente, los investigadores deben ser invitados a participar en los procesos político y administrativo al cual contribuyen suministrando diferentes opciones y el análisis de las ventajas y desventajas de cada opción.

9.5.5. Las Necesidades de Adiestramiento

La experiencia en investigación es vital para el desarrollo de los investigadores en Servicios de Salud e idealmente el adiestramiento debe incorporar la participación de investigadores experimentados.

Es necesario un adiestramiento inicial de los administradores para ayudarlos a apreciar el valor de los métodos generales de IESS, enseñarlos a identificar problemas y a desarrollar investigaciones sencillas, por ejemplo, sobre cómo usar sus propios datos sobre

Los objetivos específicos son:

- * Desarrollar y actualizar los conocimientos básicos sobre lógica, metodología científica y metodología estadística requeridas en la investigación.
- * Estimular el desarrollo de la investigación aplicada en los servicios de salud, con enfoque epidemiológico y con énfasis en la investigación para solución de problemas y estudio del trabajo.
- * Desarrollar la red de información para que los investigadores tengan acceso al material bibliográfico disponible.

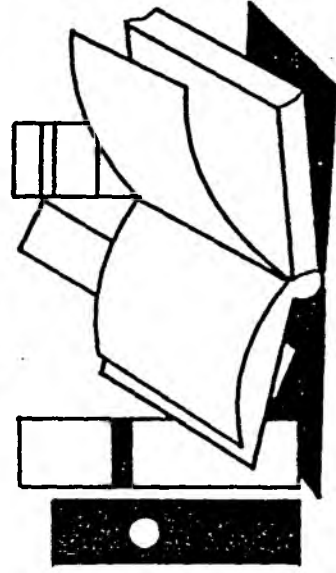
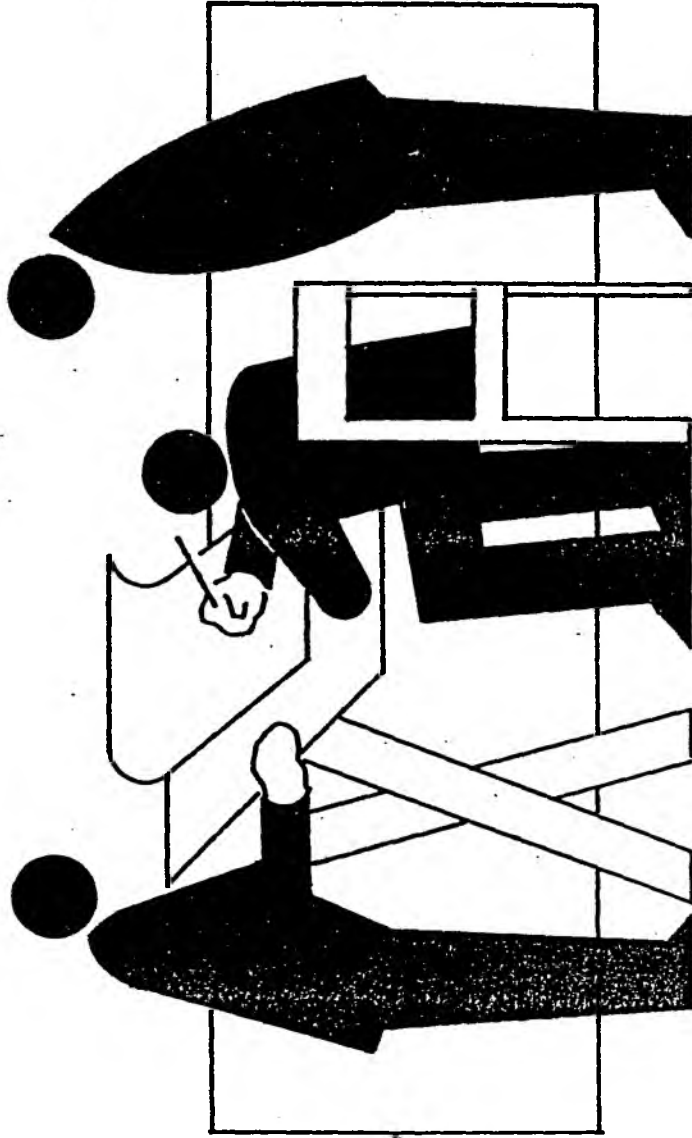
9.5.7. Actividades Específicas

- * Realización de talleres y seminarios sobre investigación aplicada en servicios de salud.
- * Asesoría en el diseño y realización de cursos de capacitación en instituciones educativas en ciencias de la salud.
- * Asesoría para proyectos de investigación.
- * Asesoría en la exploración de alternativas de financiación.
- * Preparación de material de educación continua en investigación, con la participación de la OPS y otras entidades internacionales.

SUBPROGRAMA 6
DESARROLLO EDUCACIONAL

6 - SUBPROGRAMA.

DESARROLLO
EDUCACIONAL
Y
TECNOLOGICO.



9.6. DESARROLLO EDUCACIONAL

9.6.1. Introducción

El desarrollo educacional se refiere a la adaptación y modernización de todas las instancias del proceso educativo para asegurar su pertinencia a las necesidades locales y su congruencia con los recursos disponibles. Dentro del espíritu de la integración docencia-servicio incluye a todos aquellos individuos que con papeles diferentes, participan en el proceso de enseñanza-aprendizaje, es decir, quienes tienen como responsabilidad fundamental la docencia y quienes tienen como responsabilidad fundamental la prestación de servicios pero que, además, asumen funciones docentes; y, por extensión, a los estudiantes de ciencias de la salud, que deben intervenir en el proceso docente al interactuar con sus propios condiscípulos, con sus pacientes, las familias y las comunidades. En la tendencia contemporánea hacia el aprendizaje activo educar y "aprender a enseñar" impone el doble papel de maestro y discípulo.

Este subprograma del sistema nacional de educación continua consiste en el mejoramiento de las competencias del personal docente y asistencial de las ciencias de la salud, mediante la incorporación de nuevas estrategias en el planeamiento, ejecución y evaluación de los eventos de enseñanza-aprendizaje. Comprende aspectos referentes a la aplicación de la tecnología educativa en la adquisición de conocimientos, habilidades y destrezas con miras a lograr un mejor desempeño docente de quienes participan en las diferentes instancias del proceso educativo.

Para efectos de este subprograma, se entenderá como tecnología educativa la aplicación de los conocimientos científicos a la solución de los problemas educacionales; tal es el nuevo principio de aprendizaje fundamentado en los adelantos de la psicología, las modernas teorías de la comunicación y los avances en la teoría de sistemas.

Este subprograma pretende, por tanto, mejorar la calidad de los procesos de enseñanza-aprendizaje en las facultades y organismos de salud mediante la actualización de sus docentes en nuevos avances de la tecnología educativa, en innovaciones referentes a los desarrollos curriculares y en métodos tendientes a lograr la participación activa de los estudiantes en su propio aprendizaje.

Paralelamente, se comenzó a trabajar en la revisión curricular a partir del perfil profesional y ocupacional del médico, mediante la realización de talleres y producción de material educativo en todas las facultades.

Con la iniciación del proyecto Ascofame/W. K. Kellogg, en 1985, tomó fuerza el desarrollo educacional con la creación de una red de diez centros de docencia-servicio, cada uno constituido por personal de la universidad y de los servicios de salud, con los siguientes objetivos :

- * Ampliar la práctica de los estudiantes en el nivel primario.
- * Mejorar la calidad de la docencia en los servicios de salud.
- * Proyectar la universidad hacia la comunidad.
- * Aplicar los conceptos y praxis de la salud familiar y comunitaria.

Esta red ha permitido la acción interdisciplinaria en medicina, enfermería y odontología con otras disciplinas, el fortalecimiento del liderazgo y el compromiso con el mejoramiento del estilo de vida de las comunidades.

