



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 6
PLAN DE MODERNIZACIÓN PARA LA EDUCACIÓN EN SALUD

Problemas, estrategias, actores y recomendaciones finales

CODIGO: I 001-6

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	7
1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO - EL CONTEXTO COLOMBIANO	9
1.1 ANTECEDENTES	9
1.2 EL ENTORNO SOCIAL DE LA REFORMA	11
1.3 LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN COLOMBIA	13
1.4 LA RED5	16
2. EL CAMINO HACIA EL PLAN DE MODERNIZACIÓN	19
2.1 MARCO GENERAL DEL PLAN	19
2.2 OBJETIVO GENERAL	22
2.3 METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN	23
2.4. DETERMINACIÓN DE PROBLEMAS	29
2.4.1. Problemas según la temática	29
2.4.2. Problemas según ámbitos de formación	31
2.5. PRINCIPIOS GENERALES PARA ORIENTAR ESTRATEGIAS	33
2.5.1. Liderazgo desde el sector salud	33
2.5.2. Autorregulación desde cada profesión	33
2.5.3. Utilización de los recursos que ya existen	34
2.5.4. Obligtoriedad de implantar estrategias de comunicación	34
2.5.5. Veeduría por los integrantes de la Red	35
2.6. LOS ACTORES SOCIALES	35
2.6.1. El Estado colombiano	35
2.6.2. Las instituciones formadoras	35
2.6.3. Las sociedades de especialistas, de profesionales o de técnicos	36
2.6.4. Los gremios y sindicatos	36
2.6.5. Las instituciones aseguradoras y las prestadoras de servicios	36
2.6.6. Las asociaciones y entidades que representan a la comunidad y a la sociedad civil	36
3. PRESENTACIÓN DEL PLAN	37
3.1 COMITÉ NACIONAL PARA EL RECURSO HUMANO EN SALUD	37
3.2 DETERMINACIÓN DE PROBLEMAS	40
3.2.1. Problemas relacionados con el contexto social	40
3.2.2. Problemas de relación entre procesos educativos y servicios de salud	49
3.2.3. Problemas relacionados con el proceso formativo	65



4. RECOMENDACIONES FINALES	79
BIBLIOGRAFÍA	82
ABREVIATURAS Y SIGLAS	84

INTRODUCCIÓN

El desarrollo de este “*Plan multidisciplinario para la modernización de la educación en salud en Colombia*”, o simplemente “*Plan*” como se lo denomina a lo largo de este documento, no es el resultado de una tarea asignada a un reducido grupo de “expertos” que basados en juicios de mayor o menor validez, han determinado las acciones necesarias para transformar una realidad tan compleja como la colombiana. La construcción del Plan no podía responder sino a una metodología que incorporara el trabajo participativo de muchas personas.

La firma CHC Consultoría i Gestió SA, del grupo empresarial Consorcio Hospitalario de Cataluña, tiene amplia experiencia en América Latina en el desarrollo de proyectos relacionados con sistemas de salud, organización y modernización de la gestión en la prestación de los servicios y presentó su oferta de realizar un “*Plan multidisciplinario para la modernización de la educación, capacitación y entrenamiento en salud*” en asociación con el Instituto de Estudios de la Salud de Barcelona. Cuando su propuesta fue seleccionada en el proceso de licitación internacional, se planteó la conformación de una *Red Multidisciplinaria* que aportara su experiencia y discutiera cuáles eran las alternativas viables en el contexto social, económico, cultural y político de Colombia.

El objetivo del proyecto es “Generar y poner en marcha una estrecha cooperación de todos los sectores relevantes en el desarrollo integral de los sectores salud y educación en Colombia con la finalidad de elaborar un plan para la modernización de la educación del personal de salud, que



responda a las necesidades del país y del nuevo **sistema de seguridad social en salud**".

Es por eso que en la autoría del Plan se buscó la participación de personas de diversas ocupaciones y con muy diferentes trayectorias, con el rasgo común de ser conocedores de alguno de los muchos elementos que conforman la problemática del sector. Los grupos de trabajo que se conformaron incluyeron tanto formadores de personal de salud como prestadores de servicios de salud, aseguradores, representantes del gobierno, de los gremios, de los sindicatos, estudiantes y usuarios del sistema de salud, todos trabajando con la convicción de que sus conclusiones serán utilizadas para la toma de decisiones por quienes trazan las políticas del sector educativo y de los servicios de salud.

El sustrato fundamental para el Plan lo constituyó un proceso participativo que se ha denominado la "*Red multidisciplinaria para la modernización de la educación en salud*", planteada ya como una exigencia en los términos de referencia del Proyecto. Dicha Red reunió a más de 300 personas, en más de setenta sesiones realizadas a lo largo de veinte meses de trabajo en ocho ciudades del país (Armenia, Barranquilla, Bogotá, Bucaramanga, Cali, Medellín, Pereira y Villavicencio). Esta metodología no sólo en gran medida legitima las propuestas del Plan sino que además garantiza su aplicabilidad a la compleja realidad colombiana.¹

Al trabajo de la Red se suman los aportes del equipo consultor, tanto nacional como internacional, así como los del Ministerio de Salud, a través de su *Programa de Apoyo a la Reforma en Salud*, de la Interventoría Técnica del proyecto y de los representantes de las unidades técnicas que constituyen el *Grupo Líder de Apoyo Técnico* (GLAT). A partir de estas contribuciones, depuradas a lo largo de una docena de documentos previos, ha surgido el presente documento que plantea las bases para el diseño de un conjunto de políticas públicas que conllevan a la modernización de la educación en salud en Colombia. En el Plan se considera como estrategia central la creación del Comité de Recursos Humanos en Salud, que podría denominarse alternativamente Comisión o Consejo, en cuyo caso partiría de la base de reformar el actual Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud. Cualquiera que sea su denominación, se propone

¹ Para una presentación más detallada de todos los aspectos metodológicos del Proyecto, consultar el Documento 3. La red multidisciplinaria para la modernización de la educación en salud.



ubicar su dependencia funcional en el CONPES social de la Dirección Nacional de Planeación.

El presente documento, que consolida los problemas encontrados durante el desarrollo del proyecto y concreta sus soluciones, se divide en tres partes: la primera hace un breve resumen de los antecedentes del proyecto y se describe el contexto social en el que se desarrolla el mismo.² La segunda es una descripción sucinta de la metodología empleada para la elaboración del Plan.³ La tercera y última parte, que es también la más extensa, desarrolla los elementos del Plan, clasificando los problemas relacionados con el contexto social, aquellos que provienen de la interacción entre los procesos educativos y la prestación de servicios de salud y aquellos que tienen relación con el proceso formativo en sí. Se detallan allí los problemas, los objetivos y las estrategias que se proponen para su resolución. Se han incluido, además, cuadros correspondientes a los cronogramas, las acciones prioritarias y los actores de las mismas.

1. ANTECEDENTES DEL PROYECTO - EL CONTEXTO COLOMBIANO

1.1 ANTECEDENTES

En esta fase final del proyecto es conveniente recordar el punto de partida de todo este esfuerzo. En agosto de 1996 el equipo técnico de la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard presentó las recomendaciones del “*Plan maestro para la implementación de la reforma en salud en Colombia*”. Dicho informe plantea lo siguiente: “*El problema básico que se enfrenta en el área de recursos humanos para la salud es la necesidad urgente de formular una política clara al respecto, con el fin de tomar decisiones y organizar acciones que permitan volver realidad los grandes objetivos que persigue la reforma: universalizar la cobertura, mejorar la eficiencia e incrementar la calidad de los servicios*”. Más adelante dice: “*El principal obstáculo que se detecta para poder formular tal política está constituido por la ausencia o falta de disponibilidad de información básica que permita formulaciones razonables. La dispo-*

² Esta descripción analítica del contexto colombiano se encuentra detallada en el Documento

³ Los aspectos metodológicos están detallados en el Documento 3. La red multidisciplinaria para la modernización de la educación en salud.



nibilidad de información se constituye así en el primer problema a ser resuelto para poder formular una política racional que dirija un conjunto de acciones incrementales y coherentes en el mediano y largo plazo”.

Una reforma tan ambiciosa como la que se pretende en el sistema de atención en salud en Colombia requiere eficientes sistemas de información, y el componente de recursos humanos no es ajeno a esa necesidad. Se requiere una base confiable de información técnica que permita diseñar políticas de planeación de recursos humanos en salud consistentes con los cambios permanentes de los sistemas de salud y de educación, así como con la realidad nacional. Las políticas deben contemplar, entre otros aspectos, la búsqueda del equilibrio entre oferta y demanda de personal de salud, incluyendo elementos tanto cuantitativos como cualitativos e incorporando al personal profesional, técnico y auxiliar del sector. Deben también tener en cuenta mecanismos de evaluación permanente de la calidad de la formación. Dichas políticas deben ser conscientes de los complejos aspectos históricos, sociales, económicos y políticos que enmarcan los sistemas educativo y de servicios de salud.

La ausencia de políticas coherentes ha traído consigo el crecimiento exagerado de la oferta de programas y de instituciones de formación, la inadecuada distribución geográfica del personal que se concentra en los tres principales centros urbanos y en menor grado en las ciudades capitales intermedias, y la reconocida obsolescencia de los procesos pedagógicos y las metodologías de enseñanza que han anclado la formación del personal a esquemas rígidos, jerarquizados y excluyentes. Todo ello ha ocasionado fallas en la cobertura efectiva de los servicios, deterioro en la calidad e ineficiencia en la asignación de los recursos. Además, ha disminuido las posibilidades de que un nuevo modelo de atención en salud se consolide adecuadamente.

Con esta situación en mente, a mediados de 1999 el Ministerio de Salud, a través del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud, puso en marcha un proceso de concurso público internacional y posterior contratación externa de cuatro proyectos dentro del componente de recursos humanos en salud. Uno de ellos tuvo por objeto el diseño de un “*Plan para la modernización de la educación en salud*” que contiene las principales acciones orientadas a la modernización de la educación en salud en cuatro ámbitos de intervención: la educación de pregrado, la de postgrado, la educación continua y la educación no formal. Este Plan a su



vez se complementa con el diseño de un “*Plan de incentivos para la formación del recurso humano en salud*”, que presenta una serie de recomendaciones para el establecimiento de planes institucionales de incentivos para los docentes que, partiendo de la identificación de los principales problemas susceptibles de intervención, y con base en unos objetivos preestablecidos, se traduzcan en acciones concretas para el desarrollo integral del personal formador.

Cabe resaltar que este Plan, así como el “*Plan de Incentivos*”, hacen parte de todo un esfuerzo coordinado que busca rescatar la importancia que tiene el personal de salud en cualquier sistema de salud. Los otros tres proyectos de recursos humanos del Programa de Apoyo a la Reforma, que se citan a continuación, son un complemento de lo que con éste se pretende:

- ↳ “*Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia*” liderado por la Facultad Nacional de Salud Pública, de la Universidad de Antioquía.
- ↳ “*Plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos de salud en Colombia*”, ejecutado por el Instituto Cendex, de la Universidad Javeriana, en unión temporal con Fedesarrollo y Family Health Foundation.
- ↳ “*Acreditación especializada de programas de educación y entrenamiento en salud*”, a cargo de Ascofame, en unión temporal con Assalud, Aupha y CES.

1.2 EL ENTORNO SOCIAL DE LA REFORMA

La situación actual de la educación en salud en Colombia es el resultado de unos fenómenos mundiales, unas características latinoamericanas y otros rasgos atribuibles al desarrollo histórico cultural colombiano. Ejemplos de las primeras son la globalización, y el auge del capitalismo neoliberal; de las segundas se pueden citar la brecha creciente entre ricos y pobres, la miseria, las desigualdades sociales o la ausencia de planeación. También comparte Colombia con el resto del subcontinente los cambios del sector laboral, particularmente la informalización progresiva del empleo -que afecta tanto al sector educativo como al de prestación de servicios de salud-.



Los rasgos colombianos que hay que agregar a ese entorno incluyen la violencia, la corrupción, la ineficiencia administrativa y la debilidad del Estado. A ellos se suma el interés marginal que en este país tienen la salud y la educación, particularmente la educación superior.

En este difícil entorno apareció la Ley 100, uno de los intentos más ambiciosos de reforma a un sistema de atención en salud en el mundo. Casi diez años después de promulgada la Ley, sus resultados han sido muy diferentes de los esperados. De particular relevancia aquí es la crisis hospitalaria, que llevó al cierre de muchos centros asistenciales en donde se realizaban importantes actividades docentes (Redondo & Guzmán, 1999).

Desde el punto de vista educativo, por otro lado, la Ley 30 de 1992 delegó prácticamente toda la responsabilidad de la educación superior en unas instituciones universitarias que no estaban preparadas para asumirla. El resultado fue una sobreoferta de instituciones y programas (Cubillos 1998; Ruiz et al. 2001) que, en salud, ha traído serias consecuencias.

Entretanto, la población colombiana viene enfrentando cambios demográficos y epidemiológicos que, en este país en particular, han ocurrido a gran velocidad. La transición epidemiológica colombiana ha sido no sólo acelerada, sino que muestra grandes desigualdades regionales. Mientras gran parte de la población no ha dejado atrás el riesgo que imponen las enfermedades infecciosas prevenibles, crece en el país la incidencia de enfermedades crónicas, envejece la población y dominan el panorama las lesiones de causa externa, particularmente las atribuibles a la violencia.

En el sistema de salud imperante antes de la reforma, los pobres dependían del sistema hospitalario estatal, de la asistencia pública; los asalariados -pero no necesariamente sus familias- recibían los servicios del Seguro Social o alguna de las muchas cajas de previsión, mientras que los más adinerados tenían acceso a la medicina privada, ocasionalmente mediante métodos de aseguramiento. El desarrollo de la medicina prepagada a partir de los años ochenta fue el inicio de la intermediación de la atención en salud por entidades con ánimo de lucro, intermediación que se consolidaría luego con la Ley 100 y sus EPS.

Es necesario reconocer que el comienzo de la década de los noventa fue un momento de relativo optimismo en la historia colombiana. Cuando aparecieron tanto la Constitución de 1991 como la Ley 100 de 1993, se creía en el diálogo como el mecanismo para obtener la paz, las tasas de



desempleo eran relativamente bajas, y el país llevaba muchos años de crecimiento económico ininterrumpido. Era quizás justificado creer que un sistema de salud de cobertura universal, eficiente y de buena calidad se podía financiar a través de un ‘impuesto directo’ al ingreso de cada colombiano.

Pero no sólo vendría la crisis económica, con sus altas tasas de desempleo, y con la informalización progresiva que escapa a los controles fiscales. Sin duda parte de los problemas que enfrentan hoy los profesionales de la salud se debe a la falta de reacción de los entes formadores que no prepararon ni motivaron a sus alumnos para reconocer el nuevo sistema de salud y menos aún para adaptarse a él o para intervenir sobre su orientación y su implementación.

1.3 LOS RECURSOS HUMANOS PARA LA SALUD EN COLOMBIA

Para tener alguna posibilidad de éxito, un proceso de planeación de los recursos humanos debe empezar con una construcción participativa que responda a las necesidades locales. El mercado laboral o el mercado educativo, por sí solos, y sin control, van a subordinar los verdaderos intereses sociales a los aspectos financieros y administrativos.

Colombia fue pionera en el intento por desarrollar de una manera planificada el complejo panorama de los recursos humanos para la atención en salud. Así lo atestiguan el “*Estudio de recursos humanos para la salud y la educación médica*” que se realizó en la década de los sesenta y la conformación posterior de la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, o el Consejo Nacional para el Desarrollo de los Recursos Humanos en Salud.

Pero el esfuerzo no fructificó. La dificultad más grande para llevar a cabo un proceso adecuado de planeación de recursos humanos para la salud es la cantidad de actores que intervienen en la toma de decisiones. No es una tarea fácil poner de acuerdo a los individuos que seleccionan su profesión o su especialidad, a las instituciones educativas que los forman, a los hospitales y centros de atención en donde tienen que aprender, a los futuros empleadores, a las sociedades profesionales que los agrupan, a los políticos regionales que quieren escuelas de medicina y hospitales de alta complejidad tecnológica en cada ciudad intermedia, y a la industria privada con sus intereses financieros.



En Colombia no se ha llevado siquiera un registro permanente de la oferta de personal destinado a la prestación de servicios de salud. Se requirió para ello que el proyecto “*Modelo de oferta y demanda de recursos humanos de salud en Colombia*”, que lidera la Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, buscara una solución a este inconveniente. La Tabla 1 muestra las demandas de cargos en el sistema de salud que ellos estimaron:

Estas cifras sirvieron de base para que otro de los estudios del Programa de Apoyo a la Reforma, el “*Plan de largo plazo para el desarrollo y fortalecimiento de los recursos humanos de salud en Colombia*”, ejecutado por el Instituto Cendex, de la Universidad Javeriana, en unión temporal con Fedesarrollo y Family Health Foundation, estimara los altos niveles de desempleo y subempleo que enfrentan las profesiones y ocupaciones de la salud.

Un papel esencial en este desequilibrio entre oferta y demanda de personal de salud lo ha jugado el crecimiento desordenado de programas y de instituciones formadoras. Es también preocupante la privatización de la educación, que lleva a un acceso inequitativo, y la falta de control sobre la calidad de los programas.

Las estructuras curriculares, así como las metodologías pedagógicas, han permanecido particularmente rígidas en Colombia. Aunque los contenidos pueden haberse actualizado, la formación sigue siendo memorística, no enfatiza el aprendizaje como un objetivo para toda la vida, no forma al estudiante en aspectos que se salgan del quehacer clínico ni le facilita la integración transdisciplinaria y el trabajo en equipo. Buena

Auxiliares de enfermería	62,679
Médicos	48,149
Odontólogos	15,18
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
Óptómetras	882

Tabla 6-1

DEMANDA DE CARGOS EN EL SISTEMA DE SALUD EN COLOMBIA, 2001

Fuente. Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia. *Modelo de oferta y demanda de recursos humanos de salud en Colombia*.



parte de la actividad docente sigue concentrada en instituciones asistenciales de alta complejidad. Y más preocupante aún, hay poca comunicación entre el sector educativo y el prestador de servicios, cuya integración es esencial para darles relevancia a los contenidos.

El crecimiento numérico de la oferta, la falta de control de la calidad y el desarrollo desarticulado y fragmentado por la multiplicidad de actores afecta tanto la educación de pregrado como la de postgrado, pero adquiere sus máximas dimensiones en la denominada ‘educación no formal’ cuya regulación está directamente a cargo del sector de la salud, con poca injerencia del Ministerio de Educación. El estudio “*Acreditación especializada de programas de educación y entrenamiento en salud*”, de la unión temporal de Ascofame, Assalud, Aupha y CES identificó 179 instituciones que ofrecen 512 programas de educación no formal. Se incluyen ahí 161 programas de formación de auxiliares de enfermería, 143 de auxiliares de odontología, 53 de bacteriología o laboratorio clínico, 49 de farmacia, 48 de laboratorio dental o mecánica dental, entre otros. Llama la atención allí no sólo los números, sino la diversidad de las denominaciones.

También se hace evidente la necesidad de intervenir sobre la educación continua cuyo panorama es no sólo más fragmentado, sino menos reglamentado. La única directriz que rige la educación continua en Colombia es el interés del mercado que diseña cursos, talleres, simposios y seminarios ya sea al detectar la demanda de conocimientos en ciertas áreas o por la necesidad de mercadeo a determinado producto. Las necesidades sociales o los vacíos en la formación de profesionales, técnicos o auxiliares simplemente no son considerados.

Ante el complicado panorama que se ha esquematizado en estas páginas ⁴ se hace necesaria la intervención del Estado. El desarrollo social del país, en sus sectores educativo y de salud, no puede dejarse en manos del libre mercado. El imbalance entre la oferta y la demanda del sector asistencial, así como la falta de controles sobre la calidad de la formación, no sólo puede tener graves consecuencias humanas sino que lleva a un uso inadecuado de los recursos y a un incremento de los costos globales del sistema de salud. Las soluciones no son sencillas. Este Plan propone estrategias concretas para intervenir sobre cada uno de los principales

⁴ Para una discusión más detallada de consultar el Documento 1. Elementos de contexto y línea de base.



problemas que afectan a la formación del personal que está hoy, y estará en el futuro, a cargo de la prestación de los servicios de salud en Colombia.

