

Volumen 23, No. 3
Julio/septiembre 1989

Educación Médica y Salud

**PASCAP: 10 AÑOS DE
EXPERIENCIA EN
COOPERACION TECNICA
EN DESARROLLO DE
RECURSOS HUMANOS**

**ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la
ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD**

E DUCACION MEDICA Y SALUD

Revista trimestral de la Organización Panamericana de la Salud, creada en 1966 para servir a los países de las Américas en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud. En ella se dan a conocer experiencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones de importancia para la formación de personal de salud.

La Organización Panamericana de la Salud publica también las series de **Publicaciones Científicas**, **Cuadernos Técnicos** y **Documentos Oficiales**, y otras publicaciones periódicas, incluyendo el **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, revista mensual y órgano principal de información científica y biomédica de la OPS y el **Bulletin of PAHO**, revista trimestral que contiene material seleccionado especialmente por su interés para los países de habla inglesa de la Región de las Américas.

Las opiniones expresadas en los artículos firmados que aparecen en esta revista son de la exclusiva responsabilidad de los autores

ISSN 0013-1091

Ultimos números publicados:

Vol. 23, No. 1: Promoción de liderazgo y formación avanzada en salud pública. Segunda parte

Vol. 23, No. 2: Recursos humanos. Nuevos espacios de trabajo

Próximo número:

Vol. 23, No. 4: Desarrollo de personal de salud en las Américas

Educación Médica y Salud

Volumen 23, No. 3
Julio/septiembre 1989

209 **PRESENTACION**

ARTICULOS

212 **PASCAP: Una experiencia de cooperación técnica entre países.** *José Roberto Ferreira, Carlos Vidal y Jorge Haddad*

229 **Recursos humanos para los sistemas locales de salud.** *Carlos Linger*

247 **Monitoreo de los procesos de capacitación permanente. Una propuesta de trabajo.** *Jorge Haddad, Francisca de Canales y María Isabel Turcios*

265 **Desarrollo de los servicios de salud y enseñanza de la administración en Centro América y Panamá.** *Rodrigo A. Barahona H.*

275 **Educación permanente en salud. Problemas y proyecciones.** *Rodrigo Alvarez F. y Armando Campos S.*

283 **Capacitación pedagógica de los responsables de la educación permanente.** *Idalma Mejía de Rodas, José Quiñónez, Marco Tulio López y Sergio Molina*

RESEÑAS

296 **Honduras: Alternativas para la educación y la práctica médica en Centroamérica.** *Raúl Felipe Cáliz*

302 **Guatemala: Desarrollo del subsistema de información de personal de salud.** *Esvin Lemus, Olga Martínez Chopen y Ricardo Valladares*

305 **Recursos humanos en el Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá**

306 **Personal de PASCAP**

NOTICIAS

308 **Taller sobre experiencias en educación permanente en los países centroamericanos**

308 **Colaboración con el Centro de Enseñanza e Investigación de la Caja Costarricense del Seguro Social**

309 **Apoyo a la estrategia de conducción y gerencia del sector en Honduras**

309 **Apoyo a la educación médica y de enfermería**

CONSEJO EDITORIAL DE EDUCACION MEDICA Y SALUD:

- Dr. José Roberto Ferreira, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Jorge Haddad, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Dr. Manuel Bobenrieth, Programa de Información Científico-técnica en Salud, OPS
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

INFORMACION PARA LOS AUTORES

1. Los artículos enviados para publicación serán inéditos y así han de permanecer hasta su aparición en *Educación Médica y Salud*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva todos los derechos de propiedad del material recibido.

2. Los originales se remitirán al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 525, 23rd Street, NW, Washington, DC, 20037, EUA.

3. Los artículos deberán tratar directa o indirectamente sobre temas de educación y adiestramiento de personal de salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales, investigación de educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud.

4. La OPS se reserva el derecho de aceptar o rechazar, de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial, los trabajos recibidos. También se reserva el derecho de realizar cualquier revisión editorial que estime necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, ilustraciones y anexos.

5. Deberán incluirse los nombres del autor y de los coautores, el nombre de la institución a que pertenecen y la dirección postal del autor.