Para apoyar la red, se creó el Centro de Desarrollo Educacional constituido como una unidad de planeación, ejecución y asesoría de programas educativos, de producción de medios y fortalecimiento de la información bibliográfica y audiovisual. Este centro ha cumplido un papel muy importante en la coordinación de la red, la realización de eventos educativos, la articulación de la docencia con el mundo del trabajo y, en general, en la promoción de la integración docencia-servicio, mediante diversas estrategias educativas (talleres nacionales y regionales de líderes, producción de medios, reuniones periódicas, red de información bibliográfica y desarrollo de proyectos específicos).

9.6.3. Justificación

Uno de los avances más significativos, producto de las modernas tendencias de la educación centrada en el alumno y el desarrollo de su aprendizaje y en los intereses del docente, está representado por la tecnología educativa orientada hacia la solución de problemas en oposición a la tecnología tradicional que destacaba fundamentalmente la acumulación de conocimientos.

Por otra parte, las nuevas directrices de los escenarios futuros, la revolución mundial la ciencia y la cultura, los cambios en los paradigmas, las nuevas estructuras sociales y demográficas demandan una revisión permanente de los currículos en ciencias de la salud y es preciso, por tanto, la continuación de una capacitación y asesoría permanente en este campo.

Finalmente, se hace necesario buscar estrategias educativas innovadoras, semipresenciales que permitan :

- * Estudiar al propio ritmo, sin limitaciones de horario, espacios, ni dependencia del docente.
- * Facilitar la apertura de nuevos métodos de aprendizaje activo tales como la solución de problemas, el seminario investigativo y el trabajo en equipo.
- * Evitar que el docente se desvincule de su labor educativa por mucho tiempo.
- * Utilizar sistemas multimediales que permitan atender una buena cobertura y llegar hasta los sitios más apartados del país.

9.6.4. Objetivos.

- * Planear programas educativos dirigidos a estudiantes de pregrado, internos y residentes, equipos interdisciplinarios de salud y la comunidad, dentro de su jurisdicción.
- * Capacitar a los docentes de las facultades de ciencias de la salud en la planeación y desarrollo curricular, teniendo en cuenta los nuevos perfiles ocupacionales del personal de salud.
- * Aplicar la metodología educativa en el desarrollo de las actividades docentes en las Instituciones Educativas y de Servicio.
- * Capacitar al personal docente y asistencial en la aplicación de la tecnología educativa.
- * Aplicar la tecnología educativa acorde con el tipo de participantes y el objetivos instruccional.
- * Diseñar, preparar y supervisar la elaboración de material educativo para el personal de salud y la comunidad.
- * Diseñar, desarrollar y evaluar un programa de educación continua y supervisión para directivos,

investigación participativa y desarrollo de proyectos específicos.

- * Organización de un programa de educación continua para decanos, jefes de educación médica y jefes de departamento, en relación con los procesos educativos universitarios.

9.7. RESUMEN DE ACTIVIDADES POR SUBPROGRAMAS Y NIVELES ADMINISTRATIVOS.

| A continuación se presenta un resumen de las |
| actividades para desarrollar en los subprogramas |
según el nivel administrativo.

ACTIVIDADES DE EDUCACION CONTINUA POR SUBPROGRAMAS Y NIVELES ADMINISTRATIVOS

SUBPROGRAMAS	NACIONAL	SECCIONAL	LOCAL
1 - Normas	<ul style="list-style-type: none"> ● Formulación y revisión de las normas. ● Traducción de las normas en manuales. ● Evaluación de la norma. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Participación en revisión de normas. ● Adaptación al contexto seccional. ● Supervisión en la aplicación de las normas. ● Asesoría en la aplicación de los manuales. ● Apoyo logístico. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Aplicación de la norma ● Supervisión local. ● Identificación de problemas en la aplicación. ● Interpretación de los manuales. ● Seguimiento de normas y manuales.
2 - Red de Información T.V. y otros medios	<ul style="list-style-type: none"> ● Planeación de un sistema multimedial. ● Identificación de necesidades de capacitación. ● Producción de material educativo audiovisual e impreso. ● Organización de una red de información bibliográfica. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Inventario de multimedios en la seccional. ● Identificación de necesidades de capacitación seccional. ● Producción y reproducción de material educativo, audiovisual e impreso. ● Participación en la red de información. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Promoción del uso del sistema multimedial. ● Identificación de necesidades de capacitación local. ● Reproducción, adaptación material educativo. ● Participación en la red de información.
3. Gestión y Supervisión	<ul style="list-style-type: none"> ● Diseño de un modelo de gestión y supervisión. ● Preparación de material de gestión y supervisión. ● Iniciación de capacitación "en cascada". 	<ul style="list-style-type: none"> ● Identificación de problemas de gestión y supervisión. ● Determinación de criterios de selección de participantes. ● Participación en capacitación sobre gestión y supervisión. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Diagnóstico situación de salud. ● Identificación de problemas de gestión y supervisión. ● Priorizar acciones. ● Estudios del trabajo local ● Organización de talleres a nivel local. ● Capacitación en gestión y supervisión de directores y líderes. ● Determinar indicadores ● Evaluación local.

10. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA

10. ORGANIZACION ADMINISTRATIVA

El Sistema Nacional de Educación Continua comprende la totalidad de las instituciones docentes, de servicio, sociedades científicas y asociaciones que participan voluntariamente en la planeación, ejecución y evaluación del programa unificado de Educación Continua. Se denomina unificado porque el sistema procura alcanzar unidad programática - mediante acciones concertadas -concentrar recursos y evitar duplicaciones.

Dentro del sistema, las instituciones aportan conocimientos, tecnologías, necesidades, clientela y recursos de todo tipo. El sistema produce actividades de educación continua coordinadas y sinérgicas cuyo conjunto constituye el Programa para el cumplimiento de políticas, estrategias y planes.

Las actividades contribuyen a mejorar la competencia y el desarrollo de la carrera del trabajador para incrementar la eficiencia y eficacia de los servicios y elevar el nivel de salud de las comunidades.

Sus contenidos se basan en normas, procedimientos y técnicas predeterminados, cuyo desarrollo es sistemáticamente supervisado.

10.1. Organización.

La organización del sistema de educación continua comprende tres niveles:

Un primer nivel, integrado por los miembros o delegados del consorcio, coordinados por ASCOFAME. Las funciones de este nivel se relacionan con la formulación de políticas, la determinación de prioridades y definición de objetivos y el suministro de recursos para el desarrollo de las actividades educativas pertinentes.

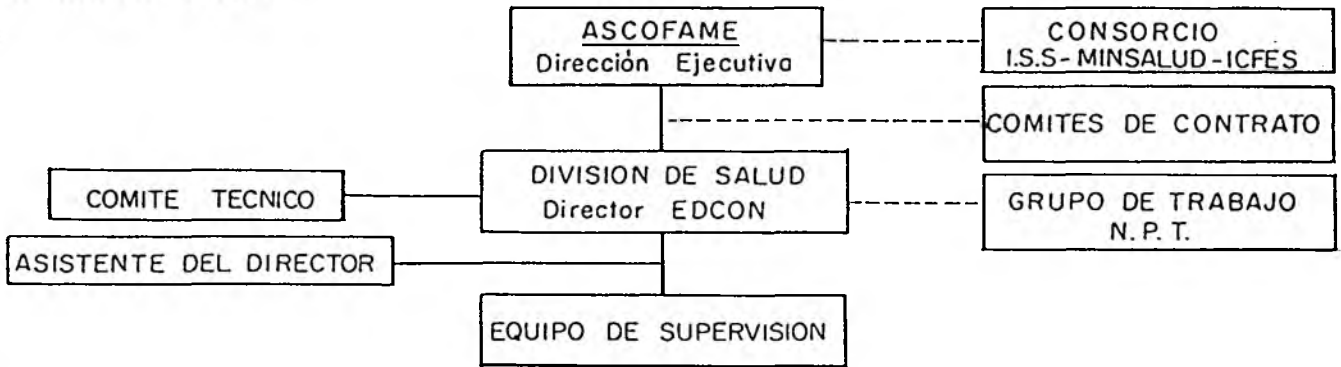
Este nivel incorpora también los grupos de trabajo conformados por profesionales y técnicos provenientes de las sociedades científicas y del sector docente, que asesorarán al personal del Ministerio de Salud para que, en relación con los temas seleccionados, conjuntamente revisen y reformulen normas, procedimientos y técnicas (NPT) que subsiguientemente serán sometidos a la aprobación formal del Ministerio de Salud.

