



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD



Proyecto Plan Multidisciplinario para la Modernización de la
Educación, Capacitación y Entrenamiento en Salud

Documento 2

ORGANIZACIÓN DEL PROCESO DE PLANEACION EDUCATIVA EN SALUD

Recomendaciones para la educación en pregrado, postgrado, educación continuada y educación no formal

CODIGO: I 001-2

Presentado por:



Bogotá, D.C. Mayo de 2002



REPÚBLICA DE COLOMBIA
MINISTERIO DE SALUD
PROGRAMA DE APOYO A LA REFORMA DE SALUD

GABRIEL RIVEROS DUEÑAS
Ministro de Salud

CARLOS J. CASTRO ESPINOSA
Vice-Ministro de Salud

MARTA I. VELÁSQUEZ ECHEVERRI
Directora Ejecutiva - Programa de
Apoyo a la Reforma en Salud

JORGE CASTELLANOS ROBAYO
Interventor Proyecto



JOSEP FITE BENET
Director general

ELISABET JANE CAMACHO
Directora técnica

LUIS F. GIACOMETTI ROJAS
Representante legal para Colombia

JOSEP ROMA MILLÁN
Director técnico proyecto

DIEGO ROSSELLI COCK
Subdirector técnico local

Consultores

MARÍA LUISA VÁZQUEZ N.
JOSEP MARÍA FORNELLS
XAVIER CLERIES COSTA
MARÍA VICTORIA OCAMPO R.
GERMÁN A ROMERO SILVA
DAVID ESPAÑA ARENAS

Relatorías

MARÍA MERCEDES ESPINOZA

Agradecimientos

A las siguientes personas que apoyaron el desarrollo del proyecto durante diferentes periodos de su ejecución

Señores Ministros de Salud

Doctor Virgilio Galvis
Doctora Sara Ordóñez

Señores Viceministros de Salud

Doctor Mauricio Bustamante
Doctor David Bersch

Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud

Doctor José Ancizar Jiménez Gutiérrez
Doctor Gabriel Robayo
Doctora Mery Barragán
Doctor Brigadier Tirado
Doctora Marleny González
Doctora Heidi Amaya
Doctor Javier López
Doctor Jaime Ramírez
Doctor Jairo Vieda

Miembros del GLAT del Ministerio de Salud

Despacho de Viceministro	Dra. Sofía Gutiérrez
Dirección general de Análisis y planeación de la política sectorial	Dra. Luz Stella Duque
Dirección general para desarrollo de la prestación de servicios de salud	Dra. Beatriz Montes, Dra. Flor Téllez, Dra. Blanca Contreras
Dirección de sistemas de información	Dra. Ana Luna
Programa de Mejoramiento de Servicios de Salud	Dra. Carolina Prada

Organización Panamericana de la Salud

Doctora María Cristina de Taborda

Consortio Hospitalario de Cataluña

Doctor Alfonso Mejía Vanegas
Doctor Alfonso León Cancino

Contenido

INTRODUCCIÓN	9
Capítulo I.....	12
ELEMENTOS DE CONTEXTO QUE INCIDEN EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	12
1. EL CONTEXTO SOCIAL Y ECONÓMICO	12
2. EL CAMBIO EN LOS SISTEMAS DE SALUD Y EL ROL DEL PERSONAL	13
3. LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA	15
4. LA PROBLEMÁTICA DEL PERSONAL DE SALUD	18
5. LA PLANIFICACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN COLOMBIA	20
3 LA EDUCACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD	23
Capítulo II	27
PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA LA EDUCACIÓN EN PREGRADO	27
1. ANTECEDENTES Y HALLAZGOS PRINCIPALES	27
1.1 Breve reseña histórica de la educación universitaria	27
1.2 Las primeras normas	28
1.3. Marco normativo vigente	29
1.4. La oferta educativa en el pregrado	33
2. RECOMENDACIONES PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN EL PREGRADO	37
2.1 RECOMENDACIONES SOBRE ENFOQUES FORMATIVOS	38
2.1.1 Cambiar de paradigma: aprender vs. enseñar	38
2.1.2 Apostar por la calidad	39
2.1.3 Trabajar sobre interdisciplinariedad	39
2.1.4 Inculcar el trabajo en equipo	40
2.1.5 Desarrollo de habilidades investigativas	41
2.1.6 Fortalecer los procesos de selección de los estudiantes	41
2.2 RECOMENDACIONES SOBRE TRANSFORMACIÓN CURRICULAR	42
2.2.1 La formación en valores	42
2.2.2 La formación con orientación social y comunitaria	42
2.2.3 Adaptación al cambio	43
2.2.4 Fortalecer el enfoque social y humanístico	44
2.2.5 Desarrollo de habilidades comunicativas	45

2.3 RECOMENDACIONES PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA	46
2.3.1 Fomentar una formación integradora	47
2.3.2 Fortalecer la instancia básica de atención (primer nivel)	48
2.3.3 Integrar al currículo el “aprendizaje basado en problemas”	48
2.3.4 La evidencia en la práctica clínica y en la metodología educativa	50
2.4 RECOMENDACIONES OPERATIVAS	51
2.4.1 Definir las competencias profesionales básicas	51
2.4.2 Potenciar un nuevo modelo de atención a la salud.	52
2.4.3 Transformar el modelo evaluativo	52
2.4.4 Fortalecer la función reguladora y acreditativa	53
2.4.5 Involucrar al profesorado en el proceso de cambio	55
2.4.6 Hacer uso de la informática y las nuevas tecnologías	56
2.4.7 Valorar la vigencia de los programas	56
Capítulo III	58
PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA LA EDUCACIÓN EN POSTGRADO	58
1. ANTECEDENTES Y PRINCIPALES HALLAZGOS	58
1.1 La evolución de la educación en postgrado	58
1.2 Los primeros postgrados en medicina Colombia	60
2. CLASIFICACIÓN DE LOS POSTGRADOS	62
2.1. Situación actual de los postgrados asistenciales	62
2.2. Situación actual de los postgrados no asistenciales	63
2.3 La oferta de postgrados en salud	64
3. RECOMENDACIONES PARA LA MODERNIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE POSTGRADO	66
3.1 Necesidades de cambio	66
3.1.1. El cambio en la formación asistencial	67
3.1.2. El cambio en la formación no asistencial	70
4. RECOMENDACIONES GENERALES PARA POSTGRADO ORIENTADAS A ENFOQUE Y METODOLOGÍAS EDUCATIVAS	72
4.1 Aplicar métodos propios de la formación de adultos	72
4.2 Promover y profesionalizar la figura del tutor	73
4.3 Fomentar la interdisciplinariedad	73
4.4 Fomentar la actitud de “aprender a aprender”	74
4.5 Desarrollar la metodología de aprendizaje basado en problemas	75
4.6 Fomentar la profesionalización de la docencia	75
5. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA POSTGRADOS ASISTENCIALES	77
5.1 Identificar prioridades de formación y entrenamiento	77



5.2 Incorporar elementos de gestión clínica	77
5.3 Incorporar elementos del entorno de servicios	78
5.4 Fomentar el trabajo en equipo	79
5.5 Incorporar el concepto de calidad	79
5.6 Construir una nueva relación entre formación y trabajo	80
5.7 Fortalecer el desarrollo de un nuevo modelo de atención	81
6. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA POSTGRADOS NO ASISTENCIALES	82
6.1 Fortalecer la toma de decisiones y la responsabilidad social	82
6.2 Entender lo intersectorial e interdisciplinario como factor decisivo	83
6.3 Aprendizaje acorde con la realidad social del país.	83
6.4 Fomentar la calidad y la acreditación.	84
6.5 Potenciar alianzas con otras instituciones	85
6.6 Potenciar la investigación en políticas y servicios de salud	85
7. CONCLUSIONES GENERALES	86
Capítulo IV	87
PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES	
PARA LA EDUCACIÓN CONTINUADA	87
1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO	87
2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	90
3. RECOMENDACIONES PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN CONTINUADA	94
3.1 Aspectos generales	94
3.2 Enfoque y orientación conceptual	95
3.3 Elementos referenciales para los programas	96
3.3.1 Perfil profesional y ocupacional	96
3.3.2 Evaluación de prácticas	97
3.3.3 Reconocimiento de las necesidades sociales	98
3.4 Objetivos de los Programas	98
3.5 Elaboración de un Plan de Educación Continuada	100
3.5.1 Aspectos metodológicos	100
3.6 Evaluación de los Programas	101
3.6.1 Evaluación del plan	102
3.6.2 Evaluación del proceso educativo	104
3.6.3 Evaluación del producto	104
3.6.4 Evaluación del impacto	105
3.6.5 Evaluación de la calidad	105



3.7 Investigación y desarrollo del conocimiento	106
4. INTEGRACIÓN CON LOS OTROS AMBITOS DE FORMACIÓN	107
5. RESULTADOS ESPERADOS	109
Capítulo V	111
PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL	111
1. ELEMENTOS DE CONTEXTO	111
1.1 Aspectos legislativos	111
1.2 Breve reseña histórica de la formación de auxiliares	112
1.3. SITUACIÓN ACTUAL	113
1.3.1. Aspectos generales	113
1.3.2 Aspectos laborables	115
1.3.3 Relaciones de poder	116
1.3.4 Características diferenciales de la educación no formal en salud	117
1.3.5 Formulación de objetivos	117
1.3.6 Acercamiento pedagógico	118
1.3.7 La relación docencia / servicio	118
1.3.8 La calidad de la educación no formal	119
2. RECOMENDACIONES PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN NO FORMAL EN SALUD	120
2.1 Formalización de la educación no formal en salud	120
2.2. Perfil ocupacional del auxiliar	122
2.3. Currículo	123
2.4. Objetivos	124
2.5 Selección de los estudiantes	126
2.6. Recomendaciones para mejorar la formación práctica	126
2.6.1. Diseño de las prácticas	126
2.6.2 Los escenarios de práctica	127
2.7. Los nuevos modelos de prestación de servicios de salud	129
2.8. Los docentes	130
2.9 Evaluación del aprendizaje	131
2.10 Evaluación por competencias laborales: una experiencia para considerar	133
2.11. La Acreditación de las instituciones de educación no formal	134
2.12 Nuevas metodologías de enseñanza aprendizaje	136
2.13 Investigación en el currículo no formal	137
3. RESULTADOS ESPERADOS	138



Capítulo VI	140
CONCLUSIONES FINALES	140
BIBLIOGRAFÍA	146
ANEXO No. 1 ÁREAS DE RECOMENDACIÓN	147
ÁREAS DE RECOMENDACIÓN PARA PREGRADO	147
ÁREAS DE RECOMENDACIÓN PARA POSTGRADO	148
ÁREAS DE RECOMENDACIÓN PARA EDUCACIÓN CONTINUADA	149
ÁREAS DE RECOMENDACIÓN PARA EDUCACIÓN NO FORMAL	150
Anexo No. 2	151
EXPOSICIÓN DE MOTIVOS PARA LA PROPUESTA DE DECRETO	151
PARA LA EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL EN SALUD	151
PROYECTO DE DECRETO	154
ANEXO No. 3	157
ELEMENTOS PARA CONSTRUIR UN MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD, BASADO EN EL FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL	157
1. BASES CONCEPTUALES	159
2. CONTRIBUCION DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA EFICIENCIA GLOBAL DEL SISTEMA DE SALUD	161
3. POLITICAS DE “SUSTITUCIÓN” EN SALUD: FACTORES DE APOYO	163
4. ACCIONES DESDE LOS NIVELES DEL SISTEMA QUE AFECTA EL MODELO DE ATENCIÓN BASADO EN EL PRIMER NIVEL.	165
5. ESTRATEGIAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE UN MODELO DE ATENCIÓN BASADO EN EL FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL	166
5.1 ELEMENTOS A CONSIDERAR DENTRO DE UN ESQUEMA DE COMPETENCIA 166	
5.2 RELACIONES ENTRE EL PRIMER NIVEL Y LOS NIVELES ESPECIALIZADOS 169	
5.2.1. LA RELACION CLINICA:	169
5.2.2. LA RELACION ADMINISTRATIVA	173
5.2.3. LA RELACION EMPRESARIAL	174
5.3 ESTRATEGIAS PROPUESTAS DE IMPLEMENTACIÓN	175
6. RESUMEN Y CONSIDERACIONES SOBRE LAS POSIBLES ALTERNATIVAS DE DESARROLLO	182
BIBLIOGRAFÍA	186

INTRODUCCIÓN

La permanente evolución de los sistemas sociales y en particular de los sistemas de salud, obliga a replantear la manera como estos se relacionan con la sociedad y responden de manera efectiva a sus crecientes y cambiantes necesidades. En este sentido el papel de los sistemas de salud y su relación con la equidad, eficacia, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios, se constituye en la piedra angular de casi todos los procesos de reforma sectorial desarrollados en las últimas dos décadas. De manera más reciente y como parte de lo anterior, se hace evidente la necesidad de intervenir sobre la relación existente entre el modelo de prestación de servicios y la formación del personal, buscando mecanismos que logren acercar mucho más, el proceso formativo a la realidad del desempeño profesional y técnico. Nunca como ahora la sociedad ha estado tan pendiente y exigente del papel del profesional de la salud y de los resultados de su proceso formativo, por tanto, intervenir sobre este último se convierte en un imperativo cuando se trata de buscar una mejora significativa en la calidad de la atención que recibe la población.

En el caso de Colombia la situación no puede ser más clara. El actual modelo de desarrollo económico y social, vigente desde finales de la década de los 80's, determina los mecanismos por los cuales se establece una nueva relación entre el Estado, la sociedad y sus instituciones. Dicho modelo redefine un nuevo rol para el Estado, más orientado al diseño de políticas públicas, a la regulación y la vigilancia del libre juego del mercado dentro de un entorno político y normativo descentralizado hacia el ámbito territorial.

Como parte de este cambio, el desarrollo progresivo del SGSSS evidencia una ruptura ideológica y técnica con el sistema previo, a través de un cambio radical en el modelo de prestación de servicios, que ha obligado a los diversos actores institucionales a modificar su rol e incorporar progresivamente nuevos conocimientos, técnicas y funciones relativas a los ámbitos de la salud pública, aseguramiento y prestación de servicios, tanto en el nivel central como territorial del sistema de salud.



Quizá uno de los efectos mas importantes de este cambio en el contexto de la transformación de los servicios de salud en Colombia, viene dado por la respuesta institucional a este conjunto de mensajes provenientes del ámbito normativo y regulador. En este sentido es evidente como los actores institucionales se han ajustado progresivamente a las nuevas demandas del mercado de servicios, tanto en la gestión territorial del sistema, el aseguramiento y la prestación de servicios. Este cambio, sin embargo, no se ha acompañado de una respuesta igualmente dinámica en materia de desarrollo y gestión integral del personal, ni en materia de modernización de su proceso formativo.

Por todo esto, el presente documento se centra en el desarrollo de una propuesta de modernización del proceso formativo del personal del sector, que parte del reconocimiento de la dinámica propia del contexto de los servicios, y se orienta hacia el “estado del arte” de la educación en salud a nivel internacional. Dicho “estado del arte” lo constituyen los avances y nuevos conocimientos en materia de formación del personal de salud que abarcan los principales elementos conceptuales sobre el proceso educativo propiamente dicho, las técnicas y nuevas metodologías de enseñanza – aprendizaje, la incorporación de la experiencia en el proceso formativo, del ambiente laboral como escenario de permanente aprendizaje, la incorporación de competencias básicas en el diseño de currículos, así como de la evidencia científica y la gestión clínica como instrumentos y contenidos indispensables en la formación de todo profesional de la salud.

Todo lo anterior nos permite perfilar un concepto de “Modernización” que se constituye en el eje medular del proyecto. Por tanto y orientados hacia allí, se plantean las principales recomendaciones que parten del análisis de situación y principales hallazgos relacionados con la formación del personal de salud en los distintos ámbitos de formación y que componen nuestra propuesta de “Organización del proceso de planeación educativa en salud” a que se refiere el presente documento.

Este concepto de Modernización así enmarcado esta constituido principalmente por dos grandes tendencias: a) De tipo pedagógico y b) Orientadas a la calidad formativa. En el primer grupo encontramos elementos como el replanteamiento de los objetivos del aprendizaje, las aplicación de las metodologías mas adecuadas (la problematización y el aprender a aprender), los principales instrumentos para evaluar el alcance de los objetivos trazados y la evaluación de la función docente. En el segundo grupo, encontramos aspectos propios de la modernización relacionados con el rescate del concepto



de profesionalismo, del enfoque multidisciplinario, la demanda por una mayor responsabilidad social en la educación, el énfasis por la investigación y la acreditación de programas, centros e instituciones formadoras.

A modo de descripción de los contenidos del presente documento, el primer capítulo se centra en un análisis de los principales elementos del entorno que inciden en la problemática de la educación en salud en Colombia, elementos de contexto que permiten la ubicación en el plano de las transformaciones sociales y de los sistemas de salud, que más inciden sobre la formación del personal.

En un segundo capítulo se describen y analizan los principales hallazgos específicos y recomendaciones para la modernización en la educación en pregrado. Lo que se complementa en los siguientes capítulos, del tercero al quinto, con lo equivalente para la educación en el postgrado, educación continuada y, finalmente, en la denominada educación no formal.

Para concluir esta introducción es conveniente recordar que la intensidad de los cambios acaecidos en el sistema de salud y seguridad social en Colombia en los últimos años y las evidentes transformaciones globales que inciden sobre el comportamiento de las variables sociales, el trabajo, el conocimiento científico y la aplicación de la tecnología ameritan trabajar intensamente en el fortalecimiento y mayor desarrollo del proceso formativo del personal de salud. Por lo tanto, los cambios en los procesos de formación deben partir de una decisión de Estado, para que se conviertan en políticas claras y consecuentes con el momento histórico del país, concertando su alcance y aplicación con los distintos actores del sistema, ya que a todos en su conjunto les conviene que el personal de salud responda a los perfiles que el nuevo sistema exige y a los intereses de la sociedad.



Capítulo I

ELEMENTOS DE CONTEXTO QUE INCIDEN EN LA FORMACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

1. EL CONTEXTO SOCIAL Y ECONÓMICO

La situación actual de la educación en salud en Colombia, como bien se analiza en el documento de contexto, es el resultado de la interacción de numerosas fuerzas sociales y políticas a lo largo de las últimas décadas¹. A los fenómenos mundiales como la globalización, el triunfo del capitalismo, las tendencias a la privatización y a la descentralización, y la avalancha de la información, se añaden las circunstancias locales del entorno latinoamericano y a éstas, otras más, propias de nuestro país.

Producto de estas macro tendencias, en el entorno latinoamericano son también comunes los cambios del sector laboral que incluyen la flexibilización e informalización del empleo, el cambio en la demanda del perfil del empleado, que debe ser cada vez más calificado incluso para desempeñar cargos en los niveles más bajos; y la tendencia a la autorregulación de las profesiones y oficios en ausencia de un Estado que pueda ejercer la adecuada vigilancia (OPS/OMS 1993).

Desde la óptica del comportamiento de los actores sociales y especialmente de aquellos que intervienen en el comportamiento de los sistemas como salud y educación, la sociedad actual se encuentra frente a un proceso de transformación de sus valores y de cambios que sientan las bases de un nuevo paradigma. Este cambio plantea la necesidad de analizar las relaciones del Estado y la sociedad de una manera distinta y, de esta forma, más ajustada a

¹ Para un análisis más detallado del contexto ver Documento 1, “*Elementos de contexto y línea de base*”. Cód I 001-1.



la existencia de mayores condicionamientos en la definición de políticas públicas, el manejo de las relaciones entre el Estado y los agentes económicos, el ejercicio de la gobernabilidad, la disponibilidad de recursos para inversión pública y el desarrollo de políticas de bienestar social entre otros aspectos.

Por otro lado, la irrupción de la tecnología y de la nueva “sociedad de la información” como un escenario que plantea serios interrogantes a futuro que afectan la equidad y el mantenimiento de la democracia dentro de la sociedad (Castells, 2000), así como la dinámica de la economía de mercado que privilegia la generación de beneficios particulares sobre el bien común, la competencia e interdependencia entre las economías, son elementos presentes en la actual transformación de las “reglas de juego” sociales que establecen nuevos hitos en el desarrollo de las organizaciones, y por tanto, que requieren para poderse llevar a cabo de personas formadas bajo preceptos distintos y mas consientes de los nuevos retos que deberán enfrentar en el futuro inmediato.

2. EL CAMBIO EN LOS SISTEMAS DE SALUD Y EL ROL DEL PERSONAL

Cada vez es más evidente la preocupación de la sociedad y del Estado, principalmente en los países desarrollados, por el bienestar y la calidad de vida de su población, incluidos los estándares de salud (Segovia de Arana, 1999). Como respuesta a este hecho y a los cambios demográficos, epidemiológicos, tecnológicos y de organización social que se están sucediendo lenta pero inexorablemente en todos los entornos, los sistemas deben ajustarse a un modelo de desarrollo social y económico en permanente evolución.

Por otro lado, el aumento creciente de los costos de la atención, el nuevo modelo de intervención estatal - enfrentado a la paradoja de un Estado cada vez más pequeño, - el desarrollo tecnológico, la tendencia a la uniformidad expresada en guías de práctica, la búsqueda de la mejor evidencia para la toma de decisiones, y la intermediación de entidades – muchas de ellas con ánimo de lucro –, son algunas características comunes en este nuevo orden mundial (Londoño & Frenk 1997) (Tan & Hanna 1994). Es así como las reformas de los sistemas de salud, impulsadas por la necesidad de contener los costos y por la búsqueda de mayor equidad y eficiencia, son una constante en el mundo entero (Málaga et al. 2001). En casi todos los países han sido el resultado de una fuerte interacción política con entes ajenos al sector de la salud, como el Banco Mundial o el Fondo Monetario Internacional.



Como resultado de lo anterior y desde el punto de vista normativo, estructural, financiero, tecnológico y de organización para la prestación de los servicios, los sistemas de salud han experimentado en las últimas décadas cambios significativos que obligan a visualizar en el inmediato plazo ciertas modificaciones en el proceso formativo de su personal que responda a necesidades sectoriales distintas y a la búsqueda de respuestas más eficaces para la sociedad. Dichos cambios incluyen un mayor énfasis por el trabajo interdisciplinario e intersectorial, el aseguramiento, los nuevos modelos organizativos, la atención de primer nivel, y en general, todo lo que conduzca a modificar las relaciones dinámicas entre los diversos actores sociales que intervienen en la organización y entrega de servicios de salud a la población (ver Tabla 1).

Por tanto, formar al personal profesional y técnico con ese objetivo y buscar alternativas de formación distintas y complementarias al hospital universitario (particularmente durante el pregrado), se hace indispensable para lograr un sistema exitoso. Otro tanto ocurre con la difícil relación entre el nivel

PROCESOS SUSTANTIVOS EN LAS REFORMAS	IMPLICACIONES PARA EL TRABAJO DEL PERSONAL
➤ Descentralización	➤ Mayor resolutivez de los servicios e intervenciones
➤ Cambios en los ministerios: funciones y estructuras	➤ Cambios en las funciones y nuevas competencias
➤ Cambios en el financiamiento y en las modalidades de pago	➤ Exigencia por calidad y productividad
➤ Nuevas modalidades de gestión: externalización o tercerización, compra de servicios, autonomía de servicios, etc.	➤ Cambios en la organización del trabajo y promoción de la conformación de equipos
➤ Cambios en los modelos de atención, tanto en el nivel básico como en la complejidad	➤ Flexibilidad laboral: nuevas formas de contratación, tendencias a la precariedad
➤ Extensión de la cobertura	➤ Énfasis en el desempeño y su evaluación
	➤ Cambios en los sistemas de incentivos
	➤ Regulación de los procesos de desarrollo de recursos humanos.

Tabla 1

IMPACTO DE LAS REFORMAS SOBRE EL TRABAJO DEL PERSONAL DE SALUD

Fuente: Brito Pedro. Desafíos para los recursos humanos en salud dentro del marco de las reformas sectoriales. OPS. Washington, 1999.



primario (primer nivel de atención) y el especializado, que se puede mejorar sólo si el personal en formación se familiariza con la problemática epidemiológica, social y de gestión propia de cada nivel de resolución de problemas y por tanto del modelo de atención a la salud predominante (Venturelli 1997).

Finalmente, es importante reconocer que existen nuevas formas de intervención para enfrentar los problemas de salud, muchas de ellas esenciales en programas de promoción y prevención y tradicionalmente ajenas a las actividades usuales del sector (Abel-Smith 1994). Sin el liderazgo del profesional de la salud esas estrategias serán subutilizadas, o incluso ignoradas. En los países desarrollados, la atención en salud es una prioridad en la agenda política (Ludmerer 1983). Y es una prioridad por muchas razones, entre las cuales figuran su impacto económico, que se refleja en la proporción del producto interno bruto que representa, o su impacto legislativo, al ser el sector que más intervención estatal requiere. Incluso su importancia política es considerable, ya que las decisiones de impacto social se toman en los niveles más altos, bajo el escrutinio cuidadoso de los medios y de la sociedad entera. Aunque en el medio colombiano los temas de salud tienen un interés creciente, al menos en los medios de comunicación, su peso político y su importancia en las agendas de gobierno, es todavía secundario.

3. LA TRANSFORMACIÓN DEL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA

Pocos países del mundo han intentado reformas o cambio tan radicales a su sistema de prestación de servicios de salud tan ambiciosas como la establecida en Colombia por la Ley 100 de 1993 y la consiguiente creación del nuevo sistema de seguridad social en salud.

Dicho cambio de sistema, pretende desde la estructura económica, política y organizativa de un sistema burocrático, anclado todavía en el antiguo Sistema Nacional de Salud, reglamentar e implementar un sistema de salud pluralista con criterios técnicos tan complejos como el de la competencia regulada que, para funcionar adecuadamente requiere, entre otros aspectos, de la existencia de un bajo nivel de desempleo para tener una población aportante estable; de un nivel de desarrollo institucional que permita competir en condiciones de mercado, así como de mecanismos de incentivos, regulación y control por parte del Estado que sean fuertes y transparentes.



Para comprender el contexto del desarrollo inicial del nuevo sistema se requiere considerar los principios neoliberales que enmarcaron su origen (Montenegro 2002) (Redondo & Guzman 1999). Estos valores neoliberales le dan más importancia al crecimiento económico que a la distribución del ingreso, del mismo modo que confían en el mercado y la libre competencia como mecanismo para generar eficiencia y regular el comportamiento entre los agentes involucrados en la oferta y demanda de servicios.

Por otro lado, tal y como lo analizan Vega y Hernández (Vega 2000), la reforma constitucional de 1991 estableció los principios y reglas generales de juego para la operación de un Estado mínimo y definió las condiciones para una amplia operación de relaciones privadas de mercado.

El anterior hecho se ve claramente reflejado en el perfil del nuevo sistema de salud que se define siguiendo estos criterios, incluyendo la puesta en marcha de un modelo de prestación de servicios alrededor de un plan o conjunto mínimo de beneficios (POS), los derechos y los deberes de los ciudadanos en relación con éstos y la delineación de las características de su regulación por parte del Estado.

Así definido y con el argumento de hacer más eficiente el sistema, el nuevo modelo fue concebido como un mercado regulado entre agentes públicos y privados en competencia por la administración de los fondos financieros del seguro, así como por la producción y entrega de servicios a la población. En cuanto a la función de regulación y control por parte del estado, ésta se limita a fijar su atención sobre el financiamiento de bienes públicos con altas externalidades y un conjunto de servicios de atención individual (POS) a través de un subsidio a la demanda.

Las empresas promotoras de salud (EPS), que administrarían los fondos del seguro, deberían actuar como agencias mediadoras entre la población y las instituciones prestadoras de servicios (IPS). De esta manera, estas agencias fueron autorizadas para tomar decisiones en materias relacionadas con la escogencia de la población a afiliar, la delimitación de las posibilidades de escogencia de atención por parte de los usuarios y para establecer criterios de producción, eficiencia y desempeño de los prestadores de servicios tanto en el campo de la práctica profesional (protocolos, guías clínicas de manejo) como en el institucional.

En materia de aseguramiento la población pasó a ser afiliada a un régimen de seguro de carácter contributivo o subsidiado, y con derecho a recibir un POS equivalente al tipo de aseguramiento previsto. Adicionalmente, la



posibilidad de acceder a un plan complementario del régimen contributivo tiene la facultad de ampliar cierto tipo de beneficios, a diferencia del POS subsidiado, que se ha convertido en un conjunto de intervenciones básicas de promoción de la salud, prevención y atención a la enfermedad dirigido a la población más pobre. Esta racionalidad dividió a la población en tres grandes categorías de usuarios de acuerdo con el régimen de aseguramiento y los beneficios a ser recibidos: a) los ricos y la clase media alta; b) la clase media y baja y los trabajadores asalariados; c) y los pobres.

Los primeros podrían hacer uso de los planes obligatorios (POS) y de los planes complementarios más allá de los cuales el afiliado puede escoger seguros privados; los segundos harían uso del plan obligatorio; y los terceros tendrían derecho a un plan de beneficios subsidiado oscilante entre los cuidados de baja complejidad y los beneficios ofrecidos por el plan obligatorio, de acuerdo con la disponibilidad de recursos financieros públicos. El panorama se hace más complejo, si se tiene en cuenta, que buena parte de la población de país y cercana a la mitad, que en principio debería estar en cualquiera de los dos regímenes anteriormente mencionados, se constituye en un importante grupo de población “no asegurada”, que demanda servicios y al carecer de un seguro institucional, se financia para su atención o del pago de bolsillo, o de recursos de oferta a través de la red pública (Fedesarrollo, 2000) (DNP, 2001). Situación que desvirtúa o por lo menos cuestiona abiertamente los supuestos iniciales de la reforma y evidencia el retroceso de una política de liberalización de la seguridad social que pretende consolidar un sistema de aseguramiento universal basado en la competencia, para un país que no ha podido superar durante décadas sus enormes inequidades sociales, económicas y de desarrollo, que ameritan una acción de Estado y por ende, de un rescate de lo público en buena parte del territorio nacional.

Así el panorama, es evidente que la relación entre la estructura, organización y gestión del modelo de prestación de servicios, así como el de atención a la salud predominante en el nuevo sistema, afectará de manera importante el perfil y competencia esperada del personal de salud. Por lo cual se hace cada vez más urgente la planeación de mecanismos de cambio en el proceso formativo que incidan de manera positiva sobre el futuro desarrollo del sistema y sobre el impacto de este último en la calidad de vida y bienestar de la población.



4. LA PROBLEMÁTICA DEL PERSONAL DE SALUD

Las reformas sectoriales desarrolladas en la última década han determinado notorios cambios en las relaciones existentes entre los actores que interactúan dentro de los sistemas de salud, entre el sistema y la sociedad, y entre la sociedad y el Estado. Pocas veces ha existido tanta evidencia documentada de cómo un cambio de paradigma afecta de manera directa el comportamiento de los actores sociales que en él intervienen y como de alguna manera las nuevas reglas de juego establecen de manera ineludible reordenamientos de poder institucional que afectan el equilibrio dinámico existente por décadas.

En el caso de los sistemas de salud el ejemplo no puede ser mas claro, bien lo menciona Brito cuando afirma: “Una mirada al contexto de los cambios vigentes muestra que las reformas sectoriales, o como quiera se denominen en cada lugar a los cambios sustantivos que ocurren en los sistemas de servicios de salud, están afectando de manera importante, en algunos casos preocupante, el trabajo del personal en los servicios: los contenidos, las condiciones y las relaciones que lo configuran” (Brito,2000). En pocos sectores sociales ha sido tan evidente el profundo impacto que una reforma estructural ha tenido en el comportamiento del sistema mismo, de la sociedad y del rol de sus actores constitutivos (ver Tabla 2).

Por otra parte, tradicionalmente se ha afirmado que el personal es el componente fundamental en cualquier sistema de salud. La evidencia para apoyar esa afirmación, sin embargo, nunca ha sido demasiado sólida, tal vez por la simple dificultad que implica aislar el componente que, de un servicio determinado, se le puede atribuir exclusivamente al factor humano (World Health Organization 1978) (Walt 1994) (Institute of Medicine (IOM) 2001).

Lo que sí es inobjetable es que el componente más complejo y determinante en la efectividad de un sistema de atención en salud es su personal. Su complejidad depende no sólo de la diversidad de oficios, profesiones y especialidades incluidos en un sistema moderno de organización y prestación de servicios de salud, no sólo de la diversidad de contextos en los que deben actuar, sino de la misma naturaleza de la relación humana que se establece entre el profesional de la salud y el usuario final de sus servicios (Abel-Smith 1994) (Green 1996) (Mejia 1980).

La dificultad más grande para una adecuada planeación del personal para la salud es precisamente la cantidad de entidades y de sectores que están involucrados en la toma de decisiones. Este proceso debe considerar los



intereses de los individuos que seleccionan su profesión o su especialidad, de las instituciones educativas que los forman, así como de los centros de formación donde se entrenan y prestan servicios. Igualmente será importante contemplar los intereses corporativos de los empleadores que los incorporarán a su estructura productiva, de las sociedades científicas y gremiales que los agrupan, de los políticos regionales que defienden intereses de poder, de la industria privada más interesada en los renglones económicamente promisorios y, finalmente, de una sociedad que demanda determinados servicios más que otros. Evidentemente no es una tarea fácil.

Resulta evidente que un proceso de planeación con alguna posibilidad de éxito debe incluir la construcción participativa para responder así a las realidades locales y a sus cambios futuros. Además, debe subordinar los aspectos meramente administrativos y los intereses particulares de sus actores más poderosos ante la primacía de las relaciones sociales propias y los intereses

VIEJA AGENDA	NUEVA AGENDA
➤ Desequilibrios en la disponibilidad, composición y distribución de la fuerza de trabajo	➤ Gestión pública de recursos humanos: no exclusivamente administración de personal propio
➤ Importancia significativa del sector salud como generador de empleo	➤ Gestión de personal en un sector cuyo empleo no crece o disminuye
➤ Carreras funcionarias y estabilidad laboral en un marco regulatorio protector	➤ Gestión descentralizada
➤ Insuficiente gestión y evaluación del desempeño	➤ Gestión de la calidad y la productividad
➤ Escasa gestión de los sistemas de compensación e incentivos	➤ Tendencia creciente, y preocupante, a gestión de empleo flexible
➤ Fragmentación de procesos laborales	➤ Gestión compleja: coexistencia de diversos regímenes laborales para similares categorías ocupacionales
➤ Capacitación reproductora, centralizada y de dudoso impacto	➤ Tendencia a la precarización en un marco de empleo público restringido
➤ Problemas de motivación, ausentismo, poca participación	➤ Competencia por recursos financieros y por personal
➤ Retraso y rigidez normativa	➤ Necesidad de adaptar, modernizar y simplificar la administración de personal
➤ Debilidad técnica de la función de gestión de recursos humanos	
➤ Escasa visibilidad y prioridad política	

Tabla 2

DOBLE AGENDA DE LA GESTIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS EN LAS REFORMAS SECTORIALES



de la sociedad. A pesar de las dificultades, es claro que cualquier proceso de planeación del personal para la salud debe contar, desde el principio, con la participación decidida tanto del sector de la salud como del sector educativo y de trabajo. Sin ese apoyo inicial no se puede pretender que el trabajo de planeación pase de ser un ejercicio teórico.

Pero esa complejidad propia del personal no debería ser pretexto para evitar por completo las discusiones sobre el tema, todo lo contrario, el componente del trabajo humano es esencial en toda prestación de servicios, no sólo en salud, sino en educación, recreación o transporte.

En los sistemas de salud ese “recurso” es particularmente costoso ya que requiere un cuidadoso proceso de selección, años de formación y, dado su entrenamiento específico, no puede ser trasladado fácilmente de un renglón a otro de la prestación de servicios. Cuesta mucho la formación del personal pero, como veremos, cuestan aún más las equivocaciones que con ellos se cometan.

Es urgente tratar de ajustar los mecanismos a través de los cuales se planifica el personal requerido para el sector y se definen los criterios de cómo éste se forma y entrena para que el resultado de este proceso se ajuste con menores dificultades a las actuales condiciones de un ejercicio laboral cambiante y sujeto a normas más flexibles e inestables. Por tanto, incluir en los procesos de adecuación metodológica y formativa, aspectos que involucren una nueva concepción de la educación en salud y del nuevo rol del personal de salud en medio de reformas sectoriales tan complejas se convierte en prioritaria dentro de cualquier agenda moderna de reforma, desde la perspectiva de las necesidades de la sociedad y el equilibrio que debe existir entre el rol del personal de salud (actitud y aptitud) y los resultados esperados del proceso de atención.

5. LA PLANIFICACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD EN COLOMBIA

No deja de ser paradójico que Colombia, un país que enfrenta una grave crisis de personal en salud, atribuible en buena medida a la imprevisión estatal, haya sido cuatro décadas atrás un pionero mundial en la planeación de este recurso.

La Fundación Milbank seleccionó a Colombia como modelo para la realización, entre 1964 y 1968, del ‘Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica’, un proyecto realizado conjuntamente por



Ascofame y el Ministerio de Salud (Mejía 1987). El estudio fue bastante ambicioso y, aunque fortaleció las estructuras nacionales en medicina preventiva y epidemiología, no llevó al establecimiento de políticas y a la formulación del plan de recursos humanos que pretendía.

En 1977, al crearse el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud, se contó con otra oportunidad para organizar y planear el desarrollo del sector. Sin embargo, este consejo intersectorial de alto nivel, que incorporaba a los ministros de salud, educación y trabajo, nunca fue operativo. Los comités regionales de recursos humanos, creados por la misma época, han tenido éxito limitado en la planeación local y en el establecimiento de políticas educativas y laborales.

La Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, recientemente clausurada, fue durante tres décadas un órgano más dedicado al trámite de registros profesionales, de diplomas y títulos, y de autorización de plazas para el servicio social obligatorio, que de planeación y establecimiento de políticas como se pretendió con su creación. Debe reconocérsele, sin embargo, que esta Dirección facilitó durante el tiempo de su existencia, cierto protagonismo al sector de la salud ante los estamentos educativos técnicos y universitarios.

Además de los problemas que afectan a la planeación del personal de salud, en Colombia se añade el hecho de que, con las excepciones anotadas, ninguna entidad ha asumido como propia la preocupación sobre el tema del recurso humano. La ausencia del tema de los recursos humanos en la Ley 100 es una evidencia de ello.

Las entidades de salud consideran que cualquier alternativa de reglamentación de la formación de profesionales se sale de sus manos y que debe corresponder al sector educativo enfrentar el problema. Como si una situación tan compleja se pudiera abordar desde la óptica exclusiva de un sector, cuando son varios (salud, educación y trabajo) los que intervienen sobre el comportamiento de las variables políticas, normativas, técnicas y de mercado que interactúan en la problemática de la planificación, gestión y formación del personal de salud.

En cuanto a la educación en salud se refiere, pocos países han confiado tanto en la capacidad y responsabilidad de sus instituciones educativas como para proponer los cambios establecidos por la Ley 30 de 1992 que, buscando la aplicación de los principios de libertad, autonomía y responsabilidad en la oferta educativa, produjo una competencia desordenada y una sobreoferta de instituciones y programas en salud (Cubillos 1998; Ruiz et al. 2001).



El proyecto de oferta y demanda de servicios de salud, que lideró la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia y que también hace parte del Programa de Apoyo a la Reforma, aporta valiosa información para ayudar a solucionar este inconveniente. La Tabla 3, extractada de sus informes preliminares, muestra las demandas actuales de cargos en el sistema de salud a partir de una muestra total expandida de 279,843 trabajadores de la salud. Estas cifras han servido de base para el estudio de la unión temporal en cabeza del Cendex de la Universidad Javeriana que estima la oferta actual en 76,009 auxiliares de enfermería (15,962 de los cuales estarían pensionados, serían estudiantes o tendrían ‘otro empleo’); 51,118 médicos (con 10,375 en alguna de las tres categorías mencionadas); 28,310 odontólogos (5945); 21,976 profesionales de enfermería (4615); y 16,078 terapeutas (con 3376 en esas otras categorías).

Es notorio que de acuerdo con estas cifras, el personal más numeroso y actualmente vinculado en mayor volumen al SGSSS sea el de auxiliares de enfermería. Este hecho es corroborado por el citado estudio de oferta y demanda, que incluye que dicho hallazgo no solamente es significativo en cuanto al número, sino al hecho de que en muchos sitios del país, este tipo de personal es prácticamente el único contacto que tiene la población con el sistema de salud (FNSP, estudio de oferta y demanda, 2001).

Lo anterior tiene importantes implicaciones en relación con la formación del personal, toda vez, que la tarea de modernizar la educación no formal a la cual pertenece este importante grupo del personal, se convierte en una tarea prioritaria, pues, de su adecuada formación, acreditación de sus programas e

Tabla 3

DEMANDAS ACTUALES DE LOS
CARGOS EN EL SISTEMA DE SALUD

Fuente: Modelo de oferta y demanda de recurso humano en salud. Universidad de Antioquia, Facultad nacional de salud Pública. Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, 2001.

Auxiliares de enfermería	62.679
Médicos	48.149
Odontólogos	15.180
Promotores de salud	12.666
Enfermeras profesionales	12.195
Bacteriólogos	8.382
Auxiliares de odontología	4.911
Auxiliares de laboratorio	4.448
Terapeutas físicas	3.091
Fonoaudiólogos	2.322
Terapeutas ocupacionales	1.958
Optómetras	882



ingreso progresivo a la educación formal, dependerá en buena parte la calidad y la idoneidad de este personal, de cara a las necesidades del sistema y de la población de muchos municipios del país.

Por otro lado, las diferencias evidenciadas entre los datos de oferta ya mencionados, y las cifras de demanda, sugieren un indicador del desempleo, subempleo y deserción en el sector (Ruiz et al. 2001). Aunque, se parte de datos preliminares cuya verificación está pendiente, lo que sí es innegable es el crecimiento numérico de casi todas las profesiones y oficios vinculados al sector de salud y seguridad social.

3 LA EDUCACIÓN DEL PERSONAL DE SALUD

Ante los cambios producidos en la concepción de la salud y de los modelos de prestación de servicios, es evidente la necesidad de adecuar la formación del personal a los nuevos escenarios así descritos, tanto más, cuando la formación de este personal no se ha modernizado de forma paralela a las transformaciones de los sistemas, del conocimiento científico y de la práctica de las profesiones y oficios pertenecientes al sector de la salud.

El progreso de la atención a la salud en el siglo XXI estará ligado inexorablemente a los avances en la investigación biomédica, el control sobre las enfermedades endémicas y crónico degenerativas, la informática aplicada a la salud, el diseño de nuevos modelos organizativos y la medicina preventiva. Por esto, será en esos campos en que el profesional deberá aplicar las herramientas y conocimientos adquiridos durante todo el ejercicio de su actividad y desarrollar competencias acordes con estos nuevos retos.

Bien se ha mencionado como la formación del personal de la salud deberá integrar no solamente el aprendizaje de conocimientos, aptitudes y destrezas propias del ejercicio profesional o técnico de cada disciplina, sino adicionalmente la formación integral del futuro profesional o especialista en cuanto al fortalecimiento de valores, actitudes sociales para el trabajo en equipo interdisciplinario y el comportamiento ético.

Aun así, es evidente el retraso en la evolución de los métodos y los contenidos formativos de los profesionales y técnicos de la salud y su asincronía con los cambios en los modelos de prestación de servicios, dando lugar a conflictos, dificultades e ineficiencias necesarias de ser corregidas a inmediato plazo. De igual manera la formación clásica se mantiene altamente centrada en la enseñanza memorística, con pocos incentivos hacia el fomento del



aprendizaje útil que fomente en el estudiante la búsqueda de respuestas, así como la curiosidad por avanzar y dirigir su propio proceso de aprendizaje.

Esto es válido para todas las instancias de la formación (pregrado, postgrado, educación continuada y educación no formal), pero especialmente para el pregrado. Como se verá mas adelante, en esta etapa se construyen las bases de futuro desempeño profesional y es el espacio donde deberá confluir el aprendizaje de conocimientos y habilidades con la formación de las actitudes apropiadas para ejercer como profesional de la salud su función dentro de la sociedad. En este aspecto es importante el concepto de “competencias”, entendidas no solamente como el conjunto de conocimientos y habilidades propios del desempeño técnico científico de una profesión u oficio, sino adicionalmente, de todas aquellas dimensiones humanas, cognitivas, de comunicación y de relación con el entorno que permitan que el futuro profesional se desempeñe idóneamente de cara a sus pacientes y al conjunto de la sociedad.

Igualmente la formación del personal de la salud, pero especialmente de médicos y enfermeras, es preferentemente una formación en servicio y este hecho es evidente tanto para la formación de pregrado como para la de postgrado. Esto supone que el “ambiente docente” deberá incluir además de la clásica institución educativa (universidad, facultad, escuela), la intervención de nuevos escenarios o centros de formación debidamente habilitados y acreditados como tales, donde se integre verdaderamente la formación y el trabajo dentro de un clima organizativo favorable que facilite el aprendizaje del estudiante.

A pesar de ello, en la actualidad se detectan problemas que impiden o por lo menos dificultan el desarrollo de este tipo de aprendizaje, y por esto, se constituyen en objeto de modernización. El tradicional enfoque formativo de predominio biológico y hospitalario que ha caracterizado la formación del personal en las últimas décadas, se constituye en un factor a intervenir desde los nuevos modelos formativos. La evidente separación y poco contacto entre ciencias básicas, clínicas y “prácticas hospitalarias”, que han caracterizado la formación médica y por influencia de esta, de las restantes disciplinas de la salud, ha propiciado la desarticulación entre teoría y práctica, así como del enfoque integrador del ser humano que debería caracterizar el ejercicio de las disciplinas de la salud.

Este aspecto se constituye en un factor que ha propiciado la separación de la teoría y la práctica, así como el “divorcio” cada vez más notorio entre la formación de pregrado y postgrado. La formación de postgrado mantiene



hoy en día su perfil individualista, voluntarista y aleatorio desde su mismo planteamiento conceptual como en su ejercicio. Este hecho distingue el perfil del clásico especialista a diferencia de un buen profesional “generalista”.

El primero observa la realidad desde el ángulo de la individualidad, la complejidad del caso y la concentración de la casuística; el segundo desde la población, la probabilidad de ocurrencia y la baja complejidad. Es así que disciplinas como la epidemiología clínica, la medicina familiar, la gestión clínica, la economía de la salud y la medicina basada en evidencia, por mencionar solo algunas, se constituyen en un puente de comunicación permanente entre la formación del pregrado y el postgrado, dado su carácter integrador y a partir de las cuales se perfila un nuevo proceso de formación del personal de salud más ajustado a la nueva realidad del sistema y a la complejidad de las relaciones entre sus actores institucionales.

La problemática de la educación no formal reviste un carácter especial, pues al encontrarse en medio de la formación de pregrado y la de postgrado, pero sin llegar a ser ninguna de ellas, es evidente su falta de regulación, estandarización y poca pertinencia de sus orientaciones y contenidos en relación con la adquisición de conocimientos, habilidades y competencias detectadas como necesarias para el sistema de salud o sus actores institucionales.

Es importante recalcar, como se verá más adelante, que este tipo de formación deberá responder a la confluencia de necesidades tanto del individuo, la institución y el sistema. Aspecto por demás complejo si se tiene en cuenta que rara vez las tres vertientes confluyen dentro de un mismo proceso de planificación de necesidades cuando este existe o de destinación de recursos. Una de las características de este tipo de formación es su marcada heterogeneidad, dispersión y pobre planificación, lo que la ha convertido en un objeto oferta y demanda que se ofrece y compra de conformidad con las tendencias del mercado y casi nunca de acuerdo al impacto esperado para las instituciones y el sistema.