6. Cada artículo incluirá una introducción donde se explique la razón por la cual se ha llevado a cabo el trabajo y lo que se espera que aporte en el campo científico; conclusiones y recomendaciones, de ser pertinentes, **y terminará con un resumen que dé una idea precisa del contenido.**

7. La lista de referencias y la bibliografía se ajustarán a las normas seguidas en la revista: apellido del autor e iniciales del nombre; título del trabajo o del libro en su idioma original; nombre completo de la revista, de la casa editora, o de la institución; lugar de publicación (ciudad y país); y volumen, página y fecha de publicación. Las referencias deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos en paréntesis y subrayados), en el mismo orden en que se agrupan al final del trabajo.

8. El autor podrá solicitar gratis 10 ejemplares del número en que aparece su artículo.

P PRESENTACION

El 20 de marzo de 1979, la Organización Panamericana de la Salud concretó la Resolución XI de la XXIV Reunión de su Consejo Directivo (1976), que resuelve: "aceptar el establecimiento de . . . (un Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centroamérica y Panamá, con sede en Costa Rica) . . . autorizar al Director para que continúe colaborando con el Gobierno de Costa Rica a fin de elaborar un plan detallado . . . (y) pedir al Director que considere el uso de fondos extrapresupuestarios para atender cualquier aumento de los gastos . . ."

El día 21, el Coordinador del Programa Regional de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, el Representante de la Organización en Costa Rica, el entonces Jefe de Area III y el funcionario designado para iniciar las labores de organización correspondientes, se hicieron presentes en el despacho del Ministro de Salud de Costa Rica. La Representación de la OPS asignó al funcionario en mención un espacio temporal en una oficina del Ministerio, dotada de un escritorio como único mobiliario. Así nació PASCAP, el 21 de marzo de 1979.

En uno de los primeros juicios de evaluación emitidos respecto al Programa, el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS, escribió en su Informe para el cuatrienio 1982-1985¹, lo siguiente:

"El Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP) se creó en 1979 y desde entonces ha desarrollado una modalidad de trabajo con la cual se ha demostrado que aun con recursos escasos pueden alcanzarse metas y propósitos si se acude a la voluntad de servir de las personas.

"En sus primeros tres años con fondos del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y en los últimos cuatro con un pequeño financiamiento de la Organización, PASCAP ha contribuido a la formación y el perfeccionamiento de personal, ha publicado, ha investigado, se ha extendido a los países de la subregión, ha incorporado las universidades al trabajo y ha logrado reducir los costos de desarrollo de personal, en una situación de crisis económica e inestabilidad social. Para lograrlo, PASCAP elaboró modelos de cooperación técnica a base de movilizar recursos de uno a otro de los países del área, lo que permitió un flujo más constante de la cooperación, además de facilitar los servicios de profesionales conocedores de las situaciones y los problemas específicos para los que se requería la cooperación.

"Esto no se hizo de la noche a la mañana. Por el hecho de que PASCAP

¹ Informe del Director, Cuatrienal 1982-1985. Anual 1985. Documento Oficial No.207. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1986.

entrañaba un nuevo concepto de la cooperación técnica, tuvo que vencer resistencias e inquietudes. Para ello trabajó simultáneamente en dos campos: el teórico, definiendo el concepto de adiestramiento en salud comunitaria y delineando con precisión los límites que, por definición, no podían ser fijos, y el estratégico, probando con métodos científicos, formas alternativas de cooperar con los países.

“Si bien el Programa fue creado inicialmente para trabajar con personal de los primeros niveles de atención, su campo de acción se expandió rápidamente, y alcanzó a las universidades, haciéndose eco de que la Organización promueve la incorporación de estas instituciones de enseñanza superior al esfuerzo para alcanzar mejores niveles de vida y de bienestar en el año 2000.

“En los últimos cuatro años 33 100 centroamericanos se han capacitado con programas apoyados por PASCAP, como brazo operativo del Programa de Desarrollo de Personal de la Organización. Simultáneamente ha puesto en movimiento recursos que existen en los países, tales como el Instituto de Adiestramiento del Personal de Salud (INDAPS) en Guatemala, donde cada año estudian 10 centroamericanos por medio de becas y otros mecanismos de intercambio, y la Sección de Tecnologías Médicas de la Universidad de Costa Rica, donde estudiantes de todos los países de la subregión, con cinco años de escuela secundaria cumplidos, se han adiestrado en distintas técnicas a nivel intermedio.