ASCOFAME

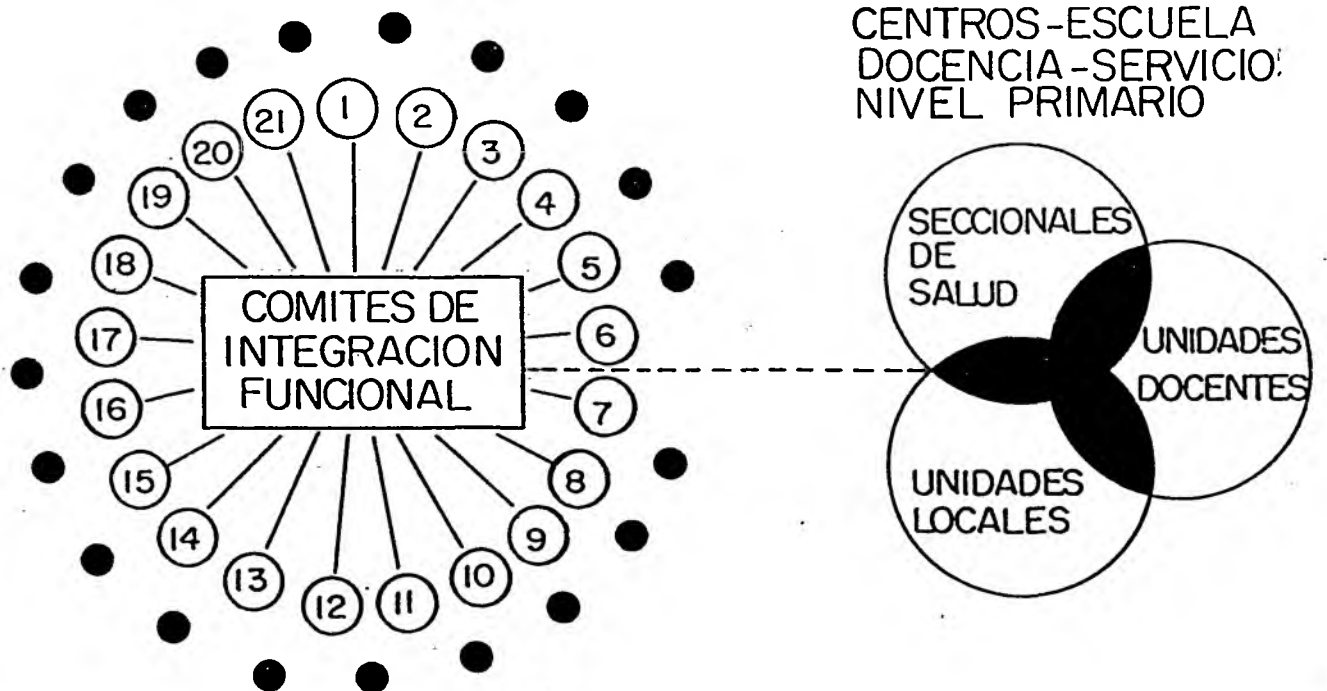


EDUCACION CONTINUA (EDCON) ORGANIZACION 1988

PRIMER NIVEL



SEGUNDO NIVEL



TERCER NIVEL

PARTICIPANTES

- g. Los Comités de Integración Funcional para la educación continua (CIF) congregan docentes de las facultades de ciencias de la salud y profesionales de instituciones de servicios de salud, oficiales y privadas, seleccionados para este efecto.

Los Comités deben ser interinstitucionales e interdisciplinarios; su número, tamaño y estructura varía según el grado de sofisticación de trabajo e interacción entre sectores y disciplinas. Un ejemplo concreto de estos Comités (CIF), son los creados por el Programa de Docencia-servicio en los cuales se encuentran representados las facultades y los organismos de salud del nivel local que tienen programas de docencia-servicio (Centro Escuela Docencia Servicio del nivel primario).

- h. El equipo de supervisión está conformado por funcionarios con capacidad de liderazgo y competentes en supervisión, pertenecientes a la nómina de las instituciones docentes, del Instituto de Seguros Sociales, del Sistema de Salud o de otras instituciones que participen en el programa. Su composición puede variar según la naturaleza de las instituciones que se van a supervisar.
- i. Los participantes o usuarios de los Programas de Educación Continua están ubicados en los niveles nacional, seccional y local.

El proceso de descentralización de la educación continua indica la necesidad de identificar personas responsables por el programa en los niveles seccional y local.

Será necesario establecer contactos con los servicios seccionales de salud para que ellos establezcan, con el apoyo del programa, sus propias actividades, predominantemente consistentes en la supervisión de los eventos de educación continua en el nivel local y en el apoyo logístico y técnico para el cumplimiento de las normas.

10.2 Funciones.

Las personas y grupos que conforman la estructura del sistema de educación continua ejercen diversas funciones orientadas al logro de los objetivos del sistema, que se detallan a continuación:

- 10.2.1. El director del programa es la persona que coordina todas las instancias de la organización, cuenta con el apoyo del Comité Técnico y responde ante el Director Ejecutivo de Ascofame. Tiene como funciones:

- b. Coordinar los eventos de educación continua a nivel de líderes nacionales del programa.
 - c. Coordinar la promoción y gestión del programa a nivel seccional y local.
 - d. Ejercer, a través de sus miembros, o por delegación, la representación del programa en los eventos de educación continua seccionales o locales que defina el Director del Programa.
- 10.2.6. Los grupos de trabajo, integrados por profesionales de las disciplinas involucradas en el sistema, desarrollarán las normas, procedimientos y técnicas que han de ser sometidas a la aprobación del Ministerio de Salud. Según la naturaleza del tema a tratar, se contará con miembros de los Comités de Educación Médica conformados por el Consejo General de ASCOFAME, y cuando sea del caso, con profesionales de ciencias de la educación y de las especialidades médicas. (Ver anexo 3).
- 10.2.7. Los Comités de Integración Funcional para la Educación Continua (CIF) tienen como funciones:
- a. Elaborar proyectos de educación continua según las políticas generales del programa para desarrollar a nivel seccional y local.
 - b. Ejercer el liderazgo de las actividades de educación continua en los mismos niveles.
 - c. Organizar y efectuar eventos locales de educación continua para el cumplimiento del programa.
 - d. Supervisar las actividades de educación continua.
 - e. Evaluar los eventos de educación continua y presentar los respectivos informes sobre el desarrollo del programa y la ejecución del presupuesto.
- 10.2.8. El equipo de supervisión tiene como funciones:
- a. Dirigir la supervisión de las actividades de educación continua y velar por la aplicación de las normas, procedimientos y técnicas aprobadas por el Ministerio de Salud.
 - b. Promover el adiestramiento de los supervisores de nivel seccional y local.

niveles intervienen en el desarrollo del programa, es decir, cubrir desde la programación misma hasta el cumplimiento y desarrollo de las políticas, estrategias, objetivos y actividades, realizando un análisis secuencial de los diferentes componentes que se detallan más adelante y que se operacionalizan durante la ejecución.

¿Qué se va a evaluar? Los diferentes aspectos que permitan determinar la pertinencia, el progreso, la eficiencia, la eficacia y el efecto de las actividades del Programa, en cuanto a la demanda, la oferta, el proceso, el producto y el impacto.