Por último la situación de la “educación no formal” es especialmente crítica y preocupante. Como bien se discutirá en el capítulo respectivo a pesar de considerarse pieza clave dentro del andamiaje de la prestación de servicios de salud en el país, su tratamiento desde lo normativo, institucional y operativo, amerita transformaciones profundas que afecten positivamente su pertinencia, orientación, contenidos, calidad, pero sobretodo, recuperen su valoración dentro del sistema educativo como instancia clave de formación de una alta proporción del personal destinado a la atención de la salud. En este caso hay



un problema de equidad subyacente. Se deberán diseñar estrategias que acerquen paulatinamente a esta instancia de formación a los canales de la educación formal, posibilitando a sus egresados los mecanismos normativos y académicos que les permitan continuar con su proceso formativo en aras de la mejora en la calidad de los servicios y su propia valoración como personal necesario para la prestación de servicios en Colombia.

Capítulo II

PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES

PARA LA EDUCACIÓN EN PREGRADO

1. ANTECEDENTES Y HALLAZGOS PRINCIPALES

1.1 Breve reseña histórica de la educación universitaria

El vigor institucional de las primeras universidades de los Siglos XII y XIII, radicaba en el carácter corporativo en torno al saber. “*En la pobreza estuvo su fortaleza*”, precisa Hastings Rashdall (Oriol, 1995, pg,1). Viéndolo de esta forma, el concepto de universidad en ese entonces, apenas si exhibía connotación física alguna. En estos siglos se conforman las primeras corporaciones universitarias, que estaban sustentadas en el currículo de las “artes liberales”: gramática, retórica y lógica; aritmética, geometría, astronomía y música; y otras tres profesiones que, fueron denominadas “antiguas profesiones universitarias”, y que formaron parte de la “universitas medieval”. Estas profesiones fueron el derecho, la teología y la Medicina.

Mucho después, surgen los conceptos modernos de profesión y profesionalización que se aplican aún en algunas de estas antiguas profesiones, como es la Medicina. Inclusive hasta hace poco se creyó que Abraham Flexner, en su estudio elaborado para la “Carnegie Foundation for the advancement of Teaching”, en 1910 (Borrero, 1995, pg, 9-11), había sido el primero en tocar con nuevas concepciones las artes de Hipócrates y Galeno. Recientemente la obra de Monahan en 1975 (Borrero, 1995), replica que el ímpetu ya venía de tiempo atrás en el siglo XIX.

La universidad Colonial tuvo desde sus orígenes un estatuto legal amplio, minucioso y eficiente, referido ordinariamente a la universidad de Salamanca,



ya que el salmantino fue el modelo que primero se transplantó y acogió en el nuevo mundo.

Desde cuando se establecieron las primeras universidades en América se las dotó de un estatuto legal que según el origen ya provenía del Pontífice, o del monarca, marco de actuación que se constituye en embrión de muchas de las manifestaciones normativas que aún persisten en muchas universidades de Europa y por herencia en América latina.

1.2 Las primeras normas

Según autores como Rivadeneira (Rivadeneira, 1995), a través de los tiempos la idea de someter la actividad universitaria a una reglamentación de tipo legal se ha mantenido. La universidad colombiana sufre un periodo de fuerte ajuste cuando el presidente José Hilario López sanciona la ley del 15 de Mayo de 1850, por medio de la cual el Congreso suprime la universidad oficial, deroga los títulos académicos, menos el de farmaceuta y por decreto del 25 de Agosto del mismo año, faculta a los colegios privados para otorgar títulos universitarios.

A esta situación se pone fin cuando el congreso de 1867 por medio de la ley 66 crea la Universidad Nacional (primera y más importante universidad pública del país hasta la fecha), la cual dispuso de un estatuto legal adecuado a la situación, pues todavía imperaba para las instituciones el régimen federal. El jurista e internacionalista Antonio José Uribe dotó a la nación de un verdadero estatuto educativo. En su calidad de Ministro de Educación Pública, llevó a las cámaras un proyecto legislativo que se convirtió en la ley 39 de 1903 y luego lo reglamentó por medio del decreto 491 de 1904, normas que no se duda en calificar hoy en día como un completo código educativo, en el cual se consignó el principio de la autonomía universitaria.

La ley 69 de 1935, considerada como orgánica de la Universidad Nacional, no reconoció la autonomía universitaria, aunque si contempló el principio de la extensión universitaria y posibilitó la adquisición de un campus adecuado para el Alma Mater. Los decretos y leyes de 1957, 1964 y 1980, el último de los cuales define por vez primera el principio de la autonomía universitaria, implican simples reformas formales que por sí solas no alcanzan la categoría de un verdadero estatuto universitario.

Según el autor citado (Rivadeneira 1995, pp 9-11), la ley 30 de 1992, reglamentaría en cierta forma, los artículos 67, 68 y 69 de la Constitución de 1991. Se esperaba sin embargo entre otros aspectos, fuera el verdadero código



universitario que la nación y el medio académico requerían, pero en lugar de facilitar el desarrollo de los planteamientos sugeridos por la comisión de Juristas contratada para este efecto, la ley padeció de la improvisación y la presión de diversos intereses subalternos, de manera que la tan ansiada reforma apenas significó un modesto prospecto reglamentarista sin mayores calidades jurídicas.

La ley en mención, ratifica el principio constitucional de que la Educación Superior es un servicio público, garantiza la autonomía universitaria, vela por la calidad del servicio educativo y promueve en su desarrollo la libertad de pensamiento, el pluralismo ideológico, la universidad de los saberes y la particularidad de las formas culturales.

De este modo, traza ambiciosos objetivos y señala como campos de acción el de la técnica, la ciencia, la tecnología, las humanidades, el arte, la filosofía e introduce una clara diferenciación entre las Instituciones Técnicas profesionales, Instituciones universitarias o Escuelas tecnológicas y Universidades.

1.3. Marco normativo vigente

La ley 30/92, define que los programas de pregrado y de postgrado, que ofrecen las instituciones de educación superior hacen referencia a la técnica, la ciencia, la tecnología, las humanidades, el arte y la filosofía, de conformidad con sus propósitos de formación. Los programas de pregrado preparan para el desempeño de ocupaciones, para el ejercicio de una profesión o disciplina determinada, de naturaleza tecnológica o científica o en el área de las humanidades, las artes y la filosofía. También son programas de pregrado aquellos de naturaleza multidisciplinaria o de estudios de artes liberales, entendidos como los estudios generales en ciencias, artes o humanidades, con énfasis en algunas de las disciplinas que hacen parte de dichos campos.

La ley 115 de 1994 -Ley general de Educación-, distingue los siguientes tipos de Educación en Colombia:

Educación Formal: Se entiende por educación formal, aquella que se imparte en establecimientos educativos aprobados, en una secuencia regular de ciclos lectivos, con sujeción a pautas curriculares progresivas, y conducente a grados y títulos.

Educación No Formal. La educación no formal, es la que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar en



aspectos académicos o laborales sin sujeción al sistema de niveles y grados establecidos en el artículo 11 de esta ley.

Educación Informal. Se considera educación informal, todo conocimiento libre y espontáneamente adquirido, proveniente de personas, entidades, medios masivos de comunicación, medios impresos, tradiciones, costumbres, comportamientos sociales y otros no estructurados.

Como requisitos para el ingreso a los diferentes programas de educación superior, además de los que señale cada institución, se encuentran para los programas de pregrado, el título de bachiller o su equivalente en el exterior y haber presentado el examen de Estado. El decreto 1403 del 21 de Julio de 1993 en su artículo 1, determinó los requisitos para los programas de pregrado, mientras se establecían los requisitos generales o especiales para la creación o funcionamiento de los programas académicos de pregrado que pueden ofrecer las instituciones de educación superior.

Por su parte, el artículo 2. del decreto 1225 del 16 de Julio de 1996, estipuló los requisitos para la creación y funcionamiento de los programas académicos de pregrado (presenciales o a distancia) y para la notificación o información de los mismos al Ministerio de Educación nacional.

De acuerdo con lo establecido en los decretos 1403 de 1993 y los decretos 836, 837, 2790 y 2791 de 1994, -y aquellos que los modifiquen o adicionen- las entidades que obtengan reconocimiento como instituciones de educación superior, tienen que notificar o informar sobre los respectivos programas que hayan sido presentados y sustentados en el estudio de factibilidad socioeconómica. La notificación o información solamente se puede dar a conocer una vez esté en firme el acto administrativo de reconocimiento institucional.

El *decreto número 2790 del 22 de Diciembre de 1994*, establece que el funcionamiento de los programas académicos de pregrado ofrecidos por las instituciones de educación superior, están sometidos a un proceso de verificación por parte del Ministerio de Educación Nacional, con el fin de garantizar a la comunidad la prestación de un servicio con calidad (Eslava, 2000).

La ley 30 de 1992 en el título segundo del capítulo II, artículo 37, indica la naturaleza jurídica del Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior (Icfes), indicando que es un establecimiento público del orden nacional, adscrito la Ministerio de Educación nacional. El cual dentro de sus funciones, descritas en el Artículo 38, se debe colaborar con el Ministerio de



Educación Nacional en la evaluación de la calidad de la educación en los términos establecidos por la ley y los reglamentos. Igualmente su objeto fundamental es, propender por la calidad del Sistema Educativo Colombiano a través de la implementación de procesos de evaluación del Sistema Educativo en todos sus niveles y modalidades, así como la vigilancia del Sistema de Educación Superior, de acuerdo con las políticas trazadas por el Ministerio de Educación Nacional, con el fin de consolidar una cultura de la evaluación y la cualificación de la educación en Colombia de acuerdo con sus fines y objetivos, bajo principios éticos y participativos, en la búsqueda de la equidad.

También se hace referencia a las acciones que involucran monitoreo y vigilancia, efectuadas a través de la subdirección de monitoreo y vigilancia del Icfes, las cuales se detallan en ésta sección, dada importancia que representan para el desarrollo de nuestro sistema académico, descritas así:

- ✦ Diseñar un sistema de vigilancia y control que permita un monitoreo en tiempo real del cumplimiento de la misión de las Instituciones de Educación Superior.
- ✦ Coordinar la evaluación de las propuestas presentadas por las instituciones de educación superior para la creación, extensión, modificación y actualización de los programas académicos y efectuar su registro en el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior.
- ✦ Definir los requisitos básicos para la creación y funcionamiento de los programas de educación superior.
- ✦ Apoyar a la Comisión Consultiva de Instituciones de Educación Superior en la verificación de los requisitos para el reconocimiento de personería jurídica como institución de educación superior, la creación de seccionales, la modificación del carácter académico y en general aquellas que la ley o el reglamento señalen.
- ✦ Monitorear los incrementos de matrículas de las Instituciones de Educación Superior privadas.
- ✦ Ejecutar los planes y programas que permitan perfeccionar y estimular los procesos de evaluación y autoevaluación de las instituciones de educación superior.
- ✦ Asesorar a las instituciones de educación superior públicas en los aspectos administrativos y financieros.



- ✦ Asesorar a las instituciones de educación superior en la aplicación e interpretación de las normas legales y estatutarias.
- ✦ Conceptuar sobre las reformas estatutarias que no impliquen cambio de carácter académico presentadas por las instituciones de educación superior para la notificación o ratificación por parte del Ministerio de Educación Nacional.
- ✦ Monitorear el desarrollo académico de las Instituciones de Educación superior.
- ✦ Evaluar, en coordinación con la Oficina de Cooperación Internacional del Ministerio de Educación Nacional, los aspectos académicos de los convenios interinstitucionales que sirvan de soporte para la oferta de programas académicos, así como de los convenios que permitan la oferta de estos programas por instituciones extranjeras.
- ✦ Coordinar y desarrollar los procesos conducentes a la convalidación de títulos de educación superior, obtenidos en el exterior y a la homologación de estudios parciales de educación superior cursados en el exterior, de acuerdo con la reglamentación establecida; permitiendo un uso discrecional que facilite los procesos actualmente en trámite.
- ✦ Efectuar la legalización de los documentos expedidos por instituciones de educación superior del país para ser acreditados en el exterior.
- ✦ Crear y mantener actualizado el banco de pares y evaluadores académicos, que habrán de conceptuar sobre programas académicos, convalidación de títulos y en general en todos aquellos trámites en los que se requiera su participación.
- ✦ Orientar y desarrollar el Sistema Nacional de Información de la Educación Superior, conforme a la reglamentación que para el efecto expida el Gobierno Nacional.
- ✦ Recolectar, procesar y analizar la información que el Icfes requiera para el logro de su misión y cumplimiento de sus funciones y generar el sistema de indicadores de desempeño y las bases de datos correspondientes.
- ✦ Difundir la información actualizada y completa sobre la instituciones y programas para hacer más transparente la oferta de la educación superior e ilustrar a sus usuarios potenciales.
- ✦ Permitir a la comunidad académica, científica y al público en general el acceso a la información disponible en el Instituto.



- ✦ Asesorar a las instituciones de educación superior en la aplicación de los estándares para el manejo del Sistema Nacional de Información de la Educación Superior.
- ✦ Colaborar en el ejercicio de la inspección y vigilancia de la educación superior y ejecutar, en tiempo real, las acciones sobre el particular, de conformidad con lo dispuesto en la Ley 30 de 1992 y demás normas que las modifiquen o sustituyan.
- ✦ Llevar el registro de las sanciones impuestas y adoptar las medidas conducentes para que ellas se hagan efectivas, de conformidad con el artículo 50 de la Ley 30 de 1992 y demás normas que los modifiquen o sustituyan.

Por último se referencia el *decreto número 917 del 23 de mayo de 2001*, en el que se definen los estándares mínimos de calidad que deben cumplir todos los programas académicos de pregrado en Ciencias de la Salud. El Decreto explica en detalle las competencias y destrezas profesionales que se requieren para las áreas de formación de Medicina, Enfermería, Odontología, Fisioterapia, Nutrición y Dietética, Fonoaudiología, Terapia Ocupacional, Optometría y Bacteriología.

1.4. La oferta educativa en el pregrado

De acuerdo con el inventario y análisis institucional realizado por la unión temporal que adelantó el proyecto “*Acreditación de Instituciones de Educación y Entrenamiento en Salud*” (UTE Ascofame, 2001), la educación formal está conformada por 1.153 programas y el sector no formal por 512 programas, para un total de 1665 programas de educación y entrenamiento en salud autorizados legalmente por el Ministerio de Educación. El Ministerio de salud da concepto previo para la creación de nuevos programas académicos de salud en educación no formal, y asume el proceso de aprobación de dichos programas, después del visto bueno dado por las secretarías municipales o departamentales de educación, sobre las condiciones mínimas y cumplimiento de requisitos de los aspirantes.

En el caso de la educación formal se consideraron los programas que tienen código Icfes y para la educación no formal, aquellos que tienen Resolución de las Secretarías de educación departamentales y municipales junto con la resolución emitida por el Ministerio de Salud.



De conformidad con este universo educativo, el país cuenta con 302 instituciones, que imparten Educación Formal en salud. De este total previamente identificado 176 organizaciones corresponden a universidades, 74 a instituciones universitarias o Escuelas tecnológicas, y 52 a instituciones técnicas profesionales. Esto indica que, los programas de educación “formal” universitaria, equivalen al 34.57% del total de programas de educación en salud. Para el nivel tecnológico a proporción es del 14.53 % y para el nivel técnico del 10.21% (UTE Ascofame, 2001).

Estas cifras indican que el país cuenta con una gran cantidad de programas de pregrado a escala profesional frente al total de programas existentes en las diversas modalidades de la educación formal en salud (técnico profesional, tecnológico y profesional). Este hecho muestra, una clara orientación hacia la educación profesionalizante, frente a las demás áreas de formación que presentan cifras bastante más bajas una minoría. Esta situación invita a reflexionar sobre la conveniencia futura de esta relación, dadas las actuales exigencias del entorno laboral donde el advenimiento de nuevas tecnologías y roles profesionales subsecuentes, obligan a que el papel de la formación técnica y tecnológica adquiera una dimensión más relevante.

Las áreas de formación específica para los programas de tipo técnico profesional abarcan mayoritariamente disciplinas como la administración y la seguridad social, mientras que en el ámbito tecnológico predominan disciplinas como la instrumentación quirúrgica, promoción de la salud, imagenología (radiología), farmacia, salud ocupacional, laboratorio dental, entre otras. Lo anterior corrobora la baja oferta de programas a este nivel (113 frente a 1,665 en total), cuando el mercado laboral y la transformación de roles dentro de las organizaciones del sector obliga a pensar en darle un mayor protagonismo al personal formado en estas áreas.

Tabla 4

OFERTA EDUCATIVA EN SALUD
PREGRADO

Fuente: UTE Ascofame, 2001

NÚMERO DE INSTITUCIONES	NÚMERO DE PROGRAMAS
Total 509	Total 1.665
302 Educación formal	1.153 programas en la Educación Formal
176 Universidades	333 pregrado (Universitarios, tecnológicos y técnicos)
74 Escuelas tecnológicas	
52 Instituciones técnicas prof.	512 programas en Educación no formal



Respecto al nivel universitario en pregrado, el principal énfasis se observa en programas clásicos como medicina, enfermería, odontología, bacteriología (laboratorio clínico) y las diversas terapias (física, ocupacional y respiratoria) que en su conjunto equivalen al 78,5% de programas de este nivel. Este hecho pone en evidencia la clara tendencia hacia la formación “clásica”, sin que esta se corresponda necesariamente con un análisis juicioso de las competencias básicas requeridas en cada caso, producto de las cuales, se podrían evitar duplicidades e ineficiencias en la formación de ciertas disciplinas.

Este planteamiento deberá analizarse en detalle, no sólo para los campos profesionales mencionados, sino para todos aquellos casos en los que roles y competencias profesionales se sobreponen unos con otros, sin un claro criterio de valor agregado diferencial, entre lo que proporciona una profesión “*per se*” o un conjunto de funciones y competencias que deben ser desarrolladas independiente de la profesión o formación técnica que se trate.

En cuanto a la formación médica, es innegable que la situación es más que preocupante, sólo en los 5 años transcurridos entre 1995 -25 facultades inscritas- y el 2000 -43 facultades inscritas-, el incremento en número de las facultades de medicina debidamente registradas ante el Icfes, fue del 72% (UTE, Ascofame 2001). Este hecho amerita un detenido análisis sobre las posibles implicaciones a corto y mediano plazo sobre la oferta y el mercado laboral para los médicos en Colombia. (UTE CENDEX 2002).

Una mayor oferta de programas formativos en medicina, por ejemplo, supondría una clara distorsión en el mercado laboral, aunque no necesariamente una oferta no deseable de profesionales, ya que se reconoce, que varios factores además de la disponibilidad de estos profesionales afectan las relaciones de oferta y demanda de los mismos. Entre esos factores las plazas laborales disponibles, la distribución geográfica, el índice de concentración y la existencia de incentivos, como algunos de los más importantes (U de Antioquia, 2001). Sin embargo y como lo evidencian Ruiz y Cols, de mantenerse la actual tendencia en la formación de profesionales, especialmente de médicos, bacteriólogos y terapistas, en pocos años un creciente grupo de profesionales en estas disciplinas, tendrán cada vez mayores dificultades para ubicarse laboralmente en condiciones dignas (Cendex, 2001).

Por último, cuando se habla de la oferta de programas en pregrado y del tipo de formación prevalente, vale la pena recordar lo planteado por un reciente informe sobre la formación de los profesionales de salud, auspiciado por la fundación BBV -Banco Bilbao Vizcaya- que afirma lo siguiente respecto al trabajo médico en relación con las exigencias de los nuevos sistemas de salud:



“el individualismo en su trabajo y la percepción directa de su remuneración por parte del paciente, han sido sustituidos por el trabajo en equipo dentro de estructuras asistenciales de tipo colectivo, financiadas por terceros que en ocasiones plantea dilemas entre la dependencia de sus patronos y las exigencias de sus enfermos lo cual origina formas de prácticas profesional diferentes a las tradicionales...” (Segovia de Arana, 1999).

Aunque es una cita que muestra la tendencia Europea, especialmente la Española, en Colombia nuestros profesionales permanecen en actitud individualista frente a la exigencia de prestar atención de salud. Situación que incide en el desarrollo y por consiguiente en el tipo de atención que se requiere en los modelos de atención de salud de nuestro medio.

La afirmación considerada en la referencia española, lleva a que el médico, en su ejercicio cotidiano, se vea enfrentado a trabajar activamente dentro de un equipo interdisciplinario o transdisciplinario, junto con otros profesionales de la salud, de tal forma, que su capacidad de decisión está fuertemente relacionada con las formas y conductas de actuación del equipo. Este hecho afecta de manera importante el proceso formativo, ya que obliga a rediseñar estrategias que modifiquen el clásico enfoque “monodisciplinar” propio de la formación en salud y especialmente en la medicina, por otro, que parta de la aceptación de que la vida laboral es multiprofesional e interdisciplinaria y que la resolución de los problemas a los que cotidianamente se enfrenta el profesional, cada vez requieren más del concurso de distintos tipos de profesión, roles y la aplicación de diversas competencias.

Por tanto, el profesional médico sin que deje de ser pieza clave dentro del equipo de salud, deberá aceptar que fuera de él, hay otras profesiones u oficios que aportan conocimientos, destrezas y actitudes dentro del proceso de atención, lo cual posibilitaría una mayor integración del personal formado en otros programas académicos de salud transformando procesos de atención, obligando a la implementación de nuevas metodologías educativas, que es de dónde debe partir el cambio para el trabajo multidisciplinario.

Algunas de las metodologías educativas, que expuso el grupo red que trabajo pregrado, fueron: Procesos de trabajo dentro de las instituciones donde se desarrolla la práctica, trabajo por pequeños grupos, por talleres, seminarios y revisiones temáticas. Igualmente ejercicios de simulación-realidad virtual, maniqués. La integración de las diferentes asignaturas frente a un problema común, el trabajo en grupo e interdisciplinario. El estudio de casos, así como la transferencia en la resolución de problemas considerando la metodología “medicina basada en la evidencia”.



A lo expuesto surgieron algunos interrogantes sobre, el que tanto los espacios de reflexión y debate mencionados pueden llegar a definir los métodos y estrategias para aprender a aprender?. Igualmente el cómo cuantificar el valor agregado de calidad que pueda conllevar esta estrategia.

El principal inconveniente no es la metodología para la docencia, tampoco de conocimiento o posibilidades de aprendizaje, actualización, sino es de Actitud abierta a las innovaciones, a la apertura, a los cambios que plantean los nuevos paradigmas, a la proyección social como a la investigación en el aula etc.

No sería coherente promover unos cambios de metodologías o estrategias educativas, sin hacer los respectivos ajustes a los cambios en el Sistema Educativo en General (no solo para Salud), las políticas nacionales y regionales, los lineamientos o requisitos mínimos o básicos al interior de las instituciones educativas (públicas y privadas en los diferentes niveles de formación), sus directivas, docentes, estudiantes, familiares y comunidad en general.

2. RECOMENDACIONES PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN EN EL PREGRADO

El presente conjunto de recomendaciones parte del reconocimiento de la realidad del sector, discutida a través del trabajo de los grupos de la Red multidisciplinaria, y adicionalmente, del trabajo de revisión, análisis y documentación bibliográfica por parte del equipo de consultoría nacional e internacional responsable de la elaboración del documento. Dichas recomendaciones se formulan manteniendo presentes los resultados y reflexiones obtenidas tanto del trabajo de la red como de los grupos multidisciplinarios que apoyaron la discusión y el análisis en los distintos escenarios de debate a nivel local y regional. Las recomendaciones así descritas, se plantean bajo el siguiente marco lógico de discusión: a) recomendaciones relacionadas con los enfoques formativos; b) recomendaciones relacionadas con el contenido curricular; c) recomendaciones relacionadas con la educación médica; y d) recomendaciones de carácter operativo comunes a las distintas disciplinas de la salud.



2.1 RECOMENDACIONES SOBRE ENFOQUES FORMATIVOS

2.1.1 Cambiar de paradigma: aprender vs. enseñar

Son diversas las razones que llevan a proponer un cambio de paradigma sobre la principal tarea de la educación. Hasta hace relativamente poco tiempo se consideraba que enseñar era la acción que mejor definía al mundo educativo. Ahora en cambio se considera que el énfasis se debe poner sobre la acción de aprender, que es al fin y al cabo el objetivo que realmente se persigue. Si se acepta este planteamiento, se tiene que aceptar que se deben variar las formas y los métodos que tradicionalmente utilizan los docentes, puesto que no siempre que se enseña se logra realmente que los alumnos aprendan.

Bajo este enfoque educativo, el discente deja de ser un sujeto sin conocimiento, como un recipiente “vacío”, dispuesto a ser colmado de saber, para llegar a ser alguien con plena co-responsabilidad en el aprendizaje que necesita o desea adquirir. Es así como uno de los principales objetivos de cualquier programa educativo va a ser conseguir que el alumno *aprenda a aprender*. La responsabilidad en el aprendizaje es algo que debe instaurarse para toda la vida profesional, dado que la actualización a nuevos conocimientos y la adaptación a pautas y sistemas de trabajo es algo que va a ser permanente en las profesiones sanitarias. Más importante que salir con un buen bagaje de conocimientos, será salir con la capacidad de adquirirlos de forma continua bajo el manejo de los propios recursos personales.

Entre los aspectos relacionados con el tema y que han acabado en propuestas se deben destacar dos: *En primer lugar*, se considera importante que los programas educativos refuercen el carácter de “*profesional en potencia*” que deben formar. Obviamente ello está relacionado con lo dicho anteriormente pero configura claramente la concepción de un profesional cuyo perfil no está ni mucho menos terminado, pero que en cambio lleva dentro de sí la semilla que le hará crecer en el futuro como un profesional competente (ver currículos orientados a competencias).

Para ello se propone una buena combinación de materias o asignaturas que correspondan al “core” de la profesión con un abanico suficiente de materias electivas que permitan al estudiante realizar aproximaciones a su futuro, en función de sus preferencias, reforzando así su capacidad de autoresponsabilizarse. *En segundo lugar*, se considera importante, que durante el desarrollo del currículum se promuevan las actividades de autoevaluación. Ello permitirá al estudiante contrastar sus logros en el aprendizaje y hacerse responsable del mismo.



En líneas generales cabe indicar que se trata de cambiar el paradigma actual de un sistema educativo centrado en quien enseña, para pasar a un paradigma en el que el sistema esté centrado en quien aprende.

2.1.2 Apostar por la calidad

La calidad afecta a todo el conjunto de individuos y organizaciones que tienen relación con el proceso formativo. La actitud de los estudiantes, el nivel de estructura y recursos físicos de escuelas y facultades, la disponibilidad y competencia profesional del profesorado, la coherencia de los programas y planes de estudios, son aspectos que se deben tener en cuenta cuando se habla de calidad. Y hablar de calidad, remite de manera inmediata a la acreditación de programas que se espera se convierta a mediano plazo en un acicate de mejora para todas las instituciones docentes. En pregrado es definitiva la calidad del profesor, así como la definición del papel que juega el alumno. De acuerdo a lo anterior, es definitivo evaluar la calidad de los profesores como formadores de personas y no únicamente como técnicos, pues de esto va a depender en gran parte, la actuación posterior de los egresados.

Este aspecto se relaciona desde el punto de vista práctico con procesos de acreditación tanto de programas, instituciones educativas y centros de formación, donde se premie el esfuerzo y la calidad académica tanto de programas, espacios docentes y docentes que deberán participar activamente de dicho cambio.

2.1.3 Trabajar sobre interdisciplinariedad

Como ya fue mencionado, nadie duda hoy en día de que las actuaciones en salud sobre el paciente y sobre el ciudadano en general, son responsabilidad de diversas profesiones. También parece evidente que para conseguir una actuación eficiente hace falta no sólo el concurso de distintas profesiones, sino también la acción coordinada de las mismas.

Para ello es necesario que ya en la etapa de pregrado desde cualquier profesión se aprenda también a entender la necesaria colaboración de las demás. Existen dos tipos de propuestas en este sentido y que en realidad no son en absoluto excluyentes. *La primera* sería la de incorporar en cada programa materias o asignaturas que se compartan con alumnos de otros programas; sería una forma de trabajar conjuntamente sobre la toma de decisiones de cada profesión ante casos concretos.



La segunda sería adoptar, al menos en parte, una metodología basada en la resolución de problemas o casos clínicos. Esta última, si bien suficientemente conocida en el medio académico requiere de un proceso intenso de transformación curricular, reentrenamiento de docentes y ajustes organizativos en las instituciones educativas y centros de formación, que hacen costosa y lenta su incorporación al medio académico convencional, aunque desde todo punto de vista absolutamente recomendable.

Hablar de interdisciplinariedad en el contexto de la formación del personal de salud a nivel de pregrado en salud, invita a sugerir que se debe emplear terminología que englobe a todos los trabajadores de la salud. Esto no significa sin embargo que la utilización de la terminología genérica invalide el reconocimiento que requiere la formación específica de cada una de las profesiones. Hablar de educación en salud de manera genérica permite rescatar y enfatizar requerimientos generales de la formación de personal de salud, pero eso no precluye la necesidad de reconocer que en cada una de las profesiones existen requerimientos específicos o propios de la educación médica, de a educación odontológica, de la educación en enfermería, de la educación en bacteriología, terapias etc.

La consideración de especificidad no es sólo válida para los profesionales; es ampliamente aplicable en la especificidad que debe tener la formación de personal técnico en las diferentes ramas y también el personal auxiliar en las diferentes ocupaciones.

Es de aclarar que el cambio del término no significa cambiar o dar por terminada la dificultad planteada, ni es lo que se pretende con ésta recomendación, ya que el médico es un profesional relevante dentro del equipo de salud responsable de la atención a las personas. Se debe analizar que tanto de confusión crea la indebida utilización de los términos, claro está, sin restar importancia profesional al personal involucrado. Todos los programas de las diferentes disciplinas de salud, tienen especial interés e importancia dentro del proceso de modernización del modelo formativo. Reconocer que cada profesión tiene competencias específicas, pero a la vez hay elementos o aspectos comunes a todos ellos. Determinados entre otros casos por el avance en el conocimiento en relación con la salud y los factores que determinan.

2.1.4 Inculcar el trabajo en equipo

Consecuente con lo anterior, los profesionales de la salud deben trabajar cada vez más en equipo. La solución de los problemas de salud exige ser abordada



desde varias disciplinas, de manera que la coordinación y orientación hacia objetivos comunes es absolutamente imprescindible. La mejor forma de aprender a trabajar en equipo es aprendiendo en equipo. Si bien es cierto que esto es francamente difícil en los contextos tan cerrados de los programas de pregrado, también es verdad que algunas iniciativas se pueden tomar. Se pueden desarrollar asignaturas de interés para distintas disciplinas o profesiones e impartirlas con estudiantes de los distintos programas conjuntamente.

Lo que resulta aquí verdaderamente atractivo es que las clases no sean meramente teóricas, sino que en ellas los estudiantes tiendan a aprender cómo compartir decisiones. Para ello es bueno observar situaciones de la vida real - en directo o con videograbadas- y discutirlos en clase, o afrontar casos clínicos, compartiendo los distintos puntos de vista, siguiendo alguna metodología cercana al aprendizaje basado en la solución de problemas.

2.1.5 Desarrollo de habilidades investigativas

Clásicamente se ha desarrollado una concepción de las profesiones de salud muy relacionada con la atención. Con el advenimiento de la técnica, ésta ha suplido muchas veces al enfoque más humanista de atención al paciente, pero sin profundizar en la necesidad de dar un carácter realmente científico al perfil de los profesionales. Ciertamente se han introducido en las últimas décadas asignaturas de tipo científico pero no se ha logrado que, en líneas generales, el profesional egresado tenga realmente habilidades para entender los trabajos de investigación y, en cierta medida, de llevar a cabo algunas investigaciones.

Todo lo demás ha sido potenciar en algunos estudiantes la ilusión por la investigación dando como resultado la creación de un pequeño grupo profesional que tiende a dedicarse de lleno a la misma. Para promocionar habilidades críticas y de curiosidad hacia la investigación es necesario acompañar las disciplinas clásicas en la materia de sesiones donde el objetivo principal sea la lectura crítica de artículos científicos. Será la única forma de sedimentar conceptos que por ser abstractos quedan siempre muy lejos de la práctica cotidiana del profesional clínico.

2.1.6 Fortalecer los procesos de selección de los estudiantes

Se ha observado en los alumnos que ingresan al primer semestre, una gran cantidad de vacíos académicos y conceptuales e igualmente problemas emocionales, afectivos y psicológicos. La indecisión, la inseguridad, la ansiedad y el miedo hacia un entorno cada vez más violento y competitivo, son efectos



de un ambiente que paulatinamente complica el desarrollo fluido del proceso de aprendizaje y que van a influir posteriormente en su desempeño laboral.

La Universidad puede tener algún control sobre este aspecto, por eso se propone el diseño, la implantación y evaluación de un estricto sistema de selección y posterior seguimiento, que permitan una adaptación adecuada del estudiante y un correcto desempeño en el ambiente universitario.

Si bien es casi imposible llenar los vacíos de la formación secundaria y básica, si se puede fortalecer en los estudiantes de pregrado, sobretodo en aquellos periodos iniciales de formación profesional, en valor de la lectura, el aprecio por el arte, los valores sociales, la cultura general y las actividades deportivas que generen un sano sentido de competencia y complementen la formación estrictamente científico técnica, lo que en conjunto constituye la construcción de la verdadera competencia profesional.

2.2 RECOMENDACIONES SOBRE TRANSFORMACIÓN CURRICULAR

2.2.1 La formación en valores

Existe un consenso generalizado en que la formación actual en los programas de salud tiene un marcado contenido técnico pero que en cambio adolece de formar en valores humanos y comportamiento ético. Dado que el profesional de la salud y especialmente el médico, desempeña un rol de alto valor e impacto social, no es alguien que meramente aplica una técnica aprendida, sino que debe tomar decisiones que afectan a otro ser humano de forma íntegra, los valores humanísticos de respeto, comunicación, empatía, compasión y dignidad en el trato deben formar parte del perfil profesional y, por lo tanto, deben ser objeto de aprendizaje en las escuelas y facultades.

La introducción de materias relacionadas con la ética y la deontología, debería pues impregnar todo el currículum y no limitarse a asignaturas específicas que son estudiadas de forma aislada. Ante la toma de decisión clínica en cualquier caso o paciente, se debe plantear siempre la problemática de los valores morales que sustentan cada una de las decisiones y que fomentan la responsabilidad del futuro profesional ante el individuo como ser humano que tiene ante sí.

2.2.2 La formación con orientación social y comunitaria

La orientación comunitaria de los currículos tiene bastante relación con el modelo de fortalecimiento del primer nivel de atención o lo que se denomina



en otros entornos, la atención primaria en salud. Se trata pues de fomentar un modelo de aprendizaje que tenga a la comunidad y sus problemas como base del sistema. Así los alumnos deben aprender a moverse no sólo ante seres individuales, sino ante personas que están inmersas en familias y comunidades.

El conocimiento de dichas comunidades aporta siempre información importante para afrontar los problemas de cada individuo. Además, en muchos casos el tratamiento o las medidas de mejora deben afrontarse en el ámbito comunitario si se pretende que éstas sean realmente eficientes. Dicha orientación puede conseguirse de una manera radical, si se basa todo el currículo en un aprendizaje desde la comunidad, pero puede también afrontarse de forma parcial, si se realizan prácticas o seminarios alrededor de algún aspecto importante que afecte a una comunidad en su conjunto.

El énfasis por la formación “generalista” apoya esta recomendación. Un profesional bien estructurado como tal, aprenderá a analizar la situación de salud de su comunidad a cargo, analizando la efectividad de sus intervenciones y aplicando un algoritmo de decisión orientado hacia la detección de la alta prevalencia y la resolución de la mayor cantidad de casos posibles con los recursos disponibles.

Este aspecto es de vital importancia en los sistemas de salud modernos, dada la clara tendencia a fortalecer política y técnicamente los primeros niveles o instancias de atención a la población, no solo como mecanismo de entrada o filtro al sistema, sino como una verdadera instancia de atención individual y colectiva, que garantice continuidad, longitudinalidad resolutividad e integralidad que difícilmente se puede dar desde un ambiente de alta especialidad hospitalaria.

2.2.3 Adaptación al cambio

Las organizaciones de todo tipo sólo sobreviven si son capaces de adaptarse al cambio, de anticiparse al tiempo y de tratar de predecir aquello que va a ocurrir en el futuro próximo. Para ello sobran reglas y normas generales, pero aún faltan suficientes modelos de gestión basados en la construcción de escenarios probables y fácilmente identificables a través de los métodos habituales de planificación.

En este sentido escuelas y facultades no van a ser una excepción. Sólo persistirán dignamente si son capaces de prever el perfil del profesional en el futuro y por tanto adaptar sus sistemas educativos para conseguir este perfil. Mucho de lo dicho anteriormente ya va en esta dirección. El modelo de



formación que fortalezca la capacidad resolutive del primer nivel de atención (atención primaria, como ya se ha dicho) que desde hace años hace parte de la estructura de servicios y modelo de atención vigente en diversos entornos distintos al Colombiano (Pané, 1997). Requiere ser priorizado y desarrollado apropiadamente en el ámbito nacional.

Una mirada a estas tendencias globales y a otras que delinear los principales cambios y orientaciones en relación a los servicios de salud y a la formación del personal será útil para precisar las características de escenarios futuros e identificar necesidades de cambio en los procesos educativos.

Es sin duda valioso y útil, el tener presente posibles escenarios para planificar a futuro la formación del personal, independientemente del enorme grado de incertidumbre que se genera al estar frente a posibles escenarios incluso algunos de ellos abiertamente contrapuestos (Garret, 2002).

Analizar el probable comportamiento de ciertas variables trazadoras que afecten el desarrollo futuro de los sistemas de salud o de los modelos de atención a las personas, se convierte en elemento clave para el diseño de nuevos programas de formación, o para la modificación de los actuales. Es así como el envejecimiento de la población, por ejemplo, la creciente tecnificación del acto médico, la cirugía robotizada, la hospitalización domiciliaria o la cada vez más marcada “deshospitalización” de la atención a la salud, convierten el diseño de currículos para la formación del personal, en un proceso de permanente perfeccionamiento y ajuste.

2.2.4 Fortalecer el enfoque social y humanístico

Pocas actividades humanas requieren fortalecer tanto su formación humanística como las disciplinas de la salud. Se trata de un principio que en realidad resume y sintetiza muchos de los apartados anteriores. Existe todavía una visión de la medicina, y de las ciencias de la salud en general muy basada en el modelo científico y experimental. Esto lleva a que los aspectos técnicos y tecnológicos prevalezcan sobre las consideraciones privadas y públicas. El resultado es una mirada aséptica y pretendidamente normal sobre el individuo que fácilmente lo descontextualiza de su entorno social, familiar, laboral y esencialmente humano. En algunas disciplinas como en el caso de la formación de enfermería o psicología, por ejemplo, estas dimensiones se hallan mucho más integradas, esto no ocurre sin embargo en las restantes disciplinas de la salud, especialmente en la medicina, en las cuales es necesario rescatar estos valores y orientaciones. Por tanto, potenciar la mirada al individuo como ser humano que convive con otros y asumir así la realidad social que emana de este enfoque es una



necesidad, que reclama atención inaplazable en la formación del personal de salud.

Como ya se ha mencionado, una orientación de los currículos hacia la formación “generalista” y especialmente hacia aquella que fortalece la instancia inicial de atención como es el llamado primer nivel o atención primaria, se constituye en una alternativa para fortalecer este tipo de formación, dado que en este espacio se hace mas evidente para los integrantes de los equipos de salud el tener que enfrentar y analizar situaciones que trascienden el simple comportamiento de variables fisiológicas y relativas a las manifestaciones de enfermedad. El papel de la orientación comunitaria de los currículos ya caminan en esta dirección. Se reconoce que hay algunos procesos de reforma curricular que han tomado en cuanto la necesidad de este tipo de orientaciones, sin embargo estos son casos excepcionales. Es indudable que se requiere generar y fortalecer un movimiento de incorporación de estos aspectos de carácter comunitario en las reformas curriculares para la formación de todos los profesionales de la salud. Cuando esto no es del todo posible, cabe pensar en la posibilidad de introducir materias y asignaturas que, aunque de una forma incompleta, consigan que el futuro profesional relacione la técnica con el hecho de que debe ser ejecutada sobre un ser humano.

2.2.5 Desarrollo de habilidades comunicativas

Ya se ha mencionado como el personal de salud aplica unos conocimientos y ejecuta unas técnicas que por principio se deben orientar a la resolución de problemas humanos. Por tanto, aplicar adecuadas técnicas que faciliten una comunicación eficaz, entre los miembros del equipo de salud, y con su población objeto, se convierte en requisito indispensable de toda acción que busque la modernización de la educación del personal de salud.

Existen diversas estrategias que se pueden usar para incorporar el aprendizaje de las habilidades comunicativas en los currículos. La primera y más sencilla es introducir alguna asignatura o materia sobre el tema a lo largo del proceso educativo. Tiene la dificultad de que se entiende como un elemento aislado y acaba percibiéndose como algo relativamente superfluo. Otra estrategia es incorporar las habilidades comunicativas de forma transversal en el currículo, de forma que cada año académico tiene su asignatura relacionada con el tema y forma parte de un bloque genérico sobre habilidades de comunicación. Así se consigue darle más peso, pero es fácil que se siga percibiendo como algo secundario.



La tercera estrategia consiste en no separar la adquisición de conocimientos, habilidades técnicas y capacidad de comunicación. Para el profesional los tres actos se realizan al unísono y no se acostumbran a separar, es decir que se trata de la misma competencia; pues bien, se puede aprender de la misma forma: practicar el desarrollo de actividades comunicativas a la vez que se adquieren los conocimientos y se ponen a prueba las habilidades técnicas. Para llevar a cabo esta última estrategia se requiere un laboratorio de habilidades suficientemente equipado con simuladores, maniquíes, actores que simulan enfermedades, enfermos reales, etc.

Adicionalmente, reconociendo que la divulgación de los estudios y avances científicos en su gran mayoría se genera en entornos distintos al latinoamericano, mediante publicaciones que se realizan en lengua inglesa, es por demás sensato y casi innecesario recomendar, que el aprendizaje de esta lengua se utilice como instrumento de acceso a la cultura, conocimiento y publicaciones científicas generadas a nivel internacional. Por tanto la enseñanza del idioma inglés, deberá hacer parte de cualquier currículo de formación en disciplinas de salud, que busque como mínimo, mantener actualizados a sus estudiantes y profesores, fomentando en ellos, la búsqueda de información especializada que solo en publicaciones especializadas propias del entorno anglosajón y medios electrónicos como el Internet, se mantiene disponible.

2.3 RECOMENDACIONES PARA LA EDUCACIÓN MÉDICA

Si bien el proceso de cambio planteado para las distintas disciplinas de la salud, comparte problemas, abordajes, metodologías y enfoques formativos, es igualmente cierto, que la profesión médica es la que ostenta la mas larga trayectoria histórica y se caracteriza, entre otros aspectos, por una importante concentración de poder gremial, elevado reconocimiento social, alta participación en la generación de conocimiento científico, así como un alto impacto sobre las decisiones de consumo de servicios y de gasto en salud.

Por lo anterior se considera de especial interés para estas recomendaciones, el abordar un conjunto de ellas dedicadas específicamente a la educación médica, no solamente por las razones anteriormente mencionadas, sino adicionalmente, por que todo lo que en este sentido se mejore y modernice, no solamente afectará positivamente a los futuros médicos, sino adicionalmente al conjunto del sistema de salud. Dada la íntima relación de estos últimos con las decisiones clínicas y de gestión que afectan la calidad y eficiencia de los servicios que recibe la población.



Sin embargo es necesario aclarar que aunque se identifica este conjunto de recomendaciones específicamente con la profesión médica, muchas de las propuestas de cambio en este sentido son viables en su interpretación y adaptación a otras disciplinas de la salud, pues comparten, problemas y alternativas comunes. Es evidente que siendo el profesional de la medicina uno de los actores principales del sistema, recaiga sobre él en buena medida parte de la responsabilidad en la transformación de los servicios. Hecho que será definitivo en el mejoramiento de su formación y de la respuesta efectiva que brinde a las necesidades de salud de la población.

2.3.1 Fomentar una formación integradora

Aunque ya fue mencionado de manera general, la tendencia actual de la formación médica es a fomentar la especialización clínica y la atención dentro del ámbito hospitalario. A pesar de ello son evidentes los esfuerzos por complementar este tipo de formación con otras estrategias que faciliten al estudiante su contacto con el medio social, comunitario y de servicios, en instancias distintas al medio especializado y de alta complejidad.

Aún así se hace necesario recomendar que dentro del proceso de formación médica en pregrado, se busque la integración de distintos ámbitos de servicio que fortalezcan el abordaje general del futuro profesional y la búsqueda de modelos alternativos de atención más cercanos a las necesidades de la sociedad. La especialización debe ser un itinerario progresivo que no debería nunca olvidar que la base de actuación del profesional siempre tiene un marcado carácter integrador.

La formación médica, por tanto, se deberá basar en un modelo que parta de un tronco común que ofrezca alternativas de formación al estudiante en aquellas áreas que luego de cursada su formación “troncular”, brinde las bases indispensables para un adecuado desempeño futuro. Este sistema permite que los vasos comunicantes entre especialistas funcionen mejor, puesto que siempre es fácil encontrar algo común entre ellos.

En este esquema la formación debería basarse en una fuerte orientación “generalista”, sin que ello signifique que debe ser superficial. Se puede relacionar perfectamente esta idea con formar profesionales en potencia y fomentar habilidades de “aprender a aprender”. En este sentido, se debe lograr que los médicos especialistas no se aparten del todo de los niveles primarios de atención, con el fin de que exista una continua transferencia de información que permita al médico de este nivel actualizar mejor su ejercicio, y al especialista, mantener un enfoque integrador.



2.3.2 Fortalecer la instancia básica de atención (primer nivel)

En la medida en que el sistema de salud se oriente hacia el fortalecimiento del primer nivel como base de su modelo de atención, los programas formativos en salud y especialmente de la medicina deberán apuntalar dicha política.

No se trata de convertir en “médicos de primer nivel” a todos los nuevos egresados de las facultades de medicina, pero sí de generar las condiciones básicas para que las instituciones educativas participen activamente en la construcción de un modelo de atención, que se convierta en puerta de entrada al sistema y garantía de un proceso integral, continuo y de alta capacidad resolutive.

Este modelo no debe interpretarse como una limitante para el avance y desarrollo de la profesión médica o de las demás disciplinas de la salud. Se deberá interpretar como una oportunidad de volver a valorar al usuario como un ser integral, y a partir de la percepción base sobre la cual se construye el sistema de atención de salud. La visión biopsicosocial a partir de la cual se deben construir los modelos de atención debe orientar la selección de formas de intervención para la protección de la salud individual y colectiva, en el contexto de una visión holística de la misma. Esto por una parte a una visión de la salud que va mucho más allá de lo físico y biológico, y por la otra a una interpretación de la enfermedad que no se reduce a sus aspectos curativos, sino que abarca también la promoción de la salud, las actividades preventivas y la rehabilitación, en consecuencia la importancia de la interdisciplinariedad, y de las intervenciones multisectoriales, en los distintos niveles de organización y utilización de recursos.

Enfatizar en estos enfoques de los modelos de formación médica es un reto para la educación de pregrado, en cuya concepción se deben incorporar los contenidos que permitan nueva visión del proceso salud, enfermedad y atención. El profesional que con esta orientación egresa de las facultades y escuelas debe ser competente para resolver los problemas de la población y de manera integral desde el nacimiento hasta la muerte. Esto significa estar capacitado en la búsqueda de soluciones eficientes y comprometidas con el bienestar y la calidad de vida de la población a su cuidado.