1.4 LA RED⁵

Para efectos del presente Proyecto, el concepto de Red se extiende más allá de la simple suma de sus integrantes. Se trata de todo un sistema dinámico de diálogo, intercambio, producción y acción orientado hacia el reconocimiento de una realidad específica, identificable y potencialmente transformable a través de ideas, propuestas de cambio e intervenciones, sobre las cuales los integrantes de la Red y las instituciones que ellos representan se sientan parte constitutiva y agentes de cambio. La Red no se considera un objetivo en sí misma, sino un instrumento participativo, orientado a la búsqueda de soluciones para una problemática compartida. Es un espacio de reflexión que tiene por objeto preparar a los individuos que la componen para encarar alternativas específicas de cambio en un espacio y lugar determinados. Aunque las reuniones formales de la Red han concluido, se espera que sus integrantes se conviertan en veedores del proceso que apenas está por empezar: la implementación de las propuestas que se hacen en el presente Plan.

Para el caso de esta Red, se consideran ‘nodos’ todos aquellos actores sociales institucionales e individuales que la conforman, ya sean éstos del sector académico, gremial, hospitalario, asegurador o comunitario, tanto públicos como privados. Estos actores, que a su vez serán claves en el proceso de acción política necesario para convertir en realidad las recomendaciones del Plan, requieren para el adecuado desempeño de su rol mecanismos de comunicación que se mantengan en el tiempo y que no se encuentren forzosamente limitados al marco temporal del Proyecto. Por ello es deseable que dichos nodos se conviertan en el futuro en diseminadores del Plan y multiplicadores de sus estrategias.

Hay que recalcar que la Red en sí misma no es solamente la sumatoria de los “nodos” que la constituyen, sino más bien un sistema de vínculos que deben generar intercambio de información, iniciativas, apoyo social y difusión de opciones de cambio para la solución de los problemas comunes por mecanismos consensuados y participativos.

⁵ Para una presentación más detallada de todos los aspectos metodológicos del Proyecto consultar el Documento 3. La red multidisciplinaria para la modernización de la educación en salud.



Para fines operativos fue esencial que la Red definiera claramente sus objetivos -la modernización de la educación en salud, para el caso particular-, se definieran unas “reglas de juego” conocidas por todos, y se creara un sentido de pertenencia para que cada uno de sus miembros se sintiera de algún modo partícipe de cada aporte individual o colectivo.

Por todo esto, y basados en la experiencia de la Red, en la actual coyuntura social y política del estado colombiano, y en las necesidades del sistema de salud, se considera como una premisa fundamental del presente Plan que el Estado dirigirá esa búsqueda de mecanismos institucionales, políticos y económicos que garanticen la factibilidad de todo este esfuerzo. Ese Estado, que tanto ha invertido en este esfuerzo y tanto ha confiado en sus cuatro proyectos de recursos humanos, debe darle continuidad a la política sectorial que ha propiciado a través de este proceso participativo. Ha sido grande el compromiso de todos, y estamos seguros de que este producto que hoy orgullosamente se presenta al País facilitará la ejecución de muchas de las acciones de cambio que se requieren, y que se han de lograr a través de la modernización de la educación en salud en Colombia.

Para la elaboración del Plan se utilizó una metodología participativa, basada en la creación y puesta en marcha de una Red conformada por los diferentes actores sociales que interactúan en los ámbitos tanto de la educación en salud como de la prestación de servicios de salud en Colombia. Junto con la metodología participativa, el trabajo de la Red fue complementado con la revisión de fuentes primarias y secundarias de información técnica y académica por parte del grupo nacional e internacional de consultoría, que contó con el apoyo de los representantes de las unidades técnicas del Ministerio de Salud y del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud a través de la realización de no menos de veinte reuniones de apoyo técnico llevadas a cabo, con el GLAT, en el Ministerio.

Como criterios de inclusión en los grupos iniciales de discusión de la Red se definieron los siguientes:

- ✎ Pertener a instituciones con responsabilidad en pregrado, postgrado, educación continuada o educación no formal en programas de salud.
- ✎ Pertener a cualquiera de las disciplinas que constituyen las ciencias de la salud, según la definición del Icfes⁶. Para esta selección se buscó la mayor representatividad posible.



- ↳ Proceder en la medida de lo posible de distintas regiones del país.
- ↳ Poseer capacidad de liderazgo en su institución o participar activamente en procesos de modernización curricular, dirección de programas o investigación.
- ↳ Pertenecer a sectores relacionados con la salud que si bien no realizan directamente procesos de educación formal, sí intervienen en procesos de formación continua y desarrollo de recurso humano para el sector (prestadores de salud, aseguradoras, agrupaciones gremiales, administración, asociaciones científicas, etc.).

La metodología propuesta para el funcionamiento de la Red consistió en reuniones mensuales para la reflexión grupal en torno a temas preestablecidos, relacionados con aspectos fundamentales del quehacer educativo en salud. Para el desarrollo de la primera fase, los cuatro grupos constituidos se reunieron mensualmente durante seis meses, e hicieron una reunión general de la Red al final del período. No obstante, por iniciativa de la propia Red, se amplió la dinámica a partir de la cuarta reunión, y se realizaron reuniones complementarias en subgrupos de menor número de participantes que discutieron temáticas específicas. Así mismo, para estimular una mayor participación de las regiones en el debate, se llevaron a cabo reuniones adicionales en diferentes ciudades. Para facilitar la descripción de la metodología en esta primera etapa del trabajo de la Red se designan estos tres tipos de reuniones respectivamente: reuniones *centrales*, reuniones por *subgrupos* y reuniones *regionales*. Estas últimas reuniones se efectuaron en siete ciudades del país diferentes a Bogotá -Armenia, Barranquilla, Bucaramanga, Cali, Medellín, Pereira y Villavicencio-.

Además de las reuniones de los grupos, al final de la primera fase -abril de 2001-, se realizó una reunión general de toda la Red para intercambiar los resultados entre los grupos e introducir las modificaciones, de acuerdo con las sugerencias de los miembros de los distintos grupos. Este trabajo fue complementado luego con tres grupos de base nuevos que discutieron por espacio de seis meses adicionales -durante el segundo semestre del 2001- temas relacionados con propuestas para un plan de incentivos para la formación en salud, determinación de necesidades de reentrenamiento para

⁶ Esta definición llevó a la exclusión, quizás injusta, de ciertas profesiones que desempeñan papeles centrales en el sector, como el trabajo social o la psicología.



docentes por áreas específicas y una propuesta de estándares para la acreditación de centros de formación en salud.

Todas estas reuniones de la Red se complementaron con discusiones de los diferentes documentos frente a representantes, no necesariamente integrantes de la Red, del sector educativo, del sector asistencial, las aseguradoras, las asociaciones profesionales, las asociaciones de facultades, la industria farmacéutica, los usuarios de los servicios de salud, los sindicatos, los profesores y los estudiantes. Estas reuniones se efectuaron en la sede de la Academia Nacional de Medicina.

A las modificaciones constantes que se vinieron haciendo a los productos del proyecto, hay que agregar todos los comentarios y sugerencias que surgieron no sólo en las múltiples reuniones con la Interventoría Técnica del Proyecto sino en las del Grupo Líder de Apoyo Técnico del Ministerio de Salud.

Aunque el trabajo participativo ha sido intenso y la búsqueda de consensos ha sido una constante del Proyecto, la responsabilidad final de las ideas y de las propuestas del Plan recae sobre la firma consultora.

2. EL CAMINO HACIA EL PLAN DE MODERNIZACIÓN

2.1 MARCO GENERAL DEL PLAN

Para efectos del presente documento, la planificación se entiende como un proceso de reflexión orientado al cambio y a la acción, un instrumento de gestión que permite acercar la realidad, vista hoy, a un mañana caracterizado por escenarios con diverso grado de incertidumbre. En vez de prepararnos para enfrentar pasivamente una nueva realidad incierta, la planeación nos ayuda a construir la realidad que queremos.

Los planes en general se constituyen como un conjunto de directrices y acciones políticas, sectoriales o corporativas, cuyo objetivo será poner en marcha intervenciones que en su conjunto transformen la realidad actual, acercándola a una situación ideal en el tiempo. En el mundo cambiante de hoy es necesario no sólo adecuarse a la realidad actual sino, como quien le apunta a un blanco en movimiento, prepararse para las condiciones de cambio, muchas de las cuales no sólo son difíciles de pre-



ver, sino que involucran distintos actores con intereses diferentes, que muchas veces chocan.

El presente Plan está dirigido a actuar no sólo sobre el más complejo sino el más importante de los componentes de todo sistema de salud: las personas que lo componen. Aunque a lo largo del Proyecto se mantiene en muchas circunstancias la denominación de ‘recurso humano’, el Plan se basa en la convicción de que los individuos son los ejes centrales de cualquier sistema social -del cual son no sólo el ‘medio’ sino el ‘fin’-. Al tratar a las personas como un ‘recurso’ es necesario hacer conciencia de las diferencias cualitativas con los ‘recursos’ físicos, tecnológicos o financieros del sistema.

La complejidad que caracteriza la dinámica de los recursos humanos en general y la que conforma el universo del personal de salud en particular, requiere un abordaje integral que tome en consideración el comportamiento de los diversos actores sociales y de los distintos ‘mercados’ que se interconectan de manera funcional a su alrededor. La dinámica del mercado educativo reviste las características propias de un sistema autónomo, bastante desarticulado de los demás, con marco regulador propio y con niveles de independencia y autonomía altos en sus distintos actores institucionales. De igual forma, el sector salud manifiesta características similares en cuanto a su autorregulación, independencia y no muy precisa articulación entre los distintos actores institucionales que lo componen.

El mercado del personal de la salud se constituye en un eslabón entre el sector educativo y el asistencial (Ruiz et al. 2001), pero también se ve afectado por la estructura, la normatividad y el comportamiento general del mercado laboral y la economía global (Ospina & Giraldo 2001). Estas interdependencias enmarcan la enorme complejidad de las acciones que pretendan el desarrollo integral del personal de salud. Los elementos de ese mercado se ‘producen’ en las instituciones formadoras, universitarias, técnicas y no formales; se ‘consumen’ en el fragmentado sistema de prestación de servicios de salud, y se rigen por las disposiciones laborales que no siempre funcionan armónicamente con las de los otros dos sectores.

Esta situación, producto del modelo de desarrollo social y económico que se ha gestado y desarrollado en las últimas décadas, hace que las acciones de intervención sobre la formación del personal de la salud no sólo incluyan al mercado educativo, sino igualmente al de servicios y al laboral. La informalización progresiva del empleo (Dal Poz et al. 2000), por citar un



ejemplo de esa delicada interdependencia, ha deteriorado la vinculación y la pertenencia del personal que labora tanto en entidades asistenciales como educativas, y se ha constituido en un obstáculo difícil de superar para los planes de desarrollo profesional y los programas de incentivos.

En lo que se refiere al mercado educativo, las universidades y otras instituciones formadoras, tanto públicas como privadas, suelen ser organizaciones complejas, en muchos casos altamente jerarquizadas y burocratizadas, que concentran importantes relaciones de poder e influencia social. Estas características hacen que con frecuencia se relegue a un segundo plano la misión institucional de formar integralmente seres humanos.

La capacidad de intervención del sector educativo sobre la realidad social podrá ser puesta en marcha cuando las instituciones formadoras trasciendan su afán de competir por una cuota de mercado, ante la necesidad imperiosa de sobrevivir. Por tanto hablar de un *“Plan para la modernización de la educación en salud”* implica el compromiso de desarrollar una propuesta de planificación que valora al personal de la salud como un sujeto activo, responsable de su propio proceso de cambio (Ospina & Giraldo 2001), y a la organización de servicios como un conjunto de recursos de diferente nivel de complejidad que facilitan la interacción de éste con la sociedad -mediante un tácito ‘contrato social’, a través de nuevas formas organizativas o modelos de atención a la salud.

De acuerdo con esto, tanto desde el Plan de modernización como desde el de incentivos para la formación de recursos humanos en salud se entiende que el propósito de cada uno es servir a los diferentes actores sociales con responsabilidades en la educación en salud y en la toma de decisiones en recursos humanos para que actualicen, ajusten o transformen la situación actual. Se trata entonces de suministrar propuestas operativas que sólo precisen de la voluntad política para llevarlas a cabo. Esta voluntad política dependerá en buena medida del concurso de todos los actores que directa o indirectamente tienen que ver con el proceso formativo en salud: universidades, instituciones de servicios, administración pública, asociaciones profesionales y gremiales, etc. Cada una de las acciones propuestas va acompañada de sus actores respectivos. Es decir, no se trata sólo de formular voluntades, sino de especificar los responsables de desarrollarlas y por tanto de decir a quiénes se les pueden pedir cuentas en el



futuro. Así mismo, las acciones deben llevar indicación aproximada del tiempo que se considera adecuado para su implementación.

Aunque el Plan contempla algunas acciones gubernamentales, la mayor parte de las estrategias corresponden al ámbito institucional. El presente Plan no se detuvo a calcular un presupuesto, como se podría esperar en un modelo propio de planificación normativa y centrada en la intervención vertical. El Plan enfrenta al sector salud colombiano a un nuevo modelo de planificación más orientado a la interacción de agentes sociales que intervienen de manera directa sobre las decisiones de cambio. Por tanto, cada entidad comprometida debe detenerse a estimar los costos que directa o indirectamente deba asumir para desarrollar su propio plan de modernización, de acuerdo con la magnitud de los cambios que esté preparada a llevar a cabo.

2.2 OBJETIVO GENERAL

Presentar a los diversos actores sociales que intervienen directa o indirectamente dentro del proceso formativo del personal en salud un conjunto de acciones e intervenciones que, coherentemente articuladas, permitan avanzar en el corto, mediano y largo plazo hacia su modernización.

De conformidad con este objetivo, el concepto de ‘modernización’ se entiende como aquel conjunto de acciones que van a permitir mayor efectividad en cualquier etapa del proceso de aprendizaje ya sea de conocimientos, actitudes o competencias que redunden en una mejor atención en salud y en una mejor calidad de vida para la población. Para ello el Plan parte de todos los aportes que la investigación educativa ha hecho a este terreno y de los muchos conocimientos que las instituciones nacionales y extranjeras han reunido y divulgado. La modernización es un proceso dinámico que debe permitir actualizar y ajustar el proceso formativo de acuerdo con la experiencia internacional y nacional.

El concepto de ‘modernización’ equivale a ese ‘estándar de oro’ que pretenden todas las acciones del Plan. Es una meta que, como el perfeccionamiento que buscan los estándares de acreditación, se aleja a medida que uno intenta alcanzarla. Esa modernización es el resultado de la reflexión de lo ideal bajo los cambiantes paradigmas tanto asistenciales como del proceso mismo de enseñanza-aprendizaje. Es el resultado, también, del aprovechamiento de aquellas experiencias exitosas, en un mundo que saca



partido no solo de la investigación en metodologías educativas sino de la comunicación constante entre los pares académicos del mundo entero.

2.3 METODOLOGÍA DE ELABORACIÓN DEL PLAN

Tanto el Plan Multidisciplinario como el de Incentivos se han elaborado a partir de muchos documentos preliminares, particularmente los recogidos bajo el *Documento 1 Elementos de contexto y línea de base*. Ese documento recoge los principales elementos de partida, y hace planteamientos de carácter tanto descriptivo como analítico, que justifican y le dan una dirección al proceso de modernización.

Esta línea de base sobre la educación en salud en Colombia fue el resultado del trabajo de los distintos grupos de la Red, así como del análisis de factores del entorno y la revisión de fuentes secundarias generadas por los demás proyectos de recursos humanos. Las recomendaciones que han surgido de este trabajo previo son la materia prima para la construcción de las propuestas de acción que constituyen el presente Plan. En términos generales se podría afirmar que los problemas detectados en el proceso formativo del personal de salud son el resultado de la confluencia de múltiples factores históricos, sociales y políticos, y de ninguna forma son el producto de una planificación cuidadosa.

El trabajo de la Red y del equipo consultor parte de la premisa de que mientras más se invierta en formar a los trabajadores del sector, cualitativa y cuantitativamente, mayor será el beneficio para el sector en sí mismo y para la población atendida (Ospina & Giraldo 2001). Es por esto que la actual transformación de la sociedad, influida por los avances del conocimiento científico, de las telecomunicaciones, la informática, la globalización de la economía y de buena parte de las relaciones sociales, ha forzado el replanteamiento de muchos de sus propios paradigmas, entre ellos el del papel del sistema de salud y las funciones del personal de salud, ahora visto más como un sujeto activo protagonista del cambio social, y no como un objeto pasivo o simple ‘recurso’ a disposición de los actores sociales o institucionales responsables de dicho cambio.

Por tanto, la percepción social del rol del personal de salud tiene que ver con un cambio en los estándares éticos de la sociedad, en las maneras como se organizan y prestan los servicios de salud, en las formas como se ejerce una profesión u oficio que determinan un perfil de desempeño laboral



determinado, y en el marco normativo (Oriol 1998) (ver Figura 1). Este hecho significa un replanteamiento del papel profesional y técnico del personal de salud ya que de su proceso formativo deben surgir las bases de un nuevo ‘contrato social’ entre ellos y su población objetivo, contrato que debe tomar en consideración los nuevos esquemas que, como el aseguramiento y la administración eficiente de recursos, rigen un sistema que a su vez evoluciona en el tiempo. Las reformas a los sistemas de salud y su impacto en el desempeño de los profesionales y técnicos del sector son, en buena medida, un sencillo reflejo de esta situación. Para algunos autores el impacto de estos procesos de cambio social, ha sido tan grande que no ha permitido preparar las estructuras preexistentes y el cambio desde las relaciones de poder que clásicamente ha determinado el comportamiento jerarquizado del personal de la salud, mucho más evidente aún en la profesión médica (Brito 2000; OMS 1996).

Los cambios mencionados han sido el resultado de un complejo proceso de ajuste social, económico y político que ha rodeado la historia reciente de la mayoría de sistemas de salud (Cuadro 1). Muchos han sido los cambios que, observados desde el entorno de los servicios de la salud, están influyendo en



Figura 1

RELACIÓN SOCIEDAD Y ROL PROFESIONAL

Fuente. Basado en ORIOL, Albert. *La reforma de los sistemas sanitarios y el papel de la formación de los profesionales. Innovación y gestión del cambio en los sistemas de salud*. Barcelona, 1998.



el actual desempeño del personal y por ende en el proceso formativo originado en las instituciones educativas.

De la misma manera como se están replanteando las bases mismas de la vida a través de la biología molecular o la investigación genética, el conocimiento sobre la complejidad de los sistemas sociales evoluciona a

Procesos centrales de las reformas	Implicaciones para el trabajo del personal
Modificaciones al marco normativo existente, nuevas estructuras funcionales, emergencia de nuevos actores institucionales	Cambios en las funciones y competencias de las instituciones, nuevas relaciones funcionales entre diversos actores sociales, por tanto nuevos procesos técnicos y administrativos.
Cambios en las competencias y perfil de los entes normativos, de regulación y control	Aprendizaje de un nuevo papel en la definición de políticas, con más capacidad articuladora y menos de intervención directa. Énfasis en garantizar equidad y calidad en los servicios
Procesos de descentralización en la administración y prestación de servicios	Se exige una mayor capacidad resolutoria y hay más énfasis por el conocimiento del estado de salud de las poblaciones y por el concepto de salud dentro del proceso de gestión territorial.
Cambios en los modelos de financiamiento y en las formas de pago a aseguradores y proveedores	Nuevas formas de compra y venta de servicios, modelos de contratación más flexible, nuevas formas de organización del trabajo, énfasis en el trabajo profesional asociativo, más control sobre los costos directos de la atención, la gestión clínica y los resultados.
Nuevos modelos de organización y gestión - externalización de servicios, outsourcing, alianzas, redes funcionales, etc.-	Tendencia al trabajo inestable y en ocasiones precario, exigencia de modelos distintos de organización de la fuerza laboral dentro del sector, mayor solidaridad y más trabajo en equipo.
Medidas para la extensión de coberturas y redimensionamiento de la salud pública	Cambios en el papel del estado central, meso territorial y municipal, la salud pública como una responsabilidad de los distintos actores sociales.
Cambios en los modelos de atención –desde la atención primaria y los niveles hospitalarios-.	Nuevos modelos de incentivos para estructurar modelos de atención más centrados en la atención primaria, la complementariedad de servicios y el trabajo en redes funcionales interniveles así como en la transdisciplinariedad.

Tabla 2

IMPACTO DE LAS REFORMAS SOBRE EL PAPEL DEL PROFESIONAL Y DEL TÉCNICO EN SALUD

Fuente. Elaboración propia CHC Consultoría i Gestió, S.A con base en BRITO 2000..



una velocidad tal que incluso las instituciones más modernas difícilmente alcanzan a mantener el ritmo de adaptación y cambio.