La demanda se orienta hacia el análisis de las necesidades que deberá solucionar el programa teniendo en cuenta su fundamentación, objetivos, alcance, profundidad y cobertura, analizando varios aspectos :

- ¿Cómo se abordó el problema con relación a las necesidades ?
- ¿Cuán apropiados son los objetivos en relación con el problema planteado y cuál es su coherencia con la propuesta de estrategias para el logro de los objetivos?
- ¿Qué intervenciones se piensa realizar ?
- ¿De que información se partió y cuál es la que se espera obtener durante el desarrollo del programa ?
- ¿Cómo se va a manejar y utilizar la información ?
- ¿En qué medida el programa formulado responde a las expectativas institucionales, sociales y técnicas de las entidades comprometidas con el mismo, tanto las ejecutoras como las beneficiarias ?

Además de dar respuesta a los anteriores interrogantes, en esta parte es necesario contar con información que permita construir indicadores tales como: proporción de participantes atendidos/población potencial de participantes, según ^{en} diferentes variables tales como región geográfica, sector de trabajo, ocupación, nivel educativo, actividad principal; todo ello para cada uno de los seis subprogramas que se van a desarrollar.

Desde la planeación y programación hasta el cumplimiento de las actividades estos interrogantes deberán estar siempre referidos a la pertinencia del programa. El decisorio, para adecuar su gestión a las necesidades, debe estar siempre atento a los cambios que se produzcan

Aquí será necesario utilizar indicadores tales como proporción de participantes según tipo de actividad de capacitación en cada uno de los eventos programados y la proporción de actividades realizadas en relación con las programadas.

El producto es el análisis mediante el cual se procura establecer si los resultados del programa responden a los objetivos; para ello es importante determinar desde un principio qué actividades producirán resultados parciales o intermedios y cuáles resultados finales, ya que los productos obtenidos constituyen una herramienta de análisis para la reformulación del programa, guiándose por interrogantes tales como :

- ¿Va el programa cumpliendo con los objetivos establecidos?
- ¿Cuál es el efecto producido por el programa según la opinión de sus directores y orientadores?
- ¿Cuál es el efecto producido por el programa según concepto de los beneficiarios del programa ?
- ¿Que resultados se van obteniendo según las diferentes etapas programadas ?

Indicadores como la cantidad de cursos de educación continua generados por el programa, según tema, área de influencia, cantidad y tipo de participantes etc, constituyen un ejemplo de la información que se manejará en esta parte, además de la información de resultados particulares en cada uno de los subprogramas.

El último componente comprende es el efecto o impacto producido por el programa. Su evaluación consiste en analizar las consecuencias o cambios que ocurran en el problema en el cual se fundamentó el diseño y desarrollo del programa.

Aquí es importante analizar :

- ¿Qué cambios ocurrieron en el corto, mediano y largo plazo?
- ¿Cómo se expresan los cambios cuantitativos y cualitativos observados ?.
- ¿Qué cambios se produjeron como efecto del programa ?

En forma más concreta y tal como se ha indicado es necesario evaluar el mismo desarrollo del programa a través de la realización de las actividades señaladas para cada uno de los seis subprogramas.

En el subprograma de investigación se evaluará:

- * La realización de talleres sobre investigación aplicada en Servicios de Salud: Número y tipo de personas capacitadas, objetivos, actividades desarrolladas, metodología empleada, materiales utilizados y resultados obtenidos a través de la generación de proyectos de investigación.
- * La realización de asesorías para proyectos de investigación: número, duración, tipo de asesoría y producto obtenido.

En el subprograma de desarrollo educacional se evaluarán las actividades de capacitación, según áreas y temas, número personas capacitadas en los sectores educativo y de los servicios de salud.

- * Las actividades de diseño, planeación y desarrollo en investigación educativa, educación comunitaria, y tecnología educativa.
- * La producción, difusión e intercambio de material educativo.
- * La realización de asesorías sobre desarrollo educacional, revisión curricular y promoción de la docencia en los Centros de Docencia-Servicio.

Sobre estas actividades, el análisis se realizará con base en indicadores tales como los señalados anteriormente. Para ello el programa diseñará un sistema de evaluación produciendo los respectivos instrumentos para obtener la información necesaria y creando el programa apropiado para procesar y manejar la información.

Por lo tanto los aspectos mencionados en las páginas anteriores, serán objeto de un desarrollo más específico en términos de las siguientes actividades :

- Diseño de guías e instrumentos para la evaluación de cada uno de los componentes mencionados aplicados a todos los subprogramas que conforman el sistema.
- Diseño de la metodología para hacer la evaluación.
- Cronograma de actividades : aplicación y recolección de información, procesamiento y análisis de la información.
- Presentación de resultados.

11. PRESUPUESTO POR OBJETIVOS

11. PRESUPUESTO POR OBJETIVOS

En el cuadro siguiente presenta el presupuesto requerido para el desarrollo de las actividades previstas para el cumplimiento del programa, en los años 1.988 a 1.990.

Este presupuesto, así como las actividades por desarrollar, esta sujeto a cambios como consecuencia de las modificaciones no previstas que se presenten en los costos y de las partidas que se asignen las entidades patrocinadoras tanto para el cumplimiento, como para el desarrollo de actividades específicas en relación con los temas que se seleccionen.

ASCOFAME

PROGRAMACION Y PRESUPUESTO

SISTEMA NACIONAL DE EDUCACION CONTINUA

1.988 - 1.991

ACTIVIDADES	1988	1989	1990	1991	TOTAL	ISS	MSLUD	ICFES	KLOGG
	1988	1989	1990	1991		%	%	%	%
06-CREAR UN SISTEMA DE ACREDITACION INSTITUCIONAL E INDIVIDUAL PARA EDCON		4,500	2,600	2,990	10,090				
6.1 Conformacion de grupo de trabajo sobre acreditacion EDCON		1,500			1,500				
6.2 Preparacion proyecto reglamentario de acreditacion.		1,000	300		1,300				
6.3 Creacion de un mecanismo de acreditacion, a nivel nacional.		2,000	2,300	2,990	7,290				
07-PROMOVER LA INVESTIGACION SOBRE EL DESEMPEÑO Y EL TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD	200	3,700	3,600	4,200	11,700				
7.1 Revision de protocolos para evaluacion de desempeño		700			700				
7.2 Seminario-taller sobre Investigacion en Servicios de Salud		3,000	3,600	4,200	10,800				
7.3 Publicacion Estudio Nal. de Enfermeria.				200	200				
08-APOYAR ACTIVIDADES QUE PERMITAN EL DESARROLLO DE LOS ORGANISMOS DE SALUD A NIVEL MUNICIPAL.		13,200	14,400	7,200	34,800				
8.1 Capacitacion sobre organizacion de servicios municipales de salud.		6,000	6,000	6,000	18,000				
8.2 Preparacion de material educativo sobre descentralizacion administrativa.		1,200	1,200	1,200	3,600				

† Convenio Kellogg, ASCOFAME, ACOFAEN, ACFD.

ASCOFAME

PROGRAMACION Y PRESUPUESTO

SISTEMA NACIONAL DE EDUCACION CONTINUA

1.986 - 1.991

ACTIVIDADES	MILES DE PESOS				TOTAL		ISS	
	1988:1989:1990:1991	1986	1989	1990	1991	%	%	
SUB TOTALES	1,350	27,600	12,720	12,860	54,430			
10.1 Fortalecimiento red de Informacion	1,030	7,000			8,000			
10.2 Recoleccion y Procesamiento	250	600	720	860	2,430			
10.3 Capacitacion y asesoria Facultades y Subcentros		20,000	12,000	12,000	44,000			
11. IMPREVISTOS			10%	10%				
GRAN TOTAL	25,950	393,060	376,160	421,102	1,216,272			

* Convenio Kellogg, ASCOFAME, ACOFAEN, ACOF.