2.3.3 Integrar al currículo el “aprendizaje basado en problemas”

La historia de la educación médica y demás ciencias de la salud, se puede explicar mediante el proceso paulatino de integrar los conocimientos y aprendizajes. Del estudio separado de los órganos, sus funciones y su patología derivada, se pasó en un primer instante a integrar los órganos en sistemas y



fomentar un aprendizaje más integrado en función de los mismos. De ahí, en buena medida, la aparición de la mayoría de especialidades tal y como se las conoce hoy en día.

Un segundo movimiento tuvo lugar al tratar de integrar las ciencias básicas, de manera que el estudio de la célula, los tejidos o los mismos órganos, fuese practicado de manera integrada, con los aportes vectoriales de distintas disciplinas -biología, física, bioquímica, histología- sin necesidad de practicar repeticiones inútiles y potenciando la visión unitaria por parte del estudiante.

El tercer paso fue el de la integración de ciencias básicas y clínicas, partiendo éstas de la visión de sistemas de órganos. Este último intento dio lugar muy pronto a una nueva filosofía en el método como es el aprendizaje basado en problemas. En este enfoque se trata en suma de poner al estudiante ante situaciones clínicas o sociales en las que se va a encontrar en su futuro profesional. La misión es tratar de resolver los problemas que se plantean mediante la toma de decisiones pertinente.

En este caso el proceso de aprendizaje se desarrolla generalmente en grupo, y es en él donde cada alumno aporta lo que sabe y se compromete a aprender y compartir luego lo que falta. Es evidente que en este proceso el estudiante debe tener en cuenta las distintas disciplinas, básicas, clínicas y sociales, que son necesarias para resolver cada caso, de manera que la integración es muy superior a las anteriores. Se trata de hecho de una forma concreta de metodología activa.

Las formas de aplicación de ésta metodología son muchas y variadas; algunas radicales, al aplicarla en su totalidad, otras muy tímidas al introducirla como elemento parcial. Sea como fuere el grupo de la red que trabajó este tema consideró pertinente que los estudios de las profesiones de salud avancen dentro de este abordaje hacia formas de integración variadas e imaginativas.

La aplicación de métodos cercanos al aprendizaje basado en problemas lleva también a un acercamiento a la realidad social de la atención en salud, facilitando la posible integración de entidades prestadoras de servicios en el sistema educativo. Es justamente de las situaciones clínicas cotidianas en estas entidades, de donde deben salir los problemas a plantear para aprender, y son sus profesionales quienes mejor pueden ejercer la tutoría de dichos procesos.

La enseñanza basada en problemas, se aplica con mucho éxito en los países anglo-sajones como un elemento de su cultura. Para ser aplicada en el



medio colombiano, se deberá adaptar cuidadosamente al contexto institucional, tanto educativo como de prestación de servicios. El pensamiento de problemas es el eje de la cultura de la investigación y por tanto requiere no solo un cambio cultural en estudiantes y docentes, sino adicionalmente de la preparación de las condiciones logísticas y financieras requeridas para su puesta en marcha.

La evidencia hasta la fecha en países e instituciones que han avanzado en este proceso no es abundante, pero además, su incorporación exige tiempo y destinación importante de recursos. Se trata entonces de una decisión crítica en cuya adopción se deberá integrar la voluntad de todas las instancias institucionales que intervienen en el proceso formativo.

2.3.4 La evidencia en la práctica clínica y en la metodología educativa

La medicina basada en la evidencia está llegando a ser un referente claro para la práctica profesional. Si bien es cierto que no se debe tomar como una filosofía rígida y obligada, es necesario reconocer que ha traído un aire de renovación en la clínica, potenciando la preocupación seria por practicar y ejercer aquello que más evidencia científica pueda justificar. Es un camino que promueve la crítica constante dentro de la profesión.

La dinámica de esta filosofía debe ser introducida en los currículos de los programas de educación en salud, en conjunto con las estrategias de incorporar la investigación en los perfiles propios del ejercicio de la clínica. La búsqueda de la evidencia clínica ha traído también el afán de practicar los métodos más eficaces cuando se trata de enseñar y aprender. La Pedagogía está basada en el método científico y por tanto parece lógico preguntarse, ante cualquier acción docente, cuál es la mejor forma de afrontarla, la que dispone de más evidencia científica.

Todo lo anterior ha generado el movimiento de la “*Mejor Evidencia en Educación Médica*” (WFME pg.665-675) que trata de promover dicha dinámica entre los profesores y organizaciones académicas. Aspecto que será tratado con algo más de precisión y detalle en el capítulo correspondiente a la educación en el postgrado y especialmente en lo relativo a los programas de formación asistencial o clínica. Sin embargo se destaca la importancia que revisten las aplicaciones que se efectúen sobre la enseñanza basada en la evidencia, la cual como referente clínico, será promisoría para la modernización de la educación médica en pregrado.



2.4 RECOMENDACIONES OPERATIVAS

Además del conjunto de recomendaciones agrupadas y detalladas con anterioridad, se propone la implementación de recomendaciones de tipo operativo que se orientan a la pronta toma de decisiones por parte de los responsables institucionales de la formación del personal de salud. Indican e implican una implementación pronta en las mismas. Se trata de propuestas eminentemente prácticas, congruentes con las previamente mencionadas que pueden ser desarrolladas de inmediato.

2.4.1 Definir las competencias profesionales básicas

Como ya se ha dicho el desarrollo de competencias profesionales va mucho más allá que la simple capacitación y entrenamiento en el desempeño de una profesión u oficio. Por tanto, se hace indispensable que dentro de la formación en el pregrado, se brinden las condiciones para que las instituciones educativas y los centros de formación, establezcan cuáles son las competencias básicas, de necesario aprendizaje por el estudiante, que aseguren a futuro el más idóneo desempeño profesional de sus egresados.

En este sentido la recomendación se orienta a que cada asociación de facultades deberá liderar un proceso de definición de este conjunto básico de competencias, recordando que estas, no se fundamentan solamente en el conjunto de materias o conocimientos teóricos relacionados con el aprendizaje de una disciplina determinada, sino todo el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas, desarrollos cognitivos y de interrelación social que un profesional debe desarrollar para integrar su desarrollo profesional con la esfera personal y social.

Si se pretende ser coherente con el análisis realizado, es necesario que se construyan y se discutan, por consenso entre los distintos actores del sistema, los nuevos perfiles profesionales y técnicos basados en las competencias requeridas para el adecuado funcionamiento del sistema de salud y seguridad social en el país. El resultado de este proceso deberá hacerse público y servirá para orientar el desarrollo actual y futuro de los profesionales del sector.

Esta definición debe plantear también el reto del futuro, es decir qué competencias debe desarrollar el profesional hoy y qué competencias deberá tener en un plazo de diez o quince años. Por lo tanto se hace necesario mantener presente, el que la educación es siempre una apuesta de futuro.



2.4.2 Potenciar un nuevo modelo de atención a la salud.

Consecuente con la recomendación de impulsar un modelo de formación médica que ayude a fortalecer la instancia básica de atención, o primer nivel, es necesario reforzar la tesis de orientar el desarrollo futuro del sistema de salud hacia el fortalecimiento de un modelo de atención que tenga como base de operación y respuesta primaria a las necesidades de la población, el primer nivel de atención. Visto así, se hace mas evidente que el sistema formativo adapte sus currículos y sus métodos hacia este mismo objetivo, es decir que tome como misión: la de formar profesionales competentes para actuar en un modelo donde la capacidad resolutive, la longitudinalidad, la integralidad y continuidad del proceso de atención, sea la nota predominante.

Se propone aquí la creación de un Acuerdo Nacional que implique a la Administración pública -Ministerios de Salud y Educación-, las administraciones territoriales del sistema, las Universidades, los organismos aseguradores y los centros de formación. Dicho acuerdo debería sentar las bases de cómo avanzar hacia el modelo y especificar el rol y las funciones de cada una de las partes en este camino.

Las instituciones educativas deberán apoyar, a través de convenios nacionales e internacionales, la reorientación de programas de medicina, enfermería, odontología y de otras disciplinas, hacia el fortalecimiento del primer nivel de atención en salud como espacio de resolución inicial de la demanda de salud y puerta de entrada al sistema de aseguramiento.

También desde el punto de vista de los sistemas de incentivos a los profesionales en ejercicio, el acuerdo debería facilitar desde el Estado los mecanismos que permitan que el primer nivel de atención se convierta en escenario de permanente formación continuada de los profesionales de la salud. Este proceso deberá canalizar recursos nacionales e internacionales para su adecuada implementación y promover las decisiones tanto técnicas como políticas involucradas en este cambio de paradigma desde los servicios, como principal mecanismo para forzar el mismo cambio al interior del sector educativo.

2.4.3 Transformar el modelo evaluativo

La evaluación es un elemento fundamental en cualquier proceso formativo. La Universidad, por tener una función de garantía social (al habilitar a los profesionales que egresan para ejercer de manera competente una disciplina determinada) debe ejercer sistemas de evaluación precisos y válidos. Una



primera propuesta es que se deben *potenciar los mecanismos de evaluación formativa*, es decir aquel tipo de pruebas que no tienen valoración académica pero que sirven al estudiante para controlar su propio aprendizaje y darse cuenta de los déficits que tiene. Este tipo de evaluación, se traduce en una forma indirecta de estimular la responsabilidad del propio estudiante.

Una segunda idea es la de *profesionalizar al máximo los sistemas de evaluación sumativa*, es decir aquella que realmente califica, para tener la seguridad de que siempre se mide aquello que se desea medir -validez- y que se hace con regularidad en los resultados -precisión-. La tradición educativa indica que se es más propenso a evaluar aquello que es fácil de valorar y tangible de calificar. Por tanto la evaluación de conocimientos teóricos, si bien cumple con la función de validar la pertinencia de ciertos conocimientos, calificados como “necesarios”, solo observa el proceso de aprendizaje como el resultado de una labor memorística y coyuntural.

Por otro lado y acorde con lo mencionado en algunas de las anteriores recomendaciones, es necesario avanzar hacia un modelo de evaluación basado en la medición de *competencias clínicas o profesionales*. Esto significa ser capaces de evaluar al estudiante haciéndole actuar como profesional, pero también haber hecho previamente el esfuerzo de definir exactamente cuáles son las competencias que se le exigen.

La definición de competencias es siempre estimulante para poner al día una reflexión sobre lo que los ciudadanos piden a los profesionales. Ser luego capaces de evaluarlo implica romper la barrera existente hoy en día entre Universidad y sociedad. La forma de poner en práctica la evaluación de competencias tiene mucho que ver con el desarrollo de instrumentos sofisticados del tipo de enfermos simulados -o enfermos estandarizados según la literatura anglosajona-, simulaciones informáticas realizadas mediante computadores, utilización de maniqués, otro material preparado para medir habilidades técnicas y el uso de imágenes clínicas para acercarse al máximo a la realidad.

2.4.4 Fortalecer la función reguladora y acreditativa

Es evidente fortalecer la función reguladora, a través de un ente o instancia de decisión de naturaleza mixta e intersectorial -salud, educación, trabajo- (Comisión, Consejo o Comité intersectorial) que regule de manera técnica el proceso de formación de personal en salud, que se faculte legalmente para ser el órgano competente en tal sentido, y que sea el encargado de otorgar la autorización, asistencia técnica, certificación y recertificación de profesionales, y asuma también funciones de vigilancia y control sobre la calidad de los pro-



gramas existentes partiendo del trabajo y experiencia ya existente en el país (Icfes, CNA, Ascofame).

Las instituciones educativas, una vez tengan autorizado un nuevo programa, deberán someter a dicho ente su nuevo programa. Uno de sus objetivos será analizar si todo nuevo programa responde realmente a una necesidad del sistema de salud, documentando siempre el análisis mediante los estudios técnicos pertinentes. Este organismo no entraría a reemplazar las instancias legales que ya existen en tal sentido, solo precisaría del concurso de todas ellas, para centralizar en un solo ente técnico la planificación y decisiones sobre formación que mas convengan al conjunto del sistema y de la sociedad en general.

Las principales tareas técnicas del mencionado ente podrán ser:

- ✦ Establecer un conjunto de indicadores que posibiliten la verificación del cumplimiento de objetivos y logros del proceso formativo. Los mencionados indicadores deberán medir el proceso formativo y los resultados a corto plazo -cuando el proceso finaliza- y a medio y largo plazo -es decir el impacto social y de resultados de salud-.
- ✦ Permitir el “benchmarking”, es decir la comparación entre programas semejantes de distintas escuelas y facultades con la finalidad de mejora.
- ✦ Determinar en un futuro cercano indicadores de práctica profesional. Se trata de identificar aquellos factores críticos que hacen a un profesional más exitoso dentro de u entorno laboral y de servicio y, a partir de ahí, identificar la incidencia en dichos resultados de las diferentes instituciones formadoras.
- ✦ Hacer públicos los resultados de los procesos de vigilancia y control sobre la calidad de los programas de formación en salud ofrecidos por las distintas entidades académicas.
- ✦ Dicha publicidad debe responder al criterio de estimular la competencia basada en la calidad y facilitar la escogencia informada por parte del usuario.
- ✦ Facilitar el conocimiento público de los resultados de los concursos de méritos que se hacen para el acceso a los diferentes cargos técnicos dentro del sistema -sector público- para lo cual se debe especificar la institución formadora de la cual procede el candidato favorecido y los criterios de competencia en que se basa la elección.



- ✦ Se propone que la acreditación que actualmente existe para el nivel de pregrado, se haga extensiva a los demás niveles formadores de recursos humanos para la salud, inclusive para aquellos que no forman profesionales, tomando en cuenta, a los empleadores y a los egresados.

2.4.5 Involucrar al profesorado en el proceso de cambio

Se deberá integrar en todo este proceso de modernización al personal docente, que buscará involucrarse en el conocimiento y práctica de las nuevas metodologías, así como adoptar una actitud positiva hacia la necesidad de cambio en el sistema formativo. Para esto se requerirá una reconversión de cuadros docentes en las facultades y escuelas de salud, proceso que deberá ser adecuadamente incentivado, desde el sistema y desde la propia organización.

La actividad de formación continuada del profesorado es pues un punto clave para facilitar el proceso de cambio en los docentes. Se valora en este sentido que se promueva el intercambio de experiencias profesionales de los profesores para fomentar el aprendizaje cooperativo y también el conocimiento y aprovechamiento de lo que ocurre en otras especialidades y disciplinas.

Otro aspecto que se presume como crucial es el de la participación del profesorado en la política educativa del centro o institución en el que están trabajando. Hoy en día se tiende a considerar a las organizaciones como un conjunto de profesionales que, a través de procesos de participación y generación de ideas múltiples, contribuyen positivamente en la gestión y el avance de las mismas. Las organizaciones docentes no deberían escapar a esta idea.

Estamos en realidad hablando de organizaciones orientadas al aprendizaje, y quien mejor para demostrar dicha orientación que las escuelas y facultades. Así pues será positivo que el profesorado colabore en la creación de la misión, visión y objetivos del centro; y además que sea capaz de aprender, a través de los procesos ya mencionados de acreditación y garantía de calidad, de todo aquello que sucede cotidianamente como fruto de sus actuaciones. La utilización de nuevas metodologías y tecnologías de avanzada, pueden ahorrar mucho tiempo a los docentes, lo cual permite una mejor tutoría y seguimiento a los alumnos.



2.4.6 Hacer uso de la informática y las nuevas tecnologías

Es evidente el papel cada vez más importante que las nuevas tecnologías juegan en la educación a cualquier nivel. Sin caer en el extremo de pensar, al menos actualmente y en un futuro próximo, que dichas tecnologías pueden sustituir al ser humano, parece lógico que escuelas y facultades vayan adquiriéndolas y estimulando su uso para el aprendizaje.

Buena parte de los conceptos teóricos que los estudiantes deben adquirir pueden ser aprendidos a través de los computadores, facilitando así el acceso al conocimiento. También el proceso de toma de decisiones clínicas puede ser simulado a través de programas informáticos, y son innumerables las posibilidades de hacer accesibles imágenes clínicas difíciles de adquirir en muchos casos. Siendo pues importante el reto que nos suponen las nuevas tecnologías, no debemos olvidar la necesidad de aprender en equipo y de hacerlo a partir de situaciones reales.

2.4.7 Valorar la vigencia de los programas

Es importante valorar a través de un análisis detallado de competencias profesionales, la vigencia de algunos programas de pregrado que, en la práctica y en función del rol a desempeñar, puedan solaparse con funciones específicas incorporables a otro tipo de profesión existente o por desarrollar dentro del sector. Esta valoración puede plantear el problema de reconversiones de algunas profesiones y de la movilidad entre profesiones, bien sea en el ámbito de pregrado o incluso en la etapa de desarrollo profesional. En líneas generales se trata de un aspecto muy relacionado con el apartado anterior que pretende buscar soluciones prácticas a la ambigüedad con que algunas profesiones afrontan su rol social actualmente.

En este sentido vale recordar como de una adecuada elaboración de competencias profesionales básicas, dependerá en buena medida el que el ámbito de desempeño de cada profesión u oficio se delimite de manera más precisa. Los constantes cambios en los sistemas de salud, así como el acelerado desarrollo tecnológico, hará necesario revisar la pertinencia de todas las profesiones de la salud en un futuro muy cercano, por tanto, todo esfuerzo que se haga por avanzar en dicho proceso desde hoy, será clave para evitar mayores traumatismos mañana.

Por último no sobra recalcar que la modernización de la educación en salud y especialmente en la etapa del pregrado, reviste especial interés dado el enorme impacto que esta tiene sobre el futuro desempeño del profesional.



Es en este periodo donde se siembran las bases de la formación que marcará los siguientes treinta o más años de ejercicio profesional, donde se afianzan conocimientos útiles, valores éticos y de responsabilidad social, por esto, lo que se haga en esta instancia del proceso formativo será determinante no solo para los profesionales en formación, sino para la sociedad en su conjunto.

Hacer especial énfasis en la adquisición de valores, el anclaje de principios éticos y de sensibilidad social, de responsabilidad profesional con su propio aprendizaje, así como afianzar el papel del docente como un formador de valores y capacidades, se hace impostergable. Por tanto, la labor del profesional de la salud debe ir mucho más allá del simple ejercicio profesional, es una responsabilidad con la vida misma y con el bienestar de la sociedad, así como del cabal desarrollo de sus competencias profesionales.

La integración necesaria entre la formación y la prestación de servicios, se constituye pues en el escenario propicio para sacar adelante muchas de las recomendaciones así planteadas, ya que en este nuevo tipo de relación, se deben dar las necesarias condiciones para que el proceso formativo del personal de salud se constituya en un factor que integre las dos vertientes que hacen de un profesional verdaderamente idóneo, por un lado, la adquisición de las competencias (conocimientos, actitudes, destrezas, comportamientos) que le permitan desarrollarse integralmente como profesional, y por otro, del aprovechamiento de un ambiente laboral propicio que facilite su interacción con el medio social.

Capítulo III

PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA LA EDUCACIÓN EN POSTGRADO

1. ANTECEDENTES Y PRINCIPALES HALLAZGOS

1.1 La evolución de la educación en postgrado

Es válido suponer que la atención en salud es tan antigua como la humanidad misma. Incluso la dedicación a aspectos específicos, como los cuidados obstétricos o la atención de los heridos, aparecen temprano en la historia, como se consigna en las obras de Homero o en las primeras descripciones de la medicina egipcia en la Historia de Heródoto. Los babilonios y otras culturas antiguas, además de atender a sus enfermos, iniciaron la división de funciones de esos precursores de lo que hoy se llamarían prestadores de servicios de salud.

En la Edad Media, y particularmente a partir de los concilios de Tours (1163) y de Letrán (1215), se diferenciaban las actividades de clínicos y cirujanos (Rosselli, 2000, pg, 31-42). Pero es solamente a partir del siglo XIX que la medicina llega a alcanzar un nivel científico, como resultado de la consolidación de disciplinas tan importantes como la anatomía y la patología y, así mismo, el logro de notorios avances en las técnicas diagnósticas y terapéuticas.

En Colombia, la historia de la diferenciación en especialidades, hecho que ha afectado a la medicina mucho más que a las otras profesiones, se ha presentado con notables desfases. Durante la primera mitad del siglo XX se toma como referente distante y obligado lo que sucede en Inglaterra y Francia, especialmente esta última, llegando a considerarse a París como “el cerebro del mundo”. Sin embargo, no dejan de suceder hechos notables como la



creación de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional (1865), la aparición de algunas revistas médicas y la creación de la Academia de Medicina y Ciencias Naturales de Bogotá (1873), antecesora de la actual Academia Nacional de Medicina. Casi todos los anteriores acontecimientos tuvieron como inspirador a Antonio María Vargas Reyes, quien fue el primer decano de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional (Herrera, 1999, pg, 55-80).

A finales del siglo XIX se produce una serie de hechos que modifican substancialmente el curso de la medicina. En el campo de la clínica se desarrolla el uso de las imágenes diagnósticas y los conocimientos fisiológicos y microbiológicos; en el campo quirúrgico el empleo de agentes anestésicos y la exigencia meticulosa de las prácticas de asepsia. Simultáneamente se presenta un gran auge en la creación de entidades hospitalarias como fuente de permanente formación de profesionales y cuna inicial de las primeras especialidades médicas.

El incontenible avance de las ciencias de la salud y la creciente necesidad de atender patologías y circunstancias específicas va dando lugar a un fraccionamiento progresivo de la medicina. Es así como van apareciendo la oftalmología y la otorrinolaringología, derivadas de la cirugía de órganos de los sentidos, la cual a su vez se desprende de la cirugía general. Otro proceso bastante interesante es el seguido por la pediatría, pues a su enfoque inicial, de tipo general, se le van integrando otras especialidades como la neumología, la infectología, la dermatología o la anestesiología, con lo cual se entra a dar tratamientos diferenciados a los menores.

En cambio, otros campos como la ginecobstetricia, tienen un desarrollo bastante autónomo y peculiar. Su origen hay que ubicarlo en la medicalización de la atención del parto, se apoya en la cirugía en cuanto a procedimientos como la histerectomía y la resección de tumores y se termina de consolidar con el advenimiento de la ginecología endocrina.

La primera parte del siglo XX se caracterizó por una irrefrenable tendencia a la especialización impulsada por numerosos factores, particularmente la llegada al país de médicos con estudios de especialización en el exterior, principalmente en Europa, y las sucesivas reformas en la práctica médica y en la formación de los profesionales basadas en las recomendaciones dadas por las diversas misiones que visitaron el país, a su vez influenciadas por las escuelas predominantes en los correspondientes países de origen (Rosselli, 2000).



En estos primeros tiempos de las especializaciones en Colombia no existían programas formales y la educación era tutorial. Los primeros maestros que establecieron escuelas de postgrado habían adelantado estudios en Francia, Alemania, Inglaterra, Bélgica e Italia, pero también se iniciaba la influencia de Argentina, Chile y México.

Una corriente que fue ganando preponderancia con el avance del siglo fue la norteamericana. El hito que señala su punto de partida fue el informe presentado por Abraham Flexner, en 1910, en el cual analizaba la enseñanza de la medicina en Estados Unidos y Canadá. Según palabras de José Félix Patiño, “este año (1930) marca la época en que la medicina tomó una orientación como ciencia y no como arte” (Miranda, 1994).

Esta corriente de pensamiento fue avanzando progresivamente e influenciando las escuelas médicas de todo el continente, fue sólo a partir de la Segunda Guerra Mundial y como resultado del surgimiento y consolidación de los Estados Unidos como potencia militar, política y económica, que el modelo de formación médica existente en América Latina, de influencia marcadamente Europea, fue sustituido progresivamente por el norteamericano (Miranda, 1994).

1.2 Los primeros postgrados en medicina Colombia

Ninguna de las profesiones de la salud (incluso ninguna de las profesiones en general) ha sufrido la fragmentación y el correspondiente auge de programas de especialización como ha ocurrido con la medicina. Este proceso se inicia a finales de los años 50 cuando se crean los primeros postgrados en los hospitales de la Samaritana y San Juan de Dios, en Bogotá; Evaristo García, en Cali y San Vicente de Paúl, en Medellín, bajo la égida de las Universidades Nacional, Javeriana, Valle y Antioquia. El pionero, como programa formal, fue el de anestesiología en la Universidad del Valle. En 1959, la Universidad Nacional ofrece las primeras especializaciones en cirugía general, ortopedia y urología.

Un hecho importante fue la creación de Ascofame en 1959, entidad que aprobó la reglamentación de 15 especialidades y conformó el Consejo General de Especialidades Médicas. Una de las primeras actividades de este ente fue la organización de los Comités de Especialidades para establecer los requisitos mínimos que habrían de cumplir los programas de postgrado.

La década de los 70 fue prolífica en la creación de nuevas escuelas de postgrado, como fueron las de la Universidad de Cartagena, Cauca, Industrial



de Santander, Metropolitana de Barranquilla y la Escuela Colombiana de Medicina. Ya anteriormente se había producido una “certificación por derecho adquirido”, consistente en que algunos profesionales podían optar por un título de especialista si habían dedicado un mínimo de cinco años al desempeño dentro de dicha especialidad.

En cuanto a los programas de postgrado en disciplinas diferentes a las asistenciales, la historia se inicia con la creación de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Antioquia en los años 60. Los egresados de esta institución dejarían una profunda huella en el campo de la salud pública colombiana.

No es exagerado afirmar que en buena medida debido a su influjo se logran grandes saltos cualitativos y cuantitativos en el control de enfermedades transmisibles y en el éxito de las campañas de vigilancia y control sobre los factores de riesgo que afectaban el perfil epidemiológico de la nación.

A finales de los 70 se empiezan a crear los programas de postgrado en administración de salud. La Universidad Javeriana (1979) fue pionera, seguida por la Universidad del Valle, la Universidad Jorge Tadeo Lozano, la Escuela de Administración de Negocios, la Universidad Industrial de Santander y muchas otras que constituyen un universo bastante amplio y no siempre homogéneo en cuanto a calidad. Cabe anotar que la Universidad de Antioquia amplió su espectro desde comienzos de los 80, pues además de Salud Pública incluye programas de Administración de Salud. Lo que denota un cambio importante de enfoque en esta etapa que trascendía el de la clásica salud pública, por otro mas administrativo y de gestión mas centrado en los procesos y en el adecuado manejo de los recursos destinados a la atención de la salud.

A inicios de la década de los 90 y bajo el influjo de los modelos de “managed care” predominantes en el sistema norteamericano, se abre paso a un creciente número de programas de especialización en áreas de gestión, aseguramiento y otras disciplinas afines. A este hecho contribuyó la aparición de la Ley 30 de 1992 que, aquí y muchos otros campos del saber, estimuló el crecimiento de la oferta de programas de formación y de nuevas instituciones educativas. Hoy estos programas constituyen un alto porcentaje del total de la oferta disponible, solamente superadas por las clásicas especialidades del área asistencial, más conocidas como residencias clínicas (Ascofame, 2001).



2. CLASIFICACIÓN DE LOS POSTGRADOS

Para efecto del presente documento y con el objeto de hacer un análisis más detallado de los enfoques, contenidos y metodologías de los distintos tipos de postgrados existentes, éstos se dividen en dos grandes grupos a) postgrados de tipo asistencial (ciencias básicas y residencias clínicas) y, b) Postgrados de tipo no asistencial (disciplinas administrativas de la salud, epidemiología, salud ocupacional y salud pública).

2.1. Situación actual de los postgrados asistenciales

Desde el punto de vista cualitativo, en Colombia la creación de especializaciones o “residencias clínicas” no ha seguido un patrón unificado ni generado un proceso sistemático de planificación. Este hecho ha propiciado un comportamiento poco regulado de la oferta de programas y pobre estandarización de requisitos básicos de ingreso, metodologías de enseñanza, desarrollos curriculares y técnicas docentes.

De igual forma se observa una falta de iniciativas como la modernización curricular, la actualización de contenidos y de metodologías docentes, el fomento de la acreditación, la participación de los egresados o los procesos de autoevaluación. Aspectos que se han desarrollado ampliamente en muchas facultades de pregrado, aún no han sensibilizado de manera importante a los programas de postgrado.

Este hecho refuerza la necesidad de construir procesos de ajuste a los programas, que valoren las diferentes variables relacionadas con su pertinencia, enfoques, técnicas docentes, contenidos curriculares y en general la existencia de un conjunto básico de competencias para cada especialidad que se constituyan en guía de su proceso de formación y permita establecer criterios transparentes de evaluación como parte del objetivo educativo.

Los procesos de acreditación parecieran no aplicar para la formación de postgrado en áreas asistenciales. La inexistencia de éstos genera una enorme distorsión del establecimiento de criterios para evaluar su pertinencia y calidad. Sin mencionar los cada vez más numerosos casos de profesionales titulados como especialistas en el extranjero que, sin desconocer la idoneidad de muchos de los programas y centros en los cuales se han formado, ingresan al mercado laboral sin claros requisitos de regulación y acreditación profesional que aseguren su idoneidad profesional y pertinencia.



Por otra parte, la formación de postgrado es altamente sensible al tipo de relación existente entre las instituciones educativas y los centros de formación asistenciales. El espacio de trabajo es, en esencia, un escenario de permanente aprendizaje y articulación entre la formación y el trabajo. Sin embargo, la realidad es otra: predominan situaciones de conflicto que lesionan las relaciones docente – asistenciales. Este hecho es evidente en las complejas condiciones contractuales y en el predominio de intereses monetarios, que sumado a la aguda crisis institucional por la cual atraviesan muchos centros asistenciales, generan condiciones inadecuadas de disponibilidad e idoneidad de sitios de práctica (Escobar, 2001).

Por último, la información disponible hasta la fecha hace posible visualizar el comportamiento probable de los diferentes programas de postgrados asistenciales, en función de variables tangibles como son la evaluación sistemática de la calidad, la evidencia de procesos de renovación y actualización curricular, la valoración del impacto de los convenios docente asistenciales, la existencia de políticas de investigación y la generación de conocimiento o actualización de metodologías docentes orientadas por la evidencia científica.

Los nuevos programas de especialización que se creen en el futuro deberán basarse en información epidemiológica y demográfica que muestre cuáles serán las áreas de mayor desarrollo para los servicios en los próximos años, y cuáles corresponden con los centros de formación y escenarios de práctica de hoy y del futuro.

2.2. Situación actual de los postgrados no asistenciales

Aunque existen algunos programas formales debidamente reconocidos en salud pública, epidemiología y gestión de servicios de salud, la problemática de los postgrados no asistenciales es compleja. Sus características incluyen una gran heterogeneidad de programas y de denominaciones y una oferta creciente que, a juicio de algunos, ha saturado el mercado. A ello se agregan la ausencia de mecanismos de acreditación, y la pobre regulación y baja exigencia de calidad por parte de muchos profesionales ávidos de una titulación rápida y poco exigente.

Parte del problema radica en que las actividades de estos especialistas no parecen repercutir directamente sobre la salud de la población, lo que lleva a que la responsabilidad de la calidad de la formación no sea prioritaria. Nada más alejado de la realidad, cuando se sabe que el impacto de una mala



formación administrativa repercute en las decisiones técnicas y políticas del sector y en la viabilidad de las organizaciones que lo componen. No es exagerado afirmar que de la adecuada formación de este personal depende en buena medida el funcionamiento de las relaciones del sistema, la generación de nuevo conocimiento a través de la investigación aplicada y la formación de otros profesionales.

En los postgrados administrativos suele haber improvisación tanto para el diseño de los planes de estudio como para los mecanismos de evaluación. El hecho se agrava por la poca regulación tanto de la oferta de programas como de su calidad. En los postgrados no asistenciales, más todavía que en los pregrados y los postgrados asistenciales, la docencia se basa en profesores de hora-cátedra y es infrecuente la vinculación de docentes de planta. Ello repercute no sólo en una baja producción académica, sino en un escaso acompañamiento en el proceso de aprendizaje.

Es cierto que el docente que no es necesariamente un profesional de la educación sino que está directamente vinculado al sector empresarial o de servicios de salud fortalece el proceso de formación desde su vivencia propia del sector y aporta su experiencia práctica como un complemento de la visión puramente académica del docente “profesional”. Sin embargo este hecho, si no se sabe canalizar e incentivar apropiadamente por el programa formativo, limita su desarrollo dentro de la institución educativa. Por tanto se deberá asegurar las condiciones para que este tipo de docente ayude a construir una base sólida de conocimiento y de pensamiento analítico que sienta las bases de un proceso de aprendizaje serio, en áreas tan vitales para el sistema como son la gestión, las políticas de salud, la investigación en servicios, entre otros.

En este tipo de postgrados es difícil desarrollar actividades de investigación, y es común la repetición descontextualizada de conceptos y la excesiva teorización sin una relación directa con la práctica. Todo ello lleva a que el proceso formativo esté fundamentado sobre débiles bases que no aportan a la construcción del conocimiento.

2.3 La oferta de postgrados en salud

Como parte de su responsabilidad social, la institución educativa tiene el deber de generar los mecanismos para autorregular la oferta de programas académicos y, de ese modo, el tipo y la cantidad de profesionales que buscan insertar en el mercado laboral. Las mismas instituciones educativas deben



evitar saturaciones innecesarias de cierto tipo de profesionales o de especialistas, y deben buscar compensar el déficit de otros que, por las condiciones del sistema y el perfil cambiante de la población, se requiera formar.

Par el año 2001 existían en Colombia un total de 509 instituciones que ofrecían 1665 programas de educación en salud, de los cuales 820 eran de postgrado, cifra que equivale al 49% del total de programas ofrecidos. Los programas de postgrado en medicina representan la mayoría (404, 35%), seguidos por programas de administración y seguridad social (150, 13%), odontología (71, 6%), promoción y prevención (42, 4%), enfermería (37, 3%), salud pública (31, 3%) y salud ocupacional (29, 3%). Las especializaciones tecnológicas son muy pocas y solamente se ofrecen en administración y seguridad social (2), gerontología (1) y salud ocupacional (Ascofame, 2001).

Es importante anotar que, como ocurre en otros campos diferentes a la salud, existe un predominio de programas de especialización en contraste con las maestrías y los doctorados. En este sentido es necesario puntualizar sobre la distinción teórica entre estos tres tipos de postgrado. La especialización responde a la adquisición de conocimientos y destrezas propios del ejercicio profesional en una de las dimensiones específicas del conocimiento que lo compone, la maestría ahonda en este estudio y brinda instrumentos para el desarrollo de técnicas docentes orientadas a la investigación operativa y la formación de otros profesionales, y el doctorado, ahonda en las técnicas investigativas y en la generación de nuevo conocimiento.

El predominio de especializaciones sobre las maestrías y los doctorados recalca el carácter profesionalizante de los postgrados de la salud. Es evidente el pobre desarrollo de las maestrías, reservadas casi exclusivamente para las ciencias básicas, y la casi inexistencia de los doctorados, que son los verdaderos generadores de investigación y de desarrollo de nuevas tecnologías. Este hecho es llamativo, dada la necesidad de estimular en el sector la generación de nuevo conocimiento, tanto en los campos de la investigación científica como en la investigación aplicada a las políticas y servicios de salud. Estos objetivos serán difíciles de alcanzar si no se cuenta con los equipos de investigación preparados para tal labor.

Desde el punto de vista de la oferta de programas no asistenciales, éstos son solo superados por las especialidades medicas. Los postgrados administrativos y gerenciales constituyen el segundo grupo más numeroso. La razón se puede encontrar no sólo en la saturación del mercado de especialistas



en muchas de las áreas tradicionales, sino en los recientes cambios en el modelo de organización, financiamiento y prestación de servicios de salud en Colombia. La reforma del sistema de salud incidió en la respuesta de las instituciones educativas y generó en pocos años un incremento significativo en la oferta de programas. De menos de 20 programas vigentes en 1993 se pasó a más de 150 debidamente registrados a finales del 2000 (Icfes, 2002) (Ascofame, 2001).

No se puede dejar de mencionar otro grave problema que tiene la educación en salud, y muy particularmente la de postgrado, que es la inequidad en el acceso. Los altos costos de las matrículas impuestos por las instituciones privadas, que son la mayoría, dificultan la entrada de estudiantes de estratos socioeconómicos medios y bajos.

3. RECOMENDACIONES PARA LA MODERNIZACIÓN DE LOS PROGRAMAS DE POSTGRADO

3.1 Necesidades de cambio

Los cambios políticos, económicos y sociales de la globalización definen unas nuevas relaciones entre el Estado y la sociedad. Estos cambios, que incluyen estrictas medidas de control, implican una nueva actitud de la sociedad frente al rol de los profesionales que ejercen en ella su actividad.

Este viraje sustantivo en el control social, particularmente sobre los procesos de atención en salud se ha dado primero en el mundo desarrollado, pero se ha iniciado también en los países en desarrollo. Uno de los hechos más significativos de este nuevo esquema es la búsqueda de transparencia de las decisiones y la rendición de cuentas que las instituciones públicas y privadas, muy especialmente las educativas, deben hacerle a la sociedad.

En el caso de la formación de postgrado, más todavía que para las demás instancias del proceso formativo, los programas deben responder a los cambios generados por el desarrollo acelerado de las sociedades y al avance de la investigación científica y de la tecnología informática. Las nuevas relaciones de trabajo, en particular la flexibilización de los modelos de contratación del mercado laboral, exigen a las instituciones académicas preparar adecuadamente al profesional especializado para que se desarrolle integralmente en un entorno cambiante en donde el avance del conocimiento y la técnica, con sus



implicaciones económicas y sociales, se realizan a un ritmo mucho más rápido que los cambios en las instituciones formadoras.

Los principales estímulos para el cambio en los procesos de formación y entrenamiento del personal especializado se encuentran ligados a estos cambios globales que, en definitiva, modificarán la manera como se concibe no solo la salud y el bienestar, sino la forma como se prestan los servicios. El avance de la investigación genética abre una nueva frontera para la investigación y la atención en salud. Ésta convertirá en obsoleta en pocos años gran parte de la práctica en salud que no se fundamente en el nuevo conocimiento científico, lo que afectará a todas las disciplinas que la componen y, por ende, a la forma como se entienden, se enseñan y aprenden.

En este contexto, la formación de postgrado debe entenderse como un proceso que complementa la formación básica y en el que se profundiza en conocimientos, habilidades y destrezas, en función de ese nuevo rol social. Este tipo de formación debe permitirle al profesional desarrollarse en cualquiera de los tres ámbitos del quehacer profesional: a) el de profundización para el ejercicio de un área profesional determinada; b) el de la docencia; y c) el investigativo y generador de nuevo conocimiento.

El primero de ellos se encuentra fundamentado en la especialización de conocimientos, prácticas y métodos, orientados a la resolución de problemas de mayor complejidad. En el segundo ámbito de formación se pretende que el proceso de actualización y transmisión de conocimiento esté orientado a la formación de nuevo recurso humano. Finalmente, en el tercero se busca la creación de nuevo conocimiento a través de la investigación pura o aplicada.

Estos tres aspectos, si bien se encuentran interrelacionados desde el punto de vista conceptual, en la práctica se pueden desarrollar en ambientes diferentes, ya sea de manera independiente o no, y no necesariamente se constituyen en garantía el uno del otro. En algunos casos concretos hay profesionales que combinan eficazmente habilidades profesionales con aptitudes docentes y capacidad investigativa, aunque hay que reconocer que la coexistencia en un solo individuo de éstos tres ámbitos del conocimiento no es frecuente y se constituye más en un resultado del empeño individual, que en el de un proceso formativo diseñado específicamente con tal objeto.

3.1.1. El cambio en la formación asistencial

La formación de postgrado en las distintas disciplinas de la salud, ha girado alrededor de la especialización del conocimiento médico y científico. El cambio



en la práctica médica que esto genera es de tal magnitud que se habla incluso de nuevos paradigmas como la búsqueda de evidencia para respaldar cada decisión. Los fundamentos de este cambio residen en los desarrollos de la investigación clínica, que más que metodológicos (estudios de meta-análisis por ejemplo), se convierten en una nueva filosofía de la práctica y de la enseñanza misma de la medicina y de otras profesiones como la enfermería (Heller, 2000).

Este hecho se ha venido manifestando de distintas maneras. Por ejemplo, en años recientes se han generalizado los artículos y publicaciones científicas que presentan al profesional clínico cómo acceder, evaluar e interpretar la enorme cantidad de literatura científica disponible en los medios impresos y electrónicos. Adicionalmente se ha generado una corriente que insiste en aplicar los principios de la epidemiología clínica en el día a día de la práctica hospitalaria y ambulatoria.

Este nuevo enfoque de la práctica, inicialmente de los médicos clínicos pero que ya se aplica en otras profesiones de la salud, es el denominado “medicina basada en evidencia”. Algunos de sus elementos fundamentales son:

- ✦ La simple experiencia clínica, basada en observaciones no sistemáticas, es insuficiente para el desarrollo de conocimiento acerca del pronóstico, diagnóstico y eficacia de una intervención en salud.
- ✦ El estudio y comprensión de los mecanismos básicos de la enfermedad y fisiopatológicos, son necesarios, pero insuficientes para garantizar una efectiva práctica clínica.
- ✦ Hay que desarrollar ciertas reglas de análisis crítico que, unidas a la formación médica tradicional sólida, el sentido común y la ética, permitan evaluar la incorporación de nuevas tecnologías diagnósticas o terapéuticas.
- ✦ Los conocimientos clínicos sumados a la experiencia de la práctica, son insuficientes para generar guías válidas orientadas a la práctica cotidiana.

Bajo esta nueva forma de entender la práctica clínica y el ejercicio de las profesiones de la salud se dispone de una serie de opciones para resolver los problemas a los que se enfrenta la práctica habitual. (Guyatt, 1997).

Este abordaje ha llevado a importantes centros de formación a nivel mundial, como la Universidad de McMaster en el Canadá, a desarrollar modelos



innovadores de formación médica basados en evidencia, lo que entre otros aspectos plantea las siguientes premisas:

- ↳ La experiencia y el desarrollo de criterio clínico continúan presentes en la práctica clínica habitual y de hecho facilitan el desarrollo de competencias y habilidades necesarias en todo especialista clínico para comunicarse con el paciente y para establecer un diagnóstico. Este proceso, sin embargo, debe acompañarse de observaciones sistemáticas que limiten el margen de error del observador, debe evaluarse con precaución y reserva, sobre todo si se trata de generalizar conductas.
- ↳ El estudio y comprensión de los principales mecanismos básicos de la enfermedad constituyen una guía necesaria pero insuficiente para una adecuada práctica clínica. Las bases lógicas en las que se fundamenta el proceso diagnóstico y terapéutico se deducen de unos principios fisiopatológicos cuya interpretación puede ser incorrecta y llevar a conductas imprecisas.

De todo esto se deduce que la correcta resolución de los problemas clínicos y la provisión de asistencia óptima al paciente se encuentran enfrentadas a escenarios de alta incertidumbre y a la necesidad de aceptar el desconocimiento real del impacto de muchas de las decisiones que toma el personal de salud (Muir Gray J.A. pg, 180-186).

Este nuevo paradigma implica cambios en otros aspectos, como en la dependencia de los canales clásicos de autoridad dado que, aunque no se desconoce el valor de la experiencia y la opinión de los expertos, éstas se convierten en una herramienta más, con menor valor que la evidencia derivada de la investigación. No se trata pues de desestimar la forma clásica sobre la cual se ha construido durante décadas el abordaje de las decisiones clínicas en las ciencias de la salud, sino mejor, de complementarla con nuevos instrumentos de decisión que minimicen la incertidumbre y aumenten la confianza en las decisiones.

El nuevo modelo de formación establece una serie de criterios que de entrada buscan replantear la tradicional manera de enseñar en medicina y ciencias de la salud, muy específicamente en las especialidades clínicas, dado que además de la incorporación de práctica y habilidades que resultan de la docencia en servicio, se incorporan nuevos elementos relacionados con la investigación clínica, la epidemiología, la evaluación, la selección de fuentes de información científica confiable y el análisis de datos estadísticos. Este tipo



de práctica formativa establece la necesidad de incorporar profesores con una sólida formación en técnicas docentes y en epidemiología clínica, además de su formación especializada de base.

Esto rompe con la tradición que enfatizaba en que el ser clínico experimentado era requisito suficiente para ser docente de una especialidad. Se requiere garantizar en el personal docente (incluyendo aquellos que laboran en escenarios de práctica y centros de formación) la calidad científica y el riguroso criterio de enseñanza profesionalizada que debe exigirse para formar especialistas.

3.1.2. El cambio en la formación no asistencial

La formación de postgrado en áreas distintas a las especialidades de tipo asistencial comprende numerosas disciplinas administrativas y gerenciales, que incluyen la salud pública, la epidemiología y la salud ocupacional.

En este campo emergente de la formación de postgrado se observa una gran heterogeneidad de disciplinas, programas y enfoques que en conjunto representan una de las áreas relacionadas con la atención de la salud con una mayor dinámica de desarrollo en las últimas décadas, no solamente en Colombia sino en el mundo. Prueba de esto es el surgimiento en muchos lugares de grupos de trabajo interinstitucionales para el intercambio de información técnica, publicaciones e investigación aplicada en gestión de servicios de salud, economía de la salud y epidemiología, por citar algunos ejemplos.

Los cambios observados en estos postgrados, especialmente en aquellos relacionados con la gestión de servicios de salud, han estado estrechamente ligados a las transformaciones globales de la sociedad. Entre esos cambios sociales figuran la necesidad de contener los costos crecientes de la atención en salud, así como la transformación del perfil epidemiológico de las poblaciones y la correspondiente transición de los servicios de atención en salud, o la introducción constante de nuevas tecnologías que modifican la relación entre las organizaciones y la sociedad. Se han modificado en todo el mundo los sistemas de salud y las formas de organización, financiamiento y prestación de servicios buscando ajustar sus modelos a esa nueva concepción de la epidemiología y la salud pública (Levey, 1988).

Sobre los enfoques que se requieren para la formación de estas dos disciplinas es quizás donde más se han observado los efectos de la globalización. La modificación de los perfiles epidemiológicos, las nuevas epidemias como el sida o la violencia urbana, y otros problemas de salud pública tanto nuevos



como reemergentes han afectado el diseño de políticas y la formación de los profesionales que deberán enfrentar todas esas decisiones que van más allá del sector salud, y que tienen condicionantes sociales, políticas y económicas.

La modernización de la enseñanza de la salud pública y ciencias afines como la administración o gestión de servicios de salud establece la necesidad de recordar constantemente cuáles serían las líneas de desarrollo futuro de estas disciplinas que interpretan de alguna manera la orientación general del sistema de salud en el siglo que comienza. Un ejemplo es la revalorización de las funciones esenciales de salud pública en un contexto de reforma del Estado y del sector salud; ello ha servido como base para analizar el papel de una nueva salud pública y para la consiguiente búsqueda de alternativas y compromisos de desarrollo.

Frente a los cambios sociales y sectoriales contemporáneos necesita reafirmarse cuál es el quehacer fundamental de la salud pública, o mejor, cuáles son las funciones esenciales de salud pública. A partir de esta base será más fácil identificar los vacíos y deficiencias en las respuestas educacionales (Ruiz, 2001).

Existe consenso sobre la necesidad de transformar la enseñanza de la salud pública en respuesta a los actuales cambios del entorno. Para ello es necesario llegar a un acuerdo sobre cuáles son los procesos transformadores que requieren las instituciones para conducirlos hacia el desarrollo deseado. Tales procesos deben orientarse a aspectos críticos del quehacer institucional, tener un sentido de futuro y ser parte de un plan de acción. Las competencias de las instituciones y del personal formado en estas áreas han sido señaladas como un elemento facilitador en la planificación de las respuestas formativas. Este hecho permite dar más importancia a la “práctica” de la salud pública frente a las respuestas sociales, necesidad y demanda de servicios que ha sido creciente en los últimos años. En esta lógica, la estructuración de las respuestas formativas con base en competencias podría ser uno de los posibles procesos que ayuden a transformar las escuelas y facultades de salud pública hacia el futuro inmediato.