“PASCAP ha promovido la creación de una Red de Centros de Tecnología Educativa que elabora y perfecciona técnicas de investigación cuyo fin último es encontrar métodos educativos viables y costeables por los países y culturalmente aceptados por las comunidades. Para ello evaluó la situación existente, siguió el proceso de investigación requerido para cada caso, reclutó investigadores nacionales y prestó la cooperación técnica necesaria en materia de investigación. Hay tres centros en funcionamiento en Costa Rica, Honduras y Nicaragua.

“PASCAP creó en 1981 un grupo de referencia para el Programa de Investigación de Personal de Salud, con sede en la Universidad de Honduras. Este grupo coordina los proyectos de investigación seleccionados por los países para fines de desarrollo de personal; para ello, identificó cinco profesionales que trabajan en esa sede y que se desplazan a todos los países capacitando a funcionarios en la metodología de investigación apropiada a la situación del país. La Universidad de Honduras contribuye con local, servicios de secretaría y el tiempo y talento de esos cinco profesionales.

“A partir de 1985, grupos nacionales coordinados y apoyados por PASCAP llevan a cabo una investigación muy compleja sobre las características de la fuerza de trabajo de salud que responderá a las preguntas básicas que se hacen los planificadores centroamericanos: ¿Cuántos profesionales trabajan? ¿Cuántos trabajan en salud pública? ¿Cuántos en la práctica privada? ¿Cómo detener el espectro del desempleo en el sector? ¿Puede hacer la misma tarea, y hasta qué grado, una enfermera con seis meses de formación que una que pudo formarse en tres años?

“Por otro lado, ha desarrollado experiencias educativas no convencionales, tal como un seminario de participación comunitaria llevado a cabo por un grupo indígena guaimí, en 1982, en las montañas panameñas de Chiriquí. El seminario fue conducido por trabajadores voluntarios en salud de la comunidad y sirvió de experiencia de aprendizaje a un grupo de funcionarios centroamericanos que participaba, en ese mismo lugar, en un curso organizado por PASCAP. El recinto del aula universitaria no es más la sede exclusiva de experiencias educativas.

“Pero, por encima de todo, PASCAP ha constituido una experiencia en el campo de la cooperación técnica entre países en desarrollo, realizada con los recursos que tienen esos países, más que con los de procedencia externa; creando, fortaleciendo y enriqueciendo las modalidades nacionales y subregionales de trabajo más que adaptando las provenientes de otras latitudes, y desarrollando un espíritu de trabajo mancomunado,

coordinado, y orientado hacia objetivos comunes, respetando las características, intereses y aspiraciones particulares de cada uno de los países miembros.”

Este número de *Educación Médica y Salud* está dedicado a la promoción de la reflexión y el análisis retrospectivo de lo acontecido desde la creación de PASCAP, con el fin de vislumbrar el futuro y decidir sobre el mejor destino que pueda tener el Programa, producto del esfuerzo de grupos de trabajo centroamericanos, de un grupo de visionarios del Ministerio de Salud de Costa Rica de aquella época, y del propio Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS.

**Programa de Desarrollo
de Recursos Humanos en Salud
Organización Panamericana de la Salud**

PASCAP: UNA EXPERIENCIA DE COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES

José Roberto Ferreira¹, Carlos Vidal² y Jorge Haddad³

ANTECEDENTES

Desde la década de 1960, los países del Istmo Centroamericano planteaban, como uno de sus objetivos de mayor trascendencia, ampliar la cobertura y mejorar la calidad de las prestaciones de salud, reconociendo que "el requisito más importante para alcanzar estos propósitos es la disponibilidad de recursos humanos en cantidad suficiente y de la calidad requerida".

En este sentido, el apoyo a los procesos de desarrollo de recursos humanos estaba incluido en las metas del Plan Decenal de Salud para las Américas aprobado en la III Reunión Especial de Ministros de Salud realizada en Santiago de Chile en 1972. El tema fue tratado, además, en la XX Reunión de Ministros de Salud Pública de Centroamérica y Panamá, que tuvo lugar en 1975 en Nicaragua.