12. ANEXOS

1. FORMULARIOS

2. TABLAS

3. COMITES PROFESIONALES


ASOCIACION COLOMBIANA DE FACULTADES DE MEDICINA

Tel: ASCOFAME

Calle 45A No. 9-77 - Pisos 5, 6, 7 y 8

A.A. 53751

Bogotá, Colombia

Bogotá, Agosto de 1.988

REF:

Doctor (a)

Para el desarrollo de los programas de Educación Continua que dirige la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina con la participación de las asociaciones de otras facultades de la salud, del Ministerio de Salud y del Instituto de Seguros Sociales, es necesario conocer el punto de vista de los potenciales beneficiarios de estos programas.

Por tal razón nos dirigimos a Ud., dado su conocido interés en las actividades educativas, para que nos responda las preguntas que encontrará al respaldo y nos devuelva el formulario en el sobre adjunto a la mayor brevedad.

El listado de temas a los cuales podría referirse el programa tiene en cuenta las características de la morbilidad y la mortalidad de la población y la demanda de servicios, así como el efecto que los programas educativos pudieran tener en la reducción de estos problemas; no se excluyeron algunos temas como Enfermedad Diarreica, Riesgos Perinatales y otros para las cuales hay programas en desarrollo, que desde luego serán intensificados.

Si a su juicio hay otros temas que se deban incluir (no más de tres) le pedimos el favor de anotarlos en las líneas en blanco al final de la lista.

Agradeciendo su pronta respuesta

Atentamente,

ALFONSO MEJIA VANEGAS
 Jefe División de Salud
 Asociación Colombiana de
 Facultades de Medicina.

Dirección Ejecutiva : 232-2170
 285-9353

División de Educación : 232-0288 232-1721
 232-1049 232-0703

Administración : 232-0090
 245-9467

Dirección Ejecutiva Asociada : 232-1721
 232-0703

División de Salud : 232-0268 245-7904
 232-2009 245-2455

Centro de Comunicaciones
 e Información Bibliográfica : 285-7670

T A B L A No 1

POBLACION SEGUN SEXO Y EDAD - COLOMBIA 1985

GRUPOS DE EDAD	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
T O T A L	27,837,932	100.0	13,777,700	100.0	14,060,232	100.0
0 - 4	3,369,922	12.1	1,717,406	12.5	1,652,516	11.8
5 - 9	3,444,848	12.4	1,750,586	12.7	1,694,262	12.1
10 - 14	3,226,267	11.6	1,639,319	11.9	1,586,948	11.3
15 - 19	3,254,871	11.7	1,582,367	11.5	1,672,504	11.9
20 - 24	3,000,600	10.8	1,440,203	10.5	1,560,397	11.1
25 - 29	2,417,131	8.7	1,251,976	9.1	1,265,155	9.0
30 - 34	1,907,275	6.9	937,799	6.8	969,476	6.9
35 - 39	1,664,696	6.0	813,010	5.9	851,686	6.1
40 - 44	1,224,524	4.4	619,497	4.5	605,027	4.3
45 - 49	1,044,109	3.8	514,955	3.7	529,154	3.8
50 - 54	919,946	3.3	455,950	3.3	463,996	3.3
55 - 59	694,379	2.5	345,915	2.5	348,464	2.5
60 - 64	578,699	2.1	287,781	2.1	290,928	2.1
65 - 69	399,742	1.4	195,046	1.4	204,696	1.5
70 - 74	305,301	1.1	150,061	1.1	155,240	1.1
75 - MAS	385,662	1.4	175,829	1.3	209,793	1.5

FUENTE: DANE - Censo 85 (Datos no ajustados)

T A B L A No 2

POBLACION POR REGIONES SEGUN SEXO - COLOMBIA 1985

REGIONES	TOTAL		HOMBRES		MUJERES	
	NUMERO	%	NUMERO	%	NUMERO	%
T O T A L	27,867,326	100.0	13,794,053	49.5	14,073,273	50.5
ATLANTICA	5,678,001	20.4	2,856,503	50.3	2,821,498	49.7
GUAJIRA	255,310		129,697		125,613	
CESAR	584,631		301,085		283,546	
MAGDALENA	769,141		394,569		374,572	
ATLANTICO	1,428,601		695,157		731,444	
BOLIVAR	1,197,623		602,404		595,219	
SUCRE	529,059		269,291		259,768	
CORDOBA	913,636		462,300		451,336	
ORIENTAL	5,214,400	18.7	2,615,710	50.2	2,598,690	49.8
N. SANTANDER	883,900		440,182		443,718	
SANTANDER	1,438,200		313,347		724,853	
BOYACA	1,097,600		544,410		553,190	
CUNDINAMARCA	1,382,400		705,024		677,376	
META	412,300		212,747		199,553	
BOGOTA D. E.	3,982,941	14.3	1,891,897	47.5	2,091,044	52.5
CENTRAL	7,643,553	27.4	3,789,692	49.6	3,853,861	50.4
ANTIOQUIA	3,888,067		1,909,041		1,979,026	
CALDAS	838,094		414,018		424,076	
RISARALDA	625,451		310,224		315,227	
QUINDIO	377,860		187,419		190,441	
TOLIMA	1,051,852		530,133		521,719	
HUILA	6,477,117		327,117		320,639	
CAQUETA	214,473		111,740		102,733	
PACIFICA	4,904,791	17.6	2,406,198	49.1	2,498,593	50.9
CHOCO	242,800		121,400		121,400	
VALLE	2,847,095		1,383,688		1,463,407	
CAUCA	795,798		398,695		397,103	
NARINO	1,019,098		502,415		516,683	
T. NACIONALES	443,640	1.6	234,053	52.8	209,587	47.2
INTENDENCIAS	336,089		175,438		160,651	
COMISARIAS	107,551		58,615		48,936	

FUENTE: DANE - Censo 85 (Datos no ajustados)

T A B L A No. 4

MORTALIDAD POR CAUSAS - HOMBRES - COLOMBIA - 1984 *

Código ENS **	C A U S A S	Cat.CIE 1975	Defunciones	%	Tasa x 1.000.000 ***
49	Homicidio	E960-969	8.685	11.1	671
13	Tumores malignos	140-208	8.087	10.3	624
25	Enfermedades isquémicas	410-414	7.707	9.9	595
47	Otros accidentes	E800-E807, E820-E949	6.444	8.2	498
26	Otras formas enf. corazón	415-429	5.313	6.8	410
27	Enfermedades cerebrovasculares	430-438	4.925	6.3	380
46	Accidentes de transporte de vehículos de motor.	E810-E819	3.620	4.6	279
31	Infecciosas respiratorias agudas	460-466, 480-487	2.690	3.4	208
00	Infecciosas intestinales	001-009	2.339	3.0	181
35	Otras enf. aparato digestivo	520-530, 534-579	2.126	2.7	164
44	Otras perinatales	760-767, 771-779	1.865	2.4	144
43	Afecciones anóxicas e hipóxicas	768-770	1.858	2.4	143
33	Otras enf. aparato respiratorio	470-478, 500-519	1.745	2.2	135
24	Enfermedad hipertensiva	401-405	1.638	2.1	126
32	Afec. respiratorias crónicas	490-493	1.398	1.8	108
01	TBC	010-018	1.116	1.4	86
16	Avitaminosis y otras def. nutrición	260-269	1.055	1.3	81
42	Anomalías congénitas	740-759	971	1.2	75
22	Resto enf. sistema nervioso y órga- nos de los sentidos.	323-389	958	1.2	74
36	Nefritis y nefrosis	520-530, 534-579	909	1.2	70
15	Diabetes	250	845	1.1	65
48	Suicidio	E950-959	845	1.1	65
28	Enf. arterias y vasos capilares	440-448	817	1.0	63
50	Otras violencias	E990-E999	742	1.0	57
34	Úlcera péptica	531-533	714	0.9	55
04	Otras bacterianas	020-027, 030-032, 034-036	546	0.7	42
17	Resto endocrinas	240-246, 251-259, 270-279	511	0.7	39
37	Otras enf. aparato genitourinario	590-629	445	0.6	34
21	Meningitis	320-322	431	0.6	33
18	Anemias	280-285	429	0.5	33
29	Trombosis venosas y embolías	451-453	311	0.4	24
14	Tumores benignos, Ca. insitu y otros.	210-229, 230-234, 235-238, 239	301	0.4	23
41	Enf. sistema osteomuscular y tejido conjuntivo.	710-739	201	0.3	16
23	Fiebre reumática y enf. reumáticas crónicas del corazón.	390-398	188	0.2	15
09	Paludismo	084	186	0.2	14
07	Otras enfermedades por virus	046-054, 056-066, 070-079	172	0.2	13
40	Enf. piel y tejido celular	690-709	166	0.2	13
11	HelminCIAS	120-129	147	0.2	11
30	Otras enf. aparato circulatorio	454-459	130	0.2	10
12	Otras infecciosas y parasitarias	100-104, 110-118, 130-139	99	0.1	8
06	Sarampión	055	94	0.1	7
03	Tétanos	037	80	0.1	6
20	Trastornos mentales	290-319	78	0.1	6
02	Tosferina	033	65	0.1	5
19	Alteraciones de la coagulación y otras	286-289	64	0.1	5
10	Sífilis y otras venéreas	090-099	27	0.0	2
08	Tifus y otras rickettiosis	080-083, 085-088	26	0.0	2
05	Polio aguda	045	19	0.0	1
45	Síntomas y estados morbosos mal definidos	780-799	4.052	5.2	-
TOTAL			78.180	99.8	6.036