Por otra parte un reto importante radica en afectar positivamente el papel de los docentes. Tanto en salud pública como en las restantes disciplinas que componen este tipo de programas de postgrado, el rol del docente se convierte de nuevo en fundamental. En el caso de Colombia, particularmente en los programas relacionados con gestión de servicios de salud, gestión de la calidad, auditoría médica, y otros similares, se requieren docentes no sólo



comprometidos con la institución, sino capacitados para la producción intelectual.

4. RECOMENDACIONES GENERALES PARA POSTGRADO ORIENTADAS A ENFOQUE Y METODOLOGÍAS EDUCATIVAS

4.1 Aplicar métodos propios de la formación de adultos

El estudiante de postgrado, por definición, es una persona adulta. Ello implica que para su aprendizaje óptimo se requiere ajustar las metodologías de enseñanza. La mayoría de los esquemas de formación, sin embargo, se mantienen rígidos y son poco adaptables a los cambios. Dichos esquemas, que han “heredado” automáticamente los clásicos enfoques de la formación del pregrado, no facilitan el proceso de aprendizaje de un profesional.

En los postgrados en salud, tanto asistenciales como no asistenciales, el alumno es un profesional con experiencia cuyas expectativas, necesidades de formación y esquema lógico de aprender son muy diferentes a los del adolescente o el niño. El modelo de formación en el postgrado deberá utilizar herramientas y estrategias distintas que faciliten en el profesional, la incorporación de nuevos conocimientos, destrezas y herramientas mucho más ajustados a sus necesidades y desempeños profesionales.

Los aspectos fundamentales del aprendizaje de adultos que se deberían tener en cuenta en la programación de actividades de postgrado son:

- ✚ El adulto aprende básicamente de su experiencia. Esta exigencia es fácil de cumplir si el proceso de aprendizaje ocurre en programas de residencia y tutoría; la práctica es motivación principal del aprendizaje.
- ✚ El adulto es capaz de guiar su propio aprendizaje. Es conveniente dejar espacio para que los estudiantes diseñen sus objetivos y programen su propio ritmo de trabajo dentro de un marco general.
- ✚ El adulto aprende más y mejor si es capaz de representar en su imaginario personal las tareas que desarrollará después del esfuerzo de aprendizaje. En este sentido, reforzar el rol de modelo de los tutores o profesores es algo crucial.



4.2 Promover y profesionalizar la figura del tutor

En los espacios de práctica profesional que comparten funciones asistenciales y de docencia emerge la figura del tutor. El tutor es aquel profesional asistencial que, además de ser un modelo como tal, es capaz de conseguir que el estudiante o residente aprenda a hacer las tareas que él o ella misma desarrollan.

En el diseño de los contenidos del plan de estudios y en la selección de las metodologías, se debe incorporar al proceso de aprendizaje la labor docente tutorial. Se recuperará así el espacio de docencia en servicio como una unidad funcional integrada y orientada a garantizar calidad tanto formativa como asistencial.

De acuerdo con lo anterior, es indispensable pensar en procesos formativos que cuenten con el aprovechamiento de la experiencia que trae el profesional. Es necesario recordar que se está tratando con profesionales adultos que, en muchos casos, ya han acumulado experiencia laboral previa a su formación de postgrado. Este hecho debe ser aprovechado por los programas de especialización para que el profesional afiance conocimientos y utilice los ya adquiridos en el pregrado y la práctica profesional, complementándolos y profundizándolos a través de la especialización.

Generalmente se da por supuesto que el buen profesional asistencial será igualmente un buen docente o tutor. Nada más lejano a la realidad. Hay necesidad de profesionalizar la docencia de manera que los profesionales involucrados en la enseñanza entiendan que necesitan unas competencias adicionales propias que les permitan lograr que los otros aprendan la profesión. La enseñanza tutorial requiere una formación determinada y debe ser concertada entre las instituciones educativas y los escenarios de prácticas y los centros de formación de acuerdo a unos objetivos de formación previamente concertados entre las mismas. Diferente a la que necesita un catedrático cuyo escenario exclusivo es el aula de clase.

4.3 Fomentar la interdisciplinariedad

Proponer cambios orientados a fomentar la interdisciplinariedad, en medio de campos tan variados de la actividad profesional, reviste enorme complejidad. La recomendación general en este sentido, sin embargo, consiste en la incorporación en los planes académicos de herramientas propias del trabajo en equipo y del abordaje sistémico por problemas. En el ámbito especializado ello es particularmente importante dado que la formación del especialista fragmenta el paciente y poco a poco aleja al profesional del tratamiento integral



de la persona y de su entorno social para concentrarse en determinado órgano enfermo.

En este sentido, se sugieren alternativas como la realización de módulos de formación básica interdisciplinaria donde se incluyan asignaturas genéricas -sistemas de salud, sistemas de información, epidemiología aplicada a la gestión de servicios, legislación sanitaria, por ejemplo-, que permitan que los profesionales avancen en su formación especializada, posean una formación de inicio más estandarizada y complementen con otras herramientas su futuro rol dentro del sector.

Para ello, la formación complementaria en gestión clínica se constituye en una estrategia integradora, que no solamente refuerza el enfoque interdisciplinario de los programas, sino que ahonda en la relación del trabajo asistencial con los resultados clínicos y la gestión de recursos. Para desarrollar esa visión se requiere del aporte de diversas disciplinas, incluso algunas distintas a las del área de la salud.

4.4 Fomentar la actitud de “aprender a aprender”

Desde el punto de vista del proceso de enseñanza – aprendizaje es importante inculcar en docentes, estudiantes e incluso personal administrativo el concepto de “aprender a aprender”. Este abordaje trasciende la simple estrategia docente, para convertirse en la construcción de una conciencia crítica frente a lo que se aprende; se trata de un proceso intelectual mediante el cual se construye conocimiento y se toman decisiones individuales sobre el proceso de aprendizaje propio.

Trabajar metodológicamente alrededor de la solución de problemas concretos inherentes a la actividad profesional cotidiana, como se verá en la sección siguiente, trae consigo el valor agregado de inculcar en el especialista en formación, el sentido de aprender lo más útil y práctico para resolver situaciones complejas. Este tipo de estrategias implican creatividad, iniciativa y, sobre todo, desprendimiento de privilegios y posiciones de poder, facilitando de esta manera el reemplazo de viejos paradigmas.

El desarrollo de programas bajo la orientación de aprender a aprender implica romper con esquemas rígidos y ortodoxos, por tanto implica aplicar una técnica docente distinta que fortalezca el papel del tutor por encima del simple transmisor de información o conocimiento. Este aspecto requiere un proceso de reentrenamiento o de profesionalización del docente. No ostenta



más poder quién reserva el conocimiento para sí, sino aquel que sabe trasmitirlo y aprovecharlo en función del beneficio colectivo.

4.5 Desarrollar la metodología de aprendizaje basado en problemas

En el ámbito pedagógico, se recomienda tener en cuenta estrategias y metodologías como la enseñanza basada en problemas y la enseñanza para la comprensión; metodologías ya probadas con éxito en otros entornos de formación y que permiten al estudiante de postgrados, tanto asistenciales como no asistenciales, enfrentarse de otra manera a la realidad de su actividad profesional y de su proceso de formación.

Estas metodologías tienden a reemplazar el aprendizaje memorístico, aún presente en buena parte del proceso formativo “clásico”, por otro que estimule la vivencia personal y la construcción de aprendizaje de una manera natural, al exponer al estudiante a problemas reales y a alternativas concretas de solución.

La estructuración de los programas alrededor de casos clínicos, que pueden ser de salud pública, epidemiología o administración, le permitirá al futuro especialista enfrentar su propio proceso de aprendizaje a la solución de situaciones reales que involucran la aplicación de conocimientos, destrezas y trabajo en equipo de acuerdo a cada caso.

Este acercamiento a la realidad defiende el criterio de adaptación del proceso formativo a lo que sucede en el contexto y le proporciona herramientas prácticas al estudiante para enfrentar situaciones habituales en su práctica profesional. En la formación de especialistas ello determina un anclaje de la formación en las realidades del sistema, del avance del conocimiento y de la práctica profesional.

4.6 Fomentar la profesionalización de la docencia

A pesar de que exista una adecuada planificación, poco se avanzaría en un proceso de cambio educativo si no se cuenta con la simultánea transformación de la función docente. Tanto como en pregrado, en postgrado la capacitación pedagógica del docente es crítica y no tomarla en consideración llevaría al fracaso cualquier intento de modernización. En este contexto es tan importante “aprender a aprender” como “aprender a desaprender” que, más que un cambio de conocimiento o de actualización de metodologías, implica una modificación profunda de actitud frente al proceso docente y sus consecuencias en el aprendizaje del alumno.



Los docentes deberán necesariamente enfrentar ese “desaprender” para ser verdaderos guías del proceso de aprendizaje de sus alumnos. Esto es aplicable para cualquier ámbito del proceso de formación, por tanto, ello deberá traducirse en estímulos o incentivos hacia programas de formación docente, actualización de currículos, creación de espacios para la formación continuada y actualización del docente, entre otros aspectos². Lo fundamental para mejorar la docencia debe ser la superación de los docentes en tres aspectos: a) su experiencia profesional; b) su capacidad docente; y c) su influencia como figura de identificación mediante el ejemplo. Esto implica que los entes educativos redefinan requisitos mínimos para los docentes y posean claridad en el momento de invertir tanto en la selección como en el mejoramiento del cuerpo docente.

Para adaptar los procesos docentes a las características del medio es necesario que la institución educativa tenga presente hasta dónde es necesario modificar lo formativo de acuerdo con los nuevos perfiles ocupacionales y teniendo un criterio claro de lo que es necesario corregir en los servicios. Es responsabilidad del sector académico, junto con las asociaciones y gremios, determinar cuándo es necesario empezar a intervenir para la redefinición de políticas y de modelos asistenciales ceñidos a lo científico, lo equitativo y lo ético.

Por último, es fundamental propiciar una diversificación de los escenarios docentes para favorecer una mejor comprensión del contexto, un aprendizaje más ajustado a las realidades, y una adquisición de competencias en áreas diferentes a las labores de diagnóstico y tratamiento. En cuanto a estas últimas se deberá propender por que cada programa construya su conjunto básico de competencias profesionales, entendidas como el conjunto de conocimientos, habilidades, destrezas y formas de relacionarse consigo mismo y con su entorno. Se trata, por tanto, de un conjunto de instrumentos que le permitirán al educando adaptarse a su medio social, laboral y desempeñar así su rol con suficiencia e idoneidad.

¹ Para una presentación más detallada de este tema, consultar el Documento 7. Propuesta de un plan de incentivos para docentes en salud.



5. RECOMENDACIONES ESPECIFICAS PARA POSTGRADOS ASISTENCIALES

La formación integral de un profesional especializado en disciplinas asistenciales, independientemente de su campo específico de desarrollo técnico científico, deberá tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

5.1 Identificar prioridades de formación y entrenamiento

Un elemento fundamental de la modernización de los postgrados, y específicamente en los de tipo asistencial, es la necesidad de incorporar instrumentos y destrezas básicas para resolver de manera adecuada situaciones que requieran la respuesta inmediata del profesional especializado ante situaciones de emergencia que ameriten la aplicación de conocimientos y habilidades básicas para su atención inmediata. La compleja situación de orden social y político que experimenta el país, es razón más que suficiente para ello.

No se trata de convertir en expertos traumatólogos a todos los especialistas, médicos o no, pero sí de incorporar dentro de los programas de cada especialidad aquellos conceptos generales y destrezas que les permitan enfrentar con éxito una situación de emergencia donde su concurso pueda ser determinante para atender y resolver adecuadamente una situación crítica.

Por otro lado, las prioridades de entrenamiento o formación en ciertas áreas prioritarias para el futuro desarrollo del sistema no deberán depender exclusivamente de situaciones coyunturales del sistema de salud. La capacidad de planificar la respuesta institucional a las necesidades del futuro orienta el desarrollo de la oferta hacia una formación especializada en aquellas áreas donde se va a requerir del apoyo de profesionales con una base sólida de conocimiento y capacidad de resolutiveidad. La medicina paliativa, la atención geriátrica, la telemedicina y la salud mental, pueden ser algunas áreas de desarrollo promisorio como temas de trabajo futuro para nuevos especialistas asistenciales, sin dejar de lado los profesionales formados para el primer nivel de atención y la salud familiar.

5.2 Incorporar elementos de gestión clínica

Para efectos del presente documento, se entiende por gestión clínica el conjunto de herramientas orientadas a la utilización de la información generada por parte de los profesionales clínicos, con el objeto de establecer un sistema de



control de gestión en cabeza del propio profesional, que documente el proceso de toma de decisiones relevantes sobre el servicio asistencial (Casas, 1994).

Este conjunto de técnicas se constituye por tanto en un instrumento de gran utilidad como parte de la formación del futuro especialista. De esta forma se integra de manera sistemática el ejercicio clínico, los resultados del proceso de atención y su impacto sobre la gestión de los servicios tanto en el medio hospitalario como de primer nivel de atención. Adicionalmente aporta al profesional conocimientos e instrumentos para medir con precisión el resultado de su actividad en función del manejo de la información y el consumo de recursos, destrezas que facilitan su incorporación al medio empresarial (hospital, aseguradoras) y fomentan la comprensión de su papel como gestor de sus propios resultados clínicos.

Independientemente de sí el profesional va a desempeñar o no funciones gerenciales, es esencial que entienda el contexto administrativo y sepa comunicarse con los administradores empleando su propio lenguaje. El desarrollo de la gestión clínica como parte de los contenidos de cada especialidad permite inculcar en el futuro especialista la necesidad el trabajo con otros profesionales y disciplinas, así como integrar dentro de su algoritmo de decisión clínica la necesidad del manejo de la información como un instrumento que le permitirá monitorear los resultados de su propio trabajo y el impacto de éste dentro del proceso de gestión de su institución. En resumen, se construye un puente que comunica la actividad del clínico con la gestión de los servicios.

5.3 Incorporar elementos del entorno de servicios

La importancia de los nuevos modelos de gestión y organización de los servicios, determinados a su vez por las características del ambiente político, social y laboral, debe ser reconocida como parte de la modernización curricular del especialista asistencial. Cabe destacar que el futuro profesional, sea cual fuere su especialidad, deberá adaptarse a la realidad del funcionamiento y organización de las instituciones donde vaya a desarrollarse profesionalmente. Por esto no podrá ser ajeno a las características propias de un sistema de salud cambiante al cual se deberá insertar. Lo anterior implica desarrollar contenidos que orienten a articular el desarrollo de sus competencias profesionales con el funcionamiento de las organizaciones y del sistema de salud en general.



Una herramienta útil para ello es la gestión clínica; pero no es la única. El desarrollo de guías clínicas de atención que permitan que el profesional en formación interactúe y participe en su diseño y puesta en marcha, es un elemento que involucra al clínico desde su mismo entrenamiento en la gestión de su propio modelo de prestación de servicios.

5.4 Fomentar el trabajo en equipo

Insistir sobre el desarrollo de herramientas de aprendizaje que fomenten el trabajo en equipo no es en vano. El personal para la salud en proceso de formación especializada deberá aprender a trabajar en equipo y la forma más efectiva de hacerlo es aprendiendo en equipo. Se trata de un reto importante puesto que los programas de especialización asistencial (residencias) tienden a enfatizar mucho el trabajo individual. Estimular el aprendizaje cooperativo entre residentes, por ejemplo en el análisis compartido de casos gestionados por cada uno de ellos, es algo que debe favorecerse. El trabajo en equipo está estrechamente relacionado con la interdisciplinariedad, que a su vez se requiere no sólo para entender todas las complejas redes causales de la salud y la enfermedad, sino para comprender y tratar adecuadamente a los individuos sanos o enfermos, y a su respectiva colectividad.

5.5 Incorporar el concepto de calidad

La incorporación del concepto de calidad como un objetivo esencial de la prestación de servicios es fundamental en cualquier tentativa de modernización. Pero más que un conjunto de propuestas orientadas específicamente hacia este fin, la calidad debe entenderse como la resultante de hacer las cosas bien. Esto implica orientar y diseñar adecuadamente los programas, hacer los ajustes curriculares necesarios, profesionalizar la función docente y asegurar idoneidad en los centros de formación en donde se educa el personal. Por tanto, podría decirse que todas las recomendaciones relacionadas hasta ahora pretenden en último término mejorar de la calidad del sistema.

Para materializar el concepto de calidad es necesario pensar en aquellas estrategias y en aquellos indicadores que permitan evaluar y mejorar la calidad. En este sentido se formulan algunas propuestas concretas:

- ☞ A pesar de que de alguna manera pueda haber intromisión sobre la autonomía universitaria, es indispensable regular la calidad de los programas de postgrado y evitar que la calidad de la oferta sea establecida



únicamente por la fuerzas del mercado. La participación del Estado deberá garantizar que los programas respondan a unos estándares básicos de calidad.

- ✦ Se requiere implementar mecanismos de habilitación y acreditación de los escenarios de práctica y los centros de formación que aseguren su adecuación a los requerimientos tecnológicos, instrumentales y de acceso a la información científica y al desarrollo tecnológico, acorde con las necesidades de cada especialidad. Este proyecto presenta como uno de sus productos finales, estándares básicos y de acreditación para escenarios de práctica y centros de formación en salud.³
- ✦ Es necesario estimular el mayor desarrollo de la acreditación de programas de postgrado, de manera similar a lo establecido para el pregrado, pero con un nivel de exigencia mayor en términos de resultados en investigación clínica aplicada, publicaciones, participación a través de ponencias en eventos internacionales debidamente acreditados, entre otros aspectos.
- ✦ Es indispensable buscar mecanismos para facilitar a las instituciones educativas y facultades de ciencias de la salud para que lleven a cabo la labor acreditativa comenzando por el estímulo de sistemas de habilitación obligatoria y autoevaluación que lleve hacia la acreditación progresiva de sus propios programas.
- ✦ Finalmente, se requiere diseñar y poner en marcha mecanismos para la institucionalizar la recertificación periódica de especialistas como un instrumento de carácter obligatorio que promueva la actualización permanente de conocimientos, destrezas y competencias profesionales en función de asegurar niveles altos de aptitud profesional.

5.6 Construir una nueva relación entre formación y trabajo

En la formación del personal de salud, y muy especialmente en los postgrados asistenciales, es fundamental el papel de las instituciones prestadoras de servicios (escenarios de práctica o centros de formación). En ellas se concreta

¹ Ver documento 4: Proyecto plan multidisciplinario para la modernización de la educación, capacitación, y entrenamiento en salud. *Recomendaciones para estándares de acreditación de centros de formación práctica.* “Un nuevo paradigma en la relación entre la formación y la prestación de servicios. Cód. I 001-4.



la relación que debe existir entre el proceso formativo y la prestación de servicios de salud. Por ello cualquier desarticulación que exista en esta relación, lesionará seriamente la calidad del resultado final del proceso formativo.

Los centros de formación que cumplen con la función de formar especialistas deben fortalecerse en su quehacer académico, identificarse con los objetivos docentes y habilitarse obligatoriamente como escenarios de práctica o centros de formación y aquellos que estén realmente comprometidos con la formación de recursos humanos de salud, como los hospitales universitarios, acreditarse voluntariamente. La formación especializada suele estar concentrada en escenarios de alta complejidad, que permiten la investigación y el manejo de la alta complejidad. Se trata de instituciones complejas, tecnológicamente avanzadas y demandantes de altos niveles de desarrollo organizacional. No toda institución prestadora de servicios, por el simple hecho de serlo, se constituye automáticamente en un centro de formación de especialistas idóneo, lo cual significa habilitado.

5.7 Fortalecer el desarrollo de un nuevo modelo de atención

Es necesario desarrollar un nuevo modelo de atención que se fundamente en el fortalecimiento de la instancia inicial de atención a la población (primer nivel o atención primaria, según se le llame). Este propósito requiere de la formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria. El nuevo sistema de salud determina también un nuevo modelo organizativo para la prestación de servicios, que a su vez debe replantear el modelo de atención a la salud. Es por eso que el modelo de atención a la salud se constituye en pieza clave y escenario propicio para la formación del personal de salud. Intervenir sobre el modelo de atención a la salud es intervenir sobre el modelo formativo del personal y específicamente sobre el de los especialistas. Es importante reconocer esta realidad e interpretarla como una oportunidad de afectar de manera positiva la calidad de la atención que recibe la población.

Fomentar la especialidad de medicina familiar y comunitaria va en este sentido. La experiencia internacional, particularmente española, inglesa y canadiense, es valiosa y se debería utilizar en la búsqueda de modelos propios (Pane, 1997) (ver anexo sobre propuesta de modelos de atención a la salud). Esa relación directa entre el proceso de atención y la formación de personal es explícita dentro de los criterios de cambio que se hacen parte del proceso de modernización de la educación.



Es imprescindible fortalecer la formación de este tipo de profesional, cuya labor estará centrada en la resolución del mayor número posible de casos desde el primer nivel de atención. Además de detectar las causas más frecuentes de enfermedad, discapacidad y muerte, deberá constituirse en la verdadera puerta de entrada al sistema liderando el trabajo de equipos de salud debidamente capacitados. En tal sentido, es necesario para que este modelo de atención a la salud actúe en consonancia con su papel protagónico dentro del sistema, que tanto el modelo organizativo que lo soporta como el personal que en él interactúa, responda a los criterios básicos de integralidad, continuidad, resolutivez y coordinación que lo caracterizan, y que de hecho, deberán verse reflejados en todo proceso formativo orientado hacia este campo.

Todo este conjunto de características propias de un modelo de atención basado en el fortalecimiento del primer nivel o atención primaria de salud, exige nuevas competencias en el personal que trabaja dentro del sistema. En este sentido, la transformación curricular de las diversas profesiones que actúan en el sector salud, y especialmente, de aquellos que lo harán en el primer nivel de atención es básica.

Es así, como los escenarios de práctica y los centros de formación más idóneos ya no estarán concentrados primordialmente en las subespecialidades más tecnificadas, ni en la institución hospitalaria de alta complejidad, sino en la confluencia de múltiples agentes institucionales encargados de prestar servicios en sus distintos niveles de resolutivez, especialmente en el primer nivel, como eje de un nuevo modelo de atención a la salud.

6. RECOMENDACIONES ESPECÍFICAS PARA POSTGRADOS NO ASISTENCIALES

6.1 Fortalecer la toma de decisiones y la responsabilidad social

Dado que muchos de los egresados de estos programas en algún momento pasarán a decidir las políticas institucionales o corporativas, deberán tener una sólida formación en investigación aplicada, negociación, resolución de conflictos, análisis de decisión y teoría de juegos. Aspectos que requieren fortalecer la capacidad analítica, el pensamiento crítico y los algoritmos lógicos de decisión que deben caracterizar la actuación de todo técnico encargado de definir políticas públicas o institucionales.



Un adecuado gestor en el campo de la salud (investigador, epidemiólogo, gerente, salubrista, etc), además de las habilidades básicas que caracterizan su disciplina, deberá combinar sólidos conocimientos con destrezas prácticas para una acertada toma de decisiones. Esto último deberá ser trabajado por todo programa académico que desee destacar y garantizar en sus egresados un nivel de idoneidad acorde a su responsabilidad social. Sobre todo cuando estas decisiones podrán afectar igualmente el trabajo de otros profesionales o la adopción de acciones que de ellas se desprenden afecten el bien común, como puede ser el caso de una política de salud.

6.2 Entender lo intersectorial e interdisciplinario como factor decisivo

Cuando se trata de formar profesionales especializados en temas como la regulación y financiamiento del sistema, la gestión de los proyectos relacionados con acciones de salud pública, o el análisis de la calidad y operatividad de los servicios de atención a las personas es necesario enfatizar en el carácter intersectorial e interdisciplinario de las líneas y contenidos que deben orientar la enseñanza de estas ramas del saber.

Tanto en la salud pública como en las restantes disciplinas relacionadas con la gestión de servicios se hace manifiesta la necesidad de incentivar el trabajo en equipo y la gestión de proyectos, que en buena medida se fundamenta en lo primero. Igualmente, en estas áreas es donde más se requiere del apoyo de múltiples disciplinas para el estudio, análisis y resolución de problemas a los que se enfrentará el profesional dentro de su futuro desempeño laboral. No se deben ahorrar esfuerzos para lograr que en los procesos de ajuste y modernización de currículos se haga énfasis en la interdisciplinariedad dada la enorme relación de este tipo de profesional con la investigación, la definición de políticas institucionales o sectoriales y la toma de decisiones cuyas acciones y consecuencias muchas veces rebasan los límites del sector.

6.3 Aprendizaje acorde con la realidad social del país.

El especialista en estas áreas deberá convivir e interactuar con una serie de circunstancias del entorno político, social y económico como la marginación de amplios grupos de la población rural y suburbana, la migración voluntaria o forzosa del campo a la ciudad - situación común a toda América Latina pero especialmente acentuada en Colombia -, la inequidad en el acceso a los servicios, el empobrecimiento progresivo de la población y la violencia en todas sus manifestaciones, que hacen que en el abordaje a los constantes



problemas que debe enfrentar la salud pública y la gestión de servicios no se pueda perder de vista el alto impacto del entorno sobre la viabilidad de las políticas de salud.

Lo anterior contrasta con otro perfil de país igualmente importante, que a pasos acelerados desea incorporarse a la post modernidad y la globalización, con un perfil epidemiológico cambiante en las grandes ciudades y el peso en carga cada vez mayor de las enfermedades crónicas degenerativas, entre ellas el cáncer como una de las principales causas de morbimortalidad en zonas urbanas desarrolladas (Ministerio de Salud, 1995).

Esto obliga a que el perfil esperado del profesional dedicado a la salud pública, la epidemiología o la gestión de servicios de salud tome en cuenta esta realidad tan diversa que obliga a tomar decisiones igualmente complejas en un entorno de país turbulento desde el punto de vista social y económico pero con algunos signos de transformación demográfica y cultural.

6.4 Fomentar la calidad y la acreditación.

Los problemas de la calidad de los programas, así como los intentos de mejorarla a través de la acreditación, que se han discutido para el pregrado se replican en el caso del postgrado, especialmente en las disciplinas no asistenciales, que en buena medida han incrementado su número de manera descontrolada en los últimos años (Ascofame, 2001). Una recomendación en tal sentido se orienta a regular la formación de profesionales en estas áreas a través de mecanismos de acreditación de programas que limiten la oferta existente a aquellas instituciones que demuestren cumplir con estándares de calidad previamente diseñados y difundidos. Para ello se deben adoptar y sugerir a las universidades una serie de criterios académicos e incentivos para la modernización de sus programas que respondan al perfil esperado por el sistema.

Dichos criterios podrían incluir la evidencia de postgrados que exploren y detecten verdaderas necesidades sociales como punto de partida para programas de intervención, la utilización de medios informáticos para la búsqueda de información, el desarrollo de proyectos de investigación aplicados a la gestión o al diseño de políticas de intervención en salud pública según sea el caso, la incorporación de criterios de gestión y el diseño de políticas sanitarias basados en la evidencia.

Para garantizar que se avanza por el camino del equilibrio entre oferta y demanda se deben potenciar los procesos de recertificación de profesionales,



como se sugirió para las especialidades asistenciales; el mercado debe conocer el valor de cada profesional para facilitar así la elección y, por lo tanto, el avance hacia un equilibrio más justo, guiado por criterios de calidad. Otra estrategia tiene que ver con los docentes. Igual que para el caso de los programas de postgrados asistenciales, la calidad se garantiza del reentrenamiento de los docentes. Por tanto, otro criterio para estimular la calidad de los programas está enfocada hacia la vinculación y fortalecimiento de equipos docentes de planta, con formación docente e investigativa que permitan mantener un alto nivel de calidad en los programas y la generación de producción académica requerida para hacerlo competitivo en el ámbito nacional e internacional.

6.5 Potenciar alianzas con otras instituciones

Las alianzas estratégicas entre universidades nacionales y extranjeras, que diseñen verdaderos procesos de transferencia de tecnologías, deberán tener cabida dentro de una política de modernización. Para esto se pueden diseñar estímulos orientados hacia los resultados tangibles de estas alianzas, en términos de programas conjuntos de investigación donde participen alumnos y profesores e integración en redes globales de divulgación de información técnica y publicaciones conjuntas, entre otros aspectos.

6.6 Potenciar la investigación en políticas y servicios de salud

La evolución de los sistemas de salud y el desarrollo de procesos de reforma al sistema de salud en diversos entornos ha generado el interés y la necesidad de ahondar en el conocimiento de los procesos de reforma en sí mismos y del desarrollo de políticas que de ellos se desprenden. La existencia de numerosos grupos de investigación internacionales especializados en estas disciplinas (gestión de servicios de salud, economía de la salud, epidemiología clínica, etc) llevan a que nuevos programas se inserten en estos grupos de trabajo para el intercambio de información, proyectos e incluso gestión de recursos.

Este aspecto está ligado con el tema de la formación de docentes investigadores. Si no se cuenta con una masa crítica de profesores investigadores ojalá vinculados de tiempo completo, no hay garantía de calidad en los programas ni de realización de procesos investigativos competentes orientados a generar conocimiento y a aportar alternativas de modernización para el sector.



Este hecho hace necesario enlazar el componente de políticas institucionales con un sistema de incentivos que premie con recursos para la investigación a las universidades que desarrollan proyectos cualificados. Por lo que las facultades y los diferentes programas deben crear unas líneas de investigación claras, bien definidas, no establecidas al azar, o por quien patrocina la investigación; es necesario seleccionar líneas de investigación que sean acordes con las necesidades del contexto, del sistema y de la viabilidad de llevarlos a cabo con los recursos disponibles. Esto será responsabilidad de la institución educativa y de un grupo de docentes dispuestos a guiar el desarrollo del trabajo investigativo.

7. CONCLUSIONES GENERALES

La educación de postgrado tiene algunas características, como la gran diversidad de sus programas, que la hacen más complicada para planear y reglamentar que la educación de pregrado. Es, sin embargo, la forma de educación más cercana a los servicios mismos y debería ser por ello la más adaptada a la realidad laboral y la más apropiada para intentar aproximaciones entre la docencia y la prestación de los servicios. En educación de postgrado, más que en los otros ámbitos educativos, se está tratando con personas adultas, con profesionales críticos, cuya experiencia laboral previa y cuya madurez implican nuevas formas de concebir el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Aunque el reto sea mayor en los postgrados, principalmente pero no de forma exclusiva en los de tipo asistencial, es este ámbito el que más permite ensayar nuevos modelos formativos. Las condiciones políticas actuales son apropiadas para iniciar por el postgrado el control de la oferta de programas, la recertificación de profesionales o la profesionalización de una docencia de carácter tutorial.

De una debilidad, como es la fragmentación del mercado de postgrados, se puede derivar una oportunidad para poner a prueba la responsabilidad social de las instituciones educativas que estén dispuestas a intervenir sobre la educación especializada.

Capítulo IV

PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA LA EDUCACIÓN CONTINUADA

1. EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

Todos los países, y en especial aquellos en vía de desarrollo, deben priorizar la promoción de la educación y la actualización de sus ciudadanos, principalmente la de los adultos. La necesidad de capacitación fue patente en los países de América Latina después de la II Guerra Mundial, cuando se hizo evidente el alto índice de analfabetismo y, por ende, la urgente necesidad de implementar proyectos de educación para esos grupos de población. Era necesario que ellos formaran parte activa en los procesos sociales y económicos; y así, su participación aseguraría el desarrollo de esas sociedades nacionales.

En los años siguientes tuvo una gran acogida este tipo de educación, y La segunda conferencia sobre educación de adultos de Unesco (Montreal 1960) llegó al consenso de la importancia de la educación continuada y, a partir de la tercera conferencia sobre educación de adultos en Tokio (1972), se empezó a tomar la educación de adultos como sinónimo de educación continua (Arteaga, 1999).

La Organización Mundial de la Salud en la Vigésima Séptima Conferencia Mundial de la Salud (Ginebra 1974) insistió en la importancia de la educación continuada para los profesionales de la salud y recomendó a los países miembros el desarrollo de sistemas nacionales en esta área, con base en las necesidades del sector, tanto en el ámbito local como nacional. Así mismo, recomendó integrar los sistemas de educación y salud para este proceso (Abbat, 1990).



Un año más tarde, en 1975, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), a través de un grupo de Consulta, dio unas orientaciones que facilitarían la formulación y ejecución de Planes de Educación Continuada para los equipos de salud. Este trabajo fue la base para el proyecto por medio del cual Canadá apoyó el desarrollo de estos planes en ocho países de la región (Educación continua para el personal de salud , 1978).

Posteriormente, en 1988 y después de un arduo trabajo de grupo en los diversos países, el cual dio como resultado una propuesta sobre Educación Continuada, un Grupo Regional de Consulta, reunido en México, reconoció la validez de ésta y la adoptó como mecanismo para hacer de la educación de los trabajadores de salud un proceso permanente, que se remite al trabajo como eje del proceso educativo, fuente de conocimiento y objeto de transformación, que privilegia la participación colectiva y multidisciplinaria, y que favorece la construcción dinámica de nuevos conocimientos a través de la investigación, el manejo analítico de la información y el intercambio de saberes y experiencias (Arteaga, 1999).

La OPS, buscando contribuir a la operacionalización de la educación continuada en los servicios de salud, publicó el manual de la serie PALTEX No. 38. con el título Educación Permanente en Salud de María Cristina Davini, el cual constituye un instrumento metodológico que orienta el desarrollo del proceso (OPS, 1994).

En 1999 nace la Red Universitaria de Educación Continuada de América Latina y el Caribe (RECLA), con el propósito de impulsar y promover el desarrollo, crecimiento y proyección de la educación continua universitaria, en las instituciones de educación superior de Iberoamérica y el Caribe. Arteaga (1999) afirma sobre la educación continuada: “Si bien el hombre a lo largo de la historia ha buscado en la educación una herramienta de superación, es solamente en las últimas décadas cuando se desarrolla el proceso de construcción de la Educación Permanente como una estrategia suficientemente fundamentada desde el punto de vista conceptual y con unos elementos pedagógicos que viabilizan su ejecución” (Arteaga, 1999).

De igual manera, el informe de la OPS del año 2000, indica: “Sin educación continua la competencia decrece progresiva e inexorablemente como consecuencia de una dinámica influenciada por varios factores, tales como la incongruencia de la educación inicial con los requerimientos de la práctica, la creación de hábitos de dudosa validez a través de la práctica, la inexorable tasa de olvido en los conocimientos y el rápido cambio en los contextos de trabajo”⁴.



Es importante anotar que a escala mundial, se destacan Canadá e India por la calidad y el impacto que han generado en el sector salud sus programas de educación continuada. Ahora bien, en lo que hace a Colombia concretamente, ha sido muy grande, pero no controlado, el desarrollo de la educación continuada para el recurso humano de la salud; y es así como no existe ningún tipo de legislación o normatividad que regule la calidad de esta modalidad de formación, permitiendo, por ende, que cualquier institución, sea pública o privada, pueda ofrecer sin ningún control de calidad ni seguimiento o evaluación, este tipo de programas. Además no existe una política definida para la reconversión laboral de los trabajadores del sector.

Esta ausencia de control ha determinado que el proceso evolutivo de la educación continuada en Colombia carezca de etapas concretas, pues salvo por algunas experiencias de centros educativos o instituciones de salud, esta ha estado marcada por inmensos vacíos normativos y reglamentarios; de ahí, que ese desarrollo evolutivo haya sido más una consecuencia de factores externos - como los hitos mencionados previamente - que una respuesta a las pautas normativas dictadas al interior de nuestro país, excepto por aquellos cambios que las políticas de mercadeo han precipitado.

En efecto, Colombia no ha sido una excepción en cuanto a que los procesos educativos en servicios se han caracterizado por responder más a preferencias del docente que a necesidades de los servicios. Los diseños pedagógicos en este campo han privilegiado la simple transmisión de conocimientos, como los eventos presenciales masivos y descontextualizados. Eventualmente como respuesta a solicitudes concretas de funcionarios privilegiados o directivos que buscan mejorar su competencia o posicionamiento laboral, así su solicitud no tenga relación con las necesidades del servicio para el cual trabaja. De otra parte, las decisiones referentes a la capacitación del personal usualmente recaen en la responsabilidad única del Jefe de Personal y no obedecen a un juicioso análisis de un equipo directivo, que parta de la revisión de misión y objetivos de la empresa o programa en cuestión.

Finalmente, y en lo referente a la evaluación de los programas de educación continuada, es frecuente hallar que si existe ésta, generalmente se restringe a la evaluación por parte de los educandos del evento educativo mismo y no de un análisis más a largo plazo del impacto del proceso educativo en la calidad de los servicios o en la solución de problemas del desempeño.

¹ .<http://www.paho.org>



En Colombia, el cambio de sistema establecido por la Ley 100 de 1993 se constituye en el marco de actuación, que ha originado importantes transformaciones en las instituciones del sector, así como en la forma como se financian, organizan y prestan los servicios de salud. El ambiente de competencia que se ha generado y como parte de la dinámica propia de las fuerzas del mercado, ha incidido sobre el comportamiento de los actores institucionales y del personal que no estaban preparados para tales cambios y para unas relaciones de oferta y demanda de servicios bajo un enfoque de atención gerenciada (managed care).

Como respuesta a esto, el sector educativo generó una avalancha de cursos, seminarios y diplomados, que han buscado ofrecer al personal de salud, las herramientas necesarias para enfrentarse a un sistema tan novedoso como desconocido. En muchos casos sin tener en cuenta que dicha capacitación, deberá estar contextualizada a los escenarios y tendencias que el mismo sistema propone.

2. ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Por poseer unas características especiales en cuanto a su diseño, programación y desarrollo, la educación continuada es el ámbito de formación que menos genera información relacionada con número de programas existentes a la fecha, ubicación geográfica, tipología en cuanto a intensidad horaria, modalidad, contenidos y enfoques.

Ahora bien, las quejas de los egresados y empleadores concuerdan en que existe un “divorcio” entre el sector educativo y el sistema de salud. Lo que para nada es extraño ya que es común para las demás instancias formativas. En efecto, por un lado, no se les da a las personas una formación adecuada y consecuente con la realidad del sistema y, por otro, existe una gran diferencia entre los perfiles profesionales, los perfiles ocupacionales y los requerimientos laborales.

Los egresados de los diferentes niveles de formación en salud, a menudo, no están preparados para afrontar la realidad colombiana; no saben cómo tratar a la población rural e indígena, ni cómo enfrentar los problemas propios de las regiones de difícil acceso del territorio nacional; no conocen las características del nuevo Sistema General de Seguridad Social en Salud, ni sus implicaciones prácticas; no saben llevar a cabo los trámites a fin de obtener los diferentes recursos para el sector salud e ignoran las consecuencias civiles



y penales que se pueden derivar del ejercicio profesional. Además, en algunas ocasiones, los centros educativos forman profesionales bajo los parámetros que exige el nuevo sistema de salud, pero el mismo sistema no ofrece a los egresados oportunidades en las cuales puedan poner en práctica sus nuevas competencias, por lo cual terminan acoplándose a un modelo ya obsoleto, que les impide aplicar las habilidades recién adquiridas.

En ese marco, los programas de educación continuada que se ofrecen no responden ni guardan relación con los objetivos y lineamientos de una política nacional para el desarrollo del personal de salud, ni han sido concebidos necesariamente como respuesta a las necesidades reales del sector. Son diseñados por el sector académico, a menudo con enfoques teóricos y descontextualizados y en respuesta a demandas individuales de los trabajadores que buscan la educación continuada como instrumento de mejorar las oportunidades de empleo.

El campo de la educación continuada se ha convertido en un verdadero “mercado” en el cual participa una variedad de centros educativos, y sobre el cual no existe una regulación clara por parte del Estado. Así organizaciones de todo tipo, asociaciones profesionales, laboratorios farmacéuticos, agremiaciones que hacen parte del sistema de seguridad social en salud, ofrecen por tiempo determinado, sus propios programas de educación continuada que no responden a una evaluación previa de las necesidades de los equipos de trabajo, no son permanentes, ni tienen un sistema de evaluación de calidad y mucho menos del impacto que éstos puedan tener en el sector.

Los contenidos de algunos programas, a menudo, repiten lo enseñado en el pregrado, pues se crean a partir de aquello que los discentes ya saben, sin que impliquen un nuevo aporte al conocimiento y un complemento a la experiencia. Además, en muchas ocasiones los docentes son superespecialistas o profesionales que están muy alejados de la realidad del contexto, lo que frecuentemente les impide transmitir en forma clara y pragmática sus conocimientos y experiencias.

De otro lado, la crisis económica que esta viviendo actualmente Colombia ha afectado también al sector educativo y esto, sumado a la gran competencia entre las universidades y los centros educativos, determinada por la sobreoferta de programas, ha llevado a un deterioro en la calidad de dichos centros y de la formación de los egresados. Los criterios de selección de los aspirantes, especialmente cuando las solicitudes son escasas, son poco claros y excesivamente flexibles o se limitan a la capacidad de pago. Por otra parte, el interés de los educandos a menudo está determinado, más por la obtención



de diplomas o certificados que por la auténtica necesidad de dicha capacitación, porque ésta les puede significar una mejor remuneración o ubicación en el sector.

En consecuencia, la demanda que existe y aquello que en la práctica ofrece el sector educativo, no siempre es lo que el sistema de salud requiere; los cursos responden más a demandas individuales que a expectativas colectivas o laborales. Hasta el momento, muy pocos gremios y organizaciones han desarrollado estudios sobre las competencias que el recurso humano en salud adquiere en los programas de educación continuada, y pocos han evaluado el impacto que, a largo plazo, generan estos cursos en el sector.

Así mismo, se encontró que después de la Ley 100 de 1993 se ha venido registrando un cambio en la modalidad de contratación de personal por parte de las empresas, las cuales en su mayoría tienden a la contratación por servicios prestados, de acuerdo con la Ley 80, lo cual no establece ningún tipo de vinculación laboral entre el trabajador y la empresa.

Por lo tanto, no solamente los presupuestos para capacitación son exigüos, sino que, además, las empresas no están interesadas en capacitar a quienes en realidad no son sus empleados permanentes. En algunas empresas del sector privado una parte de su presupuesto es destinada a la capacitación de sus empleados, buscando que éstos estén actualizados en el entorno en que se desempeñan. Sin embargo, con frecuencia sucede que esta capacitación no tiene una adecuada planeación y el presupuesto destinado a ella, se invierte en cursos innecesarios tanto para los empleados como para la empresa.

Desde otro punto de vista, dado que los centros educativos han perdido presencia y no han respondido a las necesidades precisas de las empresas del conocimiento, algunas han creado sus propias “universidades empresariales”, olvidando, en algunos casos, su esencia y razón de ser. Las empresas buscan a través de estas “Universidades” tener un mayor control del proceso de aprendizaje, estableciendo vínculos más estrechos entre los programas de aprendizaje y las metas y estrategias de la organización. En Colombia, en el sector salud, la única empresa que tiene una Universidad Empresarial es el Instituto de Seguro Social.

Algunas evaluaciones no formales de la educación continuada que imparten las universidades empresariales, frecuentemente han mostrado que estas ofrecen cursos con idénticos contenidos a las mismas personas, tal vez por la necesidad de utilizar los fondos destinados a la capacitación. Otro hallazgo es que, a pesar de estar dirigida a adultos, la educación continuada utiliza



metodologías pedagógicas tradicionales y desactualizadas, no apropiadas para la población adulta, pues está basada en la transmisión teórica de conocimientos y no en el desarrollo práctico de competencias y destrezas. Así mismo, una práctica pedagógica inapropiada y carente de utilización de recursos tecnológicos, impide la participación activa y el intercambio de experiencias por parte de los alumnos, con lo cual se desaprovecha la oportunidad de recuperar las experiencias de los trabajadores y la construcción de nuevos conocimientos.

En lo que hace a factores como el horario, la forma de pago y el escenario de la educación continuada, se ha encontrado que no son producto de un consenso de quienes la imparten y la reciben, sino que obedecen a la decisión unilateral de quien tiene a su cargo el desarrollo del evento, lo cual mengua el interés y la motivación de los estudiantes. En efecto, en relación con el horario de los cursos se ha encontrado, entre otras, las siguientes falencias: la capacitación se dicta en las horas de trabajo, represando las tareas del empleado, ya que, regularmente las empresas no cuentan con recursos para remplazar a sus trabajadores cuando los envían a capacitarse. En otros casos, la educación continuada se imparte en los días y horas de descanso de las personas a quien va dirigida, lo cual origina rechazo.

Además, es necesario resaltar que un proceso educativo centrado en su proceso de modernización permanente y en los cambios del entorno social, conlleva la necesidad de pensar en la “reconversión laboral” de las disciplinas. Como ya fue mencionado en las recomendaciones para el pregrado, es necesario que las instituciones formadoras, en asocio a las instituciones del sector salud, definan los nuevos perfiles profesionales y técnicos del sector que basados en el cumplimiento de precisas y bien difundidas competencias profesionales, señalen el norte y trabajo futuro de las nuevas disciplinas de la salud. En este aspecto la educación continuada juega un papel fundamental, pues será en buena medida a través de esta, que sector educativo y sector de servicios, reorienten las necesidades de formación en función de nuevas responsabilidad, tareas y roles que este cambio amerita.

Precisamente y respecto a la aplicación de las competencias adquiridas durante un programa de educación continuada, se ha encontrado que, si las habilidades y conocimientos que han sido satisfactoriamente aprendidos, no se aplican, sea porque el ambiente en el cual se desempeña el profesional lo impide, lo hace inadecuado, o sencillamente no lo requiere, este tipo de formación pierde credibilidad y antes que propiciar el cambio de roles y competencias, genera frustración y limita el cambio.



3. RECOMENDACIONES PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN CONTINUADA

3.1 Aspectos generales

La responsabilidad del desarrollo de la educación continuada, debe estar a cargo, primero, de las instituciones educativas, de un lado porque son los entes con mayor experiencia, calificación y posibilidades de reconocimiento oficial de la formación y, de otro lado, porque tienen la posibilidad de conocer a las empresas del sector y, de esta forma, identificar eventuales deficiencias o debilidades y los requerimientos en la formación de su personal; segundo, de las empresas del sector salud, las cuales conocen a cabalidad su misión, visión y objetivos, lo que les permite determinar con mayor acierto las necesidades de capacitación de su recurso humano y estar más acorde con su propia realidad; y tercero, del personal del sector salud, quienes serán, en últimas, los beneficiados con una capacitación acorde con sus necesidades y expectativas.

Desde la perspectiva de las empresas de salud, estas deberán organizar su plan de Educación Continuada a partir del diagnóstico institucional, en términos de identificación de necesidades. El programa deberá ser soportado por el Plan de Desarrollo Institucional, como parte de él, y entendido como una responsabilidad crítica del equipo directivo de la empresa y no sólo como una función exclusiva del Jefe de Personal, teniendo como principio que toda organización de salud que quiera estar vigente en el medio debe tener un proceso permanente de aprendizaje y para lograrlo debe desarrollar las siguientes actividades:

- ↳ Mantener un proceso constante de autoevaluación de la práctica, tanto en el componente administrativo como clínico.
- ↳ Revisar, evaluar, escribir y documentar sus experiencias exitosas y no exitosas para tener su propia historia y no repetir errores.
- ↳ Informar de cualquier estrategia que se tome en la institución a todos los empleados, en toda la organización, mostrando qué beneficios ha traído o se espera que produzca esa decisión para las personas y para la misma organización.



- ↪ Aprender no sólo de sí misma, sino de las experiencias de las otras organizaciones, por ejemplo a través de “Benchmarking”. Para esto, es necesario que las instituciones sean abiertas y receptivas a las críticas y a los nuevos modelos.
- ↪ Debe existir apertura a oportunidades de innovación, explorando información gerencial sobre experiencias en otras partes del mundo.
- ↪ Escuchar a sus trabajadores y aprender de ellos.