Posteriormente el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, en su XXIV Reunión efectuada en la Ciudad de México en 1976, tomó conocimiento de la propuesta, hecha por el Ministro de Salud de Costa Rica, para que se crease un Centro de Adiestramiento en Salud de la Comunidad, con sede en su país. El Consejo Directivo emitió la Resolución XI, mediante la cual se autorizaba al Director de la OPS a continuar tomando acciones que permitieran el desarrollo de la propuesta costarricense, así como la búsqueda de fondos extrapresupuestarios para financiarlo.

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo

¹ Coordinador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

² Representante de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud en la Argentina. Ex funcionario del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud.

³ Asesor Regional del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC. Ex Coordinador de PASCAP.

(PNUD) se interesó en el proyecto y ofreció el respaldo financiero requerido.

Con esa base, los Ministros de Salud de Centroamérica y Panamá, reunidos en Guatemala en 1978, acordaron suscribir un convenio con el PNUD y la OPS, mediante el cual se garantizaba la operación, por un lapso de 3 años, del Programa en cuestión, destinado a servir a los Ministerios de Salud de Centroamérica, con un funcionamiento coordinado a través de una red o grupos nacionales de trabajo (núcleos), y con una sede que coordinaría la red de núcleos nacionales y se encargaría, además, de administrar la cooperación técnica de la OPS.

El Programa inició su labor organizativa en Costa Rica y los demás países en mayo de 1979, e inició sus operaciones en junio siguiente, tan pronto tuvo lugar el primer desembolso de la subvención otorgada por el PNUD.

JUSTIFICACION Y CRITERIOS PARA LA CREACION DEL PROGRAMA

Una estrategia de cooperación técnica

Para orientar un programa que fuera capaz de responder a la problemática de esos tiempos y que al mismo tiempo pudiera ajustarse a un esfuerzo multinacional, se consideraba necesario establecer una adecuada coordinación con centralización de recursos vinculados a la progresiva tecnificación del desarrollo educacional en términos de verdadera economía de escala. Igualmente, era necesario que se garantizara la administración descentralizada con un contenido flexible en la capacitación de grupos locales progresivamente crecientes.

El Programa de Recursos Humanos de la OPS, escribía entonces, al respecto, lo siguiente (1):

“Este enfoque asume importancia primordial en relación a los niveles intermedio y auxiliar del personal de salud, para los cuales se carece de una formación institucionalizada. Habría que aplicar aquí el mismo grado de prioridad concedido por los sectores de la industria y el comercio a la formación vocacional que ofrecen los institutos tecnológicos. La complejidad de instituciones de este tipo, ubicadas como deberían de estar, en la interfase de los sectores de salud y educación, hace que se haya postergado hasta ahora su introducción a nivel nacional, sobre todo en países pequeños que no tendrían en su propio contexto un campo de aplicación que justifique la inversión inicial.

“Sin embargo, siguiendo la estrategia de cooperación técnica entre los mismos países (CTP), es posible establecer una unidad central que, además de la coordinación del sistema, pueda reunir las condiciones de apoyo para una investigación operativa dirigida a definiciones funcionales más precisas y para un desarrollo educacional compatible con una amplitud de acción más significativa, en términos del número de personas a adiestrar.

“La CTP constituye en este caso el artificio que puede permitir un enfoque común ajustado a la realidad de los propios países en desarrollo, evitando la continua utilización de modelos importados. Por otro lado, la posibilidad de contar con una unidad central de coordinación facilitaría la adaptación de recursos tecnológicos y la propia creación de nuevas tecnologías, más apropiadas al contexto de América Central.

“El planteamiento estratégico en este caso está orientado a una actividad multinacional adecuada a una realidad socioeconómica uniforme para toda una subregión, teniendo como base un centro internacional que funcionará en estrecha interrelación con una red de núcleos nacionales (las oficinas de recursos humanos de los ministerios de salud), implementando acciones de investigación y desarrollo que puedan asegurar la adecuación de un proceso de adiestramiento en constante actualización.