* Cifras no ajustadas

** Agrupación Estudio Nacional de Salud.

*** Población estimada 1984 - hombres: 12.951.039

FUENTE: MINSALUD. Sistema Nacional de Salud. Subsistema de Información "Diagnósticos de Mortalidad según 183 Causas de la Lista Nacional (CIE-9-Rev). Por sexo, y grupos de edad para el total nacional. Colombia 1984" (Tabulados).
MINSALUD. Sector Salud. "Análisis del Financiamiento y Gasto. 1975-1984" Tomo I pag. 145.
DANE. Colombia Censo 85.

T A B L A No. 6

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD COLOMBIA 1.973 - 1.984

Tasas por millon

COD	C A U S A S 51 Grupos ENS.	1973	1975	1977	1979	1981	1984 Ajust.*	1984 sin ajustar**
13	Tumores malignos	577	598	619	638	630	727	648
25	Enfermedades Isquemias	448	514	475	419	419	586	522
27	Enfermedades Cerebrovasculares	398	437	423	366	361	462	412
26	Otras formas enfermedades del corazon	518	515	480	525	477	452	403
49	Homicidio	214	218	281	332	376	402	358
47	Otros accidentes	336	307	289	339	295	365	325
31	Infecciones respiratorias agudas	750	624	533	377	333	223	199
46	Acc. de transporte de vehiculo motor	149	166	176	196	192	198	176
00	Infecciosas intestinales	991	761	673	501	354	181	161
35	Otras enfermedades aparato digestivo	202	183	169	170	155	167	149
24	Enfermedad hipertensiva	139	159	166	217	216	155	138
44	Otras perinatales	254	238	213	264	215	137	122
43	Afecciones anoxicas e hipoxicas.	179	201	160	151	159	135	120
33	Otras enfermedades apar. respiratorio	82	70	69	53	62	130	116
32	Afecciones repiratorias cronicas	394	335	250	222	196	113	101

* Factor de ajuste 1.1223

** Defunciones sin ajuste 137189

T A B L A No. 8

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD HOMBRES - COLOMBIA

1.977 - 1.984

COD	C A U S A S	1973	1975	1977	1979	1981	1984 Ajust.*	1984 sin ajustar**
49	Homicidio	389	394	512	613	690	753	671
13	Tumores malignos	526	543	567	600	596	700	624
25	Enfermedades Isquemicas	509	581	529	479	489	668	595
47	Otros accidentes	495	453	427	486	437	559	498
26	Otras formas enfermedades del corazon	508	520	490	533	487	460	410
27	Enfermedades Cerebrovasculares	366	393	386	345	329	426	380
46	Accidentes de transp. vehiculo motor	221	247	259	303	297	313	179
31	Infecciones respiratorias agudas	769	645	554	398	346	233	208
00	Infecciosas intestinales	1051	805	711	547	384	203	181
35	Otras enfermedades aparato digestivo	226	201	188	190	175	184	164
44	Otras perinatales	294	272	252	306	257	162	144
43	Afecciones anoxicas e hipoxicas.	203	231	187	176	189	160	143
33	Otras enfermedades apar. respiratorio	89	79	77	56	67	152	135

* Factor de ajuste 1.1223

** Defunciones sin ajuste 137189

T A B L A No. 10

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD NINOS DE 1-4 ANOS - 1.984

COD	C A U S A S	Defunciones ajustadas *	% Def. Total	% Acumu- lado.	Tasa X 1.000.000
00	Infecciosas intestinales	1505	17.3	17.3	580
31	Infecc. respiratorias agudas	1157	13.3	30.6	321
47	Otros accidentes	1122	12.9	43.5	433
16	Avitaminosis y otras def. nutricional	546	6.3	49.8	211
32	Afec, respiratorias cronicas	511	5.9	55.7	197
42	Anomalias congenitas	305	3.5	59.2	118
46	Accidentes transp, vehiculos de motor	274	3.1	62.3	106
11	Helmintiasis	228	2.6	64.9	87
13	Tumores malignos	226	2.6	76.5	87
22	Resto enf.sistema nervioso y org.sent.	224	2.6	70.1	86
45	Sint. y estados morbosos mal definidos	728	8.4	-	-
Total defunciones ajustadas *		8674			3346

* Factor ajuste para defunciones 1.4

FUEMINSALUD. Subsistema de Informacion. Mortalidad segun 183 causas de la lista nacional. Colombia 1984. (Tabulados).

Sector Salud. "Analisis de Financiamiento y Gasto 1975 - 1984".

Estimacion nacidos vivos 1984 685.000

Estimacion poblacion 1-4 anos 1984 2592.400

T A B L A No. 12

PRIMERAS CAUSAS DE MORTALIDAD NINOS DE 0-4 ANOS DE EDAD
COLOMBIA 1.979 - 1.984
TASAS POR MILLON

COD	C A U S A S	1973	1975	1977	1979	1981	1984
00	Enfermedades intestinales	5.492	4.573	4.338	3.319	2.33	1.115
44	Otras perinatales	1.654	1.629	1.541	1.995	1.638	1.401
43	Afecciones anoxicas e hipoxicas.	1.171	1.317	1.169	1.140	1.214	1.382
31	Enfermedades respiratorias o agudas	3.586	3.02	2.759	1.993	1.696	1.191
42	Anomalias congenitas	428	513	464	506	538	657
47	Otros accidentes	374	386	353	461	409	600
16	Desnutricion	1.605	1.441	958	1.152	942	487
32	Respiratorias cronicas	1.809	1.613	1.235	921	742	426
21	Meningitis	478	452	433	400	385	235
17*	Resto endocrinas	47	17	22	323	260	218

* A partir de 1.979 incluye trastornos de los liquidos y del equilibrio acido basico (deshidratacion, etc).

TABLA No. 14

DIAGNOSTICOS DE CONSULTA EXTERNA (VEINTE PRIMERAS), 1985.