Lo ideal es que exista una construcción colectiva de los Programas de Educación Continuada entre los diferentes actores del Sistema de Seguridad Social en Salud. La definición de las necesidades de capacitación no puede ser realizada por un único actor y mucho menos por una sola persona de cada sector; debe haber participación amplia y conjunta para que se pueda planear y desarrollar un verdadero programa de educación que responda a las necesidades reales de dicho sistema.

Las ventajas de este proceso conjunto son múltiples: a) Permite recuperar el conocimiento y la experiencia de los trabajadores, motivándolos a una participación más activa en la definición de procesos de desarrollo de los servicios y, adicionalmente, aumentar su sentido de pertenencia y compromiso, además de sensibilizarlos a aceptar los procesos educativos; b) Para el sector educativo es una oportunidad de conocer el contexto para el cual forma al recurso humano, lo cual enriquecerá y hará más pertinente los procesos de reformas curriculares, y ayudará a definir las líneas de investigación más útiles para la solución de los problemas del sector; y c) Para las empresas (servicios, instituciones y programas) es una oportunidad de emprender un proceso de planeación y desarrollo empresarial.

3.2 Enfoque y orientación conceptual

A fin de precisar la orientación que ha de tener la educación continuada, es necesario definir dicho concepto. De acuerdo con Ceballos podemos definir educación continuada en salud como: *“El proceso de aprendizaje en los servicios de salud presente durante toda la vida laboral del trabajador, que tiene como ejes fundamentales la problematización y transformación de los servicios por el propio trabajador y su participación consciente y activa, con un alto grado de motivación y compromiso, en la elevación de la calidad de las actividades profesionales que él brinda a la población”*



(Ceballos, 1993). Así mismo, se ha entendido como educación continuada el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permiten al trabajador de salud, mantener, aumentar o mejorar su competencia para que ésta sea pertinente al desarrollo de sus responsabilidades (Abbat, 1990, pg, 7).

Desde la perspectiva de las anteriores definiciones, se debe asumir la Educación Continuada como complemento y actualización de las competencias adquiridas por las personas en su campo específico de desempeño y en el proceso de desarrollo humano. Es decir, desde ningún punto de vista se puede entender este nivel de formación como un proceso “remedial” de la formación de pregrado.

Así las cosas, las expectativas que brinda al personal en salud la educación continuada, es que a través de la misma se pueda corregir las falencias en la prestación de los servicios de salud, para alcanzar de esta forma el mejoramiento de las competencias y, por ende, la elevación del nivel de salud de la colectividad. Todo esto, teniendo en cuenta que sólo estableciendo previamente las necesidades y deficiencias del sector salud y de la gestión de su recurso humano, es posible precisar la dirección en que se les ha de preparar para el desarrollo de sus habilidades y competencias laborales.

En conclusión, todo el personal de salud que acceda a un programa de educación continuada deberá adquirir la formación suficiente para desarrollar responsabilidades, asumir compromisos relacionados con la transformación institucional y sectorial, y realizar nuevos aportes en los aspectos prácticos, sociales, políticos y conceptuales. Lo anterior, les permitirá adaptarse con mayor facilidad y, por ende, contribuir al cambio de las instituciones del sector salud.

3.3 Elementos referenciales para los programas

3.3.1 Perfil profesional y ocupacional

A través de la educación continuada se debe desarrollar el siguiente perfil profesional y ocupacional en el personal de salud que adelante esta modalidad de formación:

- ✎ Trabajadores con un alto desarrollo personal e individual.



- ✦ Individuos capacitados para trabajo en equipo; el cual, si bien es más complejo tiene más impacto en el logro de los objetivos del grupo y de la empresa en general.
- ✦ Profesionales competentes para dispensar servicios de salud, permanentemente actualizados frente a los desafíos que día a día les presenta la evolución misma del conocimiento y los cambios del contexto laboral.
- ✦ En el sector salud la importancia de la educación continuada es mucho mayor, puesto que algunos profesionales estudian, a lo sumo, una especialización y unos pocos máximo dos especializaciones, lo que, en un momento dado, hace pensar que dichos trabajadores, fuera de esos estudios, no tienen otra fuente de actualización que les permita crecer en los planos profesional y personal.
- ✦ Personas con una sólida formación humanística y ética, que les ayude a comprender la responsabilidad de su misión.
- ✦ Profesionales que comprendan la importancia de la investigación para el enriquecimiento de su desempeño.

3.3.2 Evaluación de prácticas

Para lograr los objetivos anteriores, se deben buscar estrategias que permitan evaluar la práctica antes y después de impartida la educación. Las siguientes son algunas de dichas estrategias:

- a) Supervisión formadora: A través de la misma, se busca determinar las necesidades de capacitación individuales. En la práctica, dicha supervisión debe hacerse evaluando la forma en que los trabajadores de salud, tomados individualmente, realizan su trabajo.
- b) Evaluación del desempeño: Es ante todo un método de evaluar el trabajo de una persona en el contexto de su ambiente institucional o comunitario; se trata de formular juicios acerca de la calidad y pertinencia del desempeño del trabajador con respecto a las necesidades de las personas, la organización para la que trabaja y la sociedad con la que interactúa, con base en la observación y el análisis del trabajo realizado.
- c) Procesos de auditoría: Buscan identificar las fallas y dificultades que existen en el proceso de prestación del servicio, con el propósito de retroalimentar a las personas que participan en él.



Las tres estrategias mencionadas pretenden identificar los puntos fuertes y las deficiencias del desempeño de los trabajadores y deben, por lo mismo, ser la base de una planificación conjunta de la capacitación necesaria.

3.3.3 Reconocimiento de las necesidades sociales

A fin de que el proceso de educación continuada, responda a las necesidades de la comunidad, los diferentes actores deberán:

- ↳ Escuchar sugerencias de la comunidad: Tener en cuenta las sugerencias de los grupos de trabajo, por ejemplo las Asociaciones de Usuarios, a través de los cuales la sociedad puede expresar sus opiniones o descontento con la calidad del servicio prestado por el sistema de salud.
- ↳ Tener un conocimiento previo: Conocer el perfil epidemiológico, que proporcione datos acerca de la morbi-mortalidad, necesidades y riesgos de la comunidad y atender a los aportes de evidencia científica, para de esta manera asegurar que la educación continuada que se impartirá al personal de salud responderá a las necesidades reales de cada grupo poblacional donde estos trabajadores se desempeñen.
- ↳ Identificar el perfil del servicio de salud: finalmente, en lo que hace al sistema de salud, la estrategia principal para identificar los requerimientos del mismo, es la realización de un perfil del servicio de salud, que describa cuantitativa y cualitativamente el trabajo desarrollado por dicho sistema, partiendo de un análisis comparativo con el servicio prestado a diversos grupos de población, determinados por edad, sexo, factores geográficos, sociales y culturales; por ejemplo, número de vacunas aplicadas, número de mujeres embarazadas que reciben atención prenatal. Esta estrategia tiene la capacidad de formular indicadores que permitan conocer la situación actual del sistema de salud.

3.4 Objetivos de los Programas

El propósito de los programas de capacitación es lograr el desarrollo de las competencias del personal de salud, a fin de mejorar, de esta forma, la calidad de vida de la población, buscando siempre que dicha capacitación esté articulada con las realidades demográficas y epidemiológicas del país o región y las políticas del Sistema de Salud.



Lograr que el personal de salud, en sus diferentes categorías, profesiones y oficios tome la educación continuada como parte esencial de su desarrollo profesional, se sienta satisfecho en su área de desempeño y, por lo tanto, con un mayor sentido de pertenencia con la institución a la cual está vinculado.

No se puede perder de vista que los objetivos de la educación continuada son diferentes a los de postgrado y pregrado, en la medida en que, cuando un profesional acude a un programa de esta naturaleza -educación continuada- tiene ya una educación básica y lo que busca es adquirir otras competencias y habilidades para mejorar su desempeño profesional y humano.

A partir de las anteriores precisiones, se puede concluir que los objetivos de la educación continuada se deben enmarcar en los siguientes lineamientos:

- ✦ Promover el desarrollo integral de los trabajadores del sector de la salud, a través de la utilización del espacio, el contexto y la cotidianidad del trabajo, así como el análisis y resolución de los problemas que se presentan en la práctica.
- ✦ Ordenar los múltiples conocimientos que el profesional ha adquirido previamente, de tal forma que pueda comprender y asumir su dirección, sentido y utilidad.
- ✦ Permitir que el uso de los recursos disponibles y los procedimientos existentes sea aplicado con máxima eficiencia.
- ✦ Fomentar el proceso de aprender a aprender teniendo como eje la reflexión acerca de la propia actividad profesional y la capacidad de crítica y autocrítica

Ahora bien, dichos objetivos deben responder primero, a los requerimientos reales de la comunidad y, segundo, a las necesidades del sistema de salud, de las empresas y de los trabajadores del sector. Obviamente, los objetivos, contenidos curriculares y métodos, deben ser congruentes con la problemática local y los recursos disponibles.



3.5 Elaboración de un Plan de Educación Continuada

3.5.1 Aspectos metodológicos

Una nueva metodología en el proceso de capacitación continuada, debe facilitar a cada uno de los educandos la identificación de sus responsabilidades, sus eventuales deficiencias u omisiones, las formas de participación, los logros esperados y los mecanismos de retroalimentación.

La educación continuada, en la medida en que va dirigida a grupos de personas adultas, exige que las metodologías utilizadas sean dinámicas, innovadoras y ajustadas a las características especiales de dichos grupos; teniendo en cuenta que se trata de personas que han tenido un proceso educativo anterior y que, a partir del conocimiento adquirido, buscan actualizarse, intercambiar con los demás estudiantes experiencias vividas y trabajar sobre contextos reales.

Los métodos utilizados deben ofrecer alternativas que ayuden a las personas a mejorar su proceso de aprendizaje, motivándolos a que construyan su propio proyecto pedagógico, a través de la investigación. El nivel de educación al que se está haciendo referencia, debe constituirse en una propuesta educativa, que promueva la búsqueda de información, la actualización y el desempeño profesional en términos de desarrollo de habilidades, destrezas y capacidades.

Así mismo, debe buscar que el educando sienta que lo que está aprendiendo, es pertinente, se puede aplicar en su trabajo; es decir, que es un *“aprendizaje significativo”*, y para tal fin, los espacios docentes deben ser, en la medida de lo posible, los escenarios laborales reales, para que el estudiante pueda poner en práctica sus conocimientos tan pronto como los recibe y con el acompañamiento de un tutor, quien podrá guiarlo en esta labor.

Ahora bien, la metodología en la educación continuada no debe mirarse únicamente desde la perspectiva del educando, sino que, en dicho proceso debe intervenir activamente la figura del docente. En efecto, además de tener un alto nivel de reconocimiento profesional, el maestro debe generar credibilidad, por lo que ha de poseer una amplia experiencia práctica y ésta debe ser reconocida por los educandos.

Igualmente, es esencial fortalecer la competencia de los docentes, pues lo ideal es profesionalizar el oficio de la educación, dado que no es suficiente que el docente sea buen profesional, sino que debe contar con la capacidad pedagógica necesaria para transmitir ese conocimiento y generar en los



estudiantes motivación por la investigación y el aprendizaje, además de ser adecuada figura de identificación. Desde otro punto de vista, no cabe duda de que así como en el mundo actual el desarrollo de la tecnología ha sido puesto al servicio del ser humano, la educación no ha sido ajena a este proceso. Es así, como se ha venido presentando un fenómeno de incorporación de nuevas tecnologías en la educación, como computadores, video beam, teleconferencias, videoconferencias, internet, etc. La incorporación de estas nuevas tecnologías tiene lugar en un contexto con dos características esenciales: primero, la significativa velocidad que ha adquirido la producción de conocimientos y, segundo, la posibilidad de acceder a un enorme volumen de información.

En estas condiciones, la educación ya no debe estar dirigida únicamente a la transmisión de conocimientos y de informaciones, sino a desarrollar la capacidad de evaluarlos críticamente, incorporarlos, producirlos y utilizarlos. Ahora, la experiencia demuestra que la aparición de estas nuevas tecnologías no implica necesariamente el desarrollo de innovaciones cognitivas; las actividades de investigación y de acceso a la información para resolver un problema no están resueltas con la simple implementación de dichas tecnologías.

La tecnología, referida al uso de hipermedios, el saberlos utilizar y su aplicabilidad en el proceso de enseñanza, deben ser manejados con prudencia, ya que no podrán nunca sustituir la figura del profesor tutor, y éste tendrá que estar preparado para ejercer su docencia tanto en los lugares donde exista esa tecnología como en los sitios en donde aún no se ha desarrollado, sin que ello deba implicar una limitante para su labor docente.

3.6 Evaluación de los Programas

Se entiende por evaluación un proceso en el cual se compara una situación dada contra una situación deseada, se obtienen conclusiones y se emiten juicios de valor. La evaluación no debe estar orientada únicamente a la asignación de una calificación, sino que debe buscar explicaciones en relación con el comportamiento de los hechos o de los resultados. En consecuencia, no se trata de un evento puntual sino que, por el contrario, se extiende a lo largo de todo el proyecto pedagógico, utilizando indicadores válidos y confiables previamente diseñados y patrones de referencia de aceptación general. A través de la evaluación de los programas de educación continuada se busca retroalimentar constantemente el proceso educativo y generar los cambios necesarios para su mejoramiento permanente.



No obstante, dadas las características especiales del mercado de la educación continuada, se hace muy difícil implementar un sistema de evaluación y acreditación de estos programas. En efecto, dicho nivel educativo no se encuentra contextualizado dentro de la normatividad y la reglamentación de los demás niveles de formación; por eso es necesario crear grupos de trabajo que se encarguen de revisar y evaluar los programas de educación continuada.

En el proceso de evaluación del proyecto de educación continuada se deben realizar diferentes actividades que permitan llegar a una comprensión tanto de los distintos componentes como de la totalidad del proyecto. Para tal fin, se han definido cuatro aspectos fundamentales que se deben evaluar en el proceso educativo: Plan, Proceso, Producto e Impacto.

3.6.1 Evaluación del plan

3.6.1.1 Pertinencia

La responsabilidad de la educación continuada del personal del sector salud es tanto de la organización para la que labora como del trabajador mismo. En este caso, la pertinencia será evaluada bajo la perspectiva de si el programa cumplió con los objetivos de cada individuo y de la organización para la cual labora. A fin de cumplir con el propósito previamente expuesto, la implementación de la educación continuada en las instituciones del sector debe ser congruente con el plan de desarrollo empresarial de las mismas, en relación con la naturaleza, misión y visión de la empresa. Así mismo, se deberán tomar en cuenta los cambios que proyecta tener la organización en un futuro, para determinar las necesidades en relación con el recurso humano que requerirá para afrontar esos nuevos retos. En este caso, la pertinencia será evaluada de acuerdo con los objetivos de desarrollo organizacional alcanzados a través de la capacitación.

Desde el punto de vista sectorial, es imperativo que haya una política de desarrollo del personal en salud a nivel macro, liderada por el Ministerio de Salud, la cual debe planear el desarrollo de las personas del sector, a lo largo de su trayectoria en el mismo, evitando que se presenten situaciones en las cuales hay individuos que pueden estar siendo “desaprovechados” en el sitio de trabajo, para poder, a partir de este diagnóstico, reubicarlos en otro nivel en el que tengan la posibilidad de aplicar mejor sus conocimientos y/o habilidades y competencias adquiridas y ser útiles a la población en general y al sector en particular.



Para efectos del desarrollo profesional es importante contar con un *plan de educación continuada*, el cual debe ser construido conjuntamente por los sectores de salud y educación. En tal virtud, la pertinencia de la educación continuada que reciben las personas del sector, sería evaluada de acuerdo con el mejoramiento de los indicadores de gestión de los servicios e indirectamente deben contribuir al mejoramiento de los indicadores de salud de la población.

Finalmente, se debe enfatizar en la necesidad de que tanto las instituciones universitarias como las organizaciones que imparten este tipo de educación tengan unas líneas de investigación por grupos que permitan identificar los temas en los cuales es necesario profundizar la capacitación o ampliar el conocimiento.

Los planteamientos hechos en este punto aseguran que los programas de educación continuada respondan a las necesidades reales del individuo, de las organizaciones y del sector salud.

3.6.1.2 Objetivos

Todo programa formativo debe tener claramente enunciados tanto el objetivo general de la actividad, como sus objetivos específicos. Su ausencia, la falta de claridad o de concreción comprometerán gravemente los siguientes pasos del proceso e imposibilitará una correcta evaluación de la actividad formadora.

De los objetivos de la educación continuada, de dónde y a quién se esté impartiendo la misma y de los métodos que se adopten, dependerá la forma en que se haga la evaluación de la educación en salud, utilizando para ello los diferentes instrumentos que tenga a su disposición (exámenes, presentaciones orales, simulación con pacientes, etc.)

En efecto, todo proceso de educación continuada debe tener claro los sistemas de evaluación, los cuales deberán estar basados en los objetivos y los indicadores propuestos que permitan determinar si la formación ha sido efectiva y retroalimenten los procesos futuros de capacitación.

3.6.1.3 Contenidos y Metodologías

Los contenidos a desarrollar durante la educación continuada deben ser congruentes con los objetivos que fijó el programa, debiendo justificar cada tema incluido en el mismo. La (as) metodología (s) propuesta (s) deberán estar claramente identificadas y ser las más adecuadas para la consecución del objetivo final del programa. Estas metodologías pueden abarcar desde la



clase magistral hasta las sesiones prácticas. Deberá prestarse especial atención a la actividad del alumno, fomentando su protagonismo y participación como estrategia para asegurar un correcto aprendizaje.

3.6.2 Evaluación del proceso educativo

Este es el único aspecto que se evalúa en muchas ocasiones y, usualmente, se hace a través de una encuesta de satisfacción a los alumnos. La evaluación del proceso de educación continuada debe ser hecha tanto por los alumnos, como por los profesores, a fin de que el responsable del desarrollo de dicho proceso educativo elabore un informe que contenga los aspectos positivos, los puntos susceptibles de mejorar y las sugerencias para futuras capacitaciones.

Esta evaluación debe versar especialmente sobre aspectos organizativos, de infraestructura, idoneidad del material entregado y de la metodología utilizada, así como una valoración de la participación de los alumnos y el desempeño de los profesores. Si bien, generalmente, para este tipo de evaluación se utilizan escalas cuantitativas, la experiencia enseña que una evaluación cualitativa, utilizando preguntas abiertas, arroja una información más enriquecedora y útil. Por lo tanto, es aconsejable combinar los dos sistemas.

3.6.3 Evaluación del producto

Este es un elemento clave en todo programa formativo y normalmente ausente en la educación continuada, en la que la certificación de los alumnos se hace, en el mejor de los casos, bajo criterios de asistencia y no teniendo en cuenta si se han alcanzado los objetivos de aprendizaje establecidos en el programa.

Existen dos productos en un sistema de educación continuada: producto intermedio y producto a largo plazo. El producto intermedio está relacionado con las competencias que el recurso humano del sector adquirió en su proceso educativo; el producto a largo plazo deberá evaluarse desde las perspectivas de cambio en la administración de atención en salud y cambios de condiciones de salud de la población.

Más allá del carácter evaluativo “per se”, sería importante hacer una retroalimentación con el alumno respecto de sus logros de aprendizaje, reforzando los aspectos positivos e identificando las carencias encontradas. No obstante, se debe tener en cuenta que el aprendizaje no finaliza cuando termina el proceso educativo, sino que los alumnos requieren de un lapso adicional a fin de digerir lo aprendido y tener la oportunidad de aplicarlo,



antes de que ese aprendizaje empiece a ser parte del conjunto de competencias del profesional. Existe otro tipo de evaluación, que se traduce en el seguimiento permanente que debe hacerse a los profesionales, a fin de validar, periódicamente, la vigencia de los conocimientos y competencias adquiridas en la educación continuada.

3.6.4 Evaluación del impacto

En muchas instituciones de educación la demanda ha disminuido y, frecuentemente, el punto de equilibrio de los diferentes programas no se logra, lo que impide que se pueda hacer una buena selección de los aspirantes a los programas y, por ende, conformar grupos de personas en las que verdaderamente puedan tener impacto la educación impartida.

Aunque es muy difícil medir este impacto, ya que en muchas ocasiones las personas pueden haberse capacitado muy bien y esta capacitación haber generado cambios importantes en el desempeño laboral del individuo, no hay que olvidar que éste debe interactuar en un medio que lo afecta e interviene en su desarrollo profesional. Se sugiere establecer unos indicadores de gestión que queramos alcanzar con la educación continuada y, posteriormente, evaluar estos indicadores para determinar si se lograron los objetivos propuestos al inicio de la capacitación.

3.6.5 Evaluación de la calidad

A fin de evaluar la calidad de los programas de educación continuada se sugiere:

- ✚ Configurar un modelo común de acreditación para estos programas, con tres elementos claves: factibilidad, fundamentación y transparencia. Esta labor de acreditación debe ser descentralizada en todo el país y liderada y coordinada por el Estado, a través del organismo competente (Ministerio de Educación y/o Ministerio de Salud), en desarrollo de su obligación constitucional de invertir en el sector social y de actuar como ente regulador.
- ✚ No cabe duda de que los sistemas de acreditación pueden ser un instrumento de control tanto para el Estado, como para la sociedad en general. La divulgación de los resultados de este proceso podría facilitar la elección de las mejores opciones.
- ✚ En esta medida, el proceso de autoevaluación o acreditación voluntaria es un primer paso en el control de calidad que las universidades ejercen sobre



sus propios programas; sin embargo, no es suficiente para ejercer un control sobre dichas universidades, ya que además de disponer de la información técnica, se necesita tomar decisiones políticas efectivas y aplicar medidas de sanción y de control sobre aquellas instituciones que no cumplan con las exigencias mínimas de calidad.

- ↳ Capacitar a los docentes y los discentes, para que evalúen sus propios procesos de educación.
- ↳ Lograr que las universidades e instituciones educativas tengan una retroalimentación del sector salud (EPS, IPS, Secretarías de salud, etc.) sobre los profesionales que están formando y sobre el impacto que esta capacitación está teniendo en el sector

3.7 Investigación y desarrollo del conocimiento

Se ha entendido la investigación como uno de los instrumentos más aptos y eficaces para desarrollar estudios que apoyen y fortalezcan la toma de decisiones en el área educativa, en especial, en lo relacionado con la formación, capacitación y actualización del personal de los sistemas y servicios de salud.

En este contexto es necesario asumir la investigación, no sólo como la razón de ser de la academia, sino como una estrategia que debe ser dotada de un marco conceptual y de unos instrumentos que permitan concretarla en términos prácticos y útiles para la sociedad, para lo cual se requiere de una infraestructura, recursos humanos y económicos, que tendrán como eje central la formación de personal para la investigación.

No cabe duda de que, en el desarrollo de los procesos de investigación en salud, deben coparticipar todos los actores del sector, pues a partir de sus experiencias es posible interpretar mejor los hechos, a fin de identificar problemas de investigación y sugerir alternativas de solución.

Según Arteaga: *“El trabajo en salud es una fuente exquisita de problemas de investigación, en todos los subsectores, niveles, áreas y campos de acción; en lo individual y lo colectivo; en lo biológico, psicológico, económico, político y cultural; en lo filosófico, epistemológico y en lo pragmático; en la planeación, en la gerencia y en la administración. Esto es, hay un vasto campo abierto para todas las áreas del conocimiento y no se agota únicamente en aquellas variables con que tradicionalmente*



se han estudiando las condiciones de enfermar y de morir de las poblaciones (Arteaga, 1999) :

La investigación científica también se preocupa por identificar las necesidades que existen en el sector, a partir de las experiencias cotidianas del recurso humano, con lo cual es posible sacar el proceso de investigación del círculo conformado exclusivamente por individuos y grupos con elevados niveles de conocimiento. En efecto, actualmente se propone que la labor investigativa se desarrolle como mecanismo continuo generador de conocimientos y facilitador de soluciones prácticas a problemas concretos de los servicios de salud, en los cuales los investigadores son sujetos activos.

De esta forma, se logra la aplicación del concepto de investigación participativa, en la que se hace imperativo involucrar a los trabajadores en el proceso de identificación de los problemas en el servicio, la formulación de soluciones -sea del orden educativo o logístico- la aplicación de las mismas y la evaluación posterior de las estrategias aplicadas. Así mismo, la investigación participativa busca reconocer y sistematizar el conocimiento popular a fin de promover la participación real de la población en la programación y ejecución de las acciones que competen al desarrollo.

El tipo de investigación al que se ha hecho referencia, no sólo procura un trabajo de investigación, sino una labor auténticamente educativa en la que los grupos participan en la producción de conocimientos concretos sobre su propia realidad, en el contexto socioeconómico y cultural en el que se desenvuelven.

Para concluir, en este escenario participativo, deberán tomar parte activa del proceso de investigación y desarrollo de conocimiento los dos sectores comprometidos en la educación continuada: salud y educación.

4. INTEGRACIÓN CON LOS OTROS ÁMBITOS DE FORMACIÓN

Para el desarrollo de este punto es necesario partir del concepto de que en los servicios de salud, los procesos educativos, sea cual fuere el nivel de formación al que se refiera, tienen como fin el desarrollo de los conocimientos, habilidades y destrezas de los trabajadores del sector y representan una serie de actividades denominadas capacitación, adiestramiento o cursos. Dichos procesos educativos deben responder a las necesidades concretas del proceso productivo, parte importante en la consecución de los fines de los servicios de salud. Así las cosas, la formación del personal de salud no puede ser concebida



como un concepto rígido e inmutable, por el contrario se trata de un proceso sin solución de continuidad.

De los diferentes ámbitos de formación, la educación continuada se constituye en el proceso de aprendizaje con mayor proyección en el tiempo, en la medida en que su duración es paralela a la vida laboral y útil del trabajador. Consecuentes con lo anterior, se debe decir que el mayor aporte que hace la capacitación continuada a los demás niveles educativos, es la identificación de vacíos y falencias que tiene el profesional, desde su proceso formativo en el pregrado y/o en postgrado y la posterior retroalimentación que se debe hacer a esos niveles. En tal virtud, se pone de relieve la importancia de que cada universidad promueva su propio programa de educación continuada para sus egresados, y tratar así de articular los elementos de pregrado, postgrado y educación continuada para lograr una visión integradora de la formación.

Así mismo, la experiencia deja en claro que tanto la educación continuada como el postgrado encuentran un lugar común, dado que aquella y éste parten de una complementación y profundización en la construcción de los procesos educativos, sobre una base de conocimientos, experiencias y expectativas que los discentes ya poseen.

Con el propósito de promover la integración entre la educación continuada y los demás niveles de educación y lograr una perspectiva global de los mismos, se hace necesario:

- ✚ Planear el seguimiento del egresado de los diferentes niveles de formación, a fin de evaluar, en su diario desempeño, el impacto de la educación recibida.
- ✚ Trabajar para que los contenidos curriculares se planeen por módulos, lo que permitirá el desarrollo de los temas con una perspectiva integral y con participación de docentes de distintas disciplinas.
- ✚ Utilizar en la educación continuada la metodología de “discusión de casos”, la cual ya es conocida por los educandos, en la medida en que la misma es muy utilizada en pregrado y postgrado, con lo que se rescataría el poder de discusión de los participantes.
- ✚ Aplicar metodologías que permitan dar respuesta a las necesidades de los estudiantes en sus campos de trabajo, partiendo de los conocimientos adquiridos en los otros niveles de aprendizaje y estimulando la discusión de alternativas de solución.



- ✦ Enfatizar en la capacitación en “metodologías docentes y de investigación”. Esta estrategia encuentra sustento en el hecho de que dicha metodología es utilizada tanto en el pregrado como en el postgrado, y la misma tiende a ser positivista y pragmática.
- ✦ Crear un “Banco de docentes”, con el fin de, primero, favorecer la integración y el trabajo interdisciplinario; segundo, lograr el fortalecimiento de la educación continuada como un nivel de formación y, tercero, propender por la integración de este nivel con los de pregrado, postgrado y educación no formal.

Finalmente, el punto de integración de la educación continuada con los demás ámbitos de la formación y el aporte más importante que aquella hace a éstos, parte de la premisa de que el ser humano permanece siendo un ser educable hasta el fin de su existencia y que, por lo mismo, el sistema debe ofrecerle oportunidades para aprender de manera continua según la naturaleza de su desempeño personal y profesional.

5. RESULTADOS ESPERADOS

A partir de las recomendaciones expresadas en el presente trabajo, a continuación se presenta una lista de los resultados que habrán de producirse si aquellas se trasladan al terreno de lo práctico:

- ✦ La educación continuada debe hacer parte de una política de desarrollo de personal de salud, la cual debe ser liderada, reglamentada y evaluada por el Ministerio de Salud, buscando, entre otros resultados, que este tipo de educación sea el mecanismo para una rápida difusión y aplicación exitosa de sus nuevas políticas y programas.
- ✦ La educación continuada debe ser el resultado de un proceso de planeación, a fin de que la misma responda efectiva y eficazmente a las necesidades del servicio y del recurso humano, y no a solicitudes aisladas de formación o actualización.
- ✦ Debe existir una labor coordinada entre los Ministerios de Educación, Salud y el Icfes, para la vigilancia y el control de los programas de educación continuada que se imparten en el país.
- ✦ En el ámbito institucional, la obtención de resultados satisfactorios, una vez impartida la educación continuada, dependerá de la adecuada identificación



de necesidades desde el puesto de trabajo de cada funcionario. De esta forma, la institución se verá beneficiada con los conocimientos y competencias adquiridas, lo que repercutirá en el mejoramiento del sector en general y del estado de salud de la población, en particular.

- ↪ A través de la educación continuada se debe generar intercambio de experiencias que enriquezcan a los participantes. Mantener al profesional actualizado y tener herramientas de trabajo que permitan elevar los niveles del área específica en la cual se desempeña.
- ↪ La educación continuada promoverá la *humanización* en la prestación de los servicios, la calidad e idoneidad de los mismos y la construcción de unas relaciones éticas. El trabajador que acceda a la educación continuada, deberá estar en condiciones de ejercer su labor dentro de los parámetros del mejoramiento continuo, lo cual deberá constituirse en su filosofía cotidiana.

Finalmente, recogiendo las propuestas expuestas en este capítulo y a fin de que, en la práctica, se obtengan los resultados que de las mismas se esperan, se deberá avanzar en introducir el concepto de desarrollo profesional y ocupacional como elemento integrador de las diferentes expresiones de la educación continuada, en la medida en que un profesional puede construir conocimiento y mejorar su desempeño, no sólo a partir de la simple formación sino también a través del aprendizaje permanente.



Capítulo V

PRINCIPALES HALLAZGOS Y RECOMENDACIONES PARA LA EDUCACIÓN NO FORMAL

1. ELEMENTOS DE CONTEXTO

1.1 Aspectos legislativos

La Ley 115 de 1994 - Ley General de Educación - presenta la siguiente definición: “*educación no formal es la que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar en aspectos académicos o laborales sin sujeción al sistema de niveles y grados*” (artículo 36). Agrega también la Ley 115, que “*además se rige por los principios y fines generales de la educación establecidos en la Ley, la cual promueve el perfeccionamiento de la persona, el conocimiento y la reafirmación de los valores nacionales, la capacitación para el desempeño artesanal, artístico, recreacional, ocupacional y técnico, la protección y aprovechamiento de los recursos naturales y la participación ciudadana y comunitaria*” (artículo 37).

A partir de la expedición de la Ley 115, quedó definida la educación no formal en la cual quedó incluida la formación específica de auxiliares para salud. Esta ley fue reglamentada en lo referente a educación no formal en salud, por el Decreto 114 de 1996 que reglamentó la creación, organización y funcionamiento de programas y de establecimientos de educación no formal en salud, facultando en su artículo 11, a los Ministerios de Educación y Salud para reglamentar lo relacionado con el funcionamiento de programas de educación no formal en las áreas de auxiliares de salud.



Por su ubicación en el sector de la salud, en el cual hay exceso de normas; se calculan en más de 4000, los decretos, leyes, resoluciones y acuerdos, que lo rigen, aunque se denomina no formal, es realmente altamente reglamentada.

1.2 Breve reseña histórica de la formación de auxiliares

La historia de la formación de auxiliares para la salud, comienza cuando aún no se ha determinado para otras áreas del conocimiento lo que se denominará posteriormente como educación no formal. La formación de este tipo de personal que nace de la necesidad de capacitar personas para colaborar en los cuidados básicos de los enfermos, se puede seguir a través de la formación de auxiliares de enfermería, por ser esta actividad la que dio comienzo a este tipo de educación. Además en el área de la salud, es importante anotar que por ser el grupo más numeroso, es aquel para el cual se encuentra más información bibliográfica sobre la historia de su institucionalización en el País.

Entre los años 1940 y 1950, se produjo un continuo aumento de instituciones prestadoras de servicios de salud que contrasta con el escaso número de enfermeras profesionales existentes en el País. Como consecuencia se planteó la necesidad de capacitar auxiliares de enfermería con mínimos requisitos de escolaridad, que en dos o tres semestres de estudio, pudieran desempeñar funciones básicas de atención a los enfermos. A partir de 1948, las primeras escuelas de auxiliares de enfermería, establecidas por el Ministerio de Higiene, comienzan a capacitar a este personal destinado a la atención ambulatoria urbana y rural, y a la atención hospitalaria. En 1957, se crea el Servicio Nacional de Aprendizaje, SENA, adscrito al Ministerio de Trabajo, en el cual se continúa la orientación hacia la formación de auxiliares para la salud en el país. La división de Administración, Comercio y Servicios del SENA, creó los cursos para auxiliares de enfermería en Bogotá, Medellín, Barranquilla y Cali. Dependiente del Instituto Colombiano de Seguros Sociales, se organizó una escuela de auxiliares de enfermería por la misma década.

En la década de los 50 surgieron varias escuelas de formación de auxiliares de enfermería entre las cuales se pueden destacar, la del Hospital Militar, del Hospital San Juan de Dios, Materno Infantil y del Hospital Infantil en Bogotá y del San Vicente de Paul en Medellín entre otras. A partir de entonces ha ido creciendo progresivamente el número de escuelas y comienzan a aparecer otras ramas de auxiliares para la salud.

La formación de auxiliares se refrendó legalmente mediante el Decreto 194 de 1962, en el cual se disponía que el Ministerio de Educación, expidiera



normas y fijara requisitos mínimos para la aprobación y funcionamiento de las escuelas de auxiliares de enfermería que se organizaran para funcionar en el País. A partir de la expedición de la Ley 115 de 1994, quedó definida la educación no formal y se incluyó en ella la formación específica de auxiliares para salud. Esta ley fue reglamentada en lo referente a educación no formal en salud, por el Decreto 114 de 1996

1.3. SITUACIÓN ACTUAL

1.3.1. Aspectos generales

La situación de la educación formal es complicada, a ella acceden personas pertenecientes a los estratos socio – económicos más bajos, usualmente no tanto por vocación, sino porque sus medios económicos no les permiten aspirar a estudios universitarios y eligen la educación no formal por los bajos costos y por la brevedad de los estudios que les permiten incorporarse con prontitud al mercado laboral. Sin embargo estas personas que ingresan a la educación no formal, por razones de estructura social, sin importar sus capacidades intelectuales, ni su dedicación, están por fuera de la educación formal.

Este hecho niega cualquier posibilidad de progreso, mediante ascenso en los ámbitos educativos y posibilidad de aspirar a profesionalizarse, pues se ven obligados a comenzar sus estudios desde cero, como si no poseyeran un saber y una experiencia valiosa. Además existe discriminación y crítica destructiva hacía los auxiliares por parte de algunos profesionales y subvaloración por parte de los empleadores que están exigiendo de las auxiliares actividades que no son de su competencia y que en ocasiones son denigrantes.

En la preparación de auxiliares y técnicos, se privilegia la práctica, los talleres y el trabajo en grupo. La normatización vigente establece que se debe dedicar 30% para la formación teórica y 70% para la práctica, la cual usualmente se realiza en centros de salud, hospitales y otras instituciones de salud. Las denominaciones establecidas para los diferentes programas, constituyen una camisa de fuerza que afecta su libre desarrollo, de acuerdo a los nuevos modelos de prestación de servicios y a las necesidades del mercado.

La legislación en ocasiones es imprecisa; por ejemplo aún se debate si el estudiante al cursar 1000 horas se hace acreedor al diploma de técnico o auxiliar. Sin embargo, los términos técnico o auxiliar se consideran ambos equivalentes para fines laborales y académicos, lo cual no resulta favorable



para darles el reconocimiento que merecen a los programas de educación no formal y contribuyen a la confusión, con la educación formal que forma técnicos.

De acuerdo a cifras publicadas por el Proyecto de Apoyo a la Acreditación de Programas de Educación y Entrenamiento en Salud de la unión temporal Ascofame – ASSALUD –AUPHA – CES⁵, existen 586 programas de educación no formal del área de la salud, autorizados para funcionar legalmente, esta cifra constituye el 34% del total de los programas de formación de personal de salud. De ellos un 31% (180) son para formación de auxiliares de enfermería y 28% (164) para auxiliares de odontología. Se considera además que existe una cifra similar o mayor, no cuantificada oficialmente de escuelas de formación en educación no formal en salud, no autorizadas legalmente.

Esta proliferación de instituciones educativas ha generado un exceso en la oferta, que ocasiona desempleo y desmejoramiento en las condiciones laborales. De acuerdo a proyecciones realizadas por el proyecto plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos de salud en Colombia, de la Unión temporal Pontificia Universidad Javeriana – Fedesarrollo – Family Health Foundation⁶, en su documento: los recursos humanos de salud en Colombia: balance competencias y prospectivas, señala que para el año 2002, existe un superávit de 8725 auxiliares de enfermería, el cual según el citado estudio alcanzará para el año 2020 la cifra de 59846 auxiliares, si continúa el ritmo actual de egresos. Es necesario recordar que en el año 2000 existían 55866 auxiliares de enfermería, lo cual constituía el 47% de la oferta del total del personal de salud en el País, relación porcentual que si tenemos en cuenta lo anterior se incrementará notablemente.

El aumento de la oferta de auxiliares viene ya generando desempleo que tiene todas las posibilidades de incrementarse y el aumento indiscriminado de programas y estudiantes de educación no formal, en muchos casos ofrecidos por instituciones que no acreditan las condiciones mínimas de calidad, ha generado déficit de escenarios de práctica o la realización de la docencia en servicio en instituciones que no llenan los mínimos requisitos ni siquiera como prestadoras de servicios y que por ende no van a ser ninguna prenda de garantía de la calidad de los egresados.

⁵ UTE Ascofame, AUPHA, ASSALUD, CES. *Proyecto de Apoyo a la Acreditación de programas de educación y entrenamiento en salud*. Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud., Octubre de 2001.

⁶ UTE CENDEX U. Javeriana. FHF, Fedesarrollo. *Proyecto plan a largo plazo para el recurso humano en salud. Análisis de la oferta educativa*. Min. Salud. Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, 2000 - 2001.



1.3.2 Aspectos laborables

En las instituciones prestadoras de servicios de salud, a causa de la gran demanda que deben atender los profesionales y para controlar costos, cada vez se delegan más tareas entre profesiones distintas y de estos a los técnicos y auxiliares. Lo anterior es aún más evidente si se tiene en cuenta la situación de violencia en las regiones apartadas del País, que viene generando el desplazamiento de los profesionales de la salud hacia las capitales, dejando los servicios en manos de los auxiliares que son quienes están tomando el riesgo, en ocasiones por encontrarse en su tierra natal y en otras por la necesidad perentoria de conservar la fuente de su sustento.

La situación económica ha hecho que cada vez más, para conservar su empleo, o por ausencia de los profesionales, los auxiliares deban realizar funciones antes exclusivas de los profesionales. Aunque se pueda pensar que es un hecho generalizable y universal, no debería suceder si estuvieran claramente definidas las competencias laborales de los egresados de la educación no formal en salud. De esta forma se contribuiría a dar coherencia a la oferta educativa.

Las funciones que se asignan a los auxiliares, especialmente en empresas privadas y en regiones apartadas del país, no son coherentes con las funciones para las que han sido formados y contratados. El perfil formativo por lo regular no se corresponde con el perfil ocupacional. Se considera sin embargo que en muchas ocasiones, el problema no radica en que en las escuelas de formación no se especifique hasta donde pueden llegar las funciones de los auxiliares, sino que las necesidades del servicio, la situación económica que impide a las instituciones prestadoras contratar a otro personal y la necesidad de los auxiliares de conservar su trabajo, los obligan a realizar actividades que no siempre están en consonancia con las enseñanzas que les inculcaron en las escuelas de formación.

Se considera que las instituciones educativas deben trabajar basadas en la demanda - necesidades reales -, sin lo cual se complica el mercado laboral para los egresados que tienen que afrontar los escenarios actuales y los futuros. El estudio de oferta y demanda de recurso humano de salud realizado por la Universidad de Antioquia para el Ministerio de salud, permite realizar una aproximación a la realidad que se da en la formación de recursos humanos. Por tanto, uno de los objetivos de estos proyectos será la redefinición de políticas en la formación de personal de salud. Es preciso recordar que el Estado, que a través de sus entes departamentales y municipales tradicional-



mente ha sido el máximo empleador de personal de salud; a partir de la implantación de la ley 100/93, progresivamente ha tratado de ser de normalizador, facilitador, controlador y en menor grado prestador de servicios de salud, dentro de un sistema mixto (público – privado) de prestación de servicios, delegando en parte la prestación de los mismos a la empresa privada; aunque la situación está evolucionando y se visualiza que el Estado mediante sus organizaciones departamentales y municipales, seguirá siendo prestador principal en muchas regiones del País.

Hay tendencia por parte de los auxiliares de salud, formados en provincia, donde usualmente más se requieren, a emigrar a las grandes capitales. Esta movilización más parece depender en especial de las oportunidades laborales, que paradójicamente tienden a presentarse mucho más en las grandes ciudades.

Esto enfatiza, aún más, la necesidad de políticas nacionales de empleo que motiven a los profesionales de la salud, pero también a los auxiliares y técnicos a quedarse en las regiones, e incluso a laborar en los lugares más alejados, caracterizados actualmente por la situación de conflicto y los desplazamientos forzados de la población. Usualmente los programas existentes no los preparan para desempeñarse en esas áreas de conflicto, por lo cual carecen de las habilidades requeridas para afrontar tales situaciones; si bien, ya hay algunas instituciones como la escuela de auxiliares del Hospital Militar que los educa para desempeñarse en esas áreas y les otorga estímulos, como por ejemplo cursos para suboficiales, con los cuales se escalafonan dentro de las fuerzas armadas.

1.3.3 Relaciones de poder

Si bien es cierto que las relaciones de poder no son equitativas entre las diferentes categorías de profesionales, tal falta de equidad es aún más notoria para el personal no profesional que es discriminado y restringido. De ahí que cobre pleno sentido la propuesta orientada a cambiar la denominación de educación no formal, por cuanto se considera que incluso la denominación es, hasta cierto punto, ofensiva – no hay mucha diferencia entre informal y no formal - y hace obligatorio replantear la situación presentada.

Existe la necesidad de continuar profundizando acerca de las relaciones de poder y la discriminación, pues el profesional discrimina, ordena y con frecuencia menosprecia al auxiliar. Es necesario abogar y trabajar para anular cualquier forma de discriminación tanto en el sistema educativo en salud como en la práctica laboral.



Se percibe como un problema de la educación no formal la baja auto estima del auxiliar. El hecho de no inculcar en el estudiante de la educación no formal, el sentido de pertinencia grupal, tal vez porque el formador mismo no se ha concientizado de la importancia para la sociedad de la educación que imparte y no es consciente del verdadero valor del egresado, lo cual no ayuda a su superación y genera poco autocontrol y autoexigencia.

1.3.4 Características diferenciales de la educación no formal en salud

La educación no formal está concebida como educación para el trabajo, por lo cual no se exige un sistema de evaluación, que permita asignarle al alumno una calificación para establecer su grado de rendimiento. De hecho, no es el aprovechamiento del alumno el que va a definir su derecho o no al diploma, sino su asistencia a un determinado número de sesiones de teoría y práctica, lo cual al menos para salud, no parece lo más procedente, pues en este tipo de educación se están formando auxiliares que van a manejar directamente seres humanos, con frecuencia, enfermos graves, lo cual significa una gran responsabilidad. De ahí que se imponga que la formación de los auxiliares y técnicos en salud debe tener características diferenciales de la de los auxiliares que se forman para otros menesteres laborales que no tienen nada que ver con la vida y la salud de las personas, en cuyo caso tal vez no sea tan prioritaria la evaluación de sus conocimientos y actitudes.

A esto se agrega el hecho de que estos auxiliares tienen un impacto en la sociedad, lo cual implica formar personas aptas para desarrollarse y desempeñarse dentro de un escenario comunitario. Estas circunstancias subrayan la necesidad de proponer e implantar una evaluación sistemática en dos áreas: 1º, conocimientos y técnicas y 2º, formación integral. Se considera que esta segunda es prioritaria por cuanto uno debe formarse primero como persona, para luego aplicar esos conocimientos y esas técnicas.

1.3.5 Formulación de objetivos

Existe diversidad de criterios en las diferentes escuelas de formación de auxiliares de salud en torno a la formulación de objetivos docentes para los respectivos programas de formación. Algunos currículos hacen énfasis en logros y otros en competencias laborales, unos están más orientados hacia lo clínico y otros hacia lo comunitario. Se trata en la mayoría de los casos de objetivos de corte académico, casi siempre dirigidos a la enseñanza y no al aprendizaje que propenden a veces por la adquisición de conocimientos generales y otras



veces por la integridad en la formación. Otros programas trabajan objetivos que pretenden dar mayor énfasis al componente práctico; sin embargo, se presentan dificultades como: la falta de campos de práctica, problemas para el establecimiento de convenios de docencia en servicio y realización de las prácticas en establecimientos no idóneos, ni aprobados para la formación adecuada de los auxiliares.

Tampoco existe un diálogo que busque conducir a un acuerdo entre las instituciones educativas, la prestación de los servicios de salud y los egresados para la formulación de objetivos, que permita orientar mejor a la academia hacia el trabajo. Ello significaría su orientación hacia nuevos modelos de prestación de servicios, lo cual sería congruente con la reforma de la seguridad social en salud que se viene dando en el País. Reforma que para llegar a un feliz término requiere fundamentalmente de los aportes de los egresados de las diferentes Instituciones educativas formales y no formales.

1.3.6 Acercamiento pedagógico

En las instituciones privadas, con frecuencia, los procesos formativos se realizan en jornadas nocturnas y fines de semana especialmente para las clases teóricas. No se dan calificaciones al alumno, sino que se les otorga un diploma el cual es utilizado por los egresados para integrarse al mercado laboral, que es lo importante para ellos. La propuesta educativa es capacitar para la producción, con un enfoque mecanicista, Tayloriano: división del trabajo y una capacitación rápida para atender las necesidades de personal de las empresas; es decir, el sistema económico define las decisiones relativas a la formación en este ámbito educativo.

El sistema educativo operante, aún tiene como estrategia fundamental la enseñanza centrada en el docente, en la cual según Harden y cols. el profesor es quien “*decide, dirige y controla el proceso de enseñanza-aprendizaje*” (Documento Estrategias Educativas pg, 89); por lo cual se privilegia la enseñanza y no el aprendizaje. El docente es quien posee el saber y el educando se limita a repetir en un ambiente rígido. Método de enseñanza - aprendizaje obsoleto, existiendo una diversidad de posibilidades pedagógicas interesantes para formar de manera acorde con las exigencias de la sociedad.

1.3.7 La relación docencia / servicio

La Ley 100 de 1993 estableció que los hospitales, clínicas y demás centros de formación del personal (especialmente los hospitales) deberían ser



autónomos y sostenerse financieramente, lo cual determinó que algunas instituciones comenzaran a preocuparse progresivamente de los costos de las prácticas docentes y a ver en ellas justificación para sus pérdidas financieras.