“En esta red se pueden comprobar e intercambiar diferentes posibilidades, por medio de una gran variedad de mecanismos de comunicación que hacen posible la aplicación práctica del concepto de pretransferencia en el proceso de desarrollo.

“La ayuda internacional a tal esfuerzo, encaminado hacia la interfertilización de conocimientos científicos, tecnología aplicada y tácticas alternativas de administración, está basada en promover, en lo posible, la dedicación del personal nacional. Este último sumaría sus esfuerzos a los de especialistas externos, eventualmente solicitados para llenar “lagunas”, complementados por un esquema amplio de intercambio: visitas, reuniones, seminarios y un sistema de información bien desarrollado.

“Fundamentalmente se busca dar énfasis a la relevancia social de metas de salud orientadas a la mejoría del estado de salud de toda la población, a través de métodos que puedan ser aplicados de inmediato y a un costo que los mismos países también puedan absorber de inmediato.

“Esto puede significar simplificación y racionalización, pero en especial debe estar basado en un importante esfuerzo de autodeterminación, autoconfianza y autosuficiencia.

“Cuando se aplican los postulados de un nuevo enfoque de desarrollo de recursos humanos, en los términos señalados en la presente exposición, al contexto de las metas actuales de extensión de la cobertura de servicios de salud a toda la población, la estrategia que se requiere tendrá que estar orientada a la formación autóctona del personal, ajustada a las alternativas de proveer cuidado primario de salud con la participación de la comunidad dentro de los lineamientos políticos establecidos por cada país”.

Con la estrategia descrita como base, el planteamiento de una red de núcleos nacionales evidenciaba una propuesta de la OPS a los Gobiernos, animada con el propósito de “apoyar y fortalecer los esfuerzos nacionales tendientes a desarrollar una estructura humana capaz de dar respuesta, tanto cualitativa como cuantitativamente, a los programas y estrategias sanitarias aprobadas por los Gobiernos” (2).

El cambio educacional

Construir esa estructura humana conllevaba implícitamente el problema de abordar además los aspectos cualitativos. La necesidad de buscar nuevas estrategias educativas y de utilizar los recursos nacionales para implementarlas fue uno de los criterios relevantes en el trabajo de “pensar” a PASCAP.

Al respecto, Ferreira y Vidal (3) señalaban:

“La formación del personal de salud ha estado orientada sobretudo hacia la creación de grupos de excelencia, dentro de un sistema escolarizado que limita el ingreso de grandes números de estudiantes y que no responde a las necesidades de salud de los países. Posteriormente, la formación de personal se ha ido extendiendo a categorías y niveles diferentes tales como el personal auxiliar o colaborador, que en la actualidad ha logrado en mayor o menor grado, un perfil propio; este perfil, lamentablemente casi siempre está desvinculado de la realidad.

“Los nuevos programas de extensión de la cobertura de servicios exigen la formación de personal de todos los niveles y categorías, especialmente del nivel técnico y auxiliar, en forma masiva y acorde con la problemática de salud de cada país.

“Por lo tanto, la problemática de la formación de recursos humanos en salud vive actualmente una etapa histórica en la que sus programas y objetivos no pueden ya ser predeterminados y ordenados en secuencias, ni mucho menos en términos de modelos sociales y educacionales tomados en préstamo y destinados a un grupo muy reducido de la sociedad; deben ser, por el contrario, el resultado de una consulta permanente de las necesidades de salud en función de preocupaciones reales e inmediatas destinadas a un creciente número de personas necesarias para el desarrollo de los programas de salud.

“Así pues, la formación en salud, en este nuevo modo de verla, debe ser permanente, de carácter integrador y apoyada en la participación continua de toda la sociedad. De esta manera la educación, más que una adquisición individual, es un medio por el cual una población o un país progresa en materia de salud.

“Este tipo de formación, al no estar divorciado del trabajo y la producción de salud, es decir, al estar ligado a los servicios dentro del proceso de integración docente-asistencial hace de cada estudiante un trabajador. El estar unido al propio desarrollo de la comunidad y el poder contar con la participación activa de los pobladores, hace de cada estudiante un conocedor de sí mismo y de sus comunidades permitiéndole una mejor asociación con ellas, y creando condiciones para el desarrollo de acciones de participación mutua.