En el caso de la evolución reciente de los sistemas de salud esta realidad es evidente. Se ha establecido un choque cultural, formativo y de competencias de los profesionales y técnicos recién egresados de las instituciones educativas, frente a las necesidades detectadas y exigidas por las estructuras organizativas del sector servicios (Ruiz et al. 2001). Si bien la formación clásica, teórica, memorística y conceptual, prevalece en la mayoría de los programas actuales, hay evidencia de que este tipo de formación no es el adecuado para brindar a los profesionales y técnicos las competencias que les permitan adaptarse a la transición de estudiante a trabajador de la salud y les faciliten un desarrollo profesional completo. La educación actual no garantiza los estándares básicos de calidad que exigen las instituciones de servicios y la sociedad en su conjunto. Por ello se hace necesario construir las bases para un nuevo paradigma que articule de manera armónica el aprendizaje en escenarios laborales diseñados para cumplir la doble misión de prestar servicios en un entorno académico.

Albert Oriol (Oriol, 1998) afirma que desde la perspectiva de las nuevas necesidades de la sociedad, y dentro del marco de los procesos de reforma a los sistemas de salud, existen dos tipos de respuestas que la sociedad debe exigirles a las instituciones educativas. En primer lugar, su 'producción' cuantitativa se debe ajustar a lo que la sociedad verdaderamente necesita. Producir más personal del que el sistema de salud requiere constituye un despilfarro de recursos económicos, lleva a un deterioro previsible de la calidad y conlleva a un drama humano cuyas consecuencias percibirá la sociedad en el mediano plazo. En segundo lugar, aunque no menos importante, está el tema de la calidad. La complejidad del proceso educativo, y en nuestro caso la autonomía de las instituciones formadoras, convierten a los programas de salud en 'cajas negras' sobre las cuales la sociedad poco sabe y poco entiende. Este hecho exige mayores niveles de transparencia y de 'rendición de cuentas' ante la sociedad - lo que en la literatura en inglés se conoce como *accountability* (OMS, 1996). La sociedad del mundo global está cada vez menos dispuesta a tolerar aquellas equivocaciones que se habrían podido prevenir.

Los sistemas de salud son cada vez más conscientes de su responsabilidad y de la dificultad que tendrán para 'lavarse las manos' cuando se perciban las consecuencias de un proceso formativo inadecuado. El sec-



tor salud tiene el derecho, así como la imperiosa necesidad, de determinar los perfiles profesionales y técnicos de su personal, de acuerdo con sus necesidades presentes y futuras de atención. Estos perfiles deberían constituirse en uno de los objetivos intermedios del proceso educativo. Adicionalmente, es importante que se reconozca que no solamente en el ámbito hospitalario se puede hacer docencia y formación. Son muchos más los campos de práctica, y es más amplio el panorama laboral que se espera tengan los futuros profesionales y técnicos. No se puede esperar que el personal formado entre la alta complejidad del tercer nivel de atención sea partícipe de las labores sociales que se requieren para un sistema efectivo de atención primaria en salud o para una salud mental con énfasis comunitario. Tampoco se estarán así formando los líderes que requiere ese país del futuro, con visión amplia del contexto político, económico y social.

Para ello se requiere que las empresas de sectores distintos a la salud, con la orientación de las instituciones formadoras, se organicen para convertir espacios laborales en centros de formación profesional y técnica. Esto implica reconocer la necesidad de sustituir progresivamente la monodisciplinariedad por la interdisciplinariedad y la transdisciplinariedad, pregonadas por años como estrategias que acercan el ámbito en cierto modo idealista de la formación teórica a la realidad de los servicios de salud. Esto exigirá del nuevo profesional o técnico, no solamente un conjunto de conocimientos y destrezas, sino la capacidad para interrelacionarse con otros profesionales y para resolver, mediante técnicas de trabajo en grupo y de toma de decisiones compartidas, problemas concretos del mantenimiento de la salud, la prevención, el diagnóstico, el tratamiento o la rehabilitación de la misma. Mejorará así su capacidad para participar en la gestión de las políticas y los recursos que se necesitan para cada tarea.

Pero el 'contexto' no se refiere tan sólo al presente. Es válido intentar identificar un conjunto de retos futuros hacia los cuales deba apuntar la modernización del proceso formativo en salud, retos que no dependerán exclusivamente de que las instituciones formadoras hagan mejor su trabajo actual, sino que implican cambiar algunos paradigmas imperantes en los sistemas de salud, las teorías del conocimiento, las tecnologías emergentes y en general de todas aquellas tendencias que marcan el desarrollo de la sociedad actual. Tales retos se pueden describir de la siguiente manera:



- ↳ Es necesario educar al personal de salud a través de un proceso formativo, no de simple transmisión del conocimiento. Para ello hay que entender que el proceso de formación es un ciclo sin solución de continuidad, que se inicia desde las etapas más tempranas de la existencia, se perfecciona, mantiene y alimenta durante toda la vida. Por tanto es preciso adquirir las herramientas para aprender y mejorar durante toda la vida profesional.
- ↳ En el cambiante mundo global sólo la adaptación al cambio permite la supervivencia. Se requieren modelos cada vez más flexibles para la organización del trabajo dentro de las organizaciones, que se fundamenten en la reducción forzada de estructuras laborales clásicas, el control de costos y en el énfasis por los resultados, más que por las estructuras y los medios.
- ↳ Todo ciudadano íntegro, pero particularmente el personal del sector salud, debe reconocer la existencia de un proceso implícito de reordenamiento de los valores predominantes dentro de los sistemas de salud cuyos límites éticos nos corresponde defender (Medicare Payment Advisory Commission, 2000).
- ↳ Del mismo modo, es necesario reconocer que han cambiado las formas como se conciben los condicionantes de salud de una población; ahora se reconoce claramente que la salud depende más de variables sociales que de los propios mecanismos de prestación de servicios de salud. Ello obliga a buscar intervenciones basadas en la interdisciplinariedad.
- ↳ Las acciones de salud más efectivas requieren establecer alianzas duraderas entre el sector y la sociedad, alianzas que exigen que la estructura institucional y el conjunto del personal de la salud entienda mejor las necesidades del ciudadano común.
- ↳ Es indispensable buscar la relación entre la lógica (y la ética) asistencial y la empresarial (Sánchez, 1999) a través de un modelo de gestión clínica que permita a los profesionales acercarse al proceso de toma de decisiones con responsabilidad, buscando que los procesos asistenciales se orienten hacia la calidad de la atención, la eficacia de los resultados y la correcta utilización de recursos.



2.4. DETERMINACIÓN DE PROBLEMAS

Como resultado de la metodología descrita, la elaboración del Plan partió de un ejercicio de integración de un conjunto de problemas detectados por la Red y por el equipo de consultoría. Los ámbitos específicos que se seleccionaron para el análisis de problemas y soluciones fueron cuatro: la educación de pregrado, la educación de postgrado, la educación continua y la educación no formal. A continuación se describen los problemas que constituyen el hilo conductor del Plan:

2.4.1. Problemas según la temática

2.4.1.1. Problemas relacionados con el contexto social:

↳ Problema I: Responsabilidad social

Es notoria la falta de compromiso social de la mayor parte de las instituciones que forman profesionales, técnicos y auxiliares para el sector salud. La universidad y el sector educador en general muestran poco interés en participar en el diálogo social y, por consiguiente, su influencia sobre las grandes políticas nacionales es secundaria. Priman intereses de mercado frente al rol esperado del ente educativo como motor de cambios frente a la creciente problemática social.

↳ Problema II: Crisis de liderazgo

Existe una profunda crisis de liderazgo en el sector salud que, entre otros muchos rasgos, no le permite tomar una posición frente al modelo formativo. El personal del sector de la salud no ha sido preparado para liderar y concertar acuerdos con el sector educativo y para plantear, desde las necesidades de los servicios, reformas en el modelo formativo. La ausencia de líderes tiene otras consecuencias, como la falta de continuidad de las políticas y el carácter secundario que se les da a los temas de salud en las agendas de gobierno.

2.4.1.2. Problemas de relación entre procesos educativos y servicios de salud

↳ Problema III: Modelo de atención



A pesar de las reformas del sistema y de varios análisis periódicos, en Colombia persiste una indefinición política y por tanto operativa, frente al modelo o los modelos de atención en salud. Este hecho dificulta la orientación de los posibles modelos formativos del personal de salud. En el panorama actual, cada empresa aseguradora o prestadora de servicios implementa sus propios modelos de atención. La discusión política se ha centrado en la estructura del sistema, su financiación y las relaciones funcionales entre los diversos actores; en la dimensión macro. Son poco claros el papel de los prestadores de servicios, su posición frente al resto del sistema y su relación entre sí y con quienes actúan en otras instancias o centros de atención.

↳ Problema IV: Relación docencia-servicio

El diálogo, la coordinación y la colaboración entre las instituciones educativas y las prestadoras de servicios son insuficientes. La relación se ha comercializado. Los intereses y objetivos de unas y otras son dispares. No se promueven encuentros que tiendan a integrar acciones o a conseguir propósitos compartidos. El aprendizaje no prepara al alumno para el entorno en donde se va a desenvolver. Las instituciones educativas, en donde suele primar el academicismo sobre los escenarios reales, no se basan en dicho entorno para preparar a sus docentes y a sus estudiantes para que entiendan el sistema social, se adapten a él y, más importante aún, lleven a cabo los cambios que consideren necesarios.

↳ Problema V: Oferta educativa

La distorsión cuantitativa de la oferta académica es, para muchos, el principal problema de la educación en salud en Colombia. La libertad del mercado educativo ha permitido que los programas de educación formal y no formal, las escuelas, facultades e instituciones educativas de toda índole, hayan crecido de forma desproporcionada en los últimos años. Esta situación ha creado un problema de sobreoferta de profesionales y especialistas en algunos casos y probablemente también de oferta insuficiente en otros. Todo ello enrarece las relaciones de mercado, potencia el deterioro de las condiciones laborales y disminuye la calidad de los servicios.

2.4.1.3. Problemas relacionados con el proceso formativo

↳ Problema VI: Producción intelectual.



Es preocupante la ausencia de generación de conocimiento en la universidad colombiana. Salvo muy contadas excepciones, la investigación en salud está poco desarrollada. Una universidad cuyos profesionales no investigan difícilmente se preocupa de forma positiva por fortalecer la docencia y se dedica de manera poco crítica a la transmisión de un conocimiento que le es ajeno. La poca investigación que se hace ignora algunos aspectos fundamentales del entorno de la atención en salud en Colombia.

↳ Problema VII: Procesos educativos y pedagógicos.

Existen niveles bajos de calidad en los métodos pedagógicos de muchos programas de formación y pocos mecanismos para vigilarla y controlarla. En líneas generales, y con algunas excepciones, los currículos no están actualizados, los contenidos no son pertinentes, las tecnologías docentes no son óptimas y los sistemas de evaluación, ni se orientan a valorar las competencias, ni son válidos y fiables.

2.4.2. Problemas según ámbitos de formación

En cuanto a los ámbitos en los cuales se analiza cada uno de los anteriores problemas, y dado que muchas de las recomendaciones preliminares ya siguen este formato, se considera apropiado que cada problema se aborde en función de cada uno de estos ‘niveles de formación’⁷:

2.4.2.1. Pregrado

La educación de pregrado hereda muchos rasgos de la formación escolar y, a su vez, se convierte, junto con la educación no formal en el eje central de la formación de personal de salud. El proceso de modernización debe comprometerse primero con el pregrado antes de pretender llegar al postgrado y a la educación continuada. Los programas de pregrado, como también ocurre con los de postgrado, son indicadores de las jerarquías, de las prioridades y de los modelos mismos de atención que asume un determinado sistema de salud. En este caso el Plan complementa el contenido de las recomendaciones preliminares con los aportes de los tres grupos conformados en la segunda fase del Proyecto, que se concentraron en los siguientes tres temas: acreditación de centros de formación, incentivos para los docentes

⁷ Se puede consultar el *Documento 2. La organización del proceso educativo en salud*, una amplia discusión sobre las recomendaciones para la educación de pregrado, postgrado, educación continua y educación no formal, que incluye una propuesta de ajuste al marco normativo de la educación no formal en salud.



y reentrenamiento de docentes. Se hizo especial énfasis en los procesos de fortalecimiento docente, la función tutorial y la transformación curricular a través de la metodología de enseñanza basada en problemas como una alternativa que, aunque implica destinación importante de recursos, acerca al estudiante a la realidad de su ejercicio futuro.

2.2.2.2 Postgrado

La fragmentación del conocimiento y de la práctica de todas las profesiones de la salud, aunque ampliamente criticada, constituye una realidad innegable. Los sistemas de salud requieren personal con formación cada vez más especializada. Se necesita también profundizar en el quehacer científico a través de maestrías y doctorados. En este proyecto se trabajó tanto el caso de programas clínicos como administrativos y de otros tipos. También aquí hubo aportes de los grupos de incentivos, reentrenamiento y estándares de acreditación. En este ámbito es esencial establecer una propuesta concreta que permita garantizar en el mediano plazo mecanismos de regulación y control sobre la calidad de los programas existentes y sobre la destinación de recursos públicos hacia la formación especializada de personal en salud en aquellas áreas que se constituyen en prioritarias para el desarrollo del sistema de salud y las condiciones actuales del país.

2.4.2.3. Educación continuada

La concepción del personal de salud como individuos en proceso constante de perfeccionamiento implica enfatizar la educación permanente. La educación continuada hace parte de la responsabilidad social de las instituciones educativas y es un elemento esencial en los planes de recertificación de los profesionales de la salud y en el perfeccionamiento de competencias laborales. El grupo de reentrenamiento hizo aquí muchos aportes. Las principales propuestas están centradas en el fortalecimiento de los programas de formación docente, las alianzas estratégicas entre instituciones formadoras e instituciones de servicio para el establecimiento de programas conjuntos de entrenamiento como parte de una estrategia de desarrollo profesional y técnico ligada a la evaluación del desempeño.

2.4.2.4. Educación no formal

La denominada ‘educación no formal’ merece siempre consideraciones independientes. Su no inclusión en el rango de ‘educación superior’, con



las implicaciones normativas que ello implica, su carácter de subordinación a las carreras profesionales y las pocas opciones de promoción laboral que tienen sus integrantes hacen que la educación no formal adquiera una posición prioritaria en el análisis. El énfasis de las estrategias está dado por propuestas de ajuste o reforma normativa que otorgue el carácter ‘formal’ a este tipo de formación y rescate socialmente a este importante colectivo dado su enorme impacto y su importancia cuantitativa y cualitativa dentro del sistema.

De esta forma, la metodología establecida para el abordaje del Plan se complementa con la construcción de una hipotética matriz de doble entrada, donde las filas identifican los problemas y las columnas los distintos ámbitos. El Plan busca abordar acciones, y actores responsables de ejecutarlas, en cada una de las celdas resultantes.

2.5. PRINCIPIOS GENERALES PARA ORIENTAR ESTRATEGIAS

En el diseño de estrategias se trató de seguir algunos principios generales que se explican a continuación:

2.5.1. Liderazgo desde el sector salud

Aunque muchas de las acciones del Plan deben ser responsabilidad de actores ajenos al sector salud (muchas veces del sector educativo), se considera que el liderazgo de las acciones es indelegable. La justificación para ello radica en que el conocimiento sobre sus necesidades en personal corresponden al sistema de salud y, más importante aún, las consecuencias de una mala planeación van a ser sufridas también por el sector salud. La responsabilidad de las acciones debe, sin embargo, ser compartida. La tarea más importante del sector salud, entendido en su concepto amplio, que involucra no sólo a los entes estatales sino a todas las personas naturales y jurídicas que laboran dentro del sector salud, es movilizar a los entes educativos.

2.5.2. Autorregulación desde cada profesión

En línea con los conceptos de delegación de responsabilidades, subyacentes a la descentralización y al buen gobierno, así como a los conceptos modernos de profesionalismo, el Plan propende por la autonomía de cada ocupación para regular sus destinos y el establecimiento de límites para las competencias de cada grupo ocupacional. La función del Estado debe ser la de fijar las políticas generales y establecer los mecanismos de vigilancia y



control, promoviendo un uso responsable del saber de cada especialidad, profesión o categoría ocupacional. Del mismo modo, el Plan plantea la necesidad de unificar políticas desde el nivel central y hacer una delegación supervisada y progresiva sobre los niveles regional y local, que tendrán cierta autonomía para la operativización de las decisiones centrales. En la realidad colombiana, sin embargo, hay que ser conciente de las dificultades que han existido en el pasado para que las personas y las instituciones asuman con seriedad sus responsabilidades. El éxito de una medida de esta naturaleza sólo se logra de manera no solo paulatina sino facilitada y auditada.

2.5.3. Utilización de los recursos que ya existen

Aunque en un proyecto de esta magnitud es fácil caer en la tentación de arrasar con lo existente y empezar de cero en las propuestas de normas o entes administrativos, en el Plan se hizo el esfuerzo explícito de utilizar los recursos legales o las instituciones ya conformadas, fortaleciéndolas o reformándolas, de ser necesario. Se parte pues de experiencias con diferentes niveles de éxito como el Decreto 190, el Consejo Nacional para los Recursos Humanos para la Salud, o el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología de la Salud, de Colciencias.

2.5.4 Obligatoriedad de implantar estrategias de comunicación

Desde el Plan se considera fundamental que se establezcan, a todos los niveles, buenos sistemas de información y comunicación. La comunicación es esencial no sólo para incentivar los procesos participativos, sino como estrategia para favorecer la transparencia de las decisiones, el cumplimiento de los objetivos propuestos y la capacidad de llevar adelante una veeduría responsable de todo el proceso. Se entiende aquí por comunicación la necesidad de diseñar estrategias efectivas de divulgación, entre todos los actores involucrados, de las principales discusiones, decisiones, planes y políticas que afecten al personal de salud.

2.5.5. Veeduría por los integrantes de la Red

El Plan propone mantener en funcionamiento la Red para que, desde todas las entidades públicas y privadas, educativas y asistenciales de las grandes ciudades y de las diferentes regiones de donde provienen sus integrantes, se pueda



vigilar el cumplimiento de los objetivos trazados y la obtención de los logros propuestos.

Una alternativa para esto podría ser que la Red se integrara a iniciativas sectoriales como la del ‘Observatorio de recursos humanos en salud’ liderado por la OPS. Otra alternativa, no necesariamente excluyente, podría ser que parte de los integrantes de la Red participaran en la conformación del Comité Nacional para el Recurso Humano en Salud que se propone más adelante como estrategia central del Plan.

2.6. LOS ACTORES SOCIALES

La responsabilidad de ejecutar las acciones propuestas recaerá sobre distintos actores sociales, que son los siguientes:

2.6.1. El Estado colombiano

La administración estatal está principalmente representada por entidades de los sectores salud, educación y trabajo, así como por Planeación Nacional. Eso incluye, entre otros, a los respectivos ministerios, el Icfes, el Consejo Nacional de Acreditación, el Departamento Nacional de Planeación, Colciencias, el Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y los entes territoriales. En ellos recae la responsabilidad de formular las políticas que se proponen y poner en marcha mecanismos de vigilancia y control de la calidad de los programas de formación.

2.6.2. Las instituciones formadoras

Las instituciones formadoras, como universidades, escuelas, centros de educación no formal, y en general centros de formación para el personal del sector salud tendrán la principal responsabilidad en la implementación de los cambios que se proponen en el Plan. Estas entidades deben poner en marcha los cambios más significativos. Será en las instituciones académicas y demás centros de formación profesional y técnica donde recaerá buena parte de la responsabilidad de que las recomendaciones, objetivos y estrategias contenidas en el Plan dejen de ser buenos propósitos y se conviertan en hechos.

2.6.3. Las sociedades de especialistas, de profesionales o de técnicos

Estos actores sociales tienen responsabilidad directa en la evaluación de competencias, la verificación de los programas de formación y los procesos de recertificación. En las sociedades profesionales y gremiales es en



buena medida donde más presión social se puede hacer para que se respeten unos estándares mínimos de calidad orientados a una formación idónea que garantice profesionales o técnicos bien preparados.

2.6.4 Los gremios y sindicatos

Los sindicatos y demás asociaciones gremiales de trabajadores de la salud tienen un papel importante al participar activamente en la búsqueda de mejores condiciones laborales y administrativas para el diálogo social, condiciones que conduzcan a dignificar el estatus laboral del trabajador de la salud y a facilitar los mecanismos para acercar a los grupos de base de la estructura empresarial del sector, y a los programas de formación continuada y desarrollo técnico y profesional.

2.6.5 Las instituciones aseguradoras y las prestadoras de servicios

Es indispensable rediseñar la relación entre la formación del personal y el modelo de prestación de servicios de salud. Por tanto, las instituciones prestadoras de servicios que cumplen las funciones académicas tienen la responsabilidad de replantear su modelo de atención para que en él se incluyan actividades docentes y de investigación, mediante alianzas con las instituciones académicas en las que prime el interés común por formar personal idóneo y responsable. Se deben plantear además modelos de atención que faciliten que los estudiantes que se forman lo hagan sobre la base de las competencias que realmente requieren las entidades prestadoras y sus usuarios.