En efecto, algunas instituciones prestadoras de servicios de salud aducen que la relación de docencia en servicio, implica un incremento en los elementos de consumo, desgaste de los equipos e inclusive la intervención de sus empleados en la docencia, que significa tiempo pagado por la institución para la prestación de servicios; sin embargo no existen estudios serios y bien sustentados que demuestren lo anterior. A pesar de todo y afortunadamente, son bastantes las instituciones en las cuales se tiene en cuenta que la docencia en servicio contribuye a mejorar la calidad de los servicios.

De hecho se considera que la relación docencia servicio entre las instituciones educativas y las prestadoras de servicio viene en progresivo deterioro, fundamentalmente porque sus objetivos son diferentes y no existe entre ellas la integración que se requiere para conseguir la calidad en la formación del personal de salud. Algunas instituciones prestadoras de servicios, viendo en ello, la posibilidad de reducir sus cuantiosos déficit están solicitando de manera arbitraria, pagos a veces cuantiosos en dinero o equipamiento, calculando los costos de manera empírica, sin tener en cuenta que la práctica docente asistencial estimula la actualización, el cuestionamiento del quehacer diario y la necesidad de renovación.

1.3.8 La calidad de la educación no formal

Es un hecho que con frecuencia no existe control en la calidad de los procesos de la educación no formal, a pesar de ser muy similar a la impartida en otros niveles, excepto en el reconocimiento y en el número de horas. Los temas teóricos son similares a los que se dictan en el pregrado, aunque más comprimidos y con mayor énfasis en las prácticas. A esto se puede agregar el no tener en cuenta el perfil del estudiante que en educación no formal es muy variable, pues se encuentran desde alumnos recién egresados de bachillerato, hasta personas con experiencia de muchos años que desean legalizar su práctica de servicios de salud.

Tampoco hay la debida selección de los docentes, quienes en el mejor de los casos, son los mismos docentes universitarios de pregrado que realizan una actividad docente de menor exigencia académica tanto para ellos como para los alumnos. Y en el peor de los casos, simplemente se contratan docentes poco calificados, no solamente en el tema correspondiente, sino en métodos pedagógicos. y en su formación como personas.



Es importante señalar que mientras el Consejo Nacional de Acreditación ha definido requisitos básicos de calidad para pregrado y postgrado, los mismos no se han establecido para educación no formal, aunque el proyecto de apoyo a la acreditación de programas de educación y entrenamiento en salud de la Unión temporal Ascofame - Assalud – AUPHA – CES, viene trabajando una propuesta para la acreditación de las instituciones de educación no formal en salud.

2. RECOMENDACIONES PARA LA MODERNIZACIÓN DE LA EDUCACIÓN NO FORMAL EN SALUD

2.1 Formalización de la educación no formal en salud

Es necesario para enfatizar en este tema fundamental en la consecución de un verdadero cambio, citar nuevamente aspectos legislativos que ya fueron tratados al comienzo de este aparte sobre educación no formal.

Con los cambios normativos del sector educativo, el personal auxiliar de salud entró a formar parte del personal capacitado en la modalidad de la educación no formal. Según la definición contenida en la Ley 115 de 1994, *“educación no formal es la que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar en aspectos académicos o laborales sin sujeción al sistema de niveles y grados”* (artículo 36). Dado su contexto tan general y que podríamos considerar suplementario y electivo para cualquier tipo de educación, no parece que los autores de la misma estuvieran contemplando incluir dentro de la educación no formal a la formación de personal de apoyo para la salud”. Agrega también la Ley 115, que *“además se rige por los principios y fines generales de la educación establecidos en la Ley, la cual promueve el perfeccionamiento de la persona, el conocimiento y la reafirmación de los valores nacionales, la capacitación para el desempeño artesanal, artístico, recreacional, ocupacional y técnico, la protección y aprovechamiento de los recursos naturales y la participación ciudadana y comunitaria”* (artículo 37).

La norma ha definido a la educación no formal como la capacitación sin sujeción a prerrequisitos, a semestres, a ciclos, a progresiones en la forma de impartir el conocimiento, lo cual no es congruente con las responsabilidades del personal de salud en el manejo del paciente, ni con las necesidades del sector.

De hecho los currículos de formación de este personal se encuentran debidamente reglamentados por el Ministerio de salud y su formación está



estructurada en programas que obedecen a secuencias, pre-requisitos, ciclos, y que demandan una gran cantidad de horas y de exigencias académicas tanto para la teoría como para la práctica, lo cual ubicaría claramente a los auxiliares de salud dentro de la educación formal.

El personal auxiliar de salud además del conocimiento técnico debe tener formación humanística, de valores éticos, de interacción y liderazgo con la comunidad y de conocimiento acerca de la responsabilidad civil y legal que implica el ejercicio de su ocupación, de los derechos de los usuarios, los avances tecnológicos y los modelos conceptuales y filosóficos de salud.

Debe además tener conocimientos de los procesos administrativos para la solución de problemas, el manejo de redes y sistemas de información, solución de conflictos, todo lo cual se podría resumir en una mayor profundización en la formación académica, pedagógica, moral, afectiva y política y en el razonamiento de que el hecho de responder por el bienestar de las personas implica poca o ninguna tolerancia de la incompetencia.

Esto contrasta con la normatividad vigente para la formación del personal auxiliar de salud. Se puede afirmar que la misma es rígida, inequitativa e incluso discriminatoria frente a las necesidades de este personal de tener un espacio real dentro del sector de la salud y dentro de la sociedad, que permita el desarrollo y el crecimiento del egresado de estos programas en la escala educativa y laboral.

De la educación no formal en salud se podría decir que incluso ha estado excesivamente reglamentada por el Ministerio de Salud. Sin embargo, las normatividad legal vigente, que la considera por fuera de la educación formal, no ha favorecido el que sus egresados puedan ascender y aspirar a nuevas opciones dentro del sistema educativo formal; en cierto sentido, es un sistema cerrado del cual no es posible salir en cuanto no se puede avanzar. Por otra parte, no existe en el entorno social una valoración de quienes se forman dentro de los programas denominados “no formal”, lo cual incide en la subvaloración de este personal en salud por parte de los demás y de si mismos.

Es necesario brindar al personal auxiliar posibilidades de profesionalización. Las instituciones prestadoras de servicios de salud les deberían permitir ascender en el escalafón de la empresa. Es necesario contemplar una carrera para los auxiliares, en la que tengan la posibilidad de profesionalizarse y buscar estímulos para aquellos que lo hagan. De acuerdo con la Constitución, todos los Colombianos tienen los mismos derechos y no se puede negar a los egresados de la educación no formal, su legítimo derecho a ascender en la escala educativa.



Esta situación obliga a plantear una propuesta de modernización para este tipo de formación, mediante la modificación de la reglamentación existente para la formación del personal auxiliar de salud, que subsane la problemática social y laboral de éste recurso, que le dé legitimidad a través del reconocimiento de su nivel formativo dentro de la primera escala de la educación superior (formación técnica profesional) y le permita tener la oportunidad del mejoramiento educativo mediante el acceso a los demás niveles de la educación superior para la profesionalización.

La formación del personal profesional, técnico o auxiliar para la salud, debe estar basada tanto en la *definición de competencias*, como en los principios de calidad y pertinencia con las necesidades del sector; en concordancia con las normas legales y técnicas para la prestación de los servicios, responsabilidad social y ética.

Una educación de calidad implica además de una adecuada estructuración del currículo, que los programas se establezcan formalmente para impartir el conocimiento de una manera progresiva, de tal forma que cuando se llegue a la etapa práctica el estudiante tenga el conocimiento básico que le permita entender y realizar el procedimiento de salud adecuado, además de brindar una atención humanizada. También aquí cobra relevancia el poder adquirir una formación basada en el “aprender a aprender” que les permita seguir mejorando durante su trayectoria profesional y evolucionar en su camino de desarrollo personal.

Para modificar la situación anteriormente expuesta, en el marco de este proyecto se elaboró una propuesta de reforma de la educación no formal que busca la formalización de este tipo de educación y su ingreso a la escala de niveles y grados de la educación formal, como primer escalón de la educación superior; el cual se incluye como anteproyecto de Decreto para la reforma de la educación no formal en el anexo del presente documento.

2.2. Perfil ocupacional del auxiliar

Debido precisamente a las grandes diferencias existentes entre la formación y las necesidades constantemente cambiantes del medio laboral, se propone la creación de un perfil de auxiliar básico, capacitado en una serie de habilidades generales en el campo de la salud. Se trataría de educar un auxiliar polivalente, capaz cuando se inserte en el medio laboral de adaptarse a las necesidades concretas que se le exijan de acuerdo a unas competencias laborales previamente definidas. Se necesita formar un recurso más “multifuncional”,



especialmente para que pueda desempeñarse en las áreas de difícil acceso y donde se encuentre como único recurso disponible.

Lo anterior deberá realizarse teniendo en cuenta las competencias laborales previamente establecidas, entendidas como las funciones, tareas o roles de un auxiliar de la salud para desarrollar adecuadamente su puesto de trabajo que son resultado y objeto de un proceso de capacitación y cualificación. Concretamente se debe mencionar la necesidad de ampliar sus competencias laborales a los campos administrativos y ocupacionales. Es importante que los auxiliares reciban preparación en aspectos financieros, como facturación, costos o contabilidad en general, para adaptarse a las nuevas necesidades de las instituciones, dentro del nuevo esquema de la seguridad social en salud. Sin que lo anterior implique el desviar el sentido de sus competencias que fundamentalmente tienen que ver con la prestación integral de servicios de salud, pues las escuelas de formación de auxiliares, también están formando auxiliares de administración en salud.

En consonancia con el movimiento general en el ámbito de la salud hacia el logro de un sistema que contemple no sólo los aspectos meramente curativos de la asistencia, sino también todo lo que hace referencia a promoción, prevención y mantenimiento de la salud, se considera que también el auxiliar debe ser capacitado para ejercer dichas funciones; sin olvidar que un componente fundamental en la formación de nuestros estudiantes es la formación ética, moral, y respetuosa de los derechos humanos.

2.3. Currículo

Se considera necesario establecer un currículo básico regulado, de modo que los entes gubernamentales regionales puedan adaptarlos a las necesidades geográficas, urbanas o rurales, sociales, culturales y demográficas que caracterizan los entornos específicos. Es decir los currículos se deben construir desde la diversidad para así responder adecuadamente a las diferencias, lo cual, además, ayudará a conocer la real demanda de recursos humanos para la salud en Colombia y evidenciará una valoración y respeto por el ser y el saber del “otro”.

Ahora bien, proponer un currículo básico no implica descartar componentes fundamentales tales como: la pedagogía, la política, la psicología, los modelos conceptuales y filosóficos de la salud, y los aspectos legales de las responsabilidades que asume al realizar sus funciones. Es más, debería incluso considerar componentes transversales de otras áreas del conocimiento, tales



como los procesos administrativos para la solución de problemas, el manejo de redes y sistemas de información, habilidades en lingüística y sistemas de comunicación modernos.

Se debe buscar un equilibrio entre temas de salud y temas de empresa, en el cual, estén presentes con buena representatividad, la ética, los sistemas, la comunicación, las relaciones interpersonales, el trabajo en equipo y la enseñanza virtual. Se debe preparar a los estudiantes para prestar los servicios que están definidos en los diferentes planes de beneficios - plan de atención básica, plan obligatorio de salud, plan para el régimen subsidiado, atención integral, etc.- y dar orientación sobre normas de aseguramiento.

Los nuevos escenarios van a exigir una formación que enfatice en valores humanos. Ahora bien, es preciso recordar que cuando se trata de formar en valores lo fundamental no es la teoría, sino las vivencias; entonces, el papel del docente es el de modelo. Si queremos cambiar las formas de actuar en el entorno social, es más importante contar con más docentes que contribuyan al desarrollo social que con docentes específicos para las materias.

No se forma al auxiliar para tomar decisiones y ser parte de acciones participativas, lo cual debe ser contemplado por los nuevos modelos educativos, los cuales deberán preparar a sus alumnos para que no dejen pasar esas oportunidades de participar en las tomas de decisiones que favorezcan a la comunidad. Además, si se quiere preparar auxiliares para las nuevas tecnologías y darles formación suficiente en aspectos legales, éticos y de respeto a los derechos de los demás, es probable que se requieran un mayor número de horas para su formación. Ahora bien, al definir las competencias laborales, se podría proponer la formación de auxiliares con unas competencias generales, que posteriormente, según su desempeño se irían especializando.

En síntesis, se considera que el currículo básico debería contemplar los siguientes aspectos fundamentales: área de formación básica, escogencia de ambientes de trabajo, conceptos de responsabilidad, comunicaciones, respeto a los derechos humanos y administración en general. Sería deseable que las instituciones públicas y privadas trabajen de manera armónica de modo que se logre una preparación académica y un desarrollo de las competencias laborales equiparables, lo cual garantizaría el nivel de los egresados

2.4. Objetivos

Los objetivos son fundamentales para el desarrollo de un currículo, por cuanto a través de ellos, se determinan los valores, habilidades y saberes que deberán



desarrollar los estudiantes a lo largo del programa. De ahí que se haga necesario definir el papel de cada profesional, técnico o auxiliar dentro del equipo de salud, para de esa manera esforzarse por perfeccionar sus competencias en el puesto de trabajo.

Un recurso de gran valor para una adecuada formulación de los objetivos resulta ser la clasificación conceptual del desarrollo de habilidades en los dominios afectivo, intelectual y motriz. Según tal clasificación, los pre-requisitos cobran importancia fundamental, por cuanto el aprendizaje implica ir superando etapas en el desarrollo de habilidades. Así, por ejemplo para estar en la posibilidad de solucionar problemas, el estudiante previamente, ha tenido que apropiarse de unos contenidos, utilizarlos en diferentes contextos, analizarlos, sintetizarlos, jugar con ellos, para finalmente disponer del saber a la hora de resolver problemas. Son varios los autores que han presentado tales clasificaciones.

En Colombia son ya bien conocidos los libros de *Taxonomía de los objetivos* de Benjamín Bloom (Bloom, 1978) y el de *Condiciones de Aprendizaje* de Gagné (Gagné, 1976), así como la pirámide Miller que se presenta en el compendio *La formación sin solución de continuidad del Instituto de Estudios de la Salud de Barcelona (IES)*, (págs 10-11). No importa cuál conceptualización se utilice, lo importante es ser conscientes de que tales análisis sobre el desarrollo de habilidades resultan un recurso valioso que debería estar presente al diseñar un curso o currículo, pues es, en alguna medida garantía de que se construirá una experiencia de enseñanza - aprendizaje eficaz.

Para modernizar la educación no formal en salud se requiere la formulación de objetivos interdisciplinarios, concertados entre la academia, los servicios en los cuales se van a desempeñar los egresados y los mismos egresados. Los objetivos deben estar orientados hacia las diferentes opciones laborales: comunidad, domicilios, trabajo independiente, formas asociadas de contratación, modalidades asociativas de trabajo, etc. Es necesario hacer énfasis en los objetivos humanísticos y de liderazgo que faciliten una adecuada interrelación con la comunidad y evidencien un firme compromiso con la resolución del conflicto que agobia al país.

La formación del personal para la salud debe estimular tanto el desarrollo intelectual, como la sensibilidad para comprender e interpretar las necesidades del sector y proponer las alternativas no sólo en el aula, sino también, posteriormente, en sus puestos de trabajo. Ello implica formular objetivos dirigidos al desarrollo y perfeccionamiento de competencias en el



puesto de trabajo, así como, objetivos que promuevan la formación del componente actitudinal, para fortalecer al individuo, sus compromisos y potenciar sus valores. Es conveniente que la formulación de objetivos se realice desde lo cotidiano; es decir, en coordinación con todos los actores del proceso - estudiantes, docentes, instituciones de salud y comunidad - para así viabilizar la correspondencia entre realidad, demanda, necesidades y oferta.

Finalmente, los objetivos son esenciales por cuanto permiten determinar los contenidos y metodologías de enseñanza - aprendizaje apropiadas para orientar un proceso formativo, más resultan insuficientes si se carece de un marco conceptual claro, que es el que en primera instancia posibilita una excelente formación. *Es preciso recordar que “un modelo conceptual adecuado es el que considera las interrelaciones que deben darse en el desarrollo integrado del sistema de salud y del proceso de formación del personal de salud”* (Carreras, pg, 8). A partir de tal modelo se estaría asegurando una formación para la vida, en cuanto relaciona la academia con el mercado laboral, respondiendo a las necesidades del entorno.

2.5 Selección de los estudiantes

Se considera importante hacer una selección previa de las personas que aspiran a la formación de auxiliar en salud, con el fin de elegir las personas más aptas, según el tipo de estudio que quieran realizar. De aquí la necesidad de establecer un proceso de llegada que incluya la selección de los estudiantes y una adecuada inducción a la carrera. Debería procurarse una formación básica y posteriormente definir con ayuda de los docentes el área de especialización que más convenga. Para conseguir lo anterior es necesaria la creación de estímulos para aquellos que desean ingresar a este tipo de formación. El más importante de los estímulos sería el ingreso al sistema de grados que le permitiera su profesionalización en un futuro.

2.6. Recomendaciones para mejorar la formación práctica

2.6.1. Diseño de las prácticas

Las prácticas deben ser cuidadosamente diseñadas si se quiere formar un auxiliar capaz de dar respuesta a los retos de la actual sociedad, y cuyo perfil responda a las competencias laborales previamente definidas; su realización exige un periodo de inducción que requiere de análisis profundo de las conductas



de entrada para iniciar tal proceso formativo, así como el nivel de logros que tendrán los estudiantes al finalizar las mismas.

La relación docencia servicio debe constituirse en una alianza integrada entre la institución formadora y la institución de servicio; las dos deben ser idóneas, es decir, estar habilitadas, lo cual significa que deben cumplir unos requisitos básicos de calidad; deben estar orientadas hacia la formación, lo cual no obsta para que la institución prestadora de servicios de salud cumpla con su objetivo de prestar una atención de calidad a su población asignada.

El diseño y programación de las prácticas debe hacerse conjuntamente entre la institución educativa y el centro de servicios. Es indispensable que los estudiantes realmente participen en la atención, y no se queden en la simple observación. Se deben crear módulos de orientación ocupacional, que contemplen incluso aspectos legales (responsabilidades que se enfrentan) para preparar los estudiantes para la práctica.

Se sabe de la importancia de los aspectos prácticos en el desarrollo de toda profesión de la salud. En el caso de la educación no formal, las prácticas resultan especialmente relevantes para formar técnicos con habilidades muy precisas. Los currículos deberían tener en cuenta este aspecto y primar la ejecución de buenas prácticas, a partir de la búsqueda y promoción de escenarios de docencia en servicio, habilitados y ojalá comprometidos con la excelencia en la calidad, mediante la acreditación; procurando que funcione correctamente el engranaje entre teoría y práctica, lo cual es fundamental en la formación de los auxiliares.

Buscar un equilibrio entre la teoría y la práctica no debe llevarnos a modificar el énfasis en la experiencia práctica, sino en complementar la teoría en la cual hay grandes vacíos. Gracias a la práctica, los alumnos aprenden haciendo, y la educación es casi personalizada por la tutoría permanente que reciben durante todo el proceso.

2.6.2 Los escenarios de práctica

Los escenarios en los que se realiza la docencia en servicio están disminuyendo por la proliferación de escuelas de formación y, porque las instituciones de salud aducen que las prácticas de los estudiantes resultan gravosas por los costos que les generan, aunque como se mencionó antes, no existen estudios serios y documentados que demuestren lo anterior.



La propuesta de este proyecto, consiste en la obtención de una nueva relación entre la institución formadora y la institución de servicios, para conformar un verdadero centro de formación en el cual los objetivos de las instituciones que lo integran sean similares, orientados hacia la formación del personal de salud. Esta relación podrá darse únicamente entre instituciones habilitadas, es decir que cumplan con los requisitos mínimos establecidos, tanto para la institución formadora, como para la prestadora de servicios; se propone además la implantación de estándares de acreditación para los centros de formación, y escenarios de práctica, con el fin de que se habiliten para la formación práctica del personal de salud e incluso exista la acreditación para aquellos que deseen comprometerse con la excelencia en la calidad.

Dadas las limitaciones para realizar prácticas con seres humanos, es importante buscar nuevas estrategias metodológicas que posibiliten las prácticas requeridas para el desarrollo de las habilidades específicas: se proponen prácticas con maniqués, simulaciones de situaciones reales, estudios de caso lo más reales posibles, la enseñanza virtual y talleres para resolver problemas, los cuales, en su momento, se deberán complementar con las prácticas sobre el terreno, pues no hay duda acerca de que la práctica ideal es con seres humanos y es así como siempre se han formado los recursos humanos para la salud; es impensable el desarrollo de las habilidades que requieren los técnicos o auxiliares sin la posibilidad de una inmersión en la realidad laboral. También es importante la capacitación práctica en el funcionamiento de los equipos electromédicos y mecánicos, con los cuales van a ejercer su posterior desempeño, por lo cual deben existir en las aulas tecnologías compatibles con lo disponible en las instituciones prestadoras de servicios.

La docencia en servicio también deberá atender al desarrollo de actitudes que garanticen un desempeño exitoso, por lo cual se considera indispensable la realización de talleres de desarrollo actitudinal, que capaciten para trabajar en equipos multidisciplinarios y permitan una interacción positiva con el paciente. Por ello, también se hace necesario incrementar las visitas guiadas en las cuales se muestran los aspectos positivos y negativos de la relación asistencial.

Es necesario destacar la desescolarización, que se consigue mediante los convenios de docencia en servicio, pues es una importante estrategia formativa, en cuanto potencia las responsabilidades del contratista y del contratante; es decir, de la institución formadora vs. la institución prestadora de servicios. Las responsabilidades deben ser compartidas y deben conducir a un mejor funcionamiento de ambas partes.



Se considera necesario revisar el Decreto 190 de 1996, que reglamenta la docencia en servicio por considerar que aunque es un instrumento válido para reglamentar la relación entre las instituciones formadoras y las prestadoras, no facilita la integración que debe existir entre ellas para conseguir cerrar la brecha existente entre la formación y el trabajo, mediante la transformación de estas instituciones en verdaderos centros de formación de personal de salud.⁷

2.7. Los nuevos modelos de prestación de servicios de salud

Los futuros modelos de prestación de servicios y de atención a la salud dependerán en gran parte de que se consiga forjar un cambio de comportamiento, en la actitud de las personas y en la organización de los distintos recursos involucrados en la atención a la población y en la forma en como se prestan los servicios.

Las instituciones educativas a través de sus profesores, deben comprometerse a aportar en la medida de sus necesidades en la definición de un nuevo modelo de prestación de servicios, sólo así serán conscientes del tipo y perfil del trabajador de la salud que deben producir. Deben además comprometerse a redefinir su currículo, para preparar a sus egresados de modo que puedan desempeñarse dentro de ese nuevo esquema. El conocimiento de los problemas de la comunidad debe servir a la vez como estímulo para definir el modelo y como ejemplo contextual sobre el cual desarrollar los contenidos docentes, es decir, para saber qué deben aprender los alumnos y qué deben saber cuando egresan.

Se debe propiciar el manejo del paciente desde el punto de vista de la salud, no de la enfermedad, no con la visión del “otorgador” de salud, sino mediante acciones participativas entre quien recibe los servicios y quien los presta. Se debe tener en cuenta que los modelos de atención en salud deben privilegiar una atención integral, partiendo de la promoción y prevención en salud y de su mantenimiento, así como enfatizando los aspectos curativos; haciendo relevancia además en la medicina familiar y en la atención primaria, sin descartar las medicinas alternativas.

⁷ En el documento 4 “*Un nuevo paradigma en la relación docencia servicio – Estándares de acreditación para los centros de formación*” se anexa el anteproyecto de propuesta de reforma al Decreto 190. Cód. I 001-4.



La concepción de la salud como derecho y la relación que existe entre servicios de salud y condiciones de empleo son elementos importantes a la hora de formar los nuevos auxiliares y técnicos, en cuanto que los nuevos modelos de salud definirán, las posibilidades de trabajo para estos auxiliares que a su vez serán esenciales dentro de este nuevo esquema.

2.8. Los docentes

Es importante recordar que el profesor no es simplemente un técnico, sino un individuo que tiene la responsabilidad ética de formar personas, para el desempeño cabal en un entorno socio – económico, cultural y político, por lo cual su vinculación a un programa debería realizarse mediante una selección rigurosa y uno de los requisitos debería ser el ejercicio profesional comprometido en instituciones de salud, lo cual garantizaría una enseñanza - aprendizaje desde una vida dedicada al servicio y no únicamente desde los libros.

Dada la gran responsabilidad de los docentes, su preparación en pedagogía y su educación continuada que los mantenga actualizados son de vital importancia para que enfrenten adecuadamente las nuevas exigencias profesionales del entorno. De este modo se favorece que los profesores participen activamente en el diseño curricular que usualmente queda en manos de las directivas. Es necesario trabajar en mejorar la calidad del cuerpo docente, teniendo en cuenta tres criterios: excelencia en su ejercicio profesional, capacidad intelectual y pedagógica y su adecuación como figura de identificación.

Se deben establecer en las instituciones de educación no formal, programas de actualización permanente a los docentes, cuyos contenidos a su vez deben ser objeto de revisión permanente, con el fin de evitar su desactualización frente a los cambios tecnológicos y la dinámica del entorno social. Dichos programas deben contener temas relativos a los modelos de prestación de servicios de salud vigentes, a los modelos de gestión, prevención y promoción de la salud, salud comunitaria y familiar, metodología de la investigación, informática aplicada a la salud y a la prestación de los servicios, entre otros que se consideren necesarios para la comprensión y el compromiso de los docentes con las realidades del sector de la salud.

Los programas de capacitación docente deben facilitar y orientar en los docentes el análisis crítico del entorno socio económico y político, para que



estén en posibilidad de convertirse en generadores de propuestas de cambio e inculcar en ellos la necesidad de que se conviertan en promotores e impulsores de valores y principios a través de su ejemplo. Además los contenidos de estos programas de actualización deben incluir las nuevas propuestas pedagógicas y dentro de ellas las nuevas técnicas metodológicas para orientar los procesos de enseñanza aprendizaje.

2.9 Evaluación del aprendizaje

Es necesario implantar en las instituciones educativas de educación no formal la cultura de la evaluación, lo cual implica un aprendizaje conceptual, un análisis y una reflexión para propiciar una dinámica favorable a la valoración que puede clasificarse según sus objetivos o destinatarios en evaluación del contexto y evaluación de programas o instituciones, evaluación del aprendizaje y evaluación de los docentes.

La evaluación debe estar orientada tanto a la teoría como a la práctica, y debe ser tanto cualitativa como cuantitativa. La evaluación de la teoría debe estar orientada fundamentalmente hacia el contenido de los programas, el cual debe llenar los requerimientos en cuanto a capacidades técnicas del egresado y los requerimientos necesarios para formar “personas”, con valores que permitan su posterior desarrollo. Lo anterior debe ser medido mediante instrumentos muy equilibrados, que permitan una evaluación integral.

Por el contrario, a menudo, se observa que las evaluaciones del aprendizaje se hacen con instrumentos repetitivos y poco técnicos; es decir, no miden lo que se quiere medir. Es necesario diseñar instrumentos que midan cuantitativa y cualitativamente, las actitudes, conocimientos y habilidades de los estudiantes. Ahora bien, es pertinente recordar que para evaluar apropiadamente se deben tener unos objetivos bien planteados, pues, ellos son los referentes para la construcción del diseño. Es bien sabido que la evaluación debe servir como instrumento para verificar en que medida se cumplen los objetivos. Estos al igual que las competencias deben estar previa y claramente definidos. De otra manera, se tendrán dificultades para realizar la evaluación. No sobra recordar que *“Si sabemos que pretendemos evaluar, nos es más fácil diseñar aquellos instrumentos que responden mejor a dicha pretensión”* (Miller, pg, 10).

La evaluación a la docencia en servicio debe ser realizada por el docente encargado del aprendizaje teórico y práctico del estudiante, que se constituye como su figura de identificación, al cual tradicionalmente se le ha denominado



tutor, y en ella se debe tratar de conseguir que los objetivos del alumno coincidan con los objetivos educativos de la institución formadora, y a su vez, que exista coincidencia con los objetivos de las entidades prestadoras de servicios de salud, en las cuales se realizan la enseñanza en servicio, lo cual debe quedar establecido en los planteamientos teórico - conceptuales y el modelo educativo institucional. A menudo, las metas de las empresas donde se realizan las prácticas, no coinciden con las de las instituciones formadoras, lo cual no resulta conveniente para la formación del estudiante.

Los centros de formación en salud deben implantar mecanismos de evaluación del egresado, después de terminar el proceso formativo. La información sobre su actuación como prestador de servicios de salud, es de gran validez para refrendar los programas.

Al aplicar instrumentos de evaluación en la educación no formal, se podría ofrecer al País una moderada garantía, de que el auxiliar para la salud que está egresando de las escuelas de formación, es una persona con adecuados conocimientos técnicos, formada con ética y respeto por las demás personas. Se estaría impidiendo el egreso de personas que no reúnen los requisitos indispensables para desempeñarse como prestadores de servicios de salud. Esa evaluación previa a su egreso, trazaría el camino de la evaluación para una futura recertificación con el fin de garantizar el mantenimiento de la calidad de los egresados.

Se considera que ser maestro es una vocación, y que si bien en todo proceso de evaluación está comprometido el maestro y el alumno, la evaluación debe comenzar por el profesor. La evaluación es un proceso con el cual se deben familiarizar y comprometer todos los educadores. No busca juzgar. Su fin último no es clasificar, ni calificar el nivel de conocimientos o las actitudes del alumno, sino hacerlos mejores, cualificar la educación y por ende garantizar la calidad de los egresados.

Las consejerías educativas pueden dar coherencia al proceso de educación, la relación del tutor o consejero con el estudiante, puede hacerle consciente de sus deficiencias y facilitarle acceso a recursos del aprendizaje; esta será siempre una acción de evaluación formativa que hace de puente y comunicación entre los momentos de aprendizaje y los de evaluación. Otro aspecto a considerar en la línea de promover la evaluación formativa es la autoevaluación; se debe dotar al estudiante de mecanismos que le permitan realizar su propia evaluación, a fin de contrastar sus avances en el aprendizaje, esto es algo que está al alcance de todos los centros educativos.



Algunas de las formas concretas que pueden servir para evaluar procesos, son los prototipos y las simulaciones; los prototipos pueden ser casos clínicos escritos o virtuales, sobre los cuales los estudiantes deben ir tomando decisiones decisivas ante los problemas o retos que se les plantean. Las simulaciones suelen presentar actores que desarrollan roles o guiones preconcebidos como pacientes. Así se intenta reproducir al máximo la vida real y se puede evaluar el proceso.

Un aspecto a considerar también es la posibilidad de realizar evaluaciones grupales, dado que buena parte de las actividades de los profesionales se realizan en equipo, la idea de considerar que el proceso lo conforma todo un equipo de trabajo resulta estimulante. El método de la espina de pescado permite observar como todo un grupo (equipo), va tomando decisiones paulatinas, más o menos homogéneas con el objeto de llegar a un único fin. El profesor debe implicarse en el proceso evaluativo y contemplarlo como un doble reto que le permitirá evaluar, conocer su propio trabajo y seguir fielmente el aprendizaje que llevan a cabo sus alumnos. El proceso evaluativo debe seguir unas normas éticas, se deben establecer con claridad las formas, los instrumentos de evaluación, los criterios de corrección y de aprobación, así como los mecanismos de consulta después del examen.

2.10 Evaluación por competencias laborales: una experiencia para considerar

En 1996 el SENA inició la conformación de un sistema nacional de formación mediante competencias laborales. Paralelamente a éste, se está desarrollando el mapa laboral de competencias pedagógicas. Dentro de ese mapa, se ha definido un sistema de evaluación, en el cual los elementos de competencia van a definir unos componentes normativos, habida cuenta que competencia laboral *es la aplicación de conocimientos, habilidades, comprensiones y valores, aplicadas al desempeño.*

Lo anterior determina una nueva forma de evaluar, que implica la utilización de instrumentos distintos a las “notas”, y donde se trata de determinar si el individuo es o no competente en el desarrollo de su rol social; en este aspecto, es la misma persona la que decide sus necesidades de aprendizaje. Se considera que esta propuesta de sistema de evaluación podría generalizarse a las instituciones educativas de educación no formal en salud.

Dichos componentes normativos tienen en cuenta los siguientes factores:



- ✦ Criterios de desempeño: en los cuales se define aquello que se espera del trabajador; es decir, se establece cual debe ser su desempeño en sus labores habituales.
- ✦ Rangos de aplicación: que trata de aquellos escenarios y condiciones variables, donde la persona debe ser capaz de demostrar dominio sobre el elemento de la competencia.
- ✦ Conocimientos y comprensiones esenciales: el saber en términos de principios, teorías, conceptos e información relevante que se sustenta y aplica en el desempeño de las competencias.
- ✦ Evidencias requeridas: pruebas necesarias para evaluar y juzgar la competencia laboral de una persona, la cual está definida en los criterios de desempeño y en los conocimientos esenciales y delimitadas por el rango de aplicación.

En este sistema evaluativo es importante analizar los logros del alumno, pero es aún más importante la conciencia de la persona sobre sus logros. Los pasos a seguir son:

- a) *La evaluación* que hace especial énfasis en la autoevaluación con respecto a los componentes normativos,
- b) *La formación* en la cual, con base en la evaluación, se identifica el aprendizaje logrado y, según el caso, se estipula la necesidad de refuerzos
- c) La certificación que implica el cumplimiento a cabalidad de los requisitos anteriores, teniendo en cuenta las competencias, los elementos y la titulación.

2.11. La Acreditación de las instituciones de educación no formal

Aunque mucho se ha enfatizado en este tema, se vuelve a insistir sobre la necesidad de la acreditación de las instituciones de Educación No Formal, por parte de un ente gubernamental previamente definido. Dicha acreditación debería incluir un estudio de la infraestructura, entendida ésta como todos los elementos necesarios para poner en funcionamiento un programa, que incluiría infraestructura física, adecuación para la educación, equipamiento, escenarios de docencia en servicio, docentes, directivas, estudiantes, organización interna, programas y medios de financiación.



También se deberían valorar sus procesos, que hacen referencia a la dinámica institucional, entre los cuales estarían incluidas la labor del docente como modelo y como tutor y en general el desarrollo de todo el proceso de formación y las diferentes acciones que permiten el funcionamiento institucional. Se podría realizar una evaluación de resultados, que implicaría hacer una valoración de las competencias de los egresados que abarque las diferentes dimensiones de desarrollo propuestas en el currículo. Finalmente, se podría realizar una evaluación de impacto, que hace referencia a los aportes sociales de la Institución en el contexto regional o nacional.

Se establecerían unos estándares mínimos de calidad, los cuales debería cumplir toda institución educativa de educación no formal en salud para comenzar a funcionar e incluso se daría un plazo para que aquellas que ya están funcionando cumplan los citados requisitos obligatorios y se definirían estándares de acreditación para aquellas instituciones que opten por comprometerse con altos niveles de calidad en la formación y deseen ser acreditadas. Para garantizar la calidad debemos realizar el mismo proceso con los escenarios de práctica y los centros de formación, si tenemos en cuenta que en la formación del personal de salud, tiene tanta o más importancia la práctica que la teoría.

En el ámbito educativo colombiano existe consenso respecto de la necesidad de acreditar las instituciones formadoras. Sin embargo, es bien conocido que la evaluación genera dificultades y problemas, pues tiene poca aceptación especialmente por parte de los directivos. De ahí que, cuando se realiza una evaluación, ésta se sesgue más hacia los logros, que hacía los problemas. Es preciso una toma de conciencia que posibilite a una aceptación voluntaria y positiva hacia la evaluación por parte de toda la comunidad educativa y el entorno socio - cultural.

Únicamente se debería autorizar docencia en servicio a los programas debidamente acreditados por los entes estatales correspondientes y sólo se debería realizar convenio con las instituciones prestadoras de servicios de salud acreditadas. En este proyecto, además se presenta una propuesta de estándares de acreditación para centros de formación que busca un cambio positivo en la relación docencia servicio, mediante el establecimiento de requisitos básicos de habilitación para los escenarios de práctica y los centros de formación y la fijación de estándares de acreditación para aquellos escenarios de prácticas o centros de formación que tengan como meta el compromiso con la excelencia en la calidad de la formación del personal de salud.



2.12 Nuevas metodologías de enseñanza aprendizaje

Hasta ahora la educación no formal ha estado marcada por metodologías tradicionales, pero es necesario crear un sistema educativo en el cual se atienda a la complejidad del ser humano, para que pueda tener un desempeño eficaz en sociedades complejas como la nuestra, de ahí la necesidad de explorar nuevas estrategias pedagógicas.

En el compendio sobre Estrategias Educativas del Instituto de Estudios de la Salud (Tabla 5) de Barcelona (IES) se presentan las doce estrategias metodológicas para orientar el proceso de enseñanza- aprendizaje propuestas por Harden y cols, que en realidad son seis estrategias y su contraparte, como se puede observar a continuación:

Se valora especialmente la *enseñanza centrada en el estudiante*, quien con la orientación del tutor, selecciona sus propios objetivos de aprendizaje, elige las materias, decide su secuencia de aprendizaje, los métodos pedagógicos y su propia evaluación, por cuanto esta estrategia le da al alumno la posibilidad de convertirse en sujeto de su propio aprendizaje, lo cual ayuda de manera importante a su desarrollo intelectual y afectivo.

Por otro lado, se recomienda considerar la *enseñanza integrada*, que propende por una integración de los contenidos de las diversas materias que usualmente se cursan en paralelo o de forma sucesiva y se caracteriza por programas flexibles en los cuales es posible una formación multiprofesional centrada en la comunidad, por cuanto tal opción metodológica permitiría superar la actual rigidez temática y los procesos estandarizados que no permiten atender problemas tales como el de la violencia intrafamiliar.

Se podría afirmar que la estrategia metodológica más apropiada para la educación no formal es *la enseñanza basada en problemas*, en la cual se utilizan diferentes clases de problemas, unos más teóricos y otros más aplicados a la realidad y al trabajo, con el propósito de que el estudiante adquiera conocimientos y habilidades relevantes para estar en capacidad de moverse eficazmente en el ámbito laboral, lo cual sólo es posible cuando se resuelven acertadamente los problemas propios de la práctica profesional.

Se considera pertinente anotar que para orientar el proceso de enseñanza aprendizaje mediante la solución de problemas, es preciso tener presente tanto la realidad social, como el contexto en el cual nos desempeñamos, pues los problemas se presentan en la complejidad llamada existencia y no en los límites de un libro. También se considera valioso establecer qué tipo de



problemas usualmente se presentan en el hacer cotidiano y de dónde surgen, pues la salud trasciende los ámbitos clínicos y asistenciales en general y tiene que ver con aspectos socio - económicos, culturales, ambientales, laborales, demográficos y muchos otros. Hoy en día en las empresas productivas, el trabajador se orienta casi siempre hacía la solución de problemas, pues en las organizaciones se debe responder de manera justa y adecuada, a los problemas con los cuales se encuentra el empleado.

Finalmente, se considera que para resolver problemas, es necesario el desarrollo de habilidades que posibiliten una toma de decisiones acertada, lo cual implica el conocimiento reflexivo y profundo de la sociedad para la cual laboramos. Es fundamental la capacitación de docentes en estas metodologías y la formulación clara de políticas de formación. Es necesario replantear los enfoques educativos vigentes para estar en condiciones de generar un cambio de actitud tanto del docente como del alumno, lo cual favorecería la creación de un nuevo modelo de educación para adultos. Para ello, es preciso aproximarse a métodos pedagógicos susceptibles de estimular el pensamiento crítico y creativo de los alumnos, así como el desarrollo de actitudes favorables a un desempeño más humano y comprometido con su entorno. Las estrategias pedagógicas y metodológicas se han de seleccionar tomando como punto de referencia la opción por formar recursos humanos multivalentes y multifuncionales.

2.13 Investigación en el currículo no formal

La investigación a partir de núcleos técnico - temáticos apropiados permitiría realizar un aprendizaje más significativo y comprometido por parte de los estudiantes. Además de estimular una actitud de búsqueda desde el principio del proceso cuando se ven en la necesidad de seleccionar y revisar la bibliografía

Tabla 5

ESTRATEGIAS EDUCATIVAS DE ACUERDO AL SUJETO

Fuente. Harden y Cols. Institut de estudis de la Salut. IES, Barcelona

Centrada en el estudiante	Centrada en el profesor
Basada en problemas	Basada en transmisión de información
Integrada	Basada en disciplinas
Orientada a la comunidad	Orientada a los hospitales
Basada en cursos optativos	Basada en programas estándar
Sistemática	oportunista



pertinente. Visto así el aprendizaje, se convierte en un proceso complejo y extendido en el tiempo, en el cual a veces es necesario dar rodeos para resolver problemas de aprendizaje. En el desarrollo de los procesos de investigación en salud, deben participar todos los actores del sector, pues a partir de sus experiencias es posible interpretar mejor los hechos, a fin de identificar problemas y sugerir alternativas de solución.

Para la educación no formal, se propone la investigación participativa que no se queda únicamente en un trabajo de investigación académico, sino que realiza una labor auténticamente educativa en la que los grupos participan en la producción de conocimientos concretos sobre su propia realidad, dentro del contexto socio económico y cultural en el cual se desenvuelven, pues se desarrolla como un mecanismo facilitador a soluciones prácticas a problemas concretos de los servicios de salud, en los cuales los investigadores son sujetos activos.

3. RESULTADOS ESPERADOS

La aplicación de las recomendaciones para la modernización de la educación no formal, requieren de la participación de todos sus actores, pertenecientes a instituciones públicas o privadas; no se puede esperar que sea únicamente función del Estado su puesta en marcha. Hay propuestas que dependen del interés conjunto del Ministerio de salud y del Ministerio de educación, como por ejemplo, la propuesta de formalización de la educación no formal en salud o la de acreditación de las instituciones educativas o los escenarios de práctica y los centros de formación de personal auxiliar en salud o la reforma del Decreto 190/96 que reglamenta la relación de docencia en servicio; sin embargo incluso en estos casos, se requiere que los sectores más interesados, cuyos miembros en muchos casos integraron la red multidisciplinaria, se constituyan en impulsores y veedores de su realización.

El “Plan multidisciplinario para la modernización de la educación capacitación y entrenamiento en salud”, previendo lo anterior, ha propuesto la conformación de un Comité Nacional para el Recurso Humano en Salud, dependiente del COMPES Social del Departamento Nacional de Planeación, el cual a su vez, tendrá un Sub comité para la Educación no formal, que tendrá por objetivo fundamental, estudiar y proponer las normas que regulen la organización y funcionamiento de la educación no formal.



Sin embargo, las escuelas formadoras de educación no formal, pueden comenzar a implementar en algunos casos, las recomendaciones que requieran únicamente de su actuación, como algunas reformas en el pensum, en los objetivos y en el perfil ocupacional de sus egresados, así mismo en la utilización de nuevas metodologías de enseñanza – aprendizaje, en la evaluación del aprendizaje y énfasis en la selección de los estudiantes. Deberían estas instituciones, constituirse en red para propiciar y vigilar el cumplimiento de estas recomendaciones que conducirán a una verdadera modernización de la educación no formal en salud.



Capítulo VI

CONCLUSIONES FINALES

Como bien se dijo desde la introducción de este documento, hablar de modernización en la formación del personal de salud contempla forzosamente dos momentos claramente identificables: en primer lugar, uno que parte del reconocimiento de una realidad de contexto que obliga a que los procesos actuales de formación se adapten a las condiciones existentes dentro de un modelo de prestación de servicios, que en el caso colombiano se ha transformado de manera importante en la última década, y en segundo lugar, adecuar ese proceso formativo a los avances y desarrollos que orientan los nuevos paradigmas de la educación del personal de salud en otros entornos o “estado del arte” y que se constituyen en la punta de lanza del desarrollo en esta materia.

Desde el análisis de los elementos del contexto mas significativos que inciden sobre el proceso formativo del personal de salud, pasando por los principales hallazgos y recomendaciones para la modernización de la educación en el pregrado, postgrado, educación continuada y educación no formal, es evidente la necesidad de reorientar la formación del personal hacia una integración mucho mas eficaz y tangible entre este proceso y la prestación de servicios.

Por tanto, si aceptamos que la educación en general, o mejor, la formación, se constituye en un proceso sin solución de continuidad en el tiempo, es mucho mas claro el porque, desde el ámbito de las necesidades del sector salud se hace indispensable contar con profesionales idóneos que se forman en permanente contacto con las necesidades de la sociedad durante todo el trascurso de su vida laboral.



En el caso de la educación del pregrado resulta evidente como la formación integral del futuro profesional debe reforzar sus contenidos humanistas, interdisciplinarios, de trabajo en equipo y de enfoque generalista, propios de un ejercicio profesional cercano a las variables sociales que condicionan en buena medida la efectividad de la práctica y el estado de salud de la población. Este hecho implica revisar el enfoque del proceso formativo, sus objetivos, contenidos, metodologías, técnicas docentes y proceso de evaluación, a la luz de los nuevos modelos de prestación de servicios y de atención a la salud, donde el fortalecimiento de la primera instancia de atención o “primer nivel” se convierte en un espacio propicio para avanzar en este sentido.

En la formación de postgrado, la propuesta avanza hacia una reorientación de la formación especializada tanto en las áreas asistenciales como en las no asistenciales (salud pública, administración en salud, epidemiología, entre otras). Estos lineamientos iniciales, aunque de carácter genérico, apuntan hacia incorporación y fortalecimiento de metodologías que valoren el desarrollo del conocimiento y la investigación en todas las áreas de formación postgraduada sean estas asistenciales o de cualquier otra índole (investigación en políticas y servicios de salud por ejemplo), el trabajo interdisciplinario, la aplicación de instrumentos y técnicas de gestión clínica o “managed care”, estos últimos de enorme vigencia dentro del modelo actual de prestación de servicios.

En este caso es igualmente evidente la necesidad de fortalecer los mecanismos que fomenten la acreditación de programas, instituciones y centros de formación a partir de los cuales se forman los futuros especialistas. Tan importante como un adecuado programa académico es que el proceso educativo se realice en un ambiente institucional idóneo (centro de formación) donde confluyan la formación y la prestación de servicios. Por tanto y paralelamente al establecimiento de mecanismos que incentiven la acreditación de programas académicos, la modernización en el postgrado deberá apuntar a fortalecer el desarrollo, habilitación obligatoria y acreditación progresiva de centros de formación que respondan a altos estándares de calidad que garanticen idoneidad institucional para la formación del personal.

Para la educación continuada las principales recomendaciones se orientan a que sus contenidos se hagan mas acordes a la actualización y profundización del conocimiento requeridos por las necesidades de los servicios, del entorno institucional y del proceso de desarrollo integral del personal. Por otro lado, es necesario recalcar la necesidad de estandarizar este tipo de formación, de



tal manera que permita su adecuada regulación y acreditación progresiva en cuanto a pertinencia, contenidos, metodologías, evaluación, y por tanto, su calidad. En este ámbito de la formación se hace mucho más evidente la necesidad de actualizar las metodologías, y sobretodo, aplicar de manera responsable los avances tecnológicos que facilitan el acercamiento del conocimiento y la información (internet) a las necesidades del entorno laboral.

En relación a la educación “no formal” son múltiples los aspectos objeto de modernización. En primer lugar es importante recuperar el posicionamiento y valor social de este personal dentro del entorno de los servicios. En este sentido, se hace evidente la necesidad de propiciar una formación más integral y rica en contenidos como parte de la reorientación necesaria para este ámbito de formación, dada su importancia y amplia presencia como parte de la oferta de servicios.