CAUSA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
: 174 CONTROL EMBARAZO NORMAL	: 133.578:	: 133.578:	:
: :	: :	: :	: :
: 111 ENF. DE LOS DIENTES Y SUS	: 124.396:	49.807:	74.445:
: ESTRUCTURAS DE SOSTEN	: :	: :	: :
: 136 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL	: 73.781:	32.751:	40.964:
: TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	: :	: :	: :
: 127 OTRAS ENFERMEDADES DE LOS	: 73.762:	5.551:	68.211:
: ORGANOS GENITALES	: :	: :	: :
: 103 INFECCIONES RESPIRATORIAS	: 72.106:	32.202:	39.825:
: AGUDAS	: :	: :	: :
: 154 SIGNOS, SINTOMAS Y ESTADOS	: 57.442:	23.635:	33.626:
: MORBOSOS MAL DEFINIDOS	: :	: :	: :
: 006 ENTERITIS Y OTRAS ENFERMEDADES	: 55.529:	28.676:	26.753:
: DIARREICAS	: :	: :	: :
: 047 OTRAS HELMINTIASIS	: 48.575:	20.555:	27.953:
: :	: :	: :	: :
: 182 EXAMEN MEDICO GENERAL	: 47.031:	15.887:	31.094:
: :	: :	: :	: :
: 173 CONTROL DEL LACTANTE Y EL NIÑO	: 45.502:	22.955:	22.497:
: SANDO	: :	: :	: :

INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES
SUBDIRECCION DE SERVICIOS DE SALUD

T A B L A No. 15

DIEZ PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD AMBULATORIA ESPECIALIZADA 1985

No.	CODIGO	NOMBRE DE LA CAUSA	No.	%
1	V22	Embarazo normal	21,682	11.4
2	V20	Control de la salud del lactante o nino.	18,206	9.6
3	709	Otras enfermedades de la piel, y del tejido subcutaneo.	11,232	5.9
4	372	Pterigios	9,097	4.8
5	401	Hipertension Esencial.	7,061	3.7
6	629	Traumatismo de los organos genitales femeninos.	6,923	3.7
7	300	Trastornos neuroticos.	5,991	3.1
8	487	Influenza	5,309	2.8
9	959	Otros Traumatismos.	3,915	2.0
10	739	Lesiones analopaticas no clasificadas en otra parte	3,770	2.0
Todas las demas.		Se encuentran entre otras: afecciones renales, diabetes, Mellitus-Amigdalitis aguda-examen especial para la busqueda de otras afecciones.	96,971	51.0
TOTAL			190,157	100.0

Fuente: Diagnostico de las Seccionales

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

TABLA No. 16

CAUSA	TOTAL	HOMBRES	MUJERES
157 FRACTURA DE LOS MIEMBROS	27.758	19.348	8.380
108 BRONQUITIS, ENFISEMA Y ASMA	26.470	11.718	14.716
118 OTRAS ENFERMEDADES DEL APARATO DIGESTIVO.	24.608	13.970	10.623
162 LACERACIONES, HERIDAS Y TRAUMATISMOS DE VASOS SANGUINEOS.	23.263	19.625	3.627
097 OTRAS FORMAS ENF. CORAZON Y CIRCULACION PULMONAR.	22.795	12.199	10.585
110 OTRAS ENF. DEL APARATO RESPIRATORIO	22.569	13.212	9.345
136 ENFERMEDADES DE LA PIEL Y DEL TEJIDO CELULAR SUBCUTANEO	20.661	10.879	9.768
117 COLELITIASIS Y OTROS TRASTORNOS DE LA VESICULA BILIAR.	19.946	4.212	15.706
152 OTRAS CAUSAS MORBILIDAD Y MORTALIDAD PERINATALES.	17.833	10.129	7.666
114 APENDICITIS	16.822	8.925	7.886

FUENTE: MINSALUD

SUBSISTEMA DE INFORMACION

TABLA No. 18

DISPONIBILIDAD Y UTILIZACION DEL RECURSO INSTITUCIONAL
HOSPITALARIO POR SUBSECTORES Y NIVELES

COLOMBIA 1.986

SUBSECTOR NIVEL	NUMERO		EGRESOS	PROMEDIO		CONSULTAS	
	INSTITU	CAMAS	CAMA/ANO	% OCUPACIO	X EST.	MEDICAS	ODONTOLOGICAS
TOTAL	934	42.592	35.5	40.2	7.5	13'494.611	1'412.477
ICIAL DIRECTO	665	29.137	36.4	39.1	5.7	10'008.348	1'156.020
NIVEL DIRECTO	515	11.031	41.5	34.0	3.0	5'436.925	851.522
NIVEL REGIONAL	96	8.975	41.8	56.3	6.4	2'993.868	279.064
NIVEL UNIVERSITARIO	11	4.395	33.6	75.1	8.8	854.796	8.363
NIVEL ESPECIALIZADO	43	4.736	16.9	59.2	35.5	722.759	17.071
DESCENTRALIZADO	75	4.721	38.2	42.0	6.1	2'787.945	245.945
I.S.S.	36	2.543	48.2	49.2	5.2	1'845.929	152.458
F.A.A.	17	1.282	23.2	29.0	5.2	309.608	43.483
REVERSION SOCIAL	10	285	35.9	42.8	11.3	449.494	20.397
AJA NACIONAL	2	286	27.3	60.0	7.6	59.483	9.884
OTROS	10	325	30.3	35.7	5.5	123.431	19.723
ERVADO	194	8.734	31.2	44.2	15.5	698.318	10.512
NIVERSITARIO	4	588	39.8	50.5	4.4	90.909	0
SPECIALIZADO	56	4.138	15.8	50.4	43.3	262.242	2.639
ENERAL	134	4.008	45.8	41.4	4.7	345.167	7.873

FUENTE: ESTADISTICA E INFORMATICA - 1988

Basado en tabulados del MINISTERIO DE SALUD

SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SUBSISTEMA DE INFORMACION EN SALUD

Disponibilidad, utilizacion y rendimiento del recurso institucional

para la atencion hospitalaria segun municipio - 1986

Nota: 74 hospitales sin informacion.

T A B L A No. 20

RECURSOS HUMANO ASISTENCIAL - INSTITUTO DE SEGUROS SOCIALES - 1.987

Seccionales	ADMINISTRADORES			MEDICOS				ODONTOLOGOS		Enferme- ras.		
	Total Medicos	Odontol.	Enferm.	TotalEspecialistas	Urgencias	General	TotalEspecialistas	General				
Cundinamarca	48	38	6	4	1042	543	95	404	282	8	272	183
Antioquia	37	29	5	3	651	344	72	235	163	10	155	148
Risaralda	4	3	-	1	115	55	17	43	22	-	22	21
Valle	46	38	4	4	702	384	75	243	137	4	133	141
Magdalena	3	2	1	-	61	26	8	27	18	-	18	9
Boyaca	7	5	1	1	101	39	11	51	29	-	29	15
Caldas	5	3	1	1	108	47	15	46	23	-	23	12
Huila	3	2	1	-	54	25	10	19	11	-	11	12
Narino	3	2	1	-	62	28	7	27	14	-	14	9
Meta	4	2	1	1	43	24	6	13	10	-	10	7
Tolima	4	2	1	1	89	44	11	34	22	-	22	8
Guajira	3	2	-	1	16	-	-	16	7	-	7	1
Santander	9	6	1	2	163	90	20	53	29	-	29	19
N/Santander	3	2	-	1	95	46	15	34	22	2	20	21
Cauca	4	3	1	-	95	42	13	40	22	1	21	7
Cesar	2	2	-	-	62	30	6	26	18	-	18	6
Atlantico	28	22	3	3	339	157	64	118	78	5	73	67
Bolivar	5	3	1	1	90	50	11	29	21	2	19	16
Choco	1	1	-	-	1	-	-	1	-	-	-	-
Quindio	4	2	1	1	73	43	9	21	14	1	13	8
Sucre	2	1	-	1	19	12	-	7	13	-	13	-
Cordoba	2	2	-	-	37	18	4	15	11	-	11	4
San Andres	2	1	-	1	7	-	4	3	3	-	3	1
Caqueta	-	-	-	-	3	-	-	3	2	-	2	-
Amazonas	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Fuente: I.S.S.

Nota: El jefe de Departamento, UPL y UPZ estan incluidos dentro de los medicos administrativos. El Jefe de Servicio dentro de los medicos especialistas.
El Coordinador de servicios asistenciales, dentro de los medicos generales.