2.6.6 Las asociaciones y entidades que representan a la comunidad y a la sociedad civil

Una labor no menos importante deben cumplir las asociaciones de usuarios, los voceros de la comunidad y los representantes de la sociedad civil. Las distintas expresiones de la sociedad organizada hacen parte integral de la puesta en marcha de algunas de las acciones del Plan. Por tanto, las veedurías ciudadanas, los comités de participación social en salud y demás organizaciones sociales deben convertirse en interlocutores válidos y en multiplicadores de información, pues lo que haga o deje de hacer el sector por cualificar cada vez más al personal de la salud tiene que conocerlo la sociedad, como sujeto activo de cambio.



Es evidente que como en casi toda actividad humana, y sobre todo en aquellas que intentan introducir cambios significativos y cuestionar privilegios, la resistencia no se hará esperar. Los obstáculos previstos, de hecho, legitimarán en cierta medida la importancia de las acciones que se proponen.

3. PRESENTACIÓN DEL PLAN

3.1 COMITÉ NACIONAL PARA EL RECURSO HUMANO EN SALUD

Tal vez el elemento más innovador del Plan consiste en la propuesta de conformar un ente central, que cumpla una función asesora del gobierno para todos los temas relacionados con el personal de salud. Se trata del *Comité Nacional para el Recurso Humano en Salud*⁸, cuya conformación y funciones se han basado en los logros y fracasos del Consejo Nacional de Recursos Humanos ya existente. Las discusiones que en la Red se dieron alrededor del tema del Comité se centraron no sólo en la justificación misma de su existencia, sino en su operatividad, su factibilidad política y, en un plano práctico, su conformación.

Este Comité se deberá constituir en un ente asesor del Departamento Nacional de Planeación (DNP) que, mediante delegación de los ministerios de Salud, Educación y Trabajo, proponga las políticas y planes de recursos humanos en salud. La razón de sugerir el DNP como la entidad que avale al Comité es, principalmente, el papel del DNP en la determinación de políticas de Estado que tengan coherencia intersectorial. Esta entidad suele tener más continuidad en el gobierno y es menos susceptible a los vaivenes políticos. El Comité que se propone tendrá la potestad de contratar estudios para determinar la oferta y demanda de servicios específicos de salud y podrá asesorar para el establecimiento de normas para la apertura de nuevos programas, el licenciamiento o la recertificación de profesionales, entre otras funciones. Para darle viabilidad política, la propuesta de conformación y de funciones del Comité debe ser concertada, dado que despoja de ciertas funciones a varios entes del sector público y en alguna medida interfiere con la autonomía de las instituciones educativas.

⁸ Aunque aquí se ha optado por nombre de 'Comité Nacional para el Recurso Humano en Salud', la denominación final puede dejarse para debate posterior.



Se propone un Comité que sesione trimestralmente y sea presidido por un director ejecutivo escogido por el Director del Departamento Nacional de Planeación a partir de terna presentada por el Ministro de Salud. Entre sus integrantes figurarán un representante del Ministerio de Educación Nacional, uno del Ministerio de Trabajo, uno del Sena, uno del ISS, dos de las asociaciones de facultades, dos de las entidades aseguradoras y prestadoras de servicios de salud (uno postulado por Acemi y otro por la asociación de hospitales y clínicas), dos representantes de los profesionales de la salud, uno de los auxiliares, dos representantes de las universidades (una pública y una privada), y un representante de los sindicatos de trabajadores de la salud. El Comité dependerá, para su financiación y funcionamiento, directamente del DNP.

El Comité deberá responsabilizarse de dirigir la actualización de la normatividad pertinente, la regulación, coordinación y vigilancia de los acuerdos intersectoriales, y el desarrollo de acciones tendientes a garantizar la adecuada integración de todos los entes responsables de la calidad de la atención en salud que recibe la población. El grupo consultor es conciente de que las funciones de este Comité propuesto rebasan las funciones del Plan, pero también se cree que este mecanismo podrá unificar los criterios y darle coherencia a los planes y políticas futuras.

Para efecto de darle mayor dinamismo y operatividad al proceso se podrán conformar subcomités del *Comité Nacional para el Recurso Humano en Salud* para el manejo de temas específicos. Estos subcomités tendrán funciones y vigencia definidas. Se proponen los siguientes cuatro subcomités temáticos:

- ↳ Subcomité de planificación y asistencia técnica en políticas educativas para el personal de salud
- ↳ Subcomité para la educación no formal en salud
- ↳ Subcomité de integración docencia – servicio
- ↳ Subcomité para el internado y servicio social obligatorio.

Entre sus funciones, el Comité y sus subcomités se encargarán de:

- ↳ Revisión y actualización normativa
- ↳ Regulación de la oferta académica y formación de personal en salud,



- ✦ Planificación y gestión estratégica de la oferta de personal
- ✦ Regulación, concertación y relaciones laborales
- ✦ Políticas de licenciamiento y recertificación

Las funciones específicas del Comité serán diversas; tendrán cabida todas aquellas que hagan referencia al personal de salud. Éstas podrían incluir:

- ✦ Estudiar la coherencia de los contenidos, metodologías y sistemas de evaluación de los nuevos programas de formación en salud. El visto bueno del Comité será imprescindible para adelantar su trámite ante el Icfes.
- ✦ Analizar y reglamentar las competencias que debe tener cada integrante del equipo de salud y hacia las cuales deben apuntar los programas de formación.
- ✦ Determinar el número de cupos para los diferentes programas de formación en pregrado y en postgrados clínicos residenciales, así como su distribución entre las instituciones del país y la asignación de fondos públicos del programa de becas-crédito, si los hay.
- ✦ Determinar, según los lineamientos del CNA, los estándares básicos de calidad de instituciones educativas, de programas de educación en salud en todos sus ámbitos (pregrado, postgrado, educación no formal y educación continua), de escenarios de práctica y de centros de formación, como parte del sistema de acreditación.
- ✦ Sugerir mejoras y evaluar las propuestas de los sistemas de recertificación profesional que presenten las distintas asociaciones profesionales.
- ✦ Estudiar, reflexionar, discutir y realizar propuestas operativas a todo aquello que tenga relación con la educación, formación y capacitación en salud.

De igual manera, y para facilitar el abordaje de la problemática regional, se pueden establecer capítulos o comités regionales que permitan de manera descentralizada hacer propuestas para ser consideradas por el Comité Nacional.

Un Comité de las características que pretende el Plan se enmarca dentro de las funciones que debe tener el Estado, y particularmente el



Ministerio de Salud. Se trata de una reducción progresiva de la burocracia estatal con delegación de funciones técnicas pero manteniendo una directriz indelegable en el establecimiento de políticas de Estado. El Ministerio de Salud debe así reconocer el pluralismo institucional de los servicios de salud y la necesidad de contextualizar las diferentes formas de acción que existen en el sector. El liderazgo del Ministerio de Salud se pondrá a prueba con la puesta en marcha del Comité, en particular dado el hecho de que muchas de sus funciones rebasan lo que por Ley le corresponde a ese ministerio.

Su factibilidad implica la aceptación del cambio de funciones que requiere la actual estructura estatal y la modificación del concepto mismo de la autonomía universitaria. Es necesario admitir, sin embargo, que la principal función que se delga en el Comité, la de la planeación de recursos humanos para la salud, es una función que nadie venía realizando.

3.2 DETERMINACIÓN DE PROBLEMAS

3.2.1. Problemas relacionados con el contexto social

3.2.1.1. Problema I. Falta de responsabilidad social.

Definición

Es notoria la falta de compromiso social de la mayor parte de las instituciones que forman profesionales, técnicos y auxiliares para el sector salud. La universidad y el sector educador en general muestran poco interés en participar en el diálogo social y, por consiguiente, su influencia sobre las grandes políticas nacionales es secundaria. Priman intereses de mercado frente al rol esperado del ente educativo como motor de cambios frente a la creciente problemática social.

Para Vicente Pedraza (Pedraza, 1999), profesor de la Universidad de Granada, las facultades de ciencias de la salud tienen tres objetivos fundamentales en la formación de sus estudiantes. 1) Deben enseñarles las funciones asistenciales necesarias para tratar sujetos enfermos y, cuando ello es factible, para prevenir esas enfermedades. 2) Deben también educarlos para que contribuyan, a través de la investigación, a enriquecer el acervo del conocimiento científico. Pero también tienen la función, tantas veces olvidada de 3) formar personas no sólo para convivir pacíficamente en la sociedad, sino para liderar los procesos de cambio.



El sistema educativo colombiano parece haberse concentrado más en la transmisión de conocimientos que en la formación de ciudadanos íntegros que contribuyan a crear una nueva sociedad. En el mundo entero, pero muy particularmente de Colombia, los sistemas educativos en salud se han concentrado en preparar técnicos y profesionales que conozcan las destrezas necesarias para desempeñar su oficio. De otro lado, se ha enfatizado quizás que la salud no tiene color político y, por ende, no ha sido bien vista la participación en las grandes decisiones políticas. Pero, como afirman algunos autores Peabody, 1999), por ser apolítico o políticamente ingenuo, el personal de salud no logra ver las implicaciones políticas de sus acciones.

Las instituciones educativas deberían liderar junto con las de salud los procesos de reforma, particularmente de la seguridad social y del sistema de salud. Pero no sólo no lo han hecho, sino que han tardado en reaccionar a los cambios de la práctica profesional. Los cambios en la educación deberían ser inseparables de los cambios en la práctica, pero la realidad es otra (Boelen et al. 1992). Las implicaciones de esta poca presencia en el ámbito de las decisiones van más allá. Para Cohen, presidente de la AAMC (*Association of American Medical Colleges*) (Cohen, 1999) la educación médica carga con parte de la culpa de varios de los principales problemas que enfrenta el sistema de salud estadounidense, problemas que también se ven en el medio colombiano. La educación de los médicos, dice Cohen, no sólo no los ha preparado para trabajar en la contención de costos sino que ha contribuido al encarecimiento de la atención de la salud. Al resaltar la medicina especializada ha inducido a los estudiantes a rechazar el ejercicio de una medicina generalista y ha llevado a una sobreproducción de personal especializado.

En la formación de los médicos, y ello se puede extender al resto de los profesionales y al personal de salud en general, no se les ha inculcado el reconocimiento de la importancia de un estilo de vida saludable, factor éste que incide más sobre los indicadores de salud que la atención en salud propiamente dicha. El otro gran problema es la falta de cobertura global del sistema de salud del país; el profesional que se concentra en su paciente está tácitamente ignorando a aquellos que ni siquiera tienen acceso a sus servicios. Finalmente, dice Cohen, los mismos profesionales, y las escuelas de formación, han contribuido a la pérdida de la credibilidad y de la confianza en el sistema.

Aunque los sistemas de salud en el mundo tienen diferentes estructuras organizacionales y distintos mecanismos de prestación de servicios y de flujo de los recursos, suelen tener tres objetivos que se mantienen en todos los



sistemas políticos (Peabody, 1999): cualquier sistema de salud busca unos mejores indicadores de salud de la población obtenidos a través del uso más eficiente de los recursos; una mayor equidad en el acceso a esos servicios y, finalmente, una protección contra los elevados costos de una enfermedad o una lesión inesperadas. El sistema de salud en Colombia se basa en los principios de universalidad de la cobertura, eficiencia en el uso de los recursos y calidad de la atención. Si estas premisas son correctas, la educación en salud debería buscar mecanismos para que sus egresados logren acciones que conduzcan hacia esos objetivos comunes.

Cada institución educativa puede tener otros objetivos adicionales, pero éstos deben ser discutidos públicamente, definidos, actualizados permanentemente, y priorizados (Peabody, 1999). Los mecanismos para llegar a esos objetivos deben hacerse explícitos, se deben emplear estrategias cuya efectividad se conozca, y deben ser evaluados periódicamente para determinar su cumplimiento.

Para Gordis y Seidel (Gordis & Seidel, 2000) de la escuela de medicina de Johns Hopkins, los profesionales de la salud deben estar formados en estrategias de comunicación, en los dilemas éticos de la práctica, en los aspectos económicos y sociales que rigen la salud y la enfermedad, y también deben saber que buena parte de la riqueza de la vida está en saber apreciar las artes. En dicha escuela se dicta la cátedra *Physician and Society*, que trata estos tópicos y se incorpora en los cuatro años de la carrera.

El personal de salud como se concibe hoy, y las instituciones en donde se forma, deben jugar un papel protagónico en la creación de conciencia en la comunidad del papel del autocuidado. Lo mismo puede decirse de la necesidad que tiene cada individuo de comprender la importancia de sus acciones personales y sociales sobre la salud propia y colectiva. Una sociedad que participa activamente es no sólo más solidaria sino que, a su vez, enfatiza más la atención de su salud.

Igualmente hay consenso en que las instituciones educativas tienen una responsabilidad que va más allá de la formación individual de cada uno de sus egresados. Como institución, cada una de ellas debe buscar espacios de participación en los debates y en los procesos decisorios, debe fortalecer la capacidad de sus egresados para trabajar en equipo recordando que los sectores económico y social son determinantes fundamentales del estado de salud.



En resumen, la falta de responsabilidad social de las instituciones educativas se refleja en los siguientes tres puntos cruciales:

- ↪ Poca relación entre sus programas y las necesidades sociales.
- ↪ Falta de contacto de los centros educativos con la realidad laboral de sus egresados
- ↪ Poca participación del sector educativo en el análisis y en las propuestas de solución a los problemas más apremiantes.

Objetivos

- a) Diseñar mecanismos para recuperar el rol y la responsabilidad social del sector formativo frente al desarrollo social y, en particular, del sistema de salud.
- b) Establecer las bases de un sistema explícito de ‘rendición de cuentas’ del sector educativo, incluyendo todos los centros de formación, frente a la sociedad, que hagan que prime la responsabilidad social sobre los intereses mercantiles.

Estrategias propuestas

↪ Para el objetivo a

- **Estrategia 1:** Fortalecer las asociaciones de egresados. Los ex alumnos tienen tres características que los hacen útiles para mejorar la calidad de los programas de educación superior: a) conocen la entidad educativa, b) tienen (idealmente) vínculos afectivos con ella, y c) conocen también el mundo ‘real’ en donde se han de emplear los futuros egresados.

Estas asociaciones de ex alumnos podrán ejercer un ‘control externo’ sobre el quehacer de sus facultades (al integrar, por ejemplo, uno de sus miembros al Consejo de Facultad) y sobre los mecanismos de éstas para mejorar la responsabilidad social de sus programas.

- **Estrategia 2.** El Estado debe convocar a las universidades a foros de discusión sobre problemas específicos. Se deben crear espacios de discusión, como la Asociación Colombiana de Educadores en Ciencias de la Salud (ACECS) que se plantea más adelante, que involucren a los entes educativos, a través de foros abiertos de planteamiento de problemas y de búsqueda dirigida de soluciones. La problemática de la



calidad de la educación en salud deberá salir a flote, como una mínima muestra de responsabilidad social por parte de las instituciones formadoras.

- **Estrategia 3.** Se propone realizar una estrategia global, incisiva y a corto plazo para regular la oferta de programas (ver Problema V); al hacerlo se estará respondiendo a las necesidades nacionales.

Con la participación consensuada de las universidades, el Plan propone mecanismos de regulación de la oferta educativa y de control de la calidad de sus programas. La habilitación a través del cumplimiento obligatorio de requisitos mínimos o estándares básicos de calidad y los procesos formales de acreditación deben ser algunos de los mecanismos empleados, así como la participación activa de los comités para cada profesión o especialidad a través de mecanismos de licenciamiento y recertificación. Ahí se observa la relación de este problema con el problema siguiente, la falta de liderazgo, puesto que se vuelve a poner énfasis en el empoderamiento que deben asumir los profesionales para asegurar la calidad de sus servicios ante la sociedad.

↪ Para el objetivo b

- **Estrategia 1.** Seguir los lineamientos que la OMS ha propuesto para la rendición de cuentas de las facultades de medicina (Boelen & Heck 1997) y adaptar dichas normas a las otras profesiones y a las carreras técnicas y de auxiliares. La responsabilidad de iniciar la reflexión, de favorecer la ejecución y de divulgar los resultados debe recaer sobre las respectivas asociaciones de escuelas o de facultades.

Para reforzar lo anterior, se les puede proponer incorporar en el grupo de análisis a integrantes del grupo de salud de la Confederación Colombiana de Consumidores, como órgano representativo y defensor de los intereses colectivos de la sociedad. Este proceso, como se especifica más adelante, deberá formar parte de la acreditación de instituciones en su etapa final, constituyéndose en mecanismo de evaluación externa en el que participen, además de los expertos académicos, representantes del ámbito profesional y representantes de los usuarios.

Desde el punto de vista formal de cuál va a ser la matriz que servirá para evaluar, se sugiere seguir las líneas de la OMS para así ser coherentes con lo que ocurre en otros países. Dicha matriz valora cuatro



conceptos relativos a los servicios de salud: relevancia, calidad, costo-efectividad y equidad; en el otro sentido la matriz evalúa los servicios propios de la universidad: formación, investigación y servicio. Es en el cruce de ambos tipos de conceptos donde debe generarse la medición. Se puede ver en esta propuesta cómo la OMS considera que los servicios educativos deben ser valorados en función de lo que aportan al ámbito profesional de salud y los dos elementos deben conceptuarse como un todo.

3.2.1.2. Problema II. Crisis de liderazgo

Definición

Existe una profunda crisis de liderazgo en el sector salud que, entre otros muchos rasgos, le impide tomar una posición frente al modelo formativo. El personal del sector de la salud no ha sido preparado para liderar y concertar acuerdos con el sector educativo y para plantear, desde las necesidades de los servicios, reformas en el modelo formativo. La ausencia de líderes tiene otras consecuencias, como la falta de continuidad de las políticas y el carácter secundario que se da a los temas de salud en las agendas de gobierno.

La crisis de liderazgo se genera, entre otros factores y quizás de manera primordial, por el desconocimiento que los trabajadores de la salud tienen del contexto político y social, y de las implicaciones que este contexto tiene sobre las características del sistema de salud y sobre los procesos mismos de formación.

La búsqueda de soluciones para este problema implica revisar a fondo el proceso de definición y puesta en marcha de las políticas de salud. Al sector salud le corresponde generar mensajes de cambio y modernización social, muy particularmente en lo que compete a su propio sector educativo. El liderazgo del sector salud deberá hacerse notar no sólo en todas las acciones que desde la dinámica de los servicios puedan incidir sobre el modelo formativo del personal de salud, sino ampliar sus horizontes a otras intervenciones sociales y políticas que necesita el país.

La ausencia de líderes es una de las características más notables de la historia reciente de Colombia. En el campo de la salud esta carencia es particularmente notoria. La magnitud del problema de liderazgo se aprecia en todos los niveles, desde los altos directivos de la política nacional



en salud, que son reemplazados antes de consolidarse en sus puestos, hecho que limita el diseño y ejecución de políticas sostenibles en el

tiempo, hasta los entes formadores de recursos humanos en donde los futuros profesionales son adoctrinados en la pasividad, la indiferencia y la aceptación irreflexiva de unas circunstancias que les son impuestas.

El sector de la salud no ha estado presente en las pocas iniciativas de bienestar social, ni ha jugado un papel protagónico en el conjunto de las políticas públicas que repercuten tan directamente en la salud y la enfermedad de los colombianos. Incluso las grandes decisiones que han moldeado el sistema de salud obedecen a otros cambios sociales y han provenido de entes externos al sector. El manejo financiero y macroeconómico del sector, ha respondido a criterios externos al sector salud, incluso ajenos al país, empujando en buena medida el modelo económico y el del sector (incluida la educación en salud) hacia una visión a corto plazo y notoriamente mercantil. Las prioridades de investigación, cuando se establecen, parecen ser impuestas con criterios poco técnicos, mientras que la valía de los investigadores no se juzga por los pares académicos o el impacto de su producción intelectual sino por su popularidad y su habilidad para movilizar la opinión pública o su cercanía a quienes trazan las políticas o asignan los presupuestos.

El Ministerio de Salud ha sido siempre una entidad de bajo perfil entre los altos organismos estatales. Dentro del orden de prioridades políticas de estado, el sector salud queda habitualmente en la 'lista de espera' de prioridades, ignorando su alto impacto frente al adecuado uso de los recursos, que equivalen a un 10% del PIB (DNP, 2001), y su aporte al mejoramiento de la calidad de vida de la población.

Esto en gran medida se debe al sistema educativo, que ha formado para un ejercicio profesional individual, alejado de las consideraciones sociales y poco preparado para adaptarse a los cambios e incidir sobre ellos.