Un primer aspecto, se orienta a brindar las condiciones que permitan el ingreso progresivo de este tipo de programas a los canales propios de la educación formal. Este hecho implica ajustar la normatividad existente dando cabida a la posibilidad de profesionalizar a este personal de acuerdo con las necesidades de los servicios y brinde al desarrollo un proceso de planificación que responda a una clara política pública que fortalezca, aquellas instancias de atención donde este personal juegue un papel determinante. Paralelo a este cambio se deben ajustar contenidos, metodologías y procesos de evaluación que respondan a un perfil más cercano a la formación técnica profesional o profesional según sea el caso, logrando con esto, un acceso a la educación formal más equitativo y adaptado a las competencias laborales necesarias para responder a las cambiantes necesidades del proceso de atención a la salud.

Como elementos comunes a los distintos ámbitos de formación ya descritos, se identifican algunas áreas susceptibles de ser intervenidas desde el plan de modernización como desde el plan de incentivos, las cuales, desde ahora se perfilan como objeto de modernización:

- a) Todo proceso de modernización en la educación del personal, deberá ir acompañado de un cambio en la manera de enfocar el modelo de atención a la salud y la relación de éste con el proceso formativo. Este hecho deberá constituirse en pilar fundamental para generar el cambio, ya que de su adecuada revisión y ajuste dependerá que se creen los mensajes (incentivos de cambio) hacia las instituciones educativas para que modifiquen sus enfoques formativos, contenidos curriculares y técnicas docentes, hacia el



desarrollo de competencias profesionales debidamente articuladas a la realidad de los servicios.

- b) Cada disciplina de la salud deberá diseñar un conjunto básico de competencias que orienten todo el proceso formativo de sus profesionales y técnicos. Este hecho determina la pertinencia y calidad de cada programa, así como la posibilidad de que sean medidos sus resultados en función del alcance de este conjunto de conocimientos, habilidades y actitudes, que de hecho caracterizan y diferencian a cada disciplina de la salud. Dichas competencias deberán ser cambiantes como cambiante es la sociedad y el contexto en el que se desenvuelve cada profesional. Esto condiciona un proceso de formación flexible y adaptable a los cambios sociales, tecnológicos y económicos que condicionan en buena medida el desarrollo de la sociedad y de la actividad humana.
- c) La institución formativa deberá ser permeable al cambio y entender que su función y responsabilidad social, podrá medirse cada vez mas, en relación con el tipo de egresado que entregue a la sociedad y como éste desempeñe sus competencias con mayor o menor éxito. En este sentido la responsabilidad social de las instituciones formativas deberá ir mas allá de garantizar la entrega de un conjunto de conocimientos y destrezas propias de un ejercicio profesional o técnico. Este hecho determina su obligación en formar personas responsables como miembros de una sociedad en cuya conformación, organización y desarrollo, tienen una enorme responsabilidad por haber gozado del privilegio de acceder a un proceso formativo, que en un país como Colombia, es restringido para buena parte de la población.
- d) Un nuevo enfoque educativo deberá fomentar la evaluación formativa. Es necesario modificar la forma de medir los resultados parciales y finales del proceso de formación, empezando por el cumplimiento de los objetivos de este y la manera como el cumplimiento de estos responde a las necesidades del entorno social. Por esto no es en vano insistir en la evaluación formativa, aquella que aporta elementos al estudiante para que aprenda en la medida que es evaluado y se fundamente en la identificación del conocimiento útil que requiere para resolver los problemas más frecuentes relacionados con su ejercicio profesional.
- e) Es necesario rescatar el concepto del “profesionalismo” como parte de la modernización en la formación del personal de salud. Este aspecto incluye recordar desde el proceso formativo la preservación del criterio profesional, la autorregulación del ejercicio, la autonomía y la responsabilidad con el



propio desarrollo profesional. Aspectos que hacen parte de un nuevo modelo formativo orientado a la calidad del trabajo y de la atención en salud que recibe la población.

- f) Aunque ya se mencionó, no sobra recalcar la acreditación progresiva de los programas de educación no formal. El personal auxiliar y técnico se constituye en muchos casos en la puerta de entrada de los usuarios al sistema de salud. Todo aquello que mejore su proceso formativo y permita su acceso real a los canales de la educación formal, no solamente aportará avances significativos en la calidad de su formación, sino que adicionalmente permitirá, de una manera más equitativa y justa, dar la oportunidad a este importante grupo humano para cualificar sus servicios y aportar su experiencia a la prestación de servicios de salud.

Como aspecto clave a resaltar en la implementación de reformas, es la necesidad de una adecuada coordinación entre los actores responsables, para sacar adelante cada una de las acciones que serán determinantes para el cambio. En este sentido el papel del Ministerio de Salud, como organismo que lidere este proceso, es fundamental. No sólo por ser el ente público encargado de viabilizar el desarrollo de este proyecto sino, adicionalmente por su responsabilidad frente a las decisiones que afectan el proceso de atención en salud a la población, cuyo principal protagonista es el personal de salud responsable de las principales decisiones clínicas y de gestión que afectan la marcha de los servicios.

Finalmente, como se desprende de la lectura detallada de cada una de las anteriores recomendaciones, el rol del sector educativo, en cabeza del Ministerio de Educación Nacional y de sus organismos adscritos (Icfes, CNA) se constituye en garante de su puesta en marcha. Las acciones de cambio relacionadas con la acreditación y la regulación de la oferta, por ejemplo, recaen en buena medida en estos organismos. Mientras que las relacionadas con certificación y recertificación profesional, transformación curricular, reorientación de programas, recaerán más directamente en las instituciones educativas propiamente dichas y en las asociaciones profesionales, gremiales y científicas.

Por tanto es la sociedad civil en su conjunto la encargada de sacar adelante buena parte de las recomendaciones aquí planteadas. Los procesos de cambio actitudinal y de comportamiento de los actores sociales requieren necesariamente de la generación de mecanismos reguladores e incentivos



capaces de movilizar opiniones, decisiones políticas y cambios en los actores involucrados.

De ahí que este documento pretenda sentar las bases de lo que conformará posteriormente el conjunto articulado de acciones de cambio planteadas en el Plan multidisciplinario, y de un conjunto de instrumentos que involucren voluntades políticas, institucionales e individuales que posibiliten dicho cambio a través de un Plan de incentivos, documentos que en su conjunto conforman las bases del proceso de modernización para la educación en salud en Colombia. De la adecuada coordinación de acciones de todos estos actores dependerá en buena medida que muchas de estas recomendaciones no queden en letra muerta.



BIBLIOGRAFÍA

- ¹ Para un análisis más detallado del contexto ver Documento 1, “*Elementos de contexto y línea de base*”. Cód I 001-1.
- ² Para una presentación más detallada de este tema, consultar el Documento 7. Propuesta de un plan de incentivos para docentes en salud.
- ³ Ver documento 4 Proyecto plan multidisciplinario para la modernización de la educación, capacitación, y entrenamiento en salud. *Recomendaciones para estándares de acreditación de centros de formación práctica. “Un nuevo paradigma en la relación entre la formación y la prestación de servicios.* Cód. I 001-4.
- ⁴ . <http://www.paho.org>
- ⁵ UTE Ascofame, AUPHA, ASSALUD, CES. *Proyecto de Apoyo a la Acreditación de programas de educación y entrenamiento en salud.* Ministerio de Salud, Programa de Apoyo a la Reforma en Salud., Octubre de 2001.
- ⁶ UTE CENDEX U. Javeriana. FHF, Fedesarrollo. Proyecto plan a largo plazo para el recurso humano en salud. Análisis de la oferta educativa. Min. Salud. Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, 2000 - 2001.
- ⁷ En el documento 4 “*Un nuevo paradigma en la relación docencia servicio – Estándares de acreditación para los centros de formación*” se anexa el anteproyecto de propuesta de reforma al Decreto 190. Cód. I 001-4.



ANEXO NO. 1 ÁREAS DE RECOMENDACIÓN

ÁREAS DE RECOMENDACIÓN PARA PREGRADO

Área de recomendación	Principales componentes	Actores responsables
ENFOQUES INFORMATIVO	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cambiar paradigma: aprender Vs enseñar ➤ Apostar la calidad ➤ Trabajar sobre Multidisciplinariedad ➤ Inculcar el trabajo en equipo ➤ Desarrollo de habilidades investigativa ➤ Fortalecer los procesos de selección 	Ministerio de educación Instituciones educativas Centros de información Personal docente Icfes Asociación de instituciones de educación superior Asociaciones de egresados Asociación comunitarias
TRANSFORMACIÓN CURRICULAR	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Desarrollo de habilidades comunitarias ➤ La formación en valores ➤ Adaptación al cambio ➤ Formación con orientación social y humanístico 	Consejo nacional de acreditación instituciones educativas Centros de formación Asociaciones de Instituciones de Educación formal y no formal. Asociación de egresados Personal docente Asociaciones comunitarias
EDUCACION MEDICA	<ul style="list-style-type: none"> ➤ La evidencia en la practica clínica y en la metodología educativa ➤ Integrar al currículo el “aprendizaje basado en problemas” ➤ Fomentar una formación integradora. ➤ Fortalecer la instancia básica de atención (1er nivel) 	Ministerio de Educación. Instituciones educativas. Personal docente Centros de formación Asociaciones de egresados Consejo Nacional de Acreditación
OPERATIVAS	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Definir las competencias profesionales básicas ➤ Potenciar un nuevo modelo de atención a la salud ➤ Transformar el modelo educativo ➤ Fortalecer la función reguladora y acreditara ➤ Involucrara el profesorado en el proceso de cambio ➤ hacer uso de la informática y las nuevas tecnologías. ➤ Valorar la vigencia de los programas 	Ministerio de educación Ministerio de salud Asociaciones educativas de educación formal y no formal. Icfes Colciencias Asociación colombiana de hospitales Academia y asociaciones científicas de las diferentes disciplinas de salud



ÁREAS DE RECOMENDACIÓN PARA POSTGRADO

Área de recomendación	Principales componentes	Actores responsables
Enfoques y Metodologías Educativas	Aplicar métodos propios de la formación de adultos	* Ministerio de Educación * Instituciones educativas
	Promover y profesionalizar la figura del tutor	* Docentes * Icfes
	Fomentar la interdisciplinariedad	* Asociaciones de usuarios
	Fomentar la actitud de “aprender a aprender”*	* Personal de salud * Consejo nacional de acreditación
	Desarrollar la metodología de aprendizaje basado en problemas	* Centros de formación
	Fomentar la profesionalización de la docencia	
Para Postgrados Asistenciales	Identificar prioridades de formación y entrenamiento	* Ministerio de Educación * Instituciones educativas
	Incorporar elementos de gestión clínica	* Empresas de salud
	Incorporar elementos del entorno de servicios	* Docentes * Centros de formación
	Fomentar el trabajo en equipos	* Asociación colombiana de hospitales
	Desarrollar técnicas de aprendizaje basado en problemas	* Consejo nacional de acreditación
	Potenciar el aseguramiento de la calidad	
	Construir una nueva relación entre formación y trabajo	
	Fortalecer un nuevo modelo de atención desde la formación de especialistas en medicina familiar y comunitaria.	
Para Postgrados No Asistenciales	Fortalecer la toma de decisiones y la responsabilidad social	* Ministerio de Educación * Instituciones educativas
	Entender lo intersectorial e interdisciplinario como factor decisivo	* Docentes * Empresas de salud
	Aprendizaje acorde con la realidad social del país.	* Personal de salud * Consejo nacional de acreditación
	Fomentar la calidad y la acreditación	
	Potenciar alianzas con otras instituciones	
	Potenciar investigaciones en políticas y servicios de salud	



ÁREAS DE RECOMENDACIÓN PARA EDUCACIÓN CONTINUADA

Área de recomendación	Principales componentes	Actores responsables
Enfoques formativos	Cambiar paradigma: aprender vs enseñar	Ministerio de Educación Instituciones educativas
	Formación acorde con las necesidades sociales	Docentes Asociaciones de usuarios
	Formación acorde con las necesidades del sector salud	Empresas de salud Personal de salud
	Fortalecimiento de alianzas estratégicas entre Instituciones educativas y empresas del sector salud para desarrollo de programas	
	Fortalecimiento de la investigación-acción	
Regulación	Reglamentación Programas	Ministerio de Educación
	Control y Vigilancia Programas	Ministerio de Salud
Metodologías educativas	Enseñanza por problemas	Instituciones educativas
	Trabajo en equipo	Docentes
	Aprendizaje significativo	Empresas de salud Personal de salud



ÁREAS DE RECOMENDACIÓN PARA EDUCACIÓN NO FORMAL

Área de recomendación	Principales componentes	Actores responsables
Enfoques formativos	* Cambio del perfil ocupacional	* Ministerio de Educación
	* Fortalecer los procesos de selección	* Instituciones educativas
	* Docencia asistencia concertada	* Escenario de práctica
	* Equilibrio entre la teoría y la práctica	* Ministerio de Salud
	* Desarrollo de actividades investigativas	* Consejo Nacional de Acreditación
	* Apostar por la calidad	
	* Actualización permanente a los docentes	
	* Cambiar paradigma aprender vs enseñar	
	* Acreditación de instituciones educativas	
Transformación curricular	* Pénsum básico regulado adaptable	* Ministerio de Educación
	* Formación que enfatice en valores	* Personal docente
	* Formación con orientación social	* Instituciones educativas
	* Énfasis en desarrollo de habilidades	* Centros de formación
	* Objetivos concertados	
	* Compromiso con nuevos modelos de prestación de servicios de salud	
	* Fortalecer la evaluación del aprendizaje	
Nuevas tecnologías educativas	* Enseñanza centrada en el estudiante	* Instituciones educativas
	* Enseñanza integrada	
	* Enseñanza basada en problemas	
Normas legislativas	* Formalización de la educación no formal	* Ministerio de Salud
		* Ministerio de Educación



Anexo No. 2

EXPOSICIÓN DE MOTIVOS PARA LA PROPUESTA DE DECRETO PARA LA EDUCACIÓN TÉCNICA PROFESIONAL EN SALUD

La historia de la formación de auxiliares para la salud, comenzó en Colombia con la formación de auxiliares de enfermería. Entre los años 1940 y 1950, se produjo un continuo aumento de instituciones prestadoras de servicios de salud que contrasta con el escaso número de enfermeras profesionales existentes en el País. Como consecuencia se planteó la necesidad de capacitar auxiliares de enfermería con mínimos requisitos de escolaridad, que en dos o tres semestres de estudio, pudieran desempeñar funciones básicas de atención a los enfermos. A partir de 1948, las primeras escuelas de auxiliares de enfermería, establecidas por el Ministerio de Higiene, comienzan a capacitar a este personal destinado a la atención ambulatoria urbana y rural, y a la atención hospitalaria.

La formación de auxiliares se refrendó legalmente mediante el Decreto No 194 de 1962, en el cual se disponía que el Ministerio de Educación, expidiera normas y fijara requisitos mínimos para la aprobación y funcionamiento de las escuelas de auxiliares de enfermería que se organizaran para funcionar en el País. Posteriormente y de acuerdo a las necesidades fueron surgiendo otros programas para la formación de auxiliares en diversas ramas de la salud.

A partir de la expedición de la ley 115 de 1994 -Ley General de Educación- se definió la Educación No Formal en la cual quedó tácitamente incluida la formación de auxiliares para la salud. Esta ley fue refrendada por el Decreto 114 de 1996 que reglamentó la creación, organización y funcionamiento de programas y de establecimientos de Educación No Formal, facultando en su artículo 11, a los Ministerios de Educación y Salud para reglamentar lo relacionado con el funcionamiento de programas de Educación No Formal en las áreas de auxiliares de salud. La Resolución que reglamenta el artículo 11 del Decreto 114, se encuentra actualmente en trámite.

El mercado educativo en Colombia está actualmente segmentado en dos modalidades: educación formal y educación no formal. La primera conduce a títulos universitarios, tecnológicos y técnicos. La educación no formal a certificados de aptitud laboral u ocupacional en el área correspondiente de auxiliar.



La formación del personal de salud está concentrada en la formación universitaria y la no formal, de tal manera que la formación técnica y la tecnológica es muy escasa y consiguientemente su participación en el mercado laboral.

El Proyecto Plan a largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos en salud en Colombia, realizado por la unión temporal Pontificia Universidad Javeriana, Fedesarrollo y Family Health Foundation, en Septiembre de 2001, propone como política general de calidad del recurso humano ante la sobreoferta de profesionales de la salud, cambios en el modelo de formación, buscando una formación por ciclos, que supere las dos tendencias actuales de profesionales y de auxiliares, de tal manera que se tenga una formación escalonada donde los niveles técnicos adquieran mayor preponderancia.

De acuerdo con el análisis funcional de tareas y los estudios de caso realizados, se requiere que los auxiliares se transformen en recursos técnicos o tecnológicos con perfiles más amplios y acordes con los nuevos requerimientos del sistema.

Existe una oferta muy apreciable en cuanto a instituciones formadoras, programas de formación y egresados de la educación no formal. Este último recurso en términos de proporción representa el 50% de la oferta, mientras los profesionales el 45% y los técnicos el 5%. Así mismo, la distribución geográfica de los auxiliares de la salud es mucho más amplia que la de los profesionales; la concentración de auxiliares es de 13.26 por 10.000 habitantes en municipios capitales, mientras que en municipios con menos de 20.000 habitantes es de 15.92; mientras que para Médicos esas cifras son respectivamente de 13.41 y de 5.65. Proyecto “*Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia*”. Universidad de Antioquia.

Sobre el personal auxiliar ha descansado la prestación básica de los servicios, las actividades de atención primaria, la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, la educación a la comunidad, la atención domiciliaria en las veredas y el enlace entre la comunidad y los servicios de salud. A este personal cada vez se le fueron asignando más y más funciones en la medida de las necesidades y de la falta de presencia del personal profesional y sus responsabilidades ante las nuevas exigencias del sistema han continuado en aumento.

Con los cambios normativos del sector educativo, éste personal auxiliar entró a formar parte del personal capacitado en la modalidad de la educación



no formal. Según la definición contenida en la Ley 115/94, “*educación no formal es la que se ofrece con el objeto de complementar, actualizar, suplir conocimientos y formar en aspectos académicos o laborales sin sujeción al sistema de niveles y grados*” (artículo 36). Dado su contexto tan general, no parece que los autores de la misma estuvieran contemplando incluir dentro de la educación no formal a la formación de personal de apoyo para la salud”. Agrega también la Ley 115, que “*además se rige por los principios y fines generales de la educación establecidos en la Ley, la cual promueve el perfeccionamiento de la persona, el conocimiento y la reafirmación de los valores nacionales, la capacitación para el desempeño artesanal, artístico, recreacional, ocupacional y técnico, la protección y aprovechamiento de los recursos naturales y la participación ciudadana y comunitaria*” (artículo 37).

La norma ha definido a la educación no formal, como la capacitación sin sujeción a prerequisites, a semestres, a ciclos, a progresiones en la forma de impartir el conocimiento, lo cual no es congruente con las responsabilidades del personal de salud en el manejo del paciente, ni con las necesidades del sector.

La formación del personal profesional, técnico o auxiliar para la salud, debe estar basada tanto en la definición de competencias, como en los principios de calidad y pertinencia con las necesidades del sector; concordancia con las normas legales y técnicas para la prestación de los servicios, responsabilidad social y ética. Se considera que existe desfase entre el perfil académico y el ocupacional, porque el académico no responde completamente a las necesidades ocupacionales. Una educación de calidad implica además de una adecuada estructuración del currículo, que los programas se establezcan formalmente para impartir el conocimiento de una manera progresiva, de tal forma que cuando se llegue a la etapa práctica el estudiante tenga el conocimiento básico que le permita entender y realizar el procedimiento de salud adecuado, además de brindar una atención humanizada.

De hecho los currículos de formación de éste personal se encuentran debidamente reglamentados por el Ministerio de salud y su formación está debidamente estructurada en programas que obedecen a secuencias, prerequisites, ciclos, y que demandan una gran cantidad de horas y de exigencias académicas tanto para la teoría como para la práctica, lo cual ubicaría claramente a los auxiliares de salud dentro de la educación formal.



El personal auxiliar de salud además del conocimiento técnico debe tener formación humanística, de valores éticos, de interacción y liderazgo con la comunidad y de conocimiento acerca de la responsabilidad civil y legal que implica el ejercicio de su ocupación, de los derechos de los usuarios, los avances tecnológicos y los modelos conceptuales y filosóficos de salud.

Debe además tener conocimientos de los procesos administrativos para la solución de problemas, el manejo de redes y sistemas de información, solución de conflictos, todo lo cual se podría resumir en una mayor profundización en la formación académica, pedagógica, moral, afectiva y política y en el razonamiento de que el hecho de responder por el bienestar de las personas implica poca o ninguna tolerancia de la incompetencia.

Esto contrasta con la normatividad vigente para la formación del personal auxiliar de salud, que se puede afirmar que es rígida, inequitativa e incluso discriminatoria frente a las necesidades de este personal de tener un espacio real dentro del sector de la salud y dentro de la sociedad, que permita el desarrollo y el crecimiento del egresado de estos programas en la escala educativa y laboral.

Esta situación obliga a plantear una propuesta de modernización de la reglamentación existente para la formación del personal auxiliar de salud, que subsane la problemática social y laboral de éste recurso, que le dé legitimidad a través del reconocimiento de su nivel formativo dentro de la primera escala de la educación superior -formación técnica profesional- y le permita tener la oportunidad del mejoramiento educativo mediante el acceso a los demás niveles de la educación superior para la profesionalización.

PROYECTO DE DECRETO

Por el cual se reglamenta el artículo 9 de la Ley 30 de 1992, en lo referente a la formación de personal de apoyo para la prestación de servicios de salud.

EL PRESIDENTE DE LA REPUBLICA DE COLOMBIA

En ejercicio de la facultad consagrada en el numeral 11 del artículo 189 de la Constitución Política de Colombia,

CONSIDERANDO



- El Artículo 9, Ley 30/92. Los programas de pregrado preparan para el desempeño de *ocupaciones* para el ejercicio de una profesión o disciplina determinada de naturaleza tecnológica o científica o en el área de las humanidades, las artes y la filosofía.
- El Artículo 17, Ley 30/92. Son instituciones técnicas profesionales aquellas facultadas legalmente para ofrecer programas de formación en ocupaciones de carácter operativo e instrumental y de especialización en su respectivo campo de acción, sin perjuicio de los aspectos humanísticos propios de éste nivel.
- Los Decretos 1569/98 y 861/00. Establecen el sistema de nomenclatura y clasificación de los empleos de las entidades públicas que conforman el Sistema de Seguridad Social en Salud.
- El Artículo 11 del Decreto 114/96. Faculta a los Ministros de Salud y de Educación para la reglamentación de la educación no formal en salud.

DECRETA

Artículo Primero: Los programas de formación de personal auxiliar para el desempeño de ocupaciones u oficios en el área de la salud, denominados actualmente de educación no formal, deberán ser ofrecidos dentro del nivel de educación técnica profesional.

Artículo Segundo: los programas formativos en educación técnica profesional, serán los siguientes:

TÉCNICO PROFESIONAL EN SERVICIOS CLÍNICOS DE SALUD. El cual incluye las áreas anteriormente denominadas como: auxiliar de enfermería y auxiliar de gerontología.

TÉCNICO PROFESIONAL EN SALUD PÚBLICA. El cual incluye las áreas anteriormente denominadas como: auxiliar de salud familiar y comunitaria, promotor de atención al ambiente, promotor de salud, auxiliar de higiene oral y auxiliar de trabajo social.

TÉCNICO PROFESIONAL EN APOYO DIAGNÓSTICO Y TERAPEÚTICO. El cual incluye las áreas anteriormente denominadas como: auxiliar de consultorio odontológico, auxiliar de laboratorio clínico, auxiliar de mecánica dental, auxiliar de farmacia y droguería y auxiliar de rayos X.



TÉCNICO PROFESIONAL EN SERVICIOS ADMINISTRATIVOS DE SALUD. El cual incluye las áreas anteriormente denominadas como: auxiliar de administración en salud y auxiliar de información en salud.

Parágrafo: El título se expedirá como TÉCNICO PROFESIONAL en el programa formativo correspondiente, con énfasis en el área específica.

Artículo Tercero: Los programas anteriormente mencionados se regirán para todos los efectos por las normas vigentes de la educación superior para el nivel técnico profesional consignadas en la Ley 30 de 1992 y sus Decretos reglamentarios.

Artículo Cuarto: Las instituciones de educación no formal que se encuentren a la fecha de la vigencia de éste Decreto ofreciendo estos programas tendrán dos(2) años a partir de la firma del presente Decreto para adecuarse como instituciones de educación superior del nivel técnico profesional.

Parágrafo: El ICFES y el Ministerio de Salud brindarán la asesoría necesaria para la transformación de éstas entidades y sus programas, al nivel mencionado.

Artículo Quinto: Los egresados de los programas de educación no formal en salud, podrán solicitar la homologación de sus estudios en las instituciones oficiales que determinen el Ministerio de Salud y el ICFES en un plazo de cinco(5) años, dentro de los requisitos que para éste efecto definan dichas entidades, las cuales se enmarcarán dentro de las normas existentes para la educación técnica profesional.

El Comité ejecutivo nacional de recursos humanos en salud, será el organismo encargado de supervisar, asesorar y prestar asistencia técnica al proceso de homologación.

El presente Decreto rige a partir de la fecha de su sanción y deroga las normas contrarias.

PUBLÍQUESE Y CUMPLASE

EL PRESIDENTE DE LA REPÚBLICA

EL MINISTRO DE SALUD

EL MINISTRO DE EDUCACIÓN NACIONAL



ANEXO No. 3

ELEMENTOS PARA CONSTRUIR UN MODELO DE ATENCIÓN A LA SALUD, BASADO EN EL FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL

INTRODUCCIÓN

Una de las discusiones centrales del proyecto de modernización, se enfoca en el impacto del modelo de prestación de servicios de salud y de atención a la salud predominante, sobre el proceso formativo del personal de salud. Ha sido evidente la necesidad e importancia de relacionar el destino del proceso formativo con el de la estructura y modelo de atención a la salud, toda vez, que será desde éste último que se generen los verdaderos espacios de integración entre el esfuerzo que hacen las instituciones formadoras, las posibilidades que brinde el modelo de prestación y las necesidades de la sociedad.

Desde la óptica de nuestro proyecto y de común acuerdo con el Programa de Apoyo a la Reforma en Salud (PARS) del Ministerio de Salud, se observó la necesidad de facilitar un espacio de reflexión sectorial, que abordara el tema de los modelos de prestación de servicios y de atención a la salud, partiendo de la premisa básica de generar iniciativas de reflexión y ajuste en el actual modelo de atención, de cara a las nuevas condiciones que establece el marco normativo, en cuanto a la destinación de recursos, competencias y responsabilidades del sistema en el ámbito territorial.

Por este motivo y en coordinación con el Ministerio de Salud, se ha realizado una actividad de reflexión y discusión técnica alrededor del tema de la evolución reciente de los modelos de atención en salud basados en el fortalecimiento del primer nivel de atención, o como suele llamarse, de la Atención Primaria en Salud (APS) vigente en otros entornos, y como desde esta experiencia, se pueden generar insumos para el actual proceso de ajuste sectorial que involucra en desarrollo futuro del Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS).



El desarrollo reciente del SGSSS en Colombia, se ha centrado fundamentalmente en el diseño, desarrollo conceptual y puesta en marcha de los mecanismos de operación del modelo de prestación de servicios, desde la óptica de su marco normativo, plan de beneficios, fuentes de financiamiento, mecanismos de asignación de recursos, modelo de aseguramiento y organización de los prestadores de servicios, por mencionar los más significativos. Sin embargo, no-solo es deseable sino indispensable, que el actual análisis, así como el nuevo ámbito de decisiones de política, se orienten a valorar el desarrollo futuro del sistema desde la óptica del modelo de atención a la salud. Por tanto, para abordar la discusión desde el concepto de modelo de atención a la salud, debemos recordar que este se caracteriza por los siguientes aspectos:

- a) Enfoque comunitario que exige el conocimiento preciso de la población a atender (entorno familiar, laboral, social)
- b) Énfasis por la promoción y el mantenimiento de la salud
- c) Capacidad de resolver problemas que incluyen la detección y la atención a la enfermedad, así como el manejo de riesgos individuales y colectivos
- d) Enfoque interdisciplinario e intersectorial que permita integrar los restantes niveles del sistema, complementar servicios, abordar el análisis y resolución de problemas de la comunidad.

Esto obliga a analizar el funcionamiento del sistema desde la interfase que se establece entre el conjunto de recursos disponibles (personal, estructura, oferta tecnológica, etc) y las necesidades de la población, en lo que podríamos denominar, como una estrategia de operativizar el sistema desde la instancia primaria de atención, que tome en cuenta la interacción de esta, con el conjunto de actores y relaciones funcionales que constituyen el sistema de salud.

A modo de introducción al tema, en la primera parte, el documento se centra en precisar algunas líneas conceptuales de tipo general que nos ubican en el marco técnico de la discusión y nos permiten entender por que los modelos de atención a la salud basados en el fortalecimiento de la Atención Primaria (APS) que para efecto de este documento llamaremos “Primer nivel de atención a la salud” o sencillamente “primer nivel”, se constituyen en una alternativa no solamente viable, sino deseable, para garantizar adecuados niveles de equidad, redistribución, eficiencia global del sistema y resolutivez, que en últimas se orientan a garantizar la sostenibilidad futura de todo sistema de salud .



Posteriormente el documento se ocupa de los principios que sustentan la contribución de el primer nivel a la eficiencia global del sistema de salud, posteriormente, en relación con las denominadas “políticas de sustitución” que buscan entre otros aspectos, mantener el equilibrio entre el papel de los agentes y los recursos disponibles, para luego entrar a discutir el impacto de el primer nivel en los distintos niveles de gestión del sistema (macro, meso y micro gestión). En la siguiente parte, el documento discute las principales estrategias recomendadas para la puesta en marcha de un modelo de atención a la salud basado en el primer nivel, los aspectos a considerar para su implementación dentro de un modelo de prestación de servicios basado en la “competencia regulada” como es el caso del SGSSS, los problemas potenciales a enfrentar, y finalmente, las recomendaciones específicas para el caso Colombiano, sus posibles estrategias de implantación y reflexiones finales.

Finalmente, el proyecto plantea la necesidad de reevaluar el actual modelo formativo del personal de salud, pero no solamente desde el punto de vista de sus objetivos, metodologías docentes, enfoques conceptuales o mecanismos de evaluación, sino adicionalmente desde el punto de vista de su pertinencia frente a las necesidades del país.

Este hecho se concreta y enfrenta de manera mas costo efectiva desde un modelo de atención a la salud que fomente la integralidad, continuidad y resolutivez de la atención. Lo anterior solo será posible desde un nuevo abordaje que retome la primera instancia de atención (APS) como un verdadero nivel de resolución de problemas e integración de recursos de todo tipo que permitan enfrentar y atender de manera efectiva las principales causas de enfermedad y discapacidad que afectan la población del país.

1. BASES CONCEPTUALES

Para efecto del presente documento denominaremos atención primaria en salud (APS) o primer nivel de atención a la salud, al modelo de atención que reúne el conjunto de intervenciones preventivas, diagnósticas, curativas y rehabilitadoras, orientadas desde la instancia inicial del proceso de atención, a resolver la mayor cantidad de problemas individuales y colectivos que aquejan el estado de salud de una población (Pane, 2000).

La evolución de la atención primaria ha sido objeto de un gran interés por los planificadores y rectores de los sistemas de salud en los últimos años, especialmente debido al auge que la Conferencia de Alma Ata otorgó a este



nivel de atención. No obstante este interés, pocas veces se ha traducido en un verdadero reenfoque de los servicios de salud que han seguido centrando sus esfuerzos y sus recursos en los hospitales. En cierto sentido, la propia conferencia de Alma Ata contribuyó a la poca consolidación de un modelo centrado en atención primaria, al definir los contenidos del primer nivel de atención de una forma tan amplia que se prestó una gran variedad de orientaciones organizativas. Así, al amparo del modelo de Alma Ata, crecieron desde organizaciones de atención primaria que integraban recursos y servicios, hasta organizaciones basadas en una oferta segmentada por programas de atención y una financiación verticalizada por cada uno de estos programas, muy común no solo en Colombia, sino en el resto de América Latina.

Así mismo, la diversidad de modelos también se refleja en el peso que dentro de los servicios de atención primaria se da las actividades de promoción y prevención y a las actividades de curación o rehabilitación. Igualmente hay una gran variedad de oferta de servicios relacionados con las actividades comunitarias, o que tienen por objeto a la colectividad de personas, versus las que tienen por objeto a las personas individuales.

Obviamente, la diversidad de modelos de atención primaria o de primer nivel de atención, no tiene porque reflejar un servicio poco estandarizado o de mala calidad, al contrario, *que esta sea capaz de adaptarse a su entorno y configurar ofertas de servicio adecuadas a la población que atiende, es una de sus grandes fortalezas*. El problema, aparece cuando las necesidades de la población cambian o se modifican, mientras que los contenidos de los servicios o las características de la organización se mantienen igual y siguen fieles a modelos obsoletos.

La epidemiología y la economía aplicada al análisis del sector salud, han aportado en los últimos años, datos que han permitido obtener conclusiones sobre el aporte de la atención primaria y de sus diversas presentaciones organizativas, a la mejora de la salud y a la eficiencia de los sistemas de salud. Estos estudios han permitido evolucionar en la definición de la atención primaria, y identificar cada vez mejor aquellas características de la misma que contribuyen en los diversos sistemas de salud, a mejorar su rendimiento.

En este sentido, es especialmente interesante la definición que Barbara Starfield realiza de las características básicas que debe contener la atención primaria (Starfield, 1993). En ella se considera que cuando un sistema de salud se configura en torno a la atención primaria, el conjunto del sistema resulta modificado, de tal manera, que propone que en lugar de hablar de la atención



primaria como un nivel asistencial, se debería hablar de un modelo de atención distinto.

Este modelo de atención contiene las siguientes características:

- ✦ Accesibilidad, o lo que es lo mismo, la capacidad del sistema para facilitar la obtención de servicios por parte de la población desde una determinada estructura.
- ✦ Longitudinalidad o el seguimiento de las personas en el conjunto de problemas de salud que le afecten a lo largo de su vida.
- ✦ Continuidad o capacidad de dar seguimiento a un problema de salud concreto a lo largo del tiempo y el seguimiento integral de problemas concretos en toda la amplitud de registros.
- ✦ Globalidad o Integralidad, o la capacidad de ofrecer una cartera de servicios adaptada a las necesidades de la comunidad a la que se prestan.
- ✦ Coordinación o regulación del acceso a otros niveles asistenciales y la armonización del conjunto de intervenciones que se realizan sobre las personas.

Todo este conjunto de características propias de un modelo de atención basado en atención primaria de salud, exige que las competencias de los profesionales que trabajan en el sistema se adapten a estos requisitos. *En este sentido, la modificación de currículas de las diversas profesiones que actúan en el sector salud, y especialmente, de aquellos que lo harán en el primer nivel de atención es básico.* A su vez, las actuaciones que se van a dar en atención primaria, condicionarán el conjunto de la eficiencia del sistema de salud, de tal manera que el modelo deberá evaluarse por cada uno de sus ámbitos de intervención y complejidad y también en su interrelación.

2. CONTRIBUCION DE LA ATENCIÓN PRIMARIA A LA EFICIENCIA GLOBAL DEL SISTEMA DE SALUD

La contribución del primer nivel a la eficiencia global del sistema de salud tiene sus bases en el desarrollo de las características previamente mencionadas, pero igual y especialmente, en las siguientes premisas:



- ↪ El desarrollo de políticas de prevención simultáneas al desarrollo de actividades de curación y rehabilitación, esta demostrado que proporciona más salud a la población.
- ↪ El desarrollo de políticas de resolución intensiva de casos, y especialmente en aquellas enfermedades que no requieren hospitalización o no son dependientes del recurso cama, ni de un nivel de especialización, mejora la eficiencia y permite mantener reservadas para el ámbito hospitalario, las habilidades profesionales que requieren la concentración de casos (recurso especializado).
- ↪ El desarrollo de la función de filtro (gatekeeper) del sistema, desde el primer nivel de atención, mejora el valor predictivo positivo del nivel especializado. Esta función significa, que se puede acceder al nivel especializado, siempre y cuando, el médico de atención primaria emita su autorización.

Sin duda alguna, desarrollar estas estrategias requiere en muchos casos reordenar servicios y recursos, de tal manera, que los flujos económicos del sistema no penalicen el logro de estas funciones, al contrario, consigan incentivar las mismas.

Se considera en general, que existen algunas medidas organizativas y de gestión que contribuyen a que el primer nivel desarrolle actividades de mejora de la salud y mejora de la capacidad de resolución. Hay un gran consenso entorno a las siguientes:

- ↪ *Desarrollar y/o fortalecer la especialidad de Medicina Familiar:* Algunos países ya exigen la obtención del título de especialista en medicina familiar y comunitaria para ejercer como médico en atención primaria. Este requisito se debe entre otros factores al entrenamiento y a la capacidad que estos médicos tienen para tolerar la incertidumbre, habida cuenta, que en su medio de trabajo hay una alta prevalencia de población sana. Este factor explica los hallazgos, que diversos estudios han puesto de relevancia sobre el empleo de menos recursos que otros especialistas en el tratamiento de las mismas patologías, una vez estandarizado por edad sexo y gravedad (Ross 1976, Welch 1993 y Rosenblatt 1992).
- ↪ Poner al alcance de los profesionales de APS los medios diagnósticos y terapéuticos que les permitan abordar la resolución de casos en el medio ambulatorio o en domicilio del paciente.



- ✦ Disponer de historias clínicas individuales y de archivos ordenados donde se puedan registrar y almacenar en condiciones de seguridad, confiabilidad y confidencialidad.
- ✦ Facilitar e incentivar el desarrollo de prácticas en grupo, o en equipos profesionales, a los que se pueden incorporar técnicos o auxiliares en otras áreas de la salud (enfermería, trabajo social, etc).
- ✦ Facilitar la asignación de la población a un médico, que le atenderá a lo largo de su vida de sus problemas de salud (longitudinalidad) y acompañará al paciente dentro del sistema y el proceso de atención (el médico de APS como agente del paciente). Esta función de agencia del médico de familia, exige configurar el nivel especializado u hospitalario como soporte del primer nivel, o lo que es lo mismo, a la atención primaria como cliente del hospital.

Una visualización numérica de este modelo lo reflejan las cifras 85 / 10 / 5. Conseguir que la atención primaria resuelva el 85% de casos, que el nivel especializado de referencia resuelva un 10% de casos y que el tercer nivel de atención o de alta especialidad resuelva el 5 % de casos, debería ser el objetivo de este modelo.

3. POLITICAS DE “SUSTITUCIÓN” EN SALUD: FACTORES DE APOYO

El sector salud, como sector de producción de servicios recibe un sinnúmero de presiones hacia la expansión del mismo. Por un lado la evolución demográfica, que en prácticamente todos los países del mundo refleja un aumento de la esperanza de vida, y con ello de la población mayor de 65 años, la más altamente demandante de servicios de salud. Por otro lado las innovaciones tecnológicas, principalmente en el campo farmacéutico y diagnóstico, que independientemente del valor real añadido en términos de mejora de la salud, favorecen un crecimiento de expectativas de la población en la atención en salud, que se convierte en una mayor demanda de servicios.

Finalmente, el progreso educativo de la población, facilita el acceso de un número cada vez mayor de personas a sistemas de comunicación y de información a través de otros medios, como es el caso de la INTERNET. Este acceso fácil y inmediato a información veraz, crítica y altamente especializada nos sitúa progresivamente ante una masa crítica de ciudadanos cada vez mas demandante y exigente.



La respuesta del sector salud a esta serie de elementos nuevos del entorno no es fácil y exige un alto grado de adaptabilidad de la mayoría de modelos de salud. De hecho muchos países mantienen a sus sistemas de salud en permanente reforma y revisión, en un intento de mejorar su capacidad de atención al ciudadano. Algunos autores sostienen que para mantener la adaptabilidad del sistema y su sostenibilidad, la reacción eficiente, pasa por las llamadas *políticas de sustitución*. De manera resumida, estas políticas de “sustitución”, reclaman que se potencie :

- ✦ La sustitución de actividades hospitalarias por actividades desde la primera instancia de atención o primer nivel.
- ✦ La sustitución de actividades en instituciones por actividades en el domicilio.
- ✦ La sustitución de actividades desarrolladas por médico por actividades que desarrollen enfermeras.
- ✦ La sustitución de tecnología obsoleta por tecnología nueva (no su acumulación).

No obstante, la sustitución no siempre es fácil y encuentra a menudo resistencias, especialmente cuando se promueve el traslado de recursos de un nivel a otro, o a unas instituciones en detrimento de otras. En este sentido, conviene recordar que son oportunidades de cambio las siguientes:

- ✦ La financiación según necesidades y tareas, y no por instituciones o centros.
- ✦ La financiación en función de productos y resultados (calidad, cantidad de vida y ganancias en salud).
- ✦ El desarrollo de actividades de primer nivel basadas en la evidencia y el análisis de resultados.
- ✦ La aplicación activa de sustitución de personal al interior de las instituciones.
- ✦ Evaluar sistemáticamente la posibilidad de transferir tecnologías y personal desde los hospitales al primer nivel y a la atención domiciliaria.
- ✦ Desarrollar y potenciar las habilidades de enfermería.

En cualquier caso merece la pena resaltar que a menudo en los sistemas de salud se disponen de manera contradictoria el ordenamiento organizativo y los sistemas de financiación. No suele ser extraño que coexistan llamamientos a la mejora de la resolución del primer nivel con un sistema de financiación basado en consumos históricos generados por una estructura hospitalaria invariable.



4. ACCIONES DESDE LOS NIVELES DEL SISTEMA QUE AFECTA EL MODELO DE ATENCIÓN BASADO EN EL PRIMER NIVEL.

A modo de resumen, la Tabla 6 refleja las principales acciones que desde los distintos niveles del sistema (macrogestión, mesogestión y microgestión) se pueden realizar para incentivar el desarrollo de un modelo de atención en salud fundamentado en el primer nivel.

	Macrogestión	Mesogestión	Microgestión
Financiación	- Unificar procedencia de los fondos		
	- Mejorar coberturas de aseguramiento público o público / privado		
Planificación de servicios	Establecer un plan de salud	- Planificación estratégica de Centros de primer nivel	
	Redefinir el plan de beneficios para el primer nivel	- Planificación operativa de unidades de servicio	
	- Establecer pautas para la territorialización		
	- Intervenir sobre la formación del personal		
Regulación	Definir normas de regulación y articulación entre agentes	- Incentivar la planeación por objetivos de salud y de gestión	- Introducción de guías de práctica clínica o protocolos para el primer nivel basados en evidencia
	Diseñar estándares para la acreditación de centros	- Mejora en las relaciones laborales	
		- Introducir herramientas de marketing mix	
Asignación de recursos	- Definición de contratos (objeto, tipos de unidades pago, valor de las mismas, formas y mecanismos de evaluación)	- Definir modelos de pago a profesionales y centros de APS	- Relacionar la decisión clínica con la intensidad de recursos
	- Definición de centros de compra a nivel territorial	- Adquisición de material y suministros (compras centralizadas por redes de atención)	
		- Externalización de servicios	
Provisión de servicios	- Organización de redes de servicios alrededor de centros de primer nivel	- Mejorar los mecanismos de gestión de centros hospitalarios y de primer nivel	Fortalecer la capacidad resolutiva, medios de diagnósticos y terapéuticos para el primer nivel

Tabla 6

LA GESTIÓN EN UN SISTEMA DE SALUD APORTES A UN MODELO DE ATENCIÓN BASADO EN PRIMER NIVEL

Fuente: Pané Olga; Giacometti Luis. CHC, División de atención primaria en salud, Barcelona; CHC Consultoría i Gestió, SA Colombia. Elaboración propia, Febrero de 2002.



5. ESTRATEGIAS PARA LA PUESTA EN MARCHA DE UN MODELO DE ATENCIÓN BASADO EN EL FORTALECIMIENTO DEL PRIMER NIVEL

Implementar cambios en los distintos niveles, como los ya mencionados, suponen a menudo modificaciones importantes en la mayoría de los modelos y esquemas de los sistemas de salud conocidos. Así, un punto de reflexión que habitualmente se produce a la hora de plantear una estrategia para el cambio es como empezar.

La base de estas dudas, se sustenta en que en general, no estamos solamente delante de un cambio de posición de los actores del sistema o de un nuevo sistema de pago a instituciones o profesionales. A lo que en realidad nos enfrentamos es a un cambio radical de las bases culturales de los sistemas de salud, y a unos sistemas de influencia (externalidades) que son superiores a los que en general se desarrollan en otros ámbitos de la producción de servicios.

El papel que en una sociedad tiene el sistema de salud, sus profesionales, así como el gran impacto y repercusión social que suelen tener las turbulencias que se producen en este entorno, a menudo paralizan ya no el desarrollo, sino el propio inicio de las reformas requeridas. Es por ello y más en el caso Colombiano, que avanza en una reforma radical a su sistema de salud, que cualquier cambio de carácter estructural y organizativo, debe contar con las necesarias previsiones en cuanto a la secuencia y periodicidad de las acciones, de manera que permita las adaptaciones culturales pertinentes y la atenuación de respuestas desproporcionadas.

Es especialmente importante, valorar que tipo de problemas habitualmente se producen en el entorno micro, que repercuten en la prestación del servicio al usuario, puesto que es a este nivel, donde queremos que nuestras reformas tengan efecto y además, es este el punto sobre el que en cualquier caso es importante evitar que se manifiesten las repercusiones negativas de hipotéticos conflictos.

5.1 ELEMENTOS A CONSIDERAR DENTRO DE UN ESQUEMA DE COMPETENCIA

La orientación de la estrategia adecuada para la incorporación de elementos de competencia dentro de entornos predominantemente públicos debe responder en cualquier caso a los objetivos centrales que persiga una reforma de este tipo.



Cualquiera de los esquemas descritos anteriormente tienen ventajas e inconvenientes y, ninguno de ellos se puede generar espontáneamente de un día para el otro. El planteamiento de los objetivos del cambio debe ordenar las tendencias del mismo y coordinar las actuaciones sobre la base de los resultados. Por tanto, no necesariamente se debe terminar con el mismo esquema en todos los entornos y, mientras en algunos ámbitos se plantean escenarios de competencia entre proveedores o compradores (aseguradores) o de ambos como es el caso predominante en Colombia, en otros, el objetivo último será conseguir simplemente que haya alguien que preste algún servicio. Los escenarios finales, en todo caso, casi nunca son homogéneos en la forma pero si en el fondo (coherentes con los objetivos de política en salud que se plantea cada país) y en los objetivos, que deben generarse como resultado del proceso necesario para garantizar el camino del cambio.

En el desarrollo de procesos de este tipo suele cometerse un error de cálculo importante, como es el considerar que si lo que nosotros estamos buscando es una prestación de servicios más eficiente y equitativa debemos centrar los esfuerzos de cambio (cultural e instrumental) en el entorno de los proveedores. Esto es básicamente cierto, pero no se debe olvidar una premisa básica como es, que si hay alguien que provee servicios, debe haber alguien que los tiene que comprar (asegurador) y alguien que debe regular las imperfecciones del mercado en la interrelación comprador – prestador - usuario.

El desarrollo de instrumentos de compra y regulación de servicios, que deben aclarar, por ejemplo, a) qué se quiere comprar, b) para quién estamos comprando servicios, c) cómo vamos a comprarlos y d) cómo vamos a evaluar la prestación de los mismos. Esto en el sector público, e igual en el privado, es una pieza clave para garantizar la solvencia y sostenibilidad del sistema.