NEUROCIRUGIA

Dr Gerardo Aristizábal Aristizábal
Dr. Jaime Efraim Rubio Segura
Dr. Antonio Becerra Lara
Dr. Arnoldo Levy
Dr. Humberto Uribe Posada
Dr. Alejandro Jiménez Arango (Bogotá)

Esc. Col. de Med.
U. Norte
U. Rosario
U. Valle
U. Antioquia
Soc. Científica

OFTALMOLOGIA

Dr. Hernando Esmeral Manotas
Dr. Humberto Varela Arias
Dr. Mario Rodríguez Rodríguez
Dr. Alvaro Salazar Isaza
Dr. Alfonso Cleves Calderón
Dr. Eduardo Arenas Archila (Bogotá)

U. Cartagena
U. Nacional
U. Tecnológica
Inst. C.S.-CES-
U. Javeriana
Soc. Científica

OTORRINOLARINGOLOGIA

Dr. Eliseo Echeverry Arismendy
Dr. José Napoleón Rodríguez R.
Dr. Luis Gómez Cadena
Dr. Pedro Blanco
Dr. Rodrigo Posada
Dr. Luis Carlos Cleves Tamayo (Bogotá)

U. Bolivariana
U. Metropolitana
U. Nacional
U. Valle
U. Tecnológica
Soc. Científica

UROLOGIA

Dr. Hernando Santos Gaviria
Dr. Alfonso Parra Escobar
Dr. Sergio Bonilla Meléndez
Dr. Gustavo Escobar Restrepo
Dr. Enrique Córdoba Franco
Dr. José Armando López L. (Bogotá)

U. Antioquia
U. Cauca
Esc. Juan N. Corpas
Inst. C.S.-CES-
U. Rosario
Soc. Científica

CIRUGIA PEDIATRIA GENERAL

Dr. Francisco Uribe Restrepo
Dr. Jaime Martínez Cano
Dr. Mauricio Bernal Martínez
Dr. Efraim Bonilla Arciniegas
Dr. Edgar Cantillo

U. Antioquia
U. Caldas
Esc. Mil. Medicina
U. Nacional
Soc. Científica

GINECOLOGIA Y OBSTETRICIA

Dr. Jaime Barrios Amaya
Dr. Carlos Alberto Malabet Santoro
Dr. Bernd Schroeder Meinst
Dr. Carlos Alberto Quintero Jaramillo
Dr. Mario Riaño Rincón
Dr. Enrique Archila Aguilera (Bogotá)

U. Cartagena
U. Norte
U. Quindío
U. Valle
Esc. Mil. Medicina
Soc. Científica

NEUROLOGIA INFANTIL - Asesores

Dr. Jorge Holguín Acosta
Dr. Carlos Medina Malo

U. Antioquia
Esc. Mil. Medicina

MEDICINA FISICA Y REHABILITACION

Dr. Ricardo Restrepo Arbeláez
Dr. Ricardo Morales Brid
Dr. Norman Rodríguez Cualla
Dr. Miguel Rangel Franco
Dr. Jaime Villaquirán Sarasti
Dra. Rosa Delia Castaño de Calderón (Bogotá)

U. Antioquia
U. Cartagena
Esc. Mil. Medicina
U. Nacional
U. Valle
Soc. Científica

MEDICINA PREVENTIVA Y SALUD PUBLICA

Dr. Jaime Rodríguez Galvis
Dr. Carmelo Dueñas Padrón
Dr. Pablo José Solano Isaacs
Dra. Joan Klevens Barreto
Dr. Jesús Henry Moreno
Dr. Edgar Rosero (Bogotá)

Esc. Col. Medicina
U. Cartagena
U. Nacional
U. Javeriana
U. Quindío
Soc. Científica

MEDICINA DEL TRABAJO

Dr. Oscar Sierra Rodríguez
Dr. José Hoover Arbeláez
Dr. Enrique Guerrero Medina
Dr. Ubaldo Carrillo Coronado

U. Bolivariana
U. Caldas
Esc. Col. de Medicina
U. Libre-B/quilla.

PATOLOGIA Y PATOLOGIA CLINICA

Dra. Beatriz Franco Ospina
Dr. Marco Alfonso Nieto García
Dr. Eduardo Urdaneta Vargas
Dr. Hernán Ramírez Cuevas
Dra. Helena Sandoval

U. Tecnológica
U. Quindío
U. Rosario
Soc. Col. Patología
Soc. Col. Patología

PEDIATRIA

Dr. Abel Serrano Acosta
Dr. Jaime Duque Bonilla
Dr. José Salgado Padrón
Dr. Rafael Castro Martínez
Dr. Gabriel Gómez Gómez
Dr. Gildardo Agudelo (U. Valle)

U. Antioquia
U. Caldas
U. Cartagena
Esc. Mil. Medicina
U. Rosario
Fec. Col. Pediatría

PSIQUIATRIA

Dr. Hernando Rubiano Groot
Dra. María Cristina de Tabora
Dr. Gustavo Adolfo Costain
Dr. Armando De Hart García
Dra. Dora Luz González
Dr. Carlos Arteaga Pallares

Esc. Mil. Medicina
U. Javeriana
U. Cauca
U. Norte
Inst. C.S. CES
Soc. Científica

LISTA DE COMITES PROVISIONALES -ASCOFAME -

GERIATRIA

Dr. Jaime Márquez Arango	Manizales	U. Caldas
Dr. Marco Antonio García	Bogotá	Cajanal Previsión
Dr. Carlos Alfonso Reyes	Cali	U. Valle

MEDICINA NUCLEAR

Dra. Sonia Merlano	Bogotá	H. Central Polinal
Dr. Jaime Ahumada	Bogotá	Inst. Nal. Cancerlog.

EPIDEMIOLOGIA

Dr. Ricardo Galán Morera	Bogotá	ASCOFAME
Dr. Manuel Gmo. Gacharná	Bogotá	MINSALUD
Dr. Alfredo Remolina	Bogotá	ISS
Dra. Gabriela de Arbeláez	Medellín	Inst. Nal. de Salud

MICROBIOLOGIA Y PARASITOLOGIA

Dr. Julio Latorre	Bogotá	U. Javeriana
Dr. Marcos Restrepo Isaza	Medellín	U. Bolivariana
Dr. Bernardo Montoya	Neiva	U. Surcolombiana
Dr. Oscar Juliao	Bogotá	Int. Nal. de Salud.
Dra. M. Isabel de Londoño	Bogotá	U. Andes

ONCOLOGIA CLINICA

Dr. Juan Manuel Zea	Bogotá	Inst. Nal. de Canc.
Dr. Carlos Castro	Bogotá	Fund. Santa Fé
Dra. Amparo Buendía	Bogotá	Inst. Nal. de Canc.
	Bogotá	H. Militar Central

CIRUGIA DE LA MANO

Dr. Roberto Meléndez		Soc. Científica
Dr. Alberto Kurzer Schall	Medellín	Cirugía Plástica
Dr. Benjamín Rivera Pico	Bogotá	Ortoped. y Traumat.
Dr. Erix Bozón Martínez	Bogotá	Cirugía General

COLOPROCTOLOGIA

Dr. Jorge Segura Vargas	Bogotá	U. Javeriana
Dr. Joaquín Silva Silva	Bogotá	Soc. Científica
Dr. Pedro E. Pabón P.	Bogotá	Esc. Mil. Medicina
Dr. Jaime Escobar T.	Bogotá	Esc. Col. Medicina
Dr. Jorge Padrón	Bogotá	H. Militar Central

NEUROLOGIA INFANTIL

Dr. Gustavo Pradilla A.	B/manga	U. Industrial
Dr. Eduardo Palacios S.	Bogotá	U. Rosario
Dr. Jorge Holguín A.	Medellín	U. Antioquia
Dr. Carlos Medina Malo	Bogotá	Esc. Mil. Medicina
Dr. Hernando Rodríguez V.	Bogotá	Fundación Santa Fé
Dr. Gabriel Gómez Gómez	Bogotá	U. Rosario