Objetivo

Crear mecanismos para facilitar desde la administración pública sectorial y las asociaciones profesionales la discusión y la reflexión sobre los programas, contenidos y competencias que más convienen para formar el personal que requiere el sistema. De este proceso deberán emerger propuestas de acción concretas.



Estrategias

↪ **Estrategia 1:** El *Comité Nacional para el Recurso Humano en Salud* deberá definir una agenda de actividades para que los ministerios de Salud, Educación y Trabajo desarrollen acciones que permitan, entre otros aspectos, actualizar la normatividad vigente relacionada con la formación del personal técnico, auxiliar y profesional en salud. Es necesario determinar qué normas deberán ajustarse a corto plazo para garantizar que el perfil del personal en salud se ajuste a las condiciones de operación del sistema, por ejemplo, en lo relativo a la profesionalización del personal auxiliar y técnico, o la puesta en marcha de un modelo de acreditación para centros de formación.

La agenda deberá contemplar, entre otros, los siguientes aspectos:

- Regulación y control sobre la oferta educativa en el área de la salud en los diferentes niveles: pregrado, postgrado, educación continuada y educación no formal (ver Problema V).
- Regulación de la calidad formativa a través de la adopción y puesta en marcha del modelo de acreditación específica para programas de educación y entrenamiento en salud, así como del conjunto de estándares para la acreditación de escenarios y centros de formación en salud (ver Problema VII).
- Determinación de qué instituciones podrán acceder a la denominación de ‘centros de formación en salud’ con el objeto de hacer posible el acceso a recursos públicos, convenios internacionales, exenciones tributarias, becas para formación de personal en el postgrado, entre otros aspectos.
- Control sobre la calidad del ejercicio profesional a través de un modelo de recertificación profesional en las diversas especialidades y subespecialidades de la medicina y demás ciencias de la salud, con apoyo de organismos como la Academia Nacional de Medicina, los respectivos colegios profesionales o las sociedades profesionales, según sea el caso. Este proceso de recertificación deberá ser periódico, cada cinco años, y contemplará la posibilidad de sanción o retiro de la licencia profesional para ejercer en aquellos casos que así lo ameriten. Las asociaciones profesionales deberán ser quienes lideren el proceso. Se



trata de asegurar a la sociedad que cada uno de los profesionales que operan en ella siguen manteniendo un nivel de competencia adecuado.

Este hecho va a determinar la forma de entender la educación continua. Las actividades que se desarrollan en este ámbito deberán estar orientadas a los procesos de recertificación, es decir a crear contenidos y metodologías acordes con sus exigencias. Son diversos ya los procesos en este sentido que se están llevando a cabo en diferentes países del mundo.

En general los sistemas de recertificación combinan la acreditación de determinadas actividades de educación continua, la participación en programas de mejora de la calidad asistencial, la generación de conocimiento nuevo a través de la investigación y diferentes procedimientos de evaluación del desempeño. Se trata de un reto para la sociedad civil profesional que debe afrontarlo antes de que lo haga la propia administración a instancias de la comunidad. No hay duda de que asumiendo dicha responsabilidad, los profesionales asistenciales en las distintas disciplinas van a mejorar su presencia ante la sociedad y ello los llevará a situarse con más propiedad ante el propio sector educativo.

↳ **Estrategia 2.** Desde el *Comité Nacional para el Recurso Humano en Salud* liderar un proceso de convocatoria nacional para el replanteamiento de los modelos de atención en el país y para discutir las posibles alternativas. Este proceso debe orientar los modelos formativos del personal de la salud.

A partir de este debate se desarrollarán alianzas entre administraciones públicas de salud, como secretarías distritales, municipales y departamentales de salud, instituciones formadoras -facultades e institutos- y centros de formación en salud -hospitales, centros de atención primaria o primer nivel de atención, EPS, etc.-, para el desarrollo de pruebas piloto que pongan en marcha modelos distintos de formación, acordes con los nuevos lineamientos. A través de los consejos territoriales se realizará el control y la evaluación de resultados.

Este tipo de convenios o alianzas estratégicas deberán garantizar el desarrollo de un modelo estructurado de formación para el personal de salud, establecer objetivos, metas y estrategias a mediano y largo plazo, así como mecanismos de control y verificación de resultados. Como parte de estos acuerdos se podrán establecer convenios con



instituciones internacionales de formación en salud que permitan la transferencia de tecnologías educativas que agilicen el proceso y mejoren la calidad de las acciones formativas.

Para tal efecto se podrán inscribir los proyectos o convenios más exitosos en un banco de proyectos para la formación en salud que, gestionado desde el *Comité Nacional para el Recurso Humano en Salud*, se integre a redes internacionales, y que a través de ellas se pueda acceder a fuentes de financiación para programas específicos, pasantías en el exterior, participación en congresos y cualquier otra actividad que aporte valor agregado a este tipo de iniciativas.

3.2.2. Problemas de relación entre procesos educativos y servicios de salud

3.2.2.1. Problema III. Modelos de atención

Definición

A pesar de las reformas del sistema y de varios análisis periódicos, en Colombia persiste una indefinición política y por tanto operativa, frente al modelo o los modelos de atención en salud. Este hecho dificulta la orientación de los posibles modelos formativos del personal de salud. En el panorama actual, cada empresa aseguradora o prestadora de servicios implementa sus propios modelos de atención. La discusión política se ha centrado en la estructura del sistema, su financiación y las relaciones funcionales entre los diversos actores; en la dimensión macro. Son poco claros el papel de los prestadores de servicios, su posición frente al resto del sistema y su relación entre sí y con quienes actúan en otras instancias o centros de atención.

El análisis de este problema obliga a retomar la discusión sobre la relación existente entre el modelo de atención de salud y el de formación del personal. El sistema de salud colombiano se ha quedado a la zaga del desarrollo contemporáneo de los sistemas de salud y continúa aferrado a un enfoque reparativo, centrado en los hospitales y en la atención médica (Yepes, 2002). Eso explica en parte el desfase que se produce entre el perfil profesional de egreso y las exigencias del ámbito institucional y laboral (Ruiz et al. 2001).

A pesar del ambicioso cambio planteado por la Ley 100 y la creación del nuevo sistema de salud en Colombia, en el modelo de prestación de servicios vigente predominan los mismos paradigmas del antiguo Sistema



Nacional de Salud. Es por eso que la discusión entre la relación del modelo de prestación de servicios y el modelo formativo recobra vigencia.

En la práctica, el término ‘sistema de salud’ se aplica al conjunto de recursos dedicados a la atención de salud de una población, incluyendo cómo se financian estos recursos, la forma en que se producen los servicios, su organización y articulación y las condiciones de acceso establecidas (Jané-Camacho, 1999). Esta definición acota los sistemas de salud dentro de un ámbito muy determinado: la atención a las personas. En este ámbito se puede incluir la atención individual y también la atención colectiva, pero no se incluyen otros aspectos fundamentales para la salud como son, por ejemplo, la mayoría de las acciones sobre el medio ambiente, el empleo, la distribución del ingreso, o la educación. Estos son expresiones de la condición multicausal de la salud y su interpretación holística.

Si los sistemas de salud tienen como objeto prestar servicios de salud a las personas, el criterio más importante para su análisis será la población a la que se da cobertura. La preocupación actual de los sistemas de salud radica en la necesidad de asegurar, con recursos cada vez más escasos, las mínimas condiciones de equidad, eficiencia y calidad en la prestación de los servicios (OMS, 1996).

Se entiende por modelo de prestación de servicios la forma como se organizan los establecimientos y recursos para la atención de la salud desde la perspectiva del servicio a las personas. Ello incluye las funciones de varios elementos asistenciales, como la puerta de entrada al sistema, su capacidad resolutive, la responsabilidad sobre las personas que demandan servicios, así como los mecanismos de referencia y contrarreferencia del sistema.

El modelo de atención comprende la forma como se hace la prestación del servicio: la integralidad de las acciones, el reconocimiento de la concepción holística de la salud y la consiguiente orientación de actividades de salud. Se incluye el mayor o menor énfasis que reciba la promoción y prevención, así como las formas de intervención sobre el comportamiento individual y colectivo, y las correspondientes acciones intersectoriales.

De hecho, el modelo de atención no depende necesariamente del tipo de sistema de salud, aunque el sistema facilite unos u otros modelos de atención. Puede existir un modelo de prestación de servicios basado en la atención primaria o en el hospital de alto nivel de complejidad tanto en un sistema público integrado como en un sistema de competencia regulada como el



Sistema General de Seguridad Social en Salud. La relación entre el modelo de atención y el modelo formativo es evidente, ya que de la orientación del primero se generarán incentivos y mensajes para el sector formativo.

Objetivos

- a) Desarrollar un proceso sistemático, liderado por el Ministerio de Salud, para la reflexión sectorial sobre los componentes fundamentales de los modelos de prestación de servicios y los modelos de atención en salud planteados por el sistema de servicios vigente, que permita tomar decisiones sobre su implementación y sobre los modelos formativos correspondientes.
- b) Definir unas líneas de política que articulen las decisiones que se tomen sobre modelos de prestación de servicios y modelos de atención en salud y las acciones que, desde el sector educativo, se deban implementar.

Estrategias

↪ Para los objetivos a y b

- **Estrategia 1.** Se propone la adopción, mediante un mecanismo concertado, de modelos de prestación de servicios y modelos de atención en salud que se fundamenten en el fortalecimiento de la gestión, organización, financiamiento y prestación de servicios desde el primer nivel del sistema. Estos modelos deben partir del concurso de equipos de salud liderados por profesionales de atención primaria que es necesario formar dentro del paradigma de la alta resolución de problemas, continuidad en la atención, longitudinalidad en el seguimiento e integralidad del abordaje del individuo y la población. En este contexto se entiende la atención primaria como el primer contacto y también como estrategia integral de atención de la salud.

Esta iniciativa debe ser apoyada mediante la acción de organismos internacionales de asistencia técnica, como la OPS/OMS, y de cooperación financiera como el Banco Mundial y el BID, como parte de una estrategia conjunta definida por el Estado que busque a mediano plazo crear los consensos necesarios entre los distintos actores del sistema para el desarrollo futuro del sistema de salud y el modelo o modelos de atención que deberán utilizarse. Esta estra-



tegia deberá seguir los preceptos establecidos por el nuevo marco normativo del sector (Ley 715 de 2001) en lo relacionado con la distribución de recursos y competencias a nivel territorial, con lo que se gane en autonomía y disponibilidad de recursos para el establecimiento de redes integradas de atención territorial que se organicen y operen alrededor de equipos de atención primaria en salud altamente capacitados y apoderados de su rol como ‘puerta de entrada’ al sistema.

El desarrollo de esta estrategia debe garantizar en el mediano y largo plazo que se cuente con una estructura organizada, financiada y con personal competente para crear la cultura de gestión institucional y respaldo social hacia la capacidad resolutoria del primer nivel de atención en salud, en lo que se entiende será un proceso largo y no exento de tropiezos y resistencias.

Como un componente adicional, se deberán establecer convenios entre direcciones territoriales de salud y facultades de ciencias de la salud que, financiados con recursos propios, con cofinanciación del nivel central y gestión de recursos internacionales, desarrollen proyectos conjuntos de formación de equipos de atención primaria en salud. Es necesario fortalecer el nivel local desde el punto de vista financiero, estructural y organizativo, fomentando en cada región la formación de personal capacitado en sistemas de salud familiar y comunitaria.

De igual manera y una vez se acuerden las características de los modelos a impulsar, se propone reunir a gobernadores, secretarios de salud y alcaldes de ciudades capitales en un evento nacional convocado por el Ministerio de Salud con el objeto de facilitar las bases conceptuales y operativas de cómo deberían operar estos nuevos modelos, brindar herramientas de soporte técnico y generar los incentivos para garantizar, en asocio con el Ministerio de Hacienda y el DNP, la financiación de las iniciativas regionales que lideren el proceso.

Finalmente, el Ministerio de Salud deberá liderar la integración de estas iniciativas regionales a redes internacionales para el fortalecimiento de la atención primaria en salud con el concurso de expertos internacionales que faciliten el proceso de transferencia de tecnologías y de implementación de modelos similares susceptibles de ajustar a las condiciones del entorno colombiano.



- **Estrategia 2.** Promover la creación y el fortalecimiento de programas de postgrado que preparen profesionales para los modelos mencionados, como pueden ser los programas de medicina familiar y comunitaria que den soporte a un modelo basado en la atención primaria en salud. Por otro lado, el sistema deberá contemplar igualmente la formación de especialistas y de personal profesional de pregrado debidamente entrenado y capacitado en áreas como la atención inicial y estabilización del paciente crítico, a través de programas formales de entrenamiento en la atención prehospitalaria de urgencias, la rehabilitación integral o la salud mental, también podrían quedar cobijados en esta iniciativa.

Se propone incentivar estos programas mediante condonaciones de becas-crédito, según lo establecido en el parágrafo del artículo 193 de la Ley 100, y utilizando otros mecanismos de control de oferta detallados en el Problema V. El redireccionamiento de estos recursos, deberá apalancar a modo de incentivo hacia las instituciones formadoras, la orientación de procesos formativos de personal hacia aquellas áreas que se definan como críticas para el sistema e indispensables para generar la masa crítica de profesionales que den soporte a la operación de los modelos de atención propuestos y por otro lado como mecanismo de respuesta inmediata a la situación coyuntural de violencia y trauma que afecta al sistema de salud y al país.

Para los programas de educación no formal, el Ministerio de Salud debe orientar dichos programas e incorporar contenidos, de manera concertada, acordes con los nuevos modelos, dando énfasis al rol de este tipo de personal dentro del modelo de atención propuesto y como parte fundamental del equipo de salud. Por otro lado, entre las estrategias desarrolladas para afrontar el Problema V se propone una regulación de las plazas disponibles para realizar postgrados clínicos residenciales.

El Comité Nacional de Recursos Humanos propondrá anualmente al órgano administrativo pertinente el número de vacantes disponibles y su distribución para acceder a las especialidades de atención primaria en medicina y otras profesiones de la salud. Con ello se podrá incidir directamente, a través de decisiones políticas, en la



formación y aparición de aquellos profesionales que deben ser estratégicos para el desarrollo del modelo de atención en Colombia.

- **Estrategia 3.** Se propone el replanteamiento de las actuales condiciones del período de internado, en el pregrado médico, y del ‘servicio social obligatorio’ en profesiones como medicina, enfermería y odontología, buscando su reorientación hacia el fortalecimiento del proceso formativo, que a su vez, permita un mejor aprovechamiento de los recursos disponibles en aquellas áreas que más se requieran.

En cuanto al año de internado se propone lo siguiente:

- Aunque es propio de cada facultad definir los criterios para la organización y funcionamiento del internado, debe sin embargo considerarse la posibilidad de que este período entre a reforzar de manera dirigida la formación futura del estudiante hacia aquellas áreas sobre las cuales se requiera un mayor desempeño profesional. Se sugiere que se valore la posibilidad de flexibilizar el internado, para que complemente por un lado la formación previa del estudiante y, por otro, brinde la alternativa de que sea incorporado dentro de un proceso formativo más orientado a reforzar los modelos de atención propuestos.
 - Se propone, adicionalmente, que durante el año de internado los estudiantes tengan la opción de ingresar a determinados programas que sean considerados prioritarios por el Comité Nacional para el Recurso Humano en Salud y que, además de las especialidades que fortalecen el primer nivel de atención (medicina familiar y comunitaria por ejemplo) podrían incluir la docencia y la investigación. Durante el año de internado los estudiantes estarían haciendo su primer año de residencia; durante el año social obligatorio harían el segundo año.
- **Estrategia 4.** Se propone que el servicio social obligatorio se emplee como parte de un nuevo modelo de formación de postgrado que tome en consideración las necesidades de cada región y las características propias de cada área en la cual se desee profundizar la formación profesional, sea ésta asistencial -medicina de urgencia, medicina familiar y comunitaria por ejemplo-, o propias del área administrativa, docente o de investigación.



Para operativizar todo lo anterior, se proponen las siguientes acciones:

- Que dicho período tenga la posibilidad de ser articulado a un proceso formativo continuo (en algunos casos iniciado desde el pregrado), sea debidamente remunerado como parte de un servicio a la población y se integre al modelo de prestación de servicios vigente en cada región. Para que esto se ponga en marcha se deberá garantizar su inserción en un programa formal de postgrado debidamente acreditado y sus espacios de práctica habilitados, que disponga de docentes o tutores debidamente entrenados y remunerados, responsables tanto de la formación como de la calidad de la atención.
- Se deberá coordinar con las autoridades de salud respectivas y las instituciones educativas el ingreso a los distintos programas de formación de postgrado objeto de esta medida (medicina familiar y comunitaria, salud familiar, medicina de urgencias, entre otras) para garantizar cobertura efectiva de atención en salud y formación especializada.
- Se propone igualmente que, en zonas rurales y municipios pequeños a medianos, el personal profesional que actualmente se encuentra cumpliendo con su año social obligatorio sea reemplazado progresivamente por personal de planta, capacitado para fortalecer el primer nivel de atención que, con un mayor sentido de pertenencia realice actividades preventivas y asistenciales a través de equipos de atención primaria, articulados a redes de atención en salud debidamente dotadas y financiadas con recursos de oferta.
- En el caso de zonas urbanas y ciudades capitales de departamento este sistema podrá ser igualmente la base de los modelos de prestación de servicios de salud para la población no asegurada por el sistema, además de proveer el personal formado en estas áreas que se constituya en puerta de entrada al mismo, sea cual fuere el tipo de aseguramiento existente.
- En el caso de las restantes profesiones de la salud, distintas a la profesión médica, se plantea la necesidad de especializar al personal y complementar los equipos de atención primaria con enfermeras profesionales, odontólogos y demás profesionales que sean requeridos en cada caso, de acuerdo con el perfil epidemiológico de cada región, que se hayan formado en áreas afines a las ya



mencionadas. El año de servicio social obligatorio puede constituirse también para ellos en un período de formación.

- Estos programas podrán recibir apoyo del Estado a través de convenios con entes territoriales, exenciones tributarias o acceso a recursos públicos con destinación específica, de acuerdo con lo establecido por el Comité y las disposiciones del gobierno nacional en tal sentido.

3.2.2.2 Problema IV. Relación docencia-servicio ⁹

Definición

El diálogo, la coordinación y la colaboración entre las instituciones educativas y las prestadoras de servicios son insuficientes. La relación se ha comercializado. Los intereses y objetivos de unas y otras son dispares. No se promueven encuentros que tiendan a integrar acciones o a conseguir propósitos compartidos. El aprendizaje no prepara al alumno para el entorno en donde se va a desenvolver. Las instituciones educativas, en donde suele primar el academicismo sobre los escenarios reales, no se basan en dicho entorno para preparar a sus docentes y a sus estudiantes para que entiendan el sistema social, se adapten a él y, más importante aún, lleven a cabo los cambios que consideren necesarios.

Algunas de las manifestaciones más evidentes de este problema son los escenarios de práctica inadecuados, el enfrentamiento de objetivos entre las instituciones prestadoras de servicios de salud y las educativas, así como la carencia de una verdadera identidad académica en muchos de los centros de formación. En este panorama se fundamenta el Plan para proponer una nueva relación entre la docencia y el servicio, que garantice la calidad de los escenarios de práctica y brinde incentivos al personal asistencial que realiza actividades docentes.

Este problema no se soluciona si para su análisis se sigue manteniendo la concepción dicotómica simplista de las funciones docentes y asistenciales. Se requiere replantear la función de los centros de atención en salud centrándola alrededor de la función docente como parte integral de su misión. Las funciones de formación y de prestación de servicios, nunca debieron separarse. Varios factores han incidido de manera concreta en este hecho:

⁹ Documento 4: Recomendaciones para estándares de acreditación de centros de formación.



- ↳ Un modelo de atención con enfoque positivista y biológico de la relación salud-enfermedad ha llevado a un proceso de atención hospitalaria estratificada y fragmentada según cada especialidad médica y quirúrgica. Ello dificulta una visión holística que haría más comprensible el sentido del binomio asistencia-docencia.
- ↳ La elite de las profesiones de la salud se concentra en los hospitales de más alta complejidad. Por su mayor peso político en las decisiones de salud, ellos han contribuido a perpetuar el énfasis hospitalario y la subdivisión muchas veces deshumanizante de la atención de la salud (McKee & Healy, 2000).
- ↳ Durante el último medio siglo el país ha vivido bajo la influencia de los modelos estadounidenses de atención y formación de personal, que favorecen la aceptación poco crítica de las tecnologías de punta en detrimento de un sistema más integral de atención basado en el nivel primario.
- ↳ En contraste con el poder económico, social y político de los hospitales, seriamente comprometido en nuestro país en la última década, las instituciones educativas han mantenido un papel relativamente pasivo.
- ↳ Las nuevas reglas del mercado de la atención en salud, que obligan a la productividad financiera como único mecanismo para la supervivencia, han hecho que los centros de atención en salud cuestionen la conveniencia de desempeñar actividades docentes, y los han impulsado a concentrar sus esfuerzos en labores asistenciales y a ver la actividad académica sólo como una fuente más de recursos que se deben facturar.