Esta necesidad, desde un punto de vista práctico se explicita a través del desarrollo de diferentes elementos, que podríamos considerar esenciales:

- a) La identificación a través de un PLAN TERRITORIAL DE SALUD (que incluya en primera instancia a la población no asegurada), de las actividades que debe realizar cada nivel de atención, de acuerdo con los objetivos globales del sistema y sus indicadores de medida. o lo que es lo mismo, un plan que debe llegar en términos operativos y comprensibles al conjunto de las organizaciones del nivel local.
- b) La identificación dentro del marco del plan de beneficios vigente (POSc – POSs), de las estructuras necesarias para hacer frente a las actividades



previamente descritas en el plan de salud, su ubicación territorial, la población de referencia de las mismas, y la composición en términos de recursos humanos / tiempo de cada una de las unidades locales. Este Plan (de salud) debe permitir identificar los territorios en que se produzcan duplicidades entre estructuras de proveedores distintos y el método para eliminar estas duplicidades. Asimismo, se debe identificar los territorios en los que no existan estructuras asistenciales, pero que estas sean necesarias.

- c) El mecanismo de financiación, que en el caso de Colombia esta claramente establecido por el marco normativo vigente (ley 100 de 1993 y Ley 715 de 2001), así como el sistema de asignación de recursos a diferentes niveles del sistema incluyendo aquí el diseño apropiado para retribuir a los profesionales y demás personal del sector.
- d) La capacitación del nivel organizativo que deba gestionar los contratos con los prestadores, en habilidades de evaluación y monitoreo, especialmente en aquellas técnicas que permiten estimar resultados, sin que se articulen mecanismos de registro complejos y costosos.

Es fundamental alertar de las dificultades que supone establecer elementos de competencia gestionada en ausencia de un marco conceptual global y de mecanismos de regulación efectiva. La definición y diseño de este marco conceptual, resumido en los requerimientos descritos, facilitan, que el tránsito de un modelo burocratizado a un modelo más eficiente y transparente, se realice a través de unos tiempos y sistemas que facilitan la adaptación cultural al nuevo entorno, entrenando, a la vez que se van diseñando los instrumentos, a los futuros agentes del manejo de los mismos.

Así mismo, y con el objetivo de que un proceso de estas características genere los tiempos necesarios para los cambios de roles y culturas, es altamente aconsejable, proceder gradualmente. En este estado de situación la propuesta de escenario que nosotros consideraríamos más lógica es eminentemente progresiva y, aunque plantea un escenario final parcialmente definido, éste no tiene por que ser estrictamente homogéneo ni en el grado de desarrollo ni en la forma final de establecimiento de la competencia necesaria en todos los territorios o ámbitos de responsabilidad (una cosa es en el ámbito del sistema a en las grandes ciudades, y otro a escala rural, matizado por entornos violentos, altamente disperso, con limitaciones de acceso y de oferta efectiva de servicios).

En el caso concreto del SGSSS en Colombia, la situación actual amerita una mirada profunda al marco conceptual sobre el cual ha girado la reforma al



sistema. Esto es replantear democráticamente los mecanismos que establecen la relación existente entre los distintos agentes del sistema, y sobretodo, la función de regulación del estado dentro de un modelo altamente segmentado y que evidencia intereses en principio contradictorios entre los distintos actores institucionales (prestadores públicos, prestadores privados, aseguradores, administraciones territoriales, profesionales, gremios, etc). La actual coyuntura normativa establece una oportunidad para valorar nuevas alternativas de organización, que sin despreciar los aciertos, pero aprendiendo de las equivocaciones, logren consolidar un sistema mucho más equitativo, financieramente viable y que retome el modelo de atención como la base del modelo organizativo, orientador de recursos y regulador de la relación entre sus agentes.

5.2 RELACIONES ENTRE EL PRIMER NIVEL Y LOS NIVELES ESPECIALIZADOS

5.2.1. LA RELACION CLINICA:

5.2.1.1. Relación con el “segundo nivel”

Suele ser habitual que los servicios de salud de muchos países cuenten con tres niveles asistenciales: a) el de atención primaria o primer nivel de atención (constituido en su gran mayoría por centros de salud y pequeños “hospitales” locales), b) el hospitalario propiamente dicho (en sus distintas complejidades) y c) un nivel especializado intermedio o de “segundo nivel” que presta variedades de servicios que van desde la atención básica ambulatoria hasta actividades hospitalarias de cierta especialidad y nivel de complejidad.

Este nivel intermedio, al cual se refiere a menudo y se denomina como nivel especializado, suele ofertar servicios de diversas especialidades médicas y en algunas ocasiones, estos servicios se prestan igualmente en los mismos centros de atención primaria, compartiendo estructura y servicios de soporte (administrativo, enfermería etc.) con médicos generales. Los esquemas organizativos de este tipo tienen la ventaja de acercar servicios especializados a poblaciones cuya accesibilidad a los centros hospitalarios, propiamente dichos es difícil, aunque curiosamente, en la mayoría de los casos estos centros de “segundo nivel” (que no necesariamente es el caso de los hospitales de segundo nivel en Colombia), se encuentran precisamente muy cerca de las estructuras hospitalarias de mayor nivel de resolución (grandes ciudades e intermedias).



Cuando se da esta última circunstancia, el “segundo nivel”, cuya capacidad de resolución de casos suele depender del tipo de personal y nivel de equipamiento, se configura como un espacio asistencial que se interpone entre el primer nivel y el nivel hospitalario propiamente dicho, esto es, entre los profesionales del primer nivel (con capacidad de resolver alto número de casos), los hospitales y sus servicios.

Suele ser por otra parte frecuente, que los profesionales que prestan sus servicios en estos centros de “segundo nivel”, simultaneen su dedicación con actividades en hospitales de mayor complejidad (de ahí su ubicación en las proximidades de estos últimos, y la dificultad de encontrar especialistas dispuestos a ubicarse en otros entornos). Esta duplicidad de puestos de trabajo, exige obviamente, que la dedicación a uno de ellos al menos, sea restringida y limitada.

Esta circunstancia redundante en que, lejos de ser un punto asistencial que agilice la atención y limite la frecuentación hospitalaria innecesaria, se conviertan en una oferta masificada que en el mejor de los casos duplican actividades diagnósticas y terapéuticas, bien con el nivel primario (menos frecuente por la subdotación de estos últimos) o bien con el hospitalario.

Es pues aconsejable que cualquier reforma enfocada a una mejora del nivel resolutivo del primer nivel y un mejor uso de las instalaciones hospitalarias propiamente dichas, aborde con decisión la ubicación de los especialistas de estos centros de “segundo nivel” en el sentido siguiente:

- ✦ Identificar si realmente en el entorno en que se desarrolla su actividad, se está añadiendo valor al servicio ofrecido (aumenta la accesibilidad, acelera diagnósticos, incrementa el valor predictivo, inicia con más rapidez tratamientos, disminuye el uso de tecnología inapropiada, etc.).
- ✦ Identificar claramente la dependencia en la gestión de este nivel asistencial (propio y específico, si es dependiente del primer nivel o del hospital), y en su caso se hace necesario determinar un sistema de costeo diferenciado para cada uno.
- ✦ Identificar la necesidad de implementar un proceso gradual, por medio del cual, la oferta de “segundo nivel” ambulatoria se integre a la consulta externa del hospital de referencia, esto es, que los profesionales que trabajen en ella, sean los mismos que el hospital (cuando esto sea posible), y forme parte de sus funciones de trabajo habituales prestar asistencia en una consulta descentralizada.



- ↪ Conviene valorar con detenimiento esta última fórmula, puesto que a menudo, no añade más valor, que el que añadiría, ampliar la dedicación de los mismos profesionales en las consultas externas de los hospitales, y que ocasionalmente, se desplacen al centro de APS para además de consultar a pacientes previamente programados, realicen actividades de formación continuada con los médicos generales o de familia

Al factor de confusión de niveles asistenciales que constituye la existencia de muchas estructuras hospitalarias denominadas igualmente de “segundo nivel” en algunos medios (como es el caso de las principales cabeceras municipales en Colombia), que mas que la existencia o no del recurso cama en dicho lugar, se trata del tipo de patología que resuelve con que recursos y a que costo. De igual forma, otro factor perturbador es la existencia de consultas de medicina general de los hospitales de alta complejidad.

En este sentido, cabe recordar los costos en que se incurre al destinar estructura hospitalaria a la resolución de casos de baja complejidad y objeto de primer nivel, a la vez que conviene recordar el aporte de diversos autores que alertan sobre la tendencia de los médicos especializados a tratar y diagnosticar los mismos casos con un uso mucho más intensivo de tecnología, que los médicos de atención primaria, sin que los resultados evidencien ninguna diferencia significativa sobre el grado de resolución de los problemas.

5.2.1.2. Desequilibrio de roles profesionales

En general, los sistemas de salud suelen dotarse de sistemas de pago a los médicos que visualizan una importante diferencia en las ganancias de los médicos generales frente a las de los especializados. Este factor, por sí mismo es incentivador de una mayor especialización del personal en el conjunto del sistema y consecuencia de intentar retornar a los médicos, los costos diferenciales generados por la formación en que han incurrido (mas aún si esta es predominantemente privada como en el caso Colombiano).

Independientemente del efecto que este factor suele tener en la dificultad de enfocar el conjunto del sistema hacia el primer nivel, también dificulta la relación clínica entre los profesionales, al establecerse ésta sobre la base de una asimetría importante de conocimientos y habilidades y a un “desprecio” notable de las opiniones de los médicos generales por parte de los especialistas.

Estas diferencias en el nivel de formación, afectan finalmente la supuesta relación entre pares. Con las consecuencias negativas que se derivan de una relación poco armoniosa entre profesionales, como suele ser habitual, la



transferencia al paciente de la desconfianza que los médicos de los distintos niveles sienten entre ellos. Así mismo, en las diferencias formativas cabe buscar a menudo, las dificultades para incrementar el nivel de resolución de casos en desde el primer nivel de atención.

Es por ello que esquemas que deseen aumentar el papel del primer nivel en el sistema de salud, deben plantearse en primer lugar la adecuada formación de los médicos. En este sentido, iniciativas como las desarrolladas en diversos países, acreditando espacios de formación de postgrado para los médicos generales, a través de la especialidad de medicina familiar y comunitaria han tenido un gran impacto en los objetivos de centrar el conjunto del sistema alrededor del primer nivel de atención a la salud.

5.2.1.3. Enfoques diagnósticos y terapéuticos basados en algoritmos distintos

Dos factores clave que explican la diferencia de enfoque del abordaje de un caso entre el nivel especializado y el de primer nivel. Por un lado, el énfasis que este último sitúa en el seguimiento longitudinal de un paciente y en la acumulación histórica de datos, lo que redundará en una identificación más rápida de las causas de un problema de salud y una mayor rapidez en la instauración del tratamiento.

Por otro lado, el médico general, suele construir sus algoritmos de trabajo, en base agrupar pacientes en “clusters” de tratamiento, mientras que en el nivel especializado la construcción de “clusters” se realiza basándose en la identificación del diagnóstico diferencial. Ambas formas de trabajo son adecuadas a los distintos medios en que se han de desarrollar, la del médico general, en un entorno de baja prevalencia y la del especialista en un entorno donde la prevalencia de enfermedad es más alta.

Es por ello precisamente, que la actuación del especialista, sólo será más eficiente cuanto mayor prevalencia de enfermedad contenga el número de casos que debe abordar. Éste es precisamente el motivo por el que la función “gatekeeper”, aumenta exponencialmente la eficiencia del sistema. Diversos autores han puesto de relevancia la diferencia de prevalencias entre una población que accede al especialista cuando su vía de acceso ha estado mediada por la atención primaria o cuando el acceso ha sido según el exclusivo criterio del propio paciente. Cuando la función “gatekeeper” se desarrolla adecuadamente, el valor predictivo del diagnóstico del especialista aumenta.

Los enfoques distintos de ambos niveles asistenciales, se manifiestan en muchas ocasiones en la dificultad de establecer protocolos de tratamiento



similares, y esto a menudo, se interpreta como un fracaso del sistema de relación clínica, cuando en realidad, probablemente responde a adaptaciones distintas a medios distintos, ambas adecuadas a sus objetivos.

5.2.1.4. Sistemas de referencia y contrarreferencia deficientes

Sin menoscabar otras causas que también inciden en ello, como los obstáculos administrativos, todos estos factores que hemos enumerado y que en definitiva aparecen relacionados a aspectos formativos, culturales, y al aumento de distancia que aparece cuando existen centros intermedios entre el primer nivel y el hospital, afectan la comunicación entre estos últimos. Un ejemplo de ello lo constituye la dificultad de que se realice adecuadamente la función de referencia y contrarreferencia entre ambos niveles asistenciales. La función de referencia, cuando el primer nivel actúa como filtro o puerta de entrada al hospital suele quedar garantizada en la medida en que sólo la indicación del médico de primer nivel facilita el acceso al hospital o especialista.

No ocurre lo mismo en el sentido contrario, y esta ausencia de información al médico general de los resultados de un determinado proceso practicado a un paciente incide directamente en el método de trabajo de este, al interrumpir la lógica de su abordaje longitudinal. Así mismo, esta ausencia de información incide en el uso inapropiado del nivel especializado por cuanto, los casos quedan anclados en el especialista que los retiene para posteriores tratamientos o los deriva a otros especialistas del centro, perdiéndose la orientación al paciente, para pasar a la orientación por casos.

5.2.2. LA RELACION ADMINISTRATIVA

Un sistema de salud que abogue por la continuidad asistencial y la eficiencia, necesariamente ha de situar los canales de comunicación administrativa entre ambos niveles de atención como una de sus prioridades.

Es fácil observar que la transferencia de documentación entre un nivel y otro utiliza como correo al propio paciente lo que incorpora un agente más en la cadena de transmisión y por tanto un punto más de incomunicación y pérdida documental. Si bien hay que hacer compatible la información al paciente con la transmisión de información entre niveles, ambas cosas no persiguen los mismos objetivos y por tanto deben buscar conductos diferentes.

Uno de los ejemplos más clásicos de estos circuitos es la transferencia al paciente del proceso de asignación de cita en el hospital. A menudo este proceso exige contactos y gestiones innecesarias por parte del paciente con el



nivel especializado, lo que en algunos entornos donde la dificultad de desplazamientos es notoria, incide en un menor cumplimiento de los tratamientos o en la utilización inadecuada del servicio de urgencias. La utilización del circuito de atención “urgente” para procedimientos inadecuados es una de las mayores causas de ineficiencia del sistema de salud y una de las mayores dificultades a la óptima gestión de los recursos hospitalarios.

Es frecuente además, atribuir este mal uso a un fracaso en la capacidad resolutoria del primer nivel (APS) y también que la interiorización de este problema por parte de los profesionales del hospital se convierta en un nuevo punto de fricción entre el nivel especializado y el primero. Así mismo, la transferencia al paciente de la responsabilidad de la cita con el centro hospitalario o el nivel especializado, supone en muchos casos un desconocimiento de las limitaciones de oferta propias de este nivel no sólo por parte del primer nivel, sino por parte del propio hospital que a menudo ignora si este paciente ya ha sido tratado en urgencias, o bien se ha inscrito en varios centros en busca de una cita más rápida.

5.2.3. LA RELACION EMPRESARIAL

El crecimiento de estructuras de primer nivel (APS) y de tipo hospitalario, independiente de una planificación que incorpore entre sus criterios de asignación de recursos, la adecuada disposición tecnológica, y por tanto, la complementariedad de niveles asistenciales suele desembocar en una capacidad instalada sobredimensionada cuyo uso se garantiza por el efecto que la oferta tiene sobre la inducción de la demanda en salud.

Así pues, independientemente que el entorno en que se desarrollen las relaciones hospital – atención primaria sea de mercado, o no, la función de planificación debe impedir que se produzca una duplicación de recursos para el diagnóstico y tratamiento de un proceso clínico y favorecer que se aprovechen los recursos disponibles estén en el nivel que estén.

En este sentido, es importante que el uso de tecnología diagnóstica del nivel especializado, esté disponible y accesible a la demanda del médico general, sin que ello suponga una apropiación del caso por parte del hospital, ni un subfinanciamiento del mismo. *Que el primer nivel, requiera en su proceso de atención realizar pruebas radiológicas o de laboratorio, no justifica que se deban crear estructuras a este nivel para su realización* (caso muy habitual en nuestro medio), sino que se deben articular los mecanismos ágiles para que se puedan aprovechar los recursos ya existentes.



Es importante pues el funcionamiento de mecanismos ágiles de facturación por servicios entre un nivel y otro, tanto si la totalidad los servicios asistenciales son de una misma entidad o no. Estos mecanismos permiten además establecer los verdaderos costos en que incurre el primer nivel, que como hemos explicado anteriormente no se reducen a los gastos de funcionamiento, sino que también deben incorporar los costos que inducen a otros niveles. Por tanto articular los mecanismos de facturación por los servicios de “consulta” que el hospital presta desde sus consultas externas al primer nivel también es imprescindible.

Mejorar la capacidad del primer nivel (APS) para resolver más casos, exige también mejorar su capacidad de gestión clínica y empresarial. Esto exige la transferencia a este nivel de conocimientos en habilidades gerenciales, que le permitan compatibilizar los objetivos de incrementar su productividad en términos de efectividad resolutoria y preventiva con las limitaciones financieras. El manejo de un sistema de costos donde se proyecten los costos directos, los indirectos y los diferidos a otros niveles y enmarcarlos en una cuenta de resultados (o estado de “perdidas y ganancias”), también exige la incorporación de las adecuadas habilidades gerenciales.

Finalmente, aunque no de importancia menor, es en la relación empresarial entre médicos e instituciones, donde se debe decidir el tipo de contratación y de pago a los profesionales. Proyectar sobre el mismo, las consecuencias derivadas de un uso apropiado o inapropiado de los recursos que la organización pone al alcance de los médicos para el desarrollo de su trabajo, y por tanto del mayor o menor uso que los médicos de primer nivel realizan del nivel especializado es especialmente crucial para que los resultados sean adecuados.

5.3 ESTRATEGIAS PROPUESTAS DE IMPLEMENTACIÓN

Las estrategias habitualmente utilizadas para resolver los problemas anteriormente citados son, entre otras, las siguientes:

↳ Estrategias de “Todos ganan”

Sea cual sea el escenario de cambio que se adopte, debe tener en cuenta los obstáculos que a su implementación va a suponer, así como los factores que articulan los diferentes niveles de gestión. El adecuado control de estos factores dependerá de que la estrategia de implementación identifique claramente la necesidad del cambio, identifique los objetivos finales y se fundamente en la incorporación de esquemas donde “todos ganan”.



Por ejemplo, si uno de los objetivos que se pretenden conseguir es la disminución de la lista de espera para determinado procedimiento, el nivel hospitalario debe sentirse incentivado a su disminución y control, y el primer nivel debe sentirse incentivado a disminuir el número de remisiones al hospital (es decir, a incrementar su nivel de resolución de casos). Es fundamental pues, que el sistema de financiación que se prevea para estas instituciones incorpore criterios de estas características en su diseño. En este caso, una disminución en los casos remitidos al centro hospitalario no se visualizará como una pérdida de influencia, sino como una mayor oportunidad.

En estas estrategias es importante tener bien identificados los costos fijos y variables de ambos niveles, puesto que intervenir sobre la ubicación en otro nivel de los recursos de tipo variable (que dependen del volumen de producción), no afecta estructuralmente el que disminuya, y en cualquier caso, se realiza como intercambio en el que a más trabajo más financiación y a la inversa. Un enfoque sobre la readecuación de estructuras, exige gradualidad y en todo caso una base cultural previa que evite la manifestación de resistencias insuperables.

↳ Estrategias de integración entre niveles y colaboración clínica

Es claro que en muchos casos no existe diferencia en el proceso clínico que desarrolla ambulatoriamente el especialista del “segundo nivel” y el de consulta externa del hospital de tercero (o de especialidades). Esta falta de diferenciación favorece la integración del segundo y el nivel hospitalario propiamente dicho, así como las mejoras propias en la comunicación entre estos dos y el primer nivel o de APS, cabe añadir, la ausencia de duplicación de procesos entre hospitales, y el mantenimiento de habilidades del especialista en cada uno de ellos. En última instancia, esta integración favorece con la gradualidad necesaria, una racionalización de los recursos profesionales especializados.

Por otra parte, determinar espacios de colaboración y de encuentro sea en el terreno asistencial, docente o de investigación, mejora siempre la capacidad de comunicación y las posibilidades de complementarse. Basar la colaboración profesional en la evidencia científica, supone un punto de aproximación mucho más sencillo que las buenas intenciones de alcanzar protocolos comunes en base sólo a consensos profesionales, donde a menudo, se intentan imponer estilos de práctica que resultan inadecuados a los distintos medios donde se debe desarrollar el trabajo profesional.



Esta referencia a las prácticas basadas en la evidencia científica, por otra parte, crea un poderoso estímulo a la mejora y revisión permanente de procesos y procedimientos, a la vez que incide en el punto clave de la gestión de salud: la gestión clínica o la toma de decisiones sobre el manejo del 70% de los recursos.

↳ Estrategias de colaboración administrativa

La superación de barreras burocráticas, se ve hoy en día favorecida por los aportes de la tecnología en el campo de las comunicaciones. Un desplazamiento del sistema de citas de consulta externa al primer nivel de atención, simplifica la estructura administrativa y disminuye el número de contactos del paciente con el hospital, a la vez que favorece la responsabilidad del primero con el seguimiento integral del paciente.

En este sentido, al probable “sentimiento de pérdida” experimentado por el sistema de admisiones de consulta externa del hospital, se puede contrarrestar con la disminución de recursos administrativos requeridos en su propio servicio y la reconversión de los mismos en una mayor capacidad clínica de la institución o en atención directa al paciente.

En el primer nivel, el incremento de cargas de trabajo por este concepto, se atenúa por el hecho de que el mismo, que en cualquier caso hay que realizar, se convierte en el proceso de cita programada, mejora su control y seguimiento sobre los casos que en realidad acuden al hospital.

↳ Estrategias de gradualidad

Como ya se ha mencionado a lo largo de todo el texto, la implementación de cualquier estrategia como las ya mencionadas, requiere de un proceso gradual, fundamentalmente, por la necesidad de que los requisitos e instrumentos técnicos necesarios para el desarrollo de las funciones de regulación, financiación, compra y prestación de servicios estén suficientemente desarrollados, pero sobretodo, para garantizar el manejo adecuado de la inevitable resistencia, la necesaria adaptación cultural y organizativa a los nuevos escenarios. En tal sentido, la reforma en Colombia ha avanzado significativamente respecto a lo acontecido en otros entornos latinoamericanos, en cuanto al mayor desarrollo e interiorización de herramientas de gestión, indispensables para acometer este proceso. Aunque en la práctica, la sostenibilidad financiera del sistema aún no este asegurada y la adaptación de los distintos actores institucionales a los cambios del nuevo modelo no haya sido del todo armónica.



No es ajeno al concepto de gradualidad, el de la negociación. Así como un posible abordaje del cambio del sistema de pago a instituciones o profesionales supone unas elevadas posibilidades de conflicto. Proceder a introducir progresivamente la transición de los modelos de financiamiento y pago a prestadores, desde los presupuestos históricos hacia la productividad, suele ser una buena medida.

En cualquier caso, el conjunto del proceso pasará por etapas de crisis y ajuste que sólo pueden superarse basándose en que el compromiso con la reforma deseada goce de garantía en los niveles políticos y de respaldo social.

Utilizando como ejemplo una alternativa de cambio centrada en el fortalecimiento del primer nivel de atención mediante la introducción de competencia entre niveles asistenciales, hemos definido cuatro posibles fases que de forma gradual llevarían al escenario final deseado, el cual introduciría elementos de “competencia regulada” dejando la función de financiamiento en el entorno central (nacional o territorial) descentralizando la función de compra (aseguramiento) a organismos territoriales y potenciando el papel del primer nivel como responsable de la atención sanitaria de una población y compradora de servicios especializados.

Las fases definidas son las siguientes:

FASE 1: Desarrollar los elementos o instrumentos esenciales en el ámbito de la macrogestión (nivel central y territorial) que puedan responder a las preguntas básicas de ¿Qué debemos hacer?, ¿Cómo lo vamos a hacer?, ¿Con qué lo vamos a financiar? y ¿Cómo lo vamos a evaluar?.

El entorno normativo vigente en Colombia (Ley 100 de 1993 y especialmente lo relacionado con la Ley 715 de 2001) plantea la posibilidad de revisar el esquema de asignación de recursos previamente establecido, con el objeto de introducir mecanismos que incentiven el cambio en la función de gestión del sistema en el ámbito territorial (departamental y municipal).

Este hecho determina ajustes y permite el diseño de nuevos mecanismos de financiación, compra, asignación y organización de servicios que logren modular el sistema de una manera acorde a criterio de eficiencia y equidad no solo en el financiamiento sino en el acceso real a los mismos.

Dichos instrumentos parten del desarrollo de un Plan Territorial de Salud, de un reordenamiento de la oferta de servicios a nivel territorial, así como de la reorientación del sistema de financiación, de los mecanismos de asignación



de recursos a los prestadores de servicios y el montaje de nuevos sistemas de evaluación. Así mismo los compradores territoriales (públicos y privados), deben fortalecer las capacidades e instrumentos para ejercer la función de compra de servicios (contratos) y la evaluación de resultados de los mismos.

En el ámbito de las instituciones prestadoras se deberán desarrollar instrumentos organizativos, de gestión de recursos humanos (que incluyen los sistemas de relaciones laborales y los progresivos cambios en el sistema de pago a profesionales), de gestión centralizada de suministros, sistemas de control económico - financieros, sistemas de garantía de calidad, de mercadeo y de evaluación de producción y resultados, así como capacitación a los profesionales en su uso, de forma que posibiliten en un futuro la competencia en condiciones de estos entornos en un ámbito de autogestión. En esta fase se mantendrían los mismos mecanismos de interrelación existentes, centrando, como ya se ha mencionado el interés en el desarrollo conceptual y estructural de los nuevos mecanismos.

FASE 2: Descentralización al ámbito territorial de la responsabilidad y los recursos. Se integran así mismo en este ámbito territorial todos los recursos destinados a la atención a la salud tanto hospitalarios como de primer nivel de atención que dan servicio a la población de responsabilidad. Quedan fuera de este esquema de momento los hospitales de referencia Nacional (centros de máximo nivel de complejidad).

El nivel central ejerce de financiador para la población no asegurada asignando los recursos al ámbito territorial que aseguren la cobertura efectiva de servicios (de conformidad con lo que el estado y el SGSSS reglamenten para tal fin), en principio en forma de subsidio directo a la oferta (con base en la capacidad instalada ajustada a necesidades reales y población no asegurada identificada), posteriormente de acuerdo a las condiciones existentes, trasladándolo progresivamente a subsidios a la demanda, y en todo caso, estableciendo un compromiso de gestión por resultados y cumplimiento de objetivos de salud.

Así mismo, el nivel territorial, continúa ejerciendo de comprador mediante la formalización de compromisos de gestión (contratos) con los Hospitales de referencia, asignándoles un presupuesto global para su funcionamiento con una parte fija y una parte variable que incentive al desarrollo de mejores instrumentos de gestión y sistemas de información. Entre estos últimos será especialmente importante el referido a registrar la actividad y la casuística



(egresos y causas) y los ámbitos territoriales de la población atendida, así como la información de resultados de gestión requeridos para evaluar avances o dificultades.

El administrador público a escala territorial deberá firmar compromisos de gestión (contratos o convenios de desempeño) con los hospitales o red de atención de su cobertura y los centros de primer nivel. Se podrán asignar los recursos a estas instituciones mediante un presupuesto global con una parte fija que debe cubrir los gastos de mantenimiento de la estructura (ajustada con base a necesidades y funcionalidad, posiblemente operando en red de servicios) y funcionamiento.

Otra parte de la asignación será variable o por resultados (que debe cuantificarse detalladamente en base a estudios realizados en la FASE 1, sin colocar en peligro el funcionamiento de aquellas instituciones públicas que funcionen en condiciones de eficiencia y calidad) y deberá contener incentivos ligados a objetivos estructurales, de desarrollo de instrumentos de gestión, de sistemas de información, actividad y objetivos de cobertura. Así mismo se deberá incentivar con esta parte variable el afloramiento de los costos directos y derivados por cada nivel asistencial y la realización de las metas de actividad (cuantitativa y cualitativamente hablando) esperados de ellos.

FASE 3: Se debe disponer ya de información relevante sobre costos y funcionamiento de cada uno de los niveles asistenciales y los instrumentos de gestión desarrollados desde la FASE 1, deberían estar siendo utilizados de forma normal en los diferentes niveles del sistema. En esta fase el cambio supone introducir un elemento de competencia entre niveles a modo de un “fondo de compensación” (a expensas de presupuesto de los hospitales), por el cual debe competir la oferta de primer nivel y los hospitales con base en objetivos de resolución y coherencia de actividad y funciones.

Este “fondo de compensación” que operaría para red pública inicialmente, se establecerá con base en el cumplimiento de objetivos programáticos de actividad derivada del entorno del primer nivel frente a los hospitales territoriales (primeras visitas, urgencias y solicitud de pruebas diagnósticas) y de estos frente a los nacionales (lo mismo más hospitalizaciones por causas derivadas entre niveles

Así mismo en esta etapa se cambia el sistema de pago a los hospitales de un presupuesto global a un pago por actividad o presupuestos prospectivos



con componentes fijos y variables (a evaluar sistemáticamente pero siempre fijando techos progresivos de actividad facturable) que incorpore incentivos a la eficiencia productiva, pero también a la realización del tipo de actividad (en cantidad y calidad) que el sistema espera de ellos.

FASE 4: Se establecen cambios muy relevantes en el sistema. El primero es que el nivel central ya solo actuará como financiador asignando los recursos en forma capitolativa a los compradores (aseguradores) territoriales. La asignación capitolativa se debe realizar en función de necesidades (población y características de riesgo que se quieran introducir en la fórmula). La asignación territorial ya no financiará la capacidad instalada sino que tendrá su origen en las necesidades y objetivos de salud.

Evidentemente esta forma de asignación irá ligada con un reequilibrio territorial en el acceso a los recursos y por tanto con territorios que ganarán financiación a costa de que otros la pierdan. En este punto es crucial que los traslados sean progresivos y marginales para no poner en peligro el funcionamiento de los servicios de salud en cada uno de los Departamentos.

Los compradores territoriales, a su vez, asignarán los recursos a los diferentes niveles introduciendo elementos de competencia y responsabilidad diferentes. A los centros de primer nivel, se asignará una capitolación con base en los servicios que deben proporcionar y a la población de responsabilidad más un fondo de compra de servicios especializados que debe integrar el dinero necesario para las actividades de pruebas diagnósticas, consultas externas y urgencias.

De esta forma el nivel primario se comporta como comprador de servicios para su población a la vez que provee buena parte de los mismos, con un doble objetivo, de una parte, incentivar su capacidad de resolución y por otra reutilizar los excedentes que de la misma se deriven (en forma de reducción de servicios al ámbito especializado) para reinvertirlos en el desarrollo de más servicios en el ámbito básico y, por tanto introduciendo una reorganización y reestructuración en la red asistencial.

El comprador territorial asignará a los hospitales secundarios los recursos en forma de pago por actividad de hospitalización. Así mismo el presupuesto de los hospitales de referencia nacional se distribuirá también a los compradores territoriales basándose en la información generada en las Fases anteriores y estos firmarán contratos de gestión con estos hospitales pagándoles por actividad.



Una vez finalizada la FASE 4 el sistema puede estar ya maduro para introducir elementos de competencia entre proveedores, ya sea en el ámbito primario, mediante la introducción de contratos con proveedores ajenos (como de hecho ya existe en el sistema Colombiano), en la compra de productos intermedios por parte de éstos (pruebas diagnósticas, consultas, urgencias, etc.) a otros proveedores especializados diferentes a los hospitales propios en función del precio al que sean capaces de vender estos productos a la atención primaria de salud o entre proveedores hospitalarios para la hospitalización.

Así mismo los elementos desarrollados hasta ahora pueden dar lugar, en un futuro a plantear escenarios de competencia entre compradores (públicos ya existentes, otros públicos o privados) en el ámbito territorial, introduciendo elementos de capacidad de elección de los usuarios ligados a la asignación de recursos.

6. RESUMEN Y CONSIDERACIONES SOBRE LAS POSIBLES ALTERNATIVAS DE DESARROLLO

El análisis que aquí se ha realizado parte de una base conceptual clara, como es el desarrollo de estrategias de fortalecimiento del primer nivel de atención a la salud como piedra angular de un modelo de atención. Si la base conceptual de los cambios no es el ya realizado, sus recomendaciones son poco aplicables o extrapolables.

Es evidente que el caso Colombiano guarda cierta dosis de peculiaridad, dado el notorio avance en cuanto al modelo organizativo se refiere, mas no tanto en lo que toca al modelo de atención en salud y mucho menos en el desarrollo de la atención primaria o del primer nivel de atención como hemos decidido llamarlo para efecto de esta revisión. Sin embargo y aún dadas las condiciones de un modelo de aseguramiento como el existente en Colombia, es factible “repensar” el modelo de atención existente, valorando precisamente el rol de esta primera instancia de atención, como un escenario real de regulación de los costos, de la calidad del proceso de atención y de asegurar la eficiencia global del sistema.

Dadas estas premisas, del análisis realizado podría resumirse en las siguientes conclusiones:



1. El desarrollo de estrategias para el fortalecimiento del primer nivel de atención a la salud y la conceptualización de este ámbito asistencial como la piedra angular del sistema debe ser coherente con los flujos financieros que se producen en el sistema. Esto quiere decir que debe haber un traslado de recursos prioritario a ese ámbito asistencial y un cambio de papel (culturalmente hablando) de todas las estructuras asistenciales.
2. Ese traslado se puede realizar de dos formas: a través de incrementos presupuestarios dentro del sistema (lo que en el caso de Colombia es poco probable), es decir sin que el resto de niveles pierdan recursos o mediante mecanismos que, sin incrementos presupuestarios, consigan reorientar la asignación de los recursos dentro del sistema (lo que se constituye en la opción más factible dadas las actuales condiciones macroeconómicas del sistema y del país). De hecho siempre es más factible, antes que conseguir más recursos, el asignar mejor los ya existentes.
3. La primera fórmula tiene dos problemas, el primero es que es inflacionaria y difícilmente asumible en entornos donde la limitación de los recursos es muy evidente y el segundo, es que en cierta forma es inconsistente conceptualmente aunque se pudiera hacer, ya que el cambio de papel en un entorno (el primer nivel de atención por ejemplo) no es independiente de los otros entornos asistenciales y, por tanto éstos, deberán, en coherencia, adaptar su estructura y servicios al nuevo escenario.
4. La segunda forma de abordar el problema es mediante mecanismos que reorienten la inversión de recursos con una visión lo más “descompartimentada” posible, es decir, que aquellos recursos que irán dirigidos a potenciar el primer nivel de atención se deriven de la necesaria “reconversión” de los mismos desde el entorno hospitalario especializado (sea esta estructural, funcional, organizativa o una combinación de las anteriores a través de redes de atención, ver numerales 5 y 6.). Esta visión permite trabajar con los mismos recursos y acumula con coherencia el sentido de cambio global.
5. El desarrollo de redes integradas con servicios directivos únicos capaces de proporcionar los servicios necesarios a una población mediante un pago capitolativo, supone, teóricamente hablando, un mecanismo que debe impulsar las decisiones directivas que lleven a potenciar el nivel primario dentro de la red, a efectos de poder ofrecer una atención más eficiente que responda al traslado del riesgo financiero que supone la asignación capitolativa.



6. Las decisiones de reubicación de recursos dentro de esta red deben responder a una opción estratégica (de desarrollo de servicios) de la dirección. Las ventajas de este esquema son obvias, desde el punto de vista de la teórica facilidad de incorporar una remodelación normativa dentro de la red, de integrar servicios en coherencia con economías de escala (directivos, de personal, administrativos, compras, etc.) y de facilitar la colaboración e integración clínica entre niveles asistenciales.
7. Es importante resaltar que el desarrollo de redes integradas o la consecución de una atención integral a una población requiere de determinados elementos básicos ya mencionados (capitación, integración clínica, etc.), no obstante no requiere una misma titularidad para el conjunto de la red, sino de prestadores que tengan incentivos al funcionar “como una red”. En definitiva, siendo muy “reduccionistas” la diferencia se podría acabar centrando en diferenciar entre quien actúa como centro de la red, si es un hospital que desarrolla o compra servicios al primer nivel o es este último que desarrolla la función de compra de los servicios especializados. Ambas visiones, aún pareciendo iguales tienen ventajas e inconvenientes.
8. Cuando las redes derivan de una organización hospitalaria, las desventajas provienen de la dificultad práctica de romper con la cultura centrada en el hospital y la lógica financiera que deriva de esta visión. De hecho en los EEUU las redes integradas generadas desde proveedores hospitalarios son mayoritarias y, si bien han obtenido resultados prometedores, todos los autores coinciden en la dificultad de adaptarse a un esquema fundamentalmente primarista de las organizaciones hospitalarias. Si bien estas organizaciones tienen una mayor experiencia en la gestión, el desarrollo del primer nivel de atención acaba convirtiéndose en la forma de garantizar una clientela estable al hospital, más que un mecanismo de cambio en las estructuras de poder clínico y asistencial de la red.
9. El desarrollo de redes centradas en organizaciones de primer nivel de atención, tiene la desventaja del menor grado de experiencia de estas en cuanto a gestión, lo que por otra parte, puede ser modulado progresivamente a lo largo del proceso de cambio. Sin embargo tienen la ventaja de su coherencia conceptual con el esquema asistencial que se pretende. En el fondo las visiones de competencia entre niveles asistenciales en las cuales, las organizaciones de atención primaria acaban convirtiéndose en las aseguradoras de una población concreta que provee servicios globales, algunos de ellos directamente y otros a través de contratos con el ámbito



especializado, suponen una visión más o menos coherente con el concepto de red asistencial centrada en organizaciones de primer nivel de atención.

10. Otras desventajas derivadas de los desarrollos típicos del “managed care”, ya sea con una visión hospitalaria o de primer nivel, en entornos públicos derivan de aspectos comentados a lo largo del texto, como la presencia de redes monopolísticas o la dificultad de competir en precios y en calidad (aspecto básico en el objetivo de estas redes en entornos privados) en entornos donde la capacidad de elección del cliente es limitada.
11. Estas desventajas pueden ser minimizadas en entornos públicos a través de la introducción de una cierta dosis de competencia (la suficiente para mejorar la eficiencia pero sin llegar a convertirse en una sobredosis) ya sea entre organizaciones de primer nivel u otro tipo de compradores, por los clientes y las asignaciones capitadas, entre proveedores (del mismo o diferentes niveles), etc. Siempre teniendo en cuenta que no en todos los entornos esto será posible, por la simple razón de inexistencia de compradores o proveedores que quieran competir.
12. La validez final de cualquier modelo se establecerá en la medida en que los teóricos incentivos que se introducen entre financiadores y compradores, se transfieran a los proveedores (y de éstos a los profesionales) y, que de los excedentes resultantes de uno u otro sistema de gestión de los servicios de prestación, se derive un mayor fortalecimiento del nivel asistencial primario, en el caso, claro está, de que sea esto lo que exactamente se pretenda.
13. El desarrollo de procesos que tengan por objeto cambiar el eje del sistema de salud desde el nivel hospitalario al primer nivel de atención, suele tener resistencias importantes con poderosas raíces culturales y capacidad de influencia en el sistema político. La superación de estas resistencias no está garantizada solo con la identificación clara del modelo objetivo, sino que exige una gestión del conjunto del proceso que aporte adaptabilidad, flexibilidad y gradualidad.

El éxito de procesos de estas características se basan en un adecuado abordaje técnico y en una previsión de las externalidades que se pueden manifestar, y en cualquier caso, en un consenso amplio de todos los agentes sanitarios y sociales implicados. Para ello, la comprensión de las dificultades y del alcance de las soluciones por los más altos responsables de la política social de un país debe preceder a la formulación clara y explícita, por parte de los mismos, de la necesidad del cambio.



BIBLIOGRAFÍA

- AHQ. *L'approche Managed Care: Le concept, ses impacts, son potentiel au Quebec*. Collectios la reconfiguration du reseau n°8. Association d'Hôpitaux du Quebec. 1997.
- BERWICK MD. *Payment by capitation an the Quality of Care*. N Eng J Med 335(16): pg. 1227-1231. 1996.
- CONRAD DA. *Coordinating patient care services in regional health system: The challenge of clinical integration*. Hospital & health services administration 38(4): pg. 491-508. 1993.
- COULTER A. *Evaluating general practice fundholding in the United Kingdom*. European Journal of Public Health 5: pg. 233-239. 1995.
- DRAKE DF. *Managed Care: A product of market dynamics*. JAMA. 277(7): pg. 560-563. 1997.
- EUROPEAN HEALTH CARE REFORMS: *Analysis of current Strategies*. World Health Organisation. Regional Office for Europe. Copenhagen 1996.
- EUROPEAN HELTHCARE TRENDS: *Towards managed care in Europe*. Coopers & Lybrands. 1995.
- EVALUATING THE NHS REFORMS. Editores: Robinson and Le Grand. King's Fund Institute. 1994.
- FAIRFIELD G, HUNTER DJ, MECHANIC D, ROSLEFF F. *Managed Care: Origins, principles and evolution*. BMJ 314: pg. 1823-1826. 1997.
- FAIRFIELD G, HUNTER DJ, MECHANIC D, ROSLEFF F. *Managed Care: Implications of managed care for health systems, clinicians and patients*. BMJ 314: pg. 1895-1898. 1997.
- GAYNOR M. *Tendencias y características de la contratación de médicos por las aseguradoras sanitarias en EEUU*. En JI Puerta, J Ruiz Ferran (eds) *Sanidad privada: ¿Cuál será el próximo acto?*. Sanitas-SB. 1996.
- GERVAS J, ORTUN V. *Regulación y eficiencia de la Atención Sanitaria Primaria en España. En eficiencia e incentivos en los servicios sanitarios*. Valencia 1996.
- GERVAS J, PEREZ M, STARFIELD B. *Primary care, financing and gatekeeping in western Europe*. Family Practice 11(3): pg. 307-317. 1994.



- GILLES RR. *Conceptualizing and measuring integration: Findings from health systems integration study*. Hospital & health services administration 38(4): pg. 468-487. 1993.
- GLENNERSTER H, MATSAGANIS M. The UK health reforms: *The fundholding experiment*. Health policy 23:pg.179-191. 1993.
- GLENNERSTER H, MATSAGANIS M. *The english and swedish health care reforms*. International Journal of Health Services. 24(2): pg.231-251. 1994.
- GRANADOS Ramón. *Los modelos de atención en salud*. OPS /OMS, 2000.
- HAM C. *A primary care market?*. BMJ 313: 127-128. 1996.
- HAM C. *Primary managed care: Innovation by doctors is creating european health maintenance organisation*. BMJ. 314: 457. 1997.
- HJORTDAHL P, LAERUM E. *Continuity of care in general practice: effect on patient satisfaction*. Br Med J 304: pg.1287-1290. 1992.
- HORN SD, SHARKEY PD, TRACY DM, HORN CE, JAMES B, GOODWIN F. *Intended and unintended consequences of HMO cost-containment strategies: Results from the managed care outcomes project*. The American journal of managed care 11(3): pg. 253-264. 1996a.
- HORN SD, SHARKEY PD, GASSAWAY J. *Managed care outcomes project: Study design, baseline patients characteristics and outcome measures*. The american journal of managed care 11(3): pg. 237-247. 1996b.
- KAAG Mec, WIJKEL D, De JONG D. *Primary health care replacing hospital care: The effect on quality of care*. International Journal for quality in health care 8(4): pg. 367-373. 1996.
- KING'S FUND COMMISSION. *London's Health Care in 2010*. Londres: King's Fund 1992.
- KOHN R, WHITE K. *Health Care: an international perspective*. Londres: Oxford University Press. 1976.
- LONDOÑO JL, FRENK J. *Structured Pluralism: Towards a new model for Health system reform in latin america*. Health Policy 41(1): pg. 1-36.1997.



- MEDICI AC, LONDOÑO JL, COELHO O, SAXENIAN H. *Managed care and managed competition in Latin American and the Caribbean*. Innovations in Health Care Financing. 1997.
- MOSSIALOS E, KANAVOS P, ABEL-SMITH B. *Will Managed care work in Europe?*. Pharmacoeconomics 11(4): pg. 297-305. 1997.
- PANÉ MENA, Olga, *Modelos de atención y la organización de la red de servicios. Memorias: Foro internacional la reforma del sector salud*. Proyecto APRESAL. Proyecto de Apoyo a la Reforma del sector salud en Guatemala. Pg. 235-241. Guatemala, Junio 1999.
- PARCHMAN ML, CULLER S. *Primary Care Physicians and avoidable hospitalizations*. J Fam Pract 39: pg.123-128. 1994.
- RANDAL GM. *A national survey on the arrangements managed care plans make with physicians*. N Eng J Med 333: pg. 1678-1683. 1996.
- REERINK IH, SAUERBORN R. *Quality of primary health care in developing countries: recent experiences and future directions*. International Journal for Quality Health Care 8(2):pg. 131-139. 1996.
- ROSENBLATT R. *Specialists or generalist. On whom should we base the American Health Care System?* JAMA 267:pg. 1665-1666. 1992.
- ROSS N. *Who Should do the surgery? Tnsillectomy and adenoidectomy in one canadian province*. Inquiry 16: pg. 73-83. 1976.
- SHI L. *Primary care, speciality care and life chances*. International journal of health services 24(3): pg. 431-458. 1994.
- SHORT PF, HAHN BA, BEAUREGARD K, HARVEY PH, WILETS ML. *The effect of universal coverage on health expenditures for the uninsured*. Med Care 35:pg. 95-113. 1997.
- SMITH R. *The future of healthcare systems: Informations Technology and consumerism will transform health care worldwide*. BMJ 314: pg. 1495-1496. 1997.
- SMITH DG, WHEELER JRC, CAMERON AE. *Benefits of hospital capacity reduction: estimates from a simulation model*. Health services management research 9: pg. 172-182.1996.
- SMITHSON KW, KOSTER J. *Incentives and the management of physician behavoir in health service organizations*. J Ambulatory Care Manage 20(1):pg. 8-16. 1997.



- SOMERS AR. *And who shall be the gatekeeper? The role of the primary physician in the health care delivery system.* Inquiry 20: 301-313. 1983.
- STARFIELD B. *Is primary care essential?* Lancet 344: pg. 1129-1133. 1994.
- STARFIELD B, Powe NR, Weiner JR, Stuart M, Steinwachs D, Scholic SH, Gerstenberger A. *Costs vs Quality in different types of primary care sittings.* JAMA 272(24): pg. 1903-1908.
- STARFIELD B. *Primary care and health: A cross-national comparison.* JAMA 266(16): pg. 2268-2271. 1991.
- TOMLINSON B. *Report of the inequity into London's health service, medical education and research.* Londres: HMSO 1992.
- VILARDELL L. *¿Por qué ingresan los pacientes de forma urgente en un hospital?* Med Clin (Bar) 103: pg. 543-553. 1994.
- WELCH W, Miller M, Welch H, Fischer E, Wennberg J. *Geographic variations in expenditures for the physicians' services in the United States.* N Engl J Med 328: pg. 621-627. 1993.
- WEINER JP, FERRIS DM. *GP budget holding in the UK: learning from american HMOs.* Health Policy, pg. 1-11. 1990.
- ZUVEKAS A, Covey J, Rosenbau E, Hughes R. *Linking primary care centres and hospitals.* J Ambulatory Care Manage 20(1): pg. 65-76. 1997.