Durante el año 2000, un grupo de trabajo coordinado por la Dirección de Recursos Humanos del Ministerio de Salud (Contrato OEI0835-99) se reunió para analizar el Decreto 190 y proponer modificaciones. El grupo incluyó representantes de sociedades profesionales, centros asistenciales e instituciones educativas. La propuesta de modificación al Decreto 190 que se propone en el Plan toma los documentos de este grupo de trabajo como punto de partida.¹⁰

Objetivos

- a) Diseñar un espacio formal de diálogo permanente y un mecanismo dinámico de coordinación y regulación para todos los procesos de in-



tegración entre la formación de personal de salud y la prestación de servicios que parta de una reformulación de la base conceptual de la relación entre la docencia y el servicio.

- b) Diseñar mecanismos de tipo legal, económico y técnico, que involucren los sectores salud, educación y trabajo, y que permitan construir un nuevo modelo de alianza estratégica entre las instituciones formadoras y la prestadoras de servicios.
- c) Construir acuerdos para estimular la implementación de programas innovadores específicos, que involucren el trabajo consensuado entre una institución prestadora o administradora de servicios y una de formación de personal, preferiblemente del nivel regional o local. Con estos acuerdos se pretende crear áreas de demostración que serán seguidas y evaluadas.

Estrategias

↳ Para el objetivo a

- Estrategia 1. La estrategia central para este objetivo es el Comité Nacional para el Recurso Humano en Salud, particularmente el Subcomité de integración docencia – servicio. Su función primordial será propiciar la discusión sobre éste y otros temas relevantes, servir de fuente de información y de comunicación sobre todos los aspectos de la relación docencia-servicio y asesorar las políticas nacionales al respecto.

↳ Para el objetivo b

- **Estrategia 1.** El Ministerio de Salud, en representación del Estado, deberá liderar un proceso de concertación entre todos los actores del sistema para que se definan las bases de un acuerdo marco que permita plantear los mecanismos de coordinación futura entre los dos sectores, frente al proceso de formación del personal de salud. Como documento base para estas discusiones el Plan hace una propuesta.¹¹

Como resultado de dicha estrategia se deberá construir un ‘acuerdo marco’ que defina las líneas generales de acción entre los dos sec-

¹⁰ Ver Documento 4. Recomendaciones para estándares de acreditación de centros de formación.



tores, acuerdo que será dado a conocer a toda la comunidad académica y del sector de los servicios, con un período de recepción de ajustes o sugerencias no mayor a un mes después de haberlo hecho público.

Este documento se constituirá en la base para cualquier acuerdo que se relacione con programas de formación de personal de salud, al nivel de educación no formal, educación continuada, educación de pregrado o educación de postgrado, que involucren cualquier forma de prestación de servicios de salud. Como resultado final de este proceso y realizados los ajustes finales, el documento de acuerdo será elevado a calidad de decreto. Dicho documento de acuerdo deberá contemplar, entre otros, los siguientes aspectos:

- Antecedentes y marco normativo de referencia
 - Ámbito de competencia de los sectores involucrados
 - Objetivos generales y específicos de la alianza
 - Mecanismos de seguimiento, evaluación y control sobre los avances, dificultades y logros del proceso.
- **Estrategia 2.** Es indispensable llevar el proceso de acreditación a los escenarios de práctica. Aunque se busca fortalecer la capacidad académica de los centros asistenciales que desempeñan actividades de docencia en servicio, no pretende ello quitarles a las instituciones educativas su responsabilidad en la organización, la ejecución y la evaluación de los programas educativos. En el Documento 4, Recomendaciones para estándares de acreditación de centros de formación, se presenta la propuesta concreta que debe ser avalada por el Consejo Nacional de Acreditación.

↳ Para el objetivo c

- **Estrategia 1.** Promover acuerdos que permitan a los gobiernos departamentales y municipales, utilizando su autonomía y libre ejercicio del proceso de descentralización y dentro del marco de las nuevas facultades y competencias establecidas por la Ley 715 de 2001, suscribir ‘acuerdos piloto’, para los que estarán habilitados a utilizar recursos públicos con destinación específica. Estos acuerdos se ha-

¹¹ Ver Documento 4. Recomendaciones para estándares de acreditación de centros de formación.



rán entre instituciones formadoras preferiblemente de su región e instituciones prestadoras de servicios de salud, con el objeto de desarrollar proyectos conjuntos para la formación de personal en salud, orientados hacia la problemática específica en su área de influencia.

- **Estrategia 2.** El Ministerio de Salud brindará asistencia técnica en este proceso de acuerdo con sus facultades legales y de conformidad con lo establecido en el nuevo marco normativo.

3.2.2.3 Problema V. Oferta educativa

Definición

La distorsión cuantitativa de la oferta académica es, para muchos, el principal problema de la educación en salud en Colombia. La libertad del mercado educativo ha permitido que los programas de educación formal y no formal, las escuelas, facultades e instituciones educativas de toda índole, hayan crecido de forma desproporcionada en los últimos años. Esta situación ha creado un problema de sobreoferta de profesionales y especialistas en algunos casos y probablemente también de oferta insuficiente en otros. Todo ello enrarece las relaciones de mercado, potencia el deterioro de las condiciones laborales y disminuye la calidad de los servicios.

Aunque este proyecto pretende concentrar su análisis en los aspectos cualitativos de la formación técnica y profesional, y aunque otro de los proyectos del Programa de Apoyo a la Reforma se focaliza sobre los elementos cuantitativos de la oferta y la demanda de personal de salud, la ausencia de controles sobre la oferta de programas preocupó siempre tanto a la Red como a la firma consultora.

Uno de los hallazgos que con más fuerza se evidenciaron en el trabajo de los grupos de la Red y que ha sido objeto de serios cuestionamientos en el medio académico (Ruiz et al. 2001) ha sido la sobreoferta de programas de formación en salud y la consiguiente sobreoferta de profesionales, principalmente en medicina, odontología y fisioterapia así como de auxiliares de enfermería¹².

Adicionalmente, un aspecto que hace mucho más complejo este problema es la inadecuación de los contenidos de los programas y su falta de relación con el contexto organizativo y tecnológico de los servicios de salud. Estos aspectos cualitativos de la oferta educativa serán abordados con más detalle en el Problema VII, Procesos educativos y pedagógicos.



Al problema del crecimiento desordenado de la oferta educativa se agregan problemas de distribución geográfica, con gran concentración de profesionales en los grandes centros urbanos. Por ello se debería incentivar la formación en aquellas disciplinas que tengan déficit de personal y el trabajo en zonas geográficas más desprotegidas. Por otra parte se debería regular de alguna manera, desde los Ministerios de Salud y Educación, el número de programas.

Para los programas de formación de pregrado en medicina y odontología se requieren mecanismos de control de la oferta de tipo normativo, a través de un conjunto de estándares básicos de calidad, de carácter obligatorio, que garanticen que todo programa de formación cumple con unas adecuadas condiciones en su proceso formativo, y que posee la estructura y los recursos necesarios para una formación ética, científica, social y humana.

Este conjunto de requisitos deberá constituirse, a partir de mayo de 2003, como aparece previsto en el Decreto 917 de 2001, en un obstáculo insalvable para aquellos programas de dudosa calidad y en un incentivo para permanecer en el mercado para aquellos que posean la estructura y calidad requeridas para un correcto desempeño educativo.

En este sentido parece razonable que la sucesiva reducción de profesionales egresados se realice tratando de impedir el progreso de los programas o instituciones que ofrecen poca o nula calidad. De todas formas los dos ministerios implicados, Educación y Salud, deberían tener entre sus objetivos políticos el estudio y conocimiento de las necesidades tanto cuantitativas como cualitativas de personal de salud y, a partir de dicha información, el establecimiento de políticas tendientes a responder a estas necesidades.

En este caso el papel del Estado debe ser determinante y, en cooperación con las instituciones educativas, las asociaciones de escuelas y facultades, y las asociaciones de profesionales, debe establecer mecanismos para regular el acceso a la formación de profesionales de salud. Dichos mecanismos deberán combinar criterios basados en la calidad de los programas y de distribución geográfica de los mismos, para establecer mecanismos de control sobre el número de admitidos en cada programa.

¹² Ver Documento 2. La organización del proceso educativo en salud: Recomendaciones para la educación de pregrado y la educación no formal, que amplía más este tema.



Objetivos

- a) Determinar el número y las características de profesionales, técnicos y auxiliares necesarios para Colombia en cada una de las distintas disciplinas que intervienen en la prestación de servicios de salud. Dicha determinación debe tener un carácter continuo, de manera que a lo largo del tiempo se puedan ir ajustando las cifras obtenidas en un principio como lo propone el proyecto ‘Modelo de oferta y demanda de recursos humanos de salud en Colombia’, Facultad de Salud Pública de la Universidad de Antioquia.
- b) Determinar el número de especialistas necesario para Colombia en las disciplinas profesionales que lo requieran.
- c) Apoyar un sistema de acreditación de programas e instituciones que permita tomar decisiones para la regulación de la oferta formativa.
- d) Crear, con la participación de las asociaciones profesionales, los mecanismos políticos que faciliten la regulación de la oferta formativa por parte de la sociedad civil debidamente coordinada por la Administración del Estado.

Estrategias.

↪ Para los objetivos a y b

- **Estrategia 1.** El Comité Nacional para el Recurso Humano en Salud deberá proponer regularmente a los Ministerios de Educación y Salud el número máximo de cupos que se pueden ofrecer en cada uno de los programas de formación en salud. Del mismo modo deberá proponer, basado en los estudios realizados y en las deliberaciones y recomendaciones de los diferentes programas representados en el propio Comité, la distribución de dichos cupos.

Para llevar a cabo dicha tarea el Comité se basará de entrada en los trabajos finalizados por los cuatro proyectos de recursos humanos del Programa de Apoyo a la Reforma en Salud. A partir de ahí el Comité tendrá potestad para crear grupos de trabajo *ad hoc* que desarrollen las propuestas para cada disciplina. El Comité también podrá integrar subcomités de cada una de las especialidades clínicas que se encarguen de proponer los cupos disponibles para los programas residenciales y su distribución entre los centros acreditados. Estos grupos de trabajo tendrán funciones y tiempo



de actuación claramente definidos, para evitar la burocratización de los mecanismos de asesoría y apoyo técnico respectivos.

↳ Para el objetivo c

- **Estrategia 2.** Promover, a través del Consejo Nacional de Acreditación, el proceso de acreditación de programas e instituciones de salud. Dicho proceso debe servir de manera genérica para promover los conceptos de calidad y de excelencia en la oferta formativa. Además de ello, a través de los estándares mínimos de calidad, deberá jugar un papel fundamental en la regulación de la oferta educativa.

La primera etapa del proceso de acreditación es obligatoria para todos los programas e instituciones. En dicha fase, también llamada de habilitación, deberán acreditar el cumplimiento de unos criterios mínimos, bajo la orientación de normas legales como el Decreto 917 de 2001. Aquellos programas que inicialmente no cumplan con los requisitos mínimos podrán tener un tiempo para cumplirlos. En caso de que no se logren, dichos programas serán clausurados en mayo de 2003. Del mismo modo se procederá con las instituciones, aquellas que no cumplan los requisitos mínimos, en el tiempo requerido, deberán ser clausuradas. Este proceso será de aplicación inicial a los programas de pregrado y de postgrado, particularmente las residencias clínicas. La educación no formal también deberá someterse a un proceso similar.

Se recomienda que el Consejo Nacional de Acreditación cree en su momento las comisiones pertinentes para llevar a cabo el proceso de forma ágil y cumpliendo requisitos razonables de tiempo. Las diversas comisiones deberán ser integradas por todas las partes implicadas en el quehacer profesional de cada disciplina y especialidad. Previo a la toma de decisiones se deberán plantear y discutir los potenciales conflictos de interés de cada uno de los integrantes del grupo de trabajo.

Como ejemplo del trabajo a realizar, este Proyecto aporta en sus conclusiones y productos finales una propuesta de estándares de acreditación para centros de formación (propuesta que se vincula directamente a la buena práctica de los convenios docente-asistenciales)¹³. En dicha propuesta se definen y se discuten los conceptos de estándares de calidad, obligatorios, y estándares de acreditación, que son voluntarios y que propenden a la excelencia. También se discuten los conceptos de escenario de práctica y centro de formación.



↪ Para el objetivo d

- **Estrategia 1.** Los Ministerios de Salud y Educación crearán la instancia y el proceso administrativo que determinen finalmente la aprobación, la divulgación, la vigilancia y el control de las propuestas del Comité Nacional de Recursos Humanos para la Salud.

↪ Para los objetivos a, b, c y d, desde la perspectiva de la educación no formal ¹⁴

- **Estrategia 1.** Para la educación no formal se deberá establecer un proceso de acreditación similar al ya planteado para los restantes ámbitos de formación. Su carácter particular, sin embargo, justifica la mención de una estrategia específica. Este proceso de acreditación tiene un carácter de urgencia dada la excesiva oferta existente, el ritmo de crecimiento de instituciones y programas en los últimos años, y el impacto que dentro del sistema significa la sobreoferta de este tipo de profesional.
- **Estrategia 2.** Es imprescindible tratar de estandarizar la heterogeneidad de programas que se ofrecen (tipos, denominaciones, número de horas, títulos, etc.) y, dado que es la única formación en salud cuyo control y regulación reposa directamente en el sector salud, no se necesita concertar con actores ajenos para regular la sobreoferta existente. Se propone también una revisión detallada del marco normativo que rige este tipo de programas a fin de que en su nueva normatividad se establezcan los mecanismos que faciliten el seguimiento y control sobre la calidad de los programas a través de mecanismos de acreditación, responsabilidad que corresponde asumir al Ministerio de Salud.

Dentro del tratamiento que se debe dar a la educación no formal, y adelantándose a posibles propuestas del Comité Nacional de Recursos Humanos, se propone la formalización de la educación no formal ¹⁵. Posteriormente se puede realizar el reentrenamiento de un grupo de estos auxiliares de enfermería ya constituidos en “técnicos profesionales” con el objetivo de que una parte de dicho colectivo se profesionalice.

¹³ Ver Documento 4. Nuevo paradigma en la relación entre la formación y la prestación de servicios: Propuesta de estándares para los centros de formación en salud.

¹⁴ Se puede consultar en el “Documento 2. La organización del proceso educativo en salud: recomendaciones para la educación no formal”, que incluye una propuesta de ajuste al marco normativo de la educación no formal en salud.



Concretamente se propone incluir a los auxiliares de salud en la educación formal, otorgándoles la posibilidad de convertirse en técnicos profesionales y que posteriormente, de manera conjunta con las instituciones universitarias, se diseñe un plan para profesionalizar al 30% de este personal en cinco años. Se subsanaría así uno de los déficit detectados en el estudio Modelo de oferta y demanda de recursos humanos en salud en Colombia, de la Facultad Nacional de Salud Pública de la Universidad de Antioquia, que consiste en un exceso relativo de auxiliares de enfermería, con una escasez de profesionales de enfermería.

3.2.3 Problemas relacionados con el proceso formativo

3.2.3.1. Problema VI. Producción intelectual

Definición

Es preocupante la ausencia de generación de conocimiento en la universidad colombiana. Salvo muy contadas excepciones, la investigación en salud está poco desarrollada. Una universidad cuyos profesionales no investigan difícilmente se preocupa de forma positiva por fortalecer la docencia y se dedica de manera poco crítica a la transmisión de un conocimiento que le es ajeno. La poca investigación que se hace ignora algunos aspectos fundamentales del entorno de la atención en salud en Colombia.

Desde el inicio de su vida republicana Colombia ignoró la oportunidad de cultivar la tradición científica. A lo largo del siglo XX el país se convirtió en un entorno poco favorable para el desarrollo científico y, como era de esperar, ocupa hoy un papel marginal en la producción científica de América Latina, región que a su vez contribuye poco al desarrollo del conocimiento universal (Rosselli, 1998 y Rosselli, 1999).

La cultura de la investigación no se encuentra arraigada entre los colombianos. Los intentos por hacer ciencia han nacido siempre de esfuerzos individuales, impulsados por profesionales formados en el extranjero que han logrado ver el panorama de esterilidad intelectual que, paradójicamente, convierten en una oportunidad que saben aprovechar.

Esa escasa cultura investigativa se refleja a todos los niveles. De las altas esferas del poder se deriva la ínfima proporción del PIB público y privado que se destina a la ciencia y la tecnología, que se ha estimado en un 0,41% del

¹⁵ Ver anexo del Documento 2. La organización del proceso de planeación educativa en salud. Anteproyecto de decreto de modificación de la educación no formal.



PIB (De Francisco & Currat, 2001), la ausencia de una política global para formación en investigación, y la escasa divulgación de políticas investigativas, cuando las hay. Las instituciones formadoras, también por tradición y en todos los niveles, no promueven el pensamiento crítico de sus educandos.

Por lo general, la investigación es percibida como algo distante y ajeno, inalcanzable para el común de la gente y restringido a una elite. Para el colombiano promedio la investigación se relaciona con altos costos y con laboratorios especializados, al tiempo que mantiene poca relación con los problemas del diario vivir. Si a esta percepción errada se le agrega idiosincrasia individualista del colombiano, que dificulta la formación de equipos de investigación, y el aislamiento cultural, que constituye una de varias barreras de acceso a la información, se definen varios de los componentes de la red causal que se manifiesta finalmente en esa ausencia de generación de conocimiento.

En un país en desarrollo como Colombia es necesario fortalecer, en particular, la investigación formativa, la investigación-acción, la investigación sobre temas educativos y la investigación en servicios de salud. Todas ellas son esenciales para crear conciencia y darle dirección a la reforma del sistema de servicios de salud.

Aunque han existido recursos para hacer investigación en Colombia, éstos han sido escasos y mal utilizados. Con la excepción de Colciencias, las entidades oficiales que financian investigación no suelen asignar sus recursos de una manera transparente. La mayor parte de la investigación que se hace en el país es de baja calidad y se considera poco pertinente. Sus resultados tienen escasa divulgación y, más grave aún, no se utilizan para dirigir políticas.

Durante las últimas dos o tres décadas, sin embargo, se han producido algunos cambios significativos que mejoran un poco el panorama de la ciencia en Colombia. En primer lugar hay que destacar el papel que ha jugado Colciencias. A pesar de los altibajos presupuestales que han impedido la continuidad de la mayor parte de sus programas, Colciencias ha ido dándole coherencia al desarrollo científico y tecnológico del país. Igualmente se han ido fortaleciendo algunos centros privados de investigación y varias universidades han adoptado políticas efectivas de desarrollo de la ciencia. Éstos y otros factores han permitido el surgimiento de una masa crítica de investigadores agrupados en una docena de grupos y centros de investigación competitivos en el panorama internacional. El año 2001, se cerró con un balance promisorio no sólo por el crecimiento numérico de los grupos y centros



de investigación reconocidos por Colciencias, sino por los nuevos recursos financieros derivados de las loterías y juegos de azar (datos Colciencias, 2001).

Aunque puede haber algo de optimismo con estos cambios, también hay que ser conscientes del largo camino que queda aún por recorrer. Para el caso concreto de las instituciones formadoras en salud, éstas tienen a su cargo la responsabilidad de fomentar en los profesionales y técnicos el pensamiento crítico, que es el primer paso no sólo para el desarrollo posterior de la productividad científica sino para convertirse en consumidores informados de la ciencia, nacional o foránea. Sólo así los futuros gobernantes y tomadores de decisiones verán la importancia de la investigación y su aplicabilidad en el proceso decisorio. Cada uno de los elementos del sector educativo debe también diseñar una política propia de incentivos para favorecer la producción intelectual tanto de docentes como de estudiantes.

Objetivo

- a) Promover en el mediano plazo una política de investigación en salud, que busque entre otros aspectos el desarrollo del pensamiento investigativo dentro del sector.
- b) Crear, en cada institución formadora de personal de salud, según su tipo, tamaño y misión, las condiciones para la formación de investigadores y para el fortalecimiento del componente investigativo dentro del currículo
- c) Promover las bases científicas de la práctica profesional y auxiliar en todos los programas de pregrado, postgrado, educación continua y educación no formal.

Estrategias

Las estrategias para lograr este objetivo se pueden dividir en aquellas que corresponden al nivel nacional y aquellas que deben ser incorporadas en cada institución educativa.

↳ Para el objetivo a.

- Estrategia 1. La estrategia más importante para el futuro de la ciencia y la tecnología en salud en Colombia se fundamenta en una instancia que ya existe, que ha demostrado su idoneidad y su capacidad de convocatoria, que ha manifestado en varias oportunidades su interés en incrementar sus acciones, pero que no ha contado con el apoyo suficiente para llevar a cabo todas las funciones que le asigna la ley. Esta estrategia



consiste en fortalecer el Consejo del Programa Nacional de Ciencia y Tecnología en Salud.

La Ley de Ciencia y Tecnología (Ley 29 de 1990) y en su decreto reglamentario (585 de 1991) le asignan a este Consejo funciones que incluyen:

- Definición de una política de ciencia y tecnología en salud
- Formulación de un plan nacional de investigación en salud
- Identificación de líneas prioritarias de investigación

También le corresponde al Consejo asegurar la correcta utilización de los fondos existentes para la investigación dentro del sistema nacional de ciencia y tecnología en salud (que involucra a todos los entes formadores y prestadores de servicios, públicos y privados, que realicen actividades investigativas), lo que debería incluir los presupuestos que para investigación destinan entidades oficiales como las secretarías departamentales de salud, el Ministerio o el Seguro Social. Para llevar a cabo todas estas funciones, el Plan propone varias acciones que se presentan a continuación, con su respectivo indicador:

- Conformar un grupo de trabajo, en cabeza de uno de los consejeros del Programa, integrado por un número operativo de individuos (6 a 10), seleccionados con criterios de valía personal, motivación y representatividad. La función principal de este grupo de trabajo será presentar una propuesta de plan basada en la política de desarrollo de la ciencia y tecnología que previamente haya redactado el Consejo.
- Convocar a las comunidades científica, académica y de prestación de servicios de salud para el establecimiento consensuado de la problemática nacional y las prioridades de investigación según los criterios del Consejo y las políticas de salud del gobierno.
- Fomentar el desarrollo de líneas de investigación en políticas y sistemas de salud, con el propósito de fortalecer el proceso de toma de decisiones y el futuro desarrollo del sistema de salud sobre una base de información científica y conocimientos aplicados a los modelos de prestación de servicios y de atención a la salud.



- Divulgar la existencia de los distintos programas para la formación de investigadores (becas, jóvenes investigadores, semilleros de investigadores, intercambios de docentes, etc.).
- Recomendar al Consejo Nacional de Acreditación que dé un mayor peso específico a la investigación dentro del proceso de acreditación institucional y de programas en salud. Para tal efecto se deberán promover puntos adicionales de acreditación, por cada programa de investigación exitoso llevado a cabo por grupos de cada institución, así como la publicación del listado de aquellos programas que más investigan y publican trabajos científicos.
- Construir junto con el Consejo Nacional de Acreditación un mecanismo de seguimiento a los convenios interinstitucionales de las instituciones formadoras en salud orientadas al fortalecimiento de la investigación, publicando año a año los resultados de este proceso.
- Incluir la investigación como un requisito para la acreditación de los centros de formación en salud. Se deberán diseñar estándares específicos orientados hacia la investigación dentro de estos centros de acuerdo con su tamaño, tipo, especialidad y nivel de complejidad.
- Velar por el cumplimiento del artículo 6 del decreto 917 de mayo del 2001 que dice: '*Artículo 6: Formación investigativa: El programa debe indicar la forma como desarrollar la cultura investigativa y el pensamiento crítico y autónomo, que permita a estudiantes y profesores acceder a los desarrollos del conocimiento y a la realidad internacional, nacional y regional. Para tal propósito, el programa debe incorporar la investigación que se desarrolla en el campo de las Ciencias de la Salud*' (Consejo Nacional de Acreditación, 1998).
- Reforzar el programa de ciencia y tecnología en salud de Colciencias en recursos humanos y financieros para cumplir con éstas y otras funciones:
 - Supervisar los proyectos de investigación en curso.
 - Fortalecer los procesos administrativos relacionados con convocatorias de investigación y selección de proyectos que se van a financiar.
 - Crear incentivos para el desarrollo de grupos de investigación en temas prioritarios, como la investigación en servicios e salud.



- Actualizar la base de datos de grupos y centros de investigación, sus investigadores, proyectos y publicaciones.
- Supervisar el desarrollo de otros proyectos con distintas fuentes de financiación (ARP, EPS, ISS), según lineamientos del Consejo.

↳ Para el objetivo b

- Estrategia 1. Los consejos directivos de las instituciones formadoras en salud deben asegurar las condiciones estructurales y económicas que permitan un efectivo desarrollo de la investigación en sus instituciones a través de las siguientes acciones:
 - Conformación de una oficina -dirección, unidad, centro, etc.- de investigación con personal capacitado para el correcto desarrollo de las siguientes funciones:
 - Promover y asesorar proyectos de investigación.
 - Promover la realización de proyectos interinstitucionales tanto a nivel nacional como internacional.
 - Asesorar el diseño de los currículos académicos.
 - Formular el plan de formación de docentes en investigación.
 - Proponer planes de inversión para infraestructura en investigación.
 - Priorizar y coordinar las líneas de investigación de la institución.
 - Identificar investigadores potenciales entre los estudiantes y docentes.
 - Promover el pensamiento crítico de docentes y estudiantes.
 - Conformar comités de investigación y ética en investigación.
 - Divulgar información de oportunidades de financiación y capacitación en investigación.
 - Promover la publicación y otras estrategias de divulgación de los resultados de la investigación institucional.



Para llevar a cabo las anteriores funciones se podrán utilizar, como mecanismos de verificación y control de su cumplimiento, los siguientes indicadores:

- Existencia de una oficina dotada, con personal calificado y presupuesto propio.
- Presentación y aprobación por el consejo académico de la institución de un plan de desarrollo de la investigación.
- Aumento del número de proyectos con financiación externa.
- Aumento del número de publicaciones.
- Definición de un conjunto mínimo de criterios de qué ponencias y publicaciones deben denominarse ‘resultados de investigación’.
- Aumento del número de trabajos presentados en eventos científicos nacionales e internacionales.
- Constitución de un fondo de inversión para investigación que tenga como funciones centrales cofinanciar, con recursos propios, proyectos de investigación en salud, proporcionar formación básica y avanzada en investigación, y conformar centros de documentación con recursos telemáticos.

Para lograrlo se podrá hacer seguimiento a través de estos indicadores:

- Número y monto total de proyectos financiados.
- Número de cursos o seminarios de investigación en los que hayan participado estudiantes o profesores.
- Creación o actualización del centro de documentación.

↳ Estrategia para el objetivo ‘c’

- Estrategia 1. Más que productores de ciencia, el personal de salud debe ser consumidor informado de la literatura científica. Por eso es imprescindible promover la capacitación de docentes para la introducción progresiva de los principios de medicina (y otras formas de atención en salud) basada en evidencia (Sackett, 2000) en los currículos las profesiones de la salud. Para ello se debe responsabilizar a cada institución formadora y a las asociaciones de facultades, que deben liderar el proceso. Ello también debe compa-



ginarse con la introducción en los currículos de dicha estrategia. Ya hoy día nadie que quiera desarrollarse como profesional en el ámbito de la salud puede prescindir de los aportes de la ciencia a la hora de tomar decisiones. A resolver bien este problema ayuda la estrategia de la medicina basada en la evidencia. Es por ello que programas y métodos deben orientarse cada vez más hacia la MBE y otras nuevas técnicas de aprendizaje y de enfoque de los problemas.

3.2.3.2. Problema VII. Procesos educativos y pedagógicos

Definición

Existen niveles bajos de calidad en los métodos pedagógicos de muchos programas de formación y pocos mecanismos para vigilarla y controlarla. En líneas generales, y con algunas excepciones, los currículos no están actualizados, los contenidos no son pertinentes, las tecnologías docentes no son óptimas y los sistemas de evaluación, ni se orientan a valorar las competencias, ni son válidos y fiables.

El viejo paradigma que consideraba la educación como un proceso en el que un profesor vertía conocimientos sobre las mentes vacías y ávidas de los estudiantes ha cambiado totalmente. La investigación básica y la aplicada en el ámbito de la educación superior han llevado a comprender que el conocimiento es algo que se construye en la mente de cada persona y que los factores individuales son decisivos para el éxito. El profesor debe asumir el rol de facilitador para ser coherente con estos principios. Por ende, cualquier planteamiento sobre la calidad del proceso debe ser entendida bajo este nuevo prisma.

Esta nueva forma de entender el proceso de enseñanza y aprendizaje implica grandes cambios en los métodos pedagógicos utilizados y también en los instrumentos de evaluación que se requieren. Las metodologías se orientan cada vez más a responsabilizar al estudiante de su propio proceso, forzándolo a que tome decisiones pertinentes para conseguir el mayor nivel de aprendizaje. De manera paralela los instrumentos evaluativos pretenden medir los aprendizajes y mejoras en situaciones que se asemejen al máximo a la realidad.

El profesional de hoy necesita no sólo disponer de conocimientos y habilidades sino que debe saber aplicarlos. Alrededor de ese precepto es que ha ganado terreno la idea de diseñar los currículos y los contenidos de los programas centrados en esas competencias que debe adquirir el



alumno durante el proceso educativo. La competencia es esa capacidad para hacer algo concreto y específico. En el campo de la salud las competencias se expresan como aquellas acciones que los individuos deben poder llevar a cabo. Así un médico debe saber cómo diagnosticar y tratar un paciente con un infarto agudo de miocardio, debe saber realizar una punción lumbar a un niño con sospecha de meningitis, o debe saber cómo comunicar a los familiares que un enfermo tiene cáncer. Estos son ejemplos de competencias que se podrían también buscar para cualquier profesional, técnico o auxiliar de la salud.

La adquisición de una competencia implica poseer conocimientos y habilidades, pero también implica saberlos integrar adecuadamente. La tarea de organizar los currículos por competencias exige en primer lugar la definición de cuáles son las competencias que debe tener una persona al terminar una etapa del ciclo formativo. Dicha definición se debe llevar a cabo a través de mecanismos de consenso en los que participan personal asistencial y profesionales de la docencia.

En segundo término se deben elaborar los objetivos del currículo basados en las respectivas competencias. Para cada competencia se deben especificar los objetivos intermedios en conocimientos y habilidades que van a ser necesarios para adquirirla. Después debe diseñarse el programa y la metodología adecuadas para cumplir con esos objetivos. Es aquí que se hace obvio que el aprendizaje basado en problemas se adapta muy bien a la adquisición de competencias. Generalmente un problema debe resolverse a partir de una competencia o un conjunto de ellas.

Finalmente se tiene la evaluación: dado que se deben evaluar competencias, se deben buscar instrumentos que sean capaces de medir esa coordinación entre conocimientos y habilidades.

Es necesario aclarar que la falta de calidad es algo que comparten todos los ámbitos educativos: pregrado, postgrado, educación continuada y educación no formal. Puede expresarse a veces de formas distintas pero es un déficit que se debe procurar solventar en todos ellos.

Objetivos

- a) Liderar desde las escuelas y facultades un proceso de transformación radical de sus currículos que afecten a los planes de estudio, la metodología docente y los sistemas de evaluación y que tenga como objetivo introducir las competencias como objetivo final del proceso formativo. Los elementos



de educación a distancia y de programas semipresenciales, así como la introducción de nuevos escenarios educativos hace parte de la flexibilización curricular que se pretende.

- b) Mejorar las competencias y habilidades del profesorado en el área de docencia con el objetivo de que sean capaces de llevar a cabo las transformaciones sugeridas en el punto anterior ¹⁶.
- c) Constituir un proceso reglamentado de acreditación de programas de formación en salud, instituciones y centros que imparten docencia, como viene planteándose en el estudio ‘Acreditación especializada de programas de educación y entrenamiento en salud’, de la unión temporal de Ascofame, Assalud, Aupha y CES.
- d) Establecer procesos de transferencia de tecnología entre las facultades y escuelas líderes en Colombia con algunos centros de formación internacionales que se destacan por su alta exigencia en calidad educativa y en la investigación en educación médica.
- e) Conformar un sistema de acreditación para la educación continua que promueva las actividades de calidad en este nivel formativo y la incorpore al proceso de recertificación profesional.

Estrategias

↳ Para el objetivo a

- **Estrategia 1.** Constituir, a través de la puesta en práctica de los planes institucionales de incentivos que se describen en el documento correspondiente ¹⁷, un grupo de facultades y escuelas que estén decididas a llevar a cabo un proceso de transformación radical de sus currículos. En el grupo se debe permitir compartir las dudas y dificultades y trabajar de manera colaborativa en la búsqueda de soluciones. No se pretende que los procesos sean iguales, al contrario, se trata de estimular la experimentación en cada caso en función de las posibilidades de cada institución y de la realidad que las envuelve y caracteriza. Entre los integrantes de la Red se ha manifestado el interés en participar en dicha experiencia.

¹⁶ Ver Documento 5. Propuesta de reentrenamiento por áreas específicas del sector.



Las líneas generales sobre las que deberían basarse dichas transformaciones son las siguientes:

- Los programas deben poner énfasis en el aprender más que en el enseñar. Incluso es importante que los egresados sean competentes en algo tan necesario como el saber aprender durante toda su vida profesional.
- Los programas deben tender a la integración tanto vertical como horizontal. Vertical en el sentido de integrar ciencias básicas y clínicas. Horizontal en la línea de integrar las disciplinas para entender la salud como algo unitario que pertenece al ser humano como persona.
- Los objetivos de aprendizaje finales deben ser expresados en forma de competencias. Los objetivos intermedios deben relacionar conocimientos y habilidades necesarios para adquirir las competencias, y las evaluaciones deben ser estructuradas también alrededor de competencias.
- El aprendizaje basado en problemas debe entenderse como una filosofía básica sobre la que los programas han de converger. No se trata de un método rígido a seguir disciplinadamente sino de un conjunto de ideas que centran el aprendizaje en el estudiante y le permiten tomar las decisiones que lo responsabilizan del proceso.
- El profesor debe asumir el rol de facilitador del aprendizaje, alguien capaz de personalizar en cada alumno los consejos necesarios en la búsqueda de recursos para aprender. En muchos sitios se denomina tutor a una figura de este tipo.
- Los instrumentos de evaluación deben ser apropiados a los objetivos de aprendizaje. Por ello deben ser válidos, es decir deben medir aquello que realmente pretenden medir, y fiables, o sea que lo hagan con precisión. Para ello se deben mejorar en general los formatos escritos cuando sea necesario emplearlos, e introducir muchos otros instrumentos como pueden ser los pacientes estandarizados, las simulaciones a través de computadores, los enfermos reales, los maniqués, etc. El uso de

¹⁷ Ver Documento 7. Plan de incentivos para la modernización de la formación, capacitación y entrenamiento en salud.



instrumentos apropiados a la realidad de lo que será la práctica profesional se hace aún más importante cuando el currículum se orienta a conseguir competencias.

- Las posibilidades de aprender a través de las nuevas tecnologías de la información son muy elevadas. Aunque no se debe caer en el extremo de que todo se puede aprender desde el computador, no se pueden despreciar sus enormes facilidades y su eficacia como herramienta para el aprendizaje.
- **Estrategia 2.** El Comité Nacional de Recursos Humanos creará un subcomité que se encargará de definir las competencias a nivel de pregrado y postgrado para las distintas profesiones. Del trabajo realizado por dicho subcomité (o subcomités, si se prefiere llevarlo a cabo por cada profesión) se van a nutrir las escuelas y facultades para promover la estrategia 1.

↪ Para el objetivo b

- **Estrategia 1.** Cada escuela o facultad con programas de formación en salud debe confeccionar un plan de formación y reentrenamiento de sus docentes que tenga como objetivo el mejoramiento de la calidad en la enseñanza, incluyendo la estructuración curricular alrededor de las competencias buscadas. Dicho plan deberá estar elaborado en un plazo máximo de un año y deberá contener propuestas reales de financiación, ya sea con recursos propios o ajenos. La Red ha trabajado extensamente el tema de reentrenamiento de docentes¹⁸.

También cabe destacar la necesidad de que los aprendizajes y mejoras en el aspecto docente sigan las recomendaciones que paulatinamente realiza el llamado movimiento de “Best Evidence Medical Education” (BEME). Se trata de sumarse a la iniciativa generada desde la MBE y conocer y aplicar aquellos métodos y estrategias en formación y evaluación que la investigación científica muestra como sustentadas.

↪ Para el objetivo c

- **Estrategia 1.** Llevar a cabo un proceso de acreditación no sólo de programas de formación en salud, sino de centros e instituciones que imparten docencia. Dicho proceso debe ser dirigido por el Consejo Nacional de Acreditación. Para ello creará los comités y grupos de trabajo que fuere necesario.



Una primera fase, como se viene haciendo en los diferentes procesos de acreditación en Colombia, es la de habilitación, que es obligatoria para todos los programas e instituciones, como consta ya en el Decreto 917. Se entiende por habilitación el proceso mediante el cual el programa o la institución sometidos a evaluación consiguen superar los estándares mínimos de calidad. Si esos estándares no se cumplen, no se puede considerar que el programa o institución tenga los requisitos imprescindibles para operar.

En una segunda fase, voluntaria, los programas e instituciones se someterán a evaluaciones sobre estándares de creciente dificultad. Con ello se estimulará la mejora continua sin ánimo de que el proceso de acreditación sea concebido como un castigo.

El proceso de habilitación y acreditación constará de tres fases sucesivas y complementarias:

- Cada programa e institución se autoevaluará y tomará sus primeras conclusiones y decisiones para mejorar.
- Se procederá a una evaluación por pares en la que dos instituciones se evaluarán de forma cruzada entre ellas.
- Existirá, finalmente, una evaluación externa a través de un Comité. Esta fase corresponde con el proceso de rendición de cuentas ante la sociedad.

↳ Para el objetivo d

- **Estrategia 1.** El grupo de facultades, escuelas y centros de formación que lideren los procesos resultantes del Plan desarrollarán un calendario de actividades con participación de instituciones internacionales que permitan la conformación de una Asociación Colombiana para la Educación en Ciencias de la Salud (ACECS).

Dicha asociación deberá constituirse en el eje de los profesionales interesados en la modernización y mejora de la educación en salud y actuará como iniciativa de la sociedad civil en este ámbito. Esto permitirá a las instituciones colombianas liderar en el mediano plazo procesos de transferencia de tecnologías que beneficien no sólo a una institución en par-

¹⁸ Ver Documento 5. Propuesta de reentrenamiento por áreas específicas del sector.



ricular sino, desde la asociación que las agrupa, a todas aquellas que quieran ser partícipes de esta iniciativa. Así se logrará dar inicio al intercambio sistematizado de experiencias entre organizaciones, se brindará formación continuada de manera orientada, y se generarán proyectos con instituciones formadoras provenientes de otros entornos.

↳ Para el objetivo e

- **Estrategia 1.** El Comité de Recursos Humanos en Salud creará los lineamientos que van a determinar el sistema de acreditación de educación continuada. El objetivo es disponer de un sistema que permita acreditar bajo criterios de calidad los distintos programas existentes con independencia de cual sea la institución proveedora de la formación. El Comité elaborará los criterios y los estándares de medida de los mismos. A partir de ahí creará una oficina técnica que se encargará de la gestión del sistema. Así mismo, el Comité aprobará anualmente el informe de gestión y memoria de la oficina técnica.

Los criterios de medida de la calidad son ya objeto del trabajo futuro de el Comité; de todas formas y a manera de orientación y de acuerdo con la experiencia ya existente en diversos países, se pueden avanzar algunas líneas: existencia de un proceso de detección de necesidades, descripción de objetivos de aprendizaje de la actividad, coherencia entre objetivos y necesidades detectadas incluyendo el colectivo destinatario, coherencia del método de aprendizaje con el colectivo y sus necesidades, descripción de un programa de actividades acorde con el método, y descripción de un sistema de evaluación acorde con el programa, el método y el colectivo.

- **Estrategia 2.** Creación por parte del Comité de una oficina técnica encargada de gestionar el sistema de acreditación. Los técnicos de dicha oficina deberán realizar la medición de los criterios propuestos por el Comité y proponer un nivel de acreditación final. Las propuestas finales deben siempre estar avaladas por el Comité. El funcionamiento del sistema debe autofinanciarse, de modo que los programas que deseen ser acreditados deberán cubrir los costos que ello implique. El sistema deberá funcionar de forma voluntaria de manera que consiga prestigiarse a partir de la realización correcta de su trabajo.



La oficina técnica podrá delegar las funciones de medición y propuesta de acreditación a las sociedades profesionales y otras entidades importantes por el número de programas de educación continua que imparten. En cualquier caso las reglas de delegación deberán estar claramente establecidas por el Comité.

4. RECOMENDACIONES FINALES

En estas páginas del “*Plan multidisciplinario para la modernización de la educación, capacitación y entrenamiento en salud*” se resume el trabajo de varios centenares de personas que, confiando en la capacidad del Ministerio de Salud para liderar cambios políticos, han aportado sus conocimientos y su tiempo a este Proyecto. La preocupación que siempre salió a relucir, tanto en los debates iniciales para seleccionar los posibles integrantes de los grupos de discusión como en el panel de expertos con el que se cerraron las actividades de la Red, fue cuál sería el destino de los documentos que uno tras otro fue produciendo el grupo consultor con los aportes de la Red. Preocupa en particular el futuro de éste, el documento definitivo, el que consolida todas las revisiones, todas las discusiones y todas las propuestas.

Las repercusiones del Plan dependen en gran medida de la capacidad de gestión que tenga el Ministerio de Salud, particularmente los directivos que seleccione el Presidente que el país acaba de elegir. Depende de su capacidad para influir sobre los órganos legislativos y para convocar a las acciones conjuntas que se requieren con el sector educativo y la sociedad civil. No corresponde al Ministerio de Salud implementar la mayor parte de las propuestas del Plan, pero sí debe asumir el papel de liderazgo para lograr que los entes respectivos las lleven a cabo.

Los períodos transicionales en los gobiernos suelen ser apropiados para introducir los grandes cambios, ya sea a partir de los gobiernos salientes que quieran dejar elementos claves para la posteridad, o de los gobiernos entrantes que aprovechen el optimismo reinante cada vez que un nuevo equipo político entra a dirigir los destinos del país (Walt, 1994).

Pero no se debe confiar tan sólo en la convicción de haber hecho un buen trabajo y delegar en el Estado, satisfechos ya por el deber cumplido, la responsabilidad total de los cambios que con tanta urgencia requiere el sistema educativo en salud. Cada uno de los participantes en las discusio-



nes que este documento pretende resumir, cada uno de los integrantes de las instituciones que en los grupos de trabajo estuvieron representadas, incluso cada uno de los que revisen este documento y estén de acuerdo con los cambios que en él se proponen, debe asumir la responsabilidad de velar porque tanto esfuerzo realizado no quede en vano.

La puesta en marcha del Plan requiere varios pasos iniciales que son imprescindibles; el primero de ellos es el debate público conducente a la conformación del *Comité Nacional para los Recursos Humanos* en Salud. Sin ese ente central que asesore el establecimiento de las políticas de desarrollo del sector educativo en salud es difícil que el país salga del crecimiento caótico y adopte unas estrategias planificadas que le den dirección a su futuro.

Pero incluso si esa decisión política crucial tarda en ser tomada, el Plan deja opciones para que otras instancias influyan, quizás de manera más limitada pero no por ello intrascendente, sobre el futuro de la educación en salud en Colombia. Como lo ilustra de manera clara el gráfico *Cronograma de principales acciones* hay responsabilidades que recaen sobre otras instancias, particularmente las asociaciones de facultades, las asociaciones profesionales o de especialistas, las instituciones prestadoras de servicios de salud y, muy particularmente, las propias instituciones educativas.

La historia muestra que Colombia no es el país del trabajo en equipo ni de las decisiones consensuadas. Pero ésta es la ocasión de liderar, desde la confluencia de los dos sectores sociales más importantes, la educación y la salud, una serie de cambios que no sólo sirvan de ejemplo para otros grupos y para otros proyectos, sino que lleven además a mejorar la salud y por ende la calidad de vida de todos los colombianos.



BIBLIOGRAFÍA

- BOELEN, Charles; DES MARCHAIS, Jacques E.; DOHNER, Charles W. y KANTROWITZ, Martin P. *Developing protocols for change in medical education: report of an informal consultation*.1992.
- BOELEN, Charles y HECK, Jeffrey. *Definiendo y midiendo la capacidad de las facultades de medicina de rendir cuentas ante la sociedad*. Ginebra.1997.
- BRITO, Pedro, *Impacto de las reformas del sector de la salud sobre los recursos humanos y la gestión laboral*. Revista Panamericana de Salud Pública. Vol. 8; Num. 1/2; 2000, pg. 43-54.
- COHEN, J. J. *Missions of a medical school: a North American perspective*. Acad. Med. Vol. 74; Num. 8 Suppl; 1999, pg. S27-S30.
- CONSEJO NACIONAL DE ACREDITACIÓN *Lineamientos para la acreditación*. Consejo Nacional de Acreditación, Bogotá.1998.
- DAL POZ, Mario; GALÍN, Pedro; NOVICK, Marta y VARELLA, Thereza. *Relaciones laborales en el sector salud: fuentes de información y métodos de análisis*. OMS/OPS, Quito, Ecuador. 2000.
- DE FRANCISCO, Andrés y CURRAT, Louis J. *Monitoring financial flows for health research*. Global Forum for Health Research, Geneva.2001.
- GORDIS, Leon y SEIDEL, Henry M. (2000) *Physician and society*. En: DE ANGELIS, Catherine D. (ed). *The Johns Hopkins University School of Medicine: curriculum for the twenty-first century* The Johns Hopkins University Press, Baltimore, Maryland, 2000, pg. 112-127.
- JANÉ-CAMACHO, Elisabet, *Sistemas de salud y desarrollo: un análisis de políticas de salud para la orientación de las acciones de cooperación al desarrollo*. Quadern CAPS. Num. 28; 1999, pg. 7-16.
- MCKEE, Martin y HEALY, J. *The role of the hospital in a changing environment*. Bull. World Health Organ. Vol. 78; Num. 6; 2000, pg. 803-810.
- MEDICARE PAYMENT ADVISORY COMMISSION, *Report to the Congress: Selected Medicare Issues*. MedPac, Washington DC.2000.
- OMS, *Médicos para la salud*. WHO, Ginebra.1996.
- ORIOL, Albert, *La reforma de los sistemas sanitarios y el papel de la formación de los profesionales*. Innovación y gestión del cambio en los sistemas de salud. Barcelona.1998.



- OSPINA, Julio E. y GIRALDO, Diego *La Asociación Colombiana de Facultades de Medicina en los procesos de autoevaluación hacia la acreditación en la década de los noventa: un recuento histórico*. Ascofame, Bogotá. 2001.
- PEABODY, J. W. *Measuring the social responsiveness of medical schools: setting the standards*. Acad. Med. Vol. 74; Num. 8 Suppl; 1999, pg. S59-S68.
- PEDRAZA, Vicente, *Las facultades de medicina y la formación de los médicos*. Educación médica. Vol. 2; Num. 2; pg. 53-60, 1999.
- REDONDO, Hernan y GUZMAN, Fernando, *La reforma de la salud y la seguridad social en Colombia: el desastre de un modelo económico*. Biblioteca Jurídica Diké, Medellín, 1999.
- ROSSELLI, Diego, *Latin American biomedical publications: the case of Colombia in Medline*. Medical Education. Vol. 32; Num. 3; 1998, pg. 274-277.
- ROSSELLI, Diego. *Geography of biomedical publications*. Lancet. Vol. 354; Num. 9177; 1999, pg. 517.
- RUIZ, Fernando; CAMACHO, Salvador; JURADO, Carlos E.; O´MEARA, Gloria S.; ESLAVA, Julia; PIÑA, Martha; LARA, Eduardo; AYALA, Ulpiano; ACOSTA, Olga L. y ORTIZ, Arianne. *Los recursos humanos de salud en Colombia: balance, competencias y prospectiva*. Centro Editorial Javeriano, Bogotá. 2001.
- SACKETT, David L., *Evidence-based medicine: how to practice and teach EBM*. Churchill Livingstone, Edinburgh. 2000.
- SÁNCHEZ, Fernando. *Ética y reforma a la salud*. En: Seminario internacional: Ética y reforma a la salud Ministerio de Salud, Bogotá, 1999, pg. 59-64.
- WALT, Gill, *Health policy: an introduction to process and power*. Zed Books Ltd, London. 1994.
- YEPES, Francisco. *La salud en Colombia*. Ministerio de salud - Departamento Nacional de Planeación, Bogotá. 2002.



ABREVIATURAS Y SIGLAS

- ACECS: Asociación Colombiana de Educadores en Ciencias de la Salud
- ACEMI: Asociación Colombiana de Empresas de Medicina Integral
- ACFO: Asociación Colombiana de Facultades de Odontología
- ACOFAEN: Asociación Colombiana de Facultades de Enfermería
- ARS: Administradora del Régimen Subsidiado
- Ascofame: Asociación Colombiana de Facultades de Medicina
- BID: Banco Interamericano de Desarrollo
- CESU: Consejo Nacional de Educación Superior
- CHC: Consorcio Hospitalario de Cataluña
- CNA: Consejo Nacional de Acreditación
- CNRHS: Comité Nacional para los Recursos Humanos en Salud
- DNP: Departamento Nacional de Planeación
- EPS: Empresa Promotora de Salud
- ESE: Empresa Social del Estado
- FMI: Fondo Monetario Internacional
- Icfes: Instituto Colombiano para el Fomento de la Educación Superior
- IPS: Institución Prestadora de Servicios de Salud
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- OPS: Organización Panamericana de la Salud
- PARS: Programa de Apoyo a la Reforma en Salud
- PIB: producto interno bruto
- Plan: Plan multidisciplinario para la modernización de la educación, capacitación y entrenamiento en salud
- Sena: Servicio Nacional de Aprendizaje
- SGSSS: Sistema General de Seguridad Social en Salud
- SNS: Sistema Nacional de Salud
- WFME: World Federation for Medical Education

ANEXO 1: CRONOGRAMA PLAN DE TRABAJO

ESTRATEGIA CENTRAL: COMITÉ NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD (CNRHS) DEL CONPES SOCIAL – DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN * Tiempo de implementación: CINCO AÑOS							
Actores responsables de la conformación y gestión del CNRHS	Comoté Nacional de Recursos Humanos en Salud - CNRS	ANOS					
		0	1	2	3	4	5
(Ministerio de Salud, Ministerio de educación, Ministerio de Trabajo y DNP)	1. Conformación del CNRS y los subcomités de trabajo	■					
	2. Seguimiento y control al proceso		■	■	■	■	■

(*) Se plantean alternativas como a) Comisión, b) Comité, c) Consejo, esta última, parte de la base de reformar el actual Consejo Nacional de Recursos Humanos en Salud. Cualquiera que sea el caso, se propone ubicar su dependencia funcional en el CONPES Social del DNP.

Líneas de problema	Acciones prioritarias	ANOS					
		0	1	2	3	4	5
1 PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONTEXTO - Falta de responsabilidad social de los entes formadores - Crisis de liderazgo del sector salud frente a la formación	1.1. Elaboración de propuestas para la reglamentación de certificación y recertificación profesional.			■	■	■	■
	1.2. Formulación de criterios y mecanismos para la regulación de la oferta académica en programas de educación en salud		■				
	1.3. Preparación de propuestas para regulación de la calidad en la oferta formativa de educación de pregrado, posgrado, educación continuada y educación no formal en salud		■	■			
	1.4. Elaboración de criterios para evaluar el grado de compromiso con la responsabilidad social de las instituciones formadoras que tenga en cuenta el desarrollo de valores.				■	■	■
	1.5. Formalización de incentivos para las asociaciones de egresados y demás instituciones participes en los procesos de definición e implementación de las políticas para la formación y el desarrollo de personal en salud, derivadas del Plan.						

Tabla 3 CRONOGRAMA DE PRINCIPALES ACCIONES.



Tabla 3

CRONOGRAMA DE PRINCIPALES ACCIONES. Continuación

Líneas del problema	Acciones prioritarias	AÑOS					
		0	1	2	3	4	5
<p>2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS Y EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA SALUD</p> <ul style="list-style-type: none"> - La problemática de los modelos de prestación de servicios y de atención a la salud - Desintegración de la formación y los servicios - Poca pertinencia de contenidos curriculares frente a las necesidades de los servicios 	2.1. Revisar y ajustar el proceso de atención de la salud, diseñando las propuestas de ajuste a los modelos existentes	■					
	2.2. Implementar alianzas estratégicas entre instituciones educativas y administraciones territoriales en salud para el desarrollo de proyectos que integren la formación del personal y la prestación de servicios			■			
	2.3. Revisar y actualizar el Decreto 190/96 que rige la relación entre la formación y la prestación de servicios	■					
	2.4. Desarrollar acuerdos marco entre administraciones territoriales e instituciones formadoras para el desarrollo de proyectos conjuntos y áreas de demostración del nuevo modelo.			■			
	2.5. Analizar las competencias profesionales y técnicas para el personal del sector y proponer cambios curriculares			■			
	2.6. Estimular mediante incentivos apropiados la creación y fortalecimiento de programas de especialidad en medicina familiar y comunitaria para médicos, así como la conformación de equipos interdisciplinarios en salud.	■					
	2.7. Flexibilizar y ajustar el sistema de año social obligatorio e internado rotatorio que brinde nuevas alternativas de desarrollo profesional.		■				
	2.8. Diseñar una propuesta de modificación al marco normativo que regula la educación no formal, que haga posible su ingreso progresivo a la educación formal.		■				
	2.9. Proponer la movilización de recursos públicos (becas crédito y otros) que generen incentivos hacia el cambio en los actores institucionales		■				



Tabla 3

CRONOGRAMA DE PRINCIPALES ACCIONES. Continuación

Líneas de problema	Acciones prioritarias	ANOS						
		0	1	2	3	4	5	
3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL SECTOR EDUCATIVO Y EL PROCESO DE FORMACIÓN - Falta de producción intelectual - Deficientes técnicas y metodologías docentes	3.1. Fortalecer el Consejo del programa de Ciencia y Tecnología en Salud de Colciencias, en el desarrollo de proyectos de investigación en sistemas de salud, reformas y formación de personal de salud		■					
	3.2. Desarrollar alianzas estratégicas nacionales e internacionales para el desarrollo de nuevas alternativas en modelos de formación para el personal de salud			■				
	3.3. Enfatizar e incentivar la utilización de nuevos métodos y escenarios para el aprendizaje de las ciencias de la salud incorporando avances tecnológicos y la formación dentro de las empresas e instituciones de salud				■			
	3.4. Implementar estrategias que permitan la flexibilización de los currículos para facilitar el acceso de los profesionales y técnicos a la educación continuada en salud		■	■	■	■	■	■



PLAN DE MODERNIZACIÓN			
ESTRATEGIA CENTRAL: COMITE NACIONAL DE RECURSOS HUMANOS EN SALUD (CNRS) DEL CONPES SOCIAL – DEPARTAMENTO NACIONAL DE PLANEACIÓN (*)			
TIEMPO DE IMPLEMENTACIÓN: CINCO (5) AÑOS			
Problemas del problema	Ámbito de decisión	Acciones prioritarias	Actores involucrados
<p>1. POBLEMAS RELACIONADOS CON EL CONTEXTO</p> <p>- Falta de responsabilidad social de los entes formadores</p> <p>- Crisis de liderazgo del sector salud frente a la formación de su personal</p>	<p>1. CNRHS. Subcomité de planificación y asistencia técnica en políticas educativas para el personal de salud</p> <p>2. CNRS. Subcomité para la educación no formal en salud</p>	<p>1.1. Elaboración de propuestas para la reglamentación de certificación y recertificación profesional.</p> <p>1.2. Formulación de criterios y mecanismos para la regulación de la oferta académica en programas de educación en salud</p> <p>1.3. Preparación de propuestas para regulación de la calidad en la oferta formativa de educación de pregrado, posgrado, educación continuada y educación no formal en salud</p> <p>1.4. Elaboración de criterios para evaluar el grado de compromiso con la responsabilidad social de las instituciones formadoras que tenga en cuenta el desarrollo de valores.</p> <p>1.5. Formalización de incentivos para las asociaciones de egresados y demás instituciones partícipes en la implementación de las políticas para la formación y desarrollo de personal en salud derivadas del Plan</p>	<p>1.1. Ministerio de Salud, Ministerio de Educación, Ministerio de Trabajo, Asociaciones y facultades de salud, Asociaciones profesionales y de especialidades, Academia Nacional de Medicina, ICFES</p> <p>1.2. Ministerio de educación, Asociaciones y Facultades de salud, CNA, ICFES</p> <p>1.3. Ministerio de Educación, Ministerio de Salud, Asociaciones y facultades de salud, ICFES, ISS, ACHC, ACEMI</p> <p>1.4. Asociaciones de facultades de salud, asociaciones de profesionales y egresados</p> <p>1.5. Asociaciones de facultades de salud, asociaciones de profesionales y egresados</p>
<p>2. PROBLEMAS RELACIONADOS CON LOS SERVICIOS Y EL PROCESO DE ATENCIÓN A LA SALUD</p> <p>- Las problemáticas de los modelos de prestación de servicios y de atención a la salud</p> <p>- Desintegración de la formación y los servicios</p>	<p>1. CNRHS. Subcomité de planificación y asistencia técnica en políticas educativas para el personal de salud</p> <p>2. CNRS. Subcomité para la educación no formal en salud</p> <p>3. CNRHS. Subcomité de integración de docencia / servicio</p> <p>4. CNRHS. Subcomité para el internado y servicio social obligatorio</p>	<p>2.1. Revisar y ajustar el proceso de atención de la salud, diseñando las propuestas de cambio a los modelos existentes</p> <p>2.2. Implementar alianzas estratégicas entre instituciones educativas y administraciones territoriales en salud para el desarrollo de proyectos que integren la formación del personal y la prestación de servicios</p> <p>2.3. Revisar y actualizar el Decreto 190/96 que rige la relación entre la formación y la prestación de servicios</p> <p>2.4. Desarrollar acuerdos marco entre administraciones territoriales e instituciones formadoras para el desarrollo de proyectos conjuntos y</p>	<p>2.1. DNP, Minsalud, ACEMI, ACHC, ISS, Secretarías de salud, asociaciones y facultades de salud</p> <p>2.2. Minsalud, Mineducación, Secretarías de salud, asociaciones de facultades de salud</p> <p>2.3. Minsalud, Administraciones territoriales, ACHC</p> <p>2.4. Administraciones territoriales de salud, facultades de salud</p> <p>2.5. Mineducación, Minsalud, asociaciones y facultades de salud</p> <p>2.6. Minsalud, Mineducación, Administraciones territoriales de salud, facultades de salud.</p>

Tabla 4

ACCIONES Y ACTORES



<p>- Poca pertinencia de contenidos curriculares frente a las necesidades de los servicios</p>	<p>5. CNRS. Subcomité de incentivos para la formación de personal en salud</p>	<p>áreas de demostración del nuevo modelo. 2.5. Analizar las competencias profesionales y técnicas para el personal del sector y proponer cambios curriculares 2.6. Estimular mediante incentivos apropiados la creación y fortalecimiento de programas de especialidad en medicina familiar y comunitaria para médicos, así como la conformación de equipos interdisciplinarios en salud.</p>	<p>2.7. Minsalud, Mineducación, administraciones territoriales de salud, facultades de salud 2.8. Minsalud, Mineducación, SENA, ISS, Administraciones territoriales 2.9. DNP, Minsalud, Minhacienda</p>
		<p>2.7. Flexibilizar y ajustar el sistema de año social obligatorio e internado rotatorio que brinde nuevas alternativas de desarrollo profesional. 2.8. Diseñar una propuesta de modificación al marco normativo que regula la educación no formal, que haga posible su ingreso progresivo a la educación formal.</p>	
		<p>2.9. Proponer la movilización de recursos públicos (becas crédito y otros) que generen incentivos hacia el cambio en los actores institucionales</p>	
<p>3. PROBLEMAS RELACIONADOS CON EL SECTOR EDUCATIVO Y EL PROCESO DE FORMACIÓN</p> <p>- Falta de producción intelectual</p> <p>- Deficientes técnicas y metodologías docentes</p>	<p>1. CNRHS. Subcomité de planificación y asistencia técnica en políticas educativas para el personal de salud.</p>	<p>3.1. Fortalecer el Consejo Nacional del Programa de Ciencia y Tecnología en Salud de Colciencias, en el desarrollo de proyectos de investigación en sistemas de salud, reformas y formación de personal de salud 3.2. Desarrollar alianzas estratégicas nacionales e internacionales para el desarrollo de nuevas alternativas en modelos de formación para el personal de salud 3.3. Enfatizar e incentivar la utilización de nuevos métodos y escenarios para el aprendizaje de las ciencias de la salud incorporando los avances tecnológicos y la formación dentro de las empresas e instituciones de salud 3.4. Implementar estrategias que permitan la flexibilización de los currículos para facilitar el acceso de los profesionales y técnicos a la educación continuada en salud</p>	<p>3.1. DNP, Mineducación, Minsalud, Colciencias, Facultades de salud. 3.2. OPS, Asociaciones profesionales y facultades de salud 3.3. Asociaciones de facultades de la salud, Academia Nacional de medicina 3.4. Mineducación, SENA, Asociaciones de facultades, Administraciones territoriales de salud</p>

ACCIONES Y ACTORES. Cont.