“Es preciso asegurar que la mayoría o la totalidad de los estudiantes se integren al proceso enseñanza-aprendizaje y puedan desempeñar cabalmente las funciones para las que fueron preparados. Es indispensable entonces utilizar estrategias educacionales que permitan alcanzar este propósito, y a este respecto viene a colación la influencia que la tecnología ejerce actualmente en todos los campos de la actividad humana. El proceso educacional también incorpora este componente en su desarrollo, pero al tratar de aplicar la tecnología a la formación de recursos humanos para salud, es necesario definir su campo de acción, orientar adecuadamente su influencia y hacer de su utilización una actividad racionalizada y destinada a resolver necesidades específicas.

“A diferencia de las actividades intuitivas, la tecnología apropiada en educación encierra un sentido de creación, de búsqueda de nuevos procedimientos, de movilización de recursos, y finalmente, de formas de organización nuevas (o que han sido nuevas alguna vez) para alcanzar un fin del que se tiene plena conciencia previamente. Cuando esta tecnología se aplica al campo de la educación, no es con la pretensión de sustituir al profesor por aparatos complejos, sino más bien de utilizarla como ‘instrumento de análisis y perfeccionamiento de los diferentes métodos, materiales, equipos y arreglos logísticos empleados por la educación en su progreso’.

“Gran parte de la nueva tecnología no se limita al campo audiovisual o al de la computación, sino que se hace sentir en todas las etapas del proceso educativo: selección de estudiantes, delimitación de funciones para estudios analíticos, diseño curricular con base en actividades del servicio, transmisión del conocimiento, adiestramiento en habilidades específicas, evaluación y capacitación permanente de los docentes para la aplicación de los mismos modelos educacionales.

“El estado actual de desarrollo educacional permite crear una nueva defini-

ción de racionalidad, un nuevo modelo de pensamiento que subraya el aspecto cuantitativo y las relaciones estructurales (técnicas y sociales) entre los agentes y los sujetos del proceso de enseñanza-aprendizaje. Utiliza los criterios de eficiencia, eficacia y efectividad, o sea, utiliza los recursos con el menor costo y el menor esfuerzo; al mismo tiempo evalúa sus resultados según las transformaciones que se operan para permitir una mayor oferta de oportunidades educativas.

“El reconocimiento de que los individuos aprenden a ritmos distintos y el gran desarrollo de los programas de autoinstrucción, dan a la tecnología un enfoque cualitativo que la define como el recurso fundamental para la individualización del proceso educativo. Con este enfoque, la tecnología educacional no constituye una disciplina en sí misma, sino que representa un abordaje interdisciplinario de todo el proceso de enseñanza-aprendizaje, en el cual sirve como instrumento de la investigación al mismo tiempo que abre nuevos campos de aplicación para los recursos tecnológicos disponibles. Proporciona, además, un abordaje viable de los problemas de planificación, organización y administración de la educación, y provee mecanismos de integración efectiva de ésta con el servicio, mejorando así la calidad de los mismos.

“Dentro de este marco general del desarrollo educacional, los procedimientos utilizados para el adiestramiento, como el método psicossocial, la calificación extraordinaria no escolarizada, los procedimientos supletivos, etc., constituyen verdaderas tecnologías apropiadas en el campo de la educación en salud. Igualmente, el uso adecuado de todos los medios de comunicación educativa para facilitar los procedimientos de autoinstrucción y los sistemas de adiestramiento en gran escala constituyen nuevas estrategias educacionales, a lo que debe agregarse el reconocimiento actual de la necesidad de hacer investigación en educación, con el propósito de buscar modelos educativos apropiados a la situación que se pretende resolver con el recurso humano así formado”.

Con estas bases se creó el Programa Subregional. Entre sus objetivos figuraban los siguientes (4):

“Establecer un Programa de Adiestramiento en Salud de la Comunidad que coopere en el desarrollo de los recursos humanos adecuados a los programas de extensión de la cobertura y atención primaria de la salud, con participación activa de la comunidad.

“Incrementar la capacidad de los países de formación de personal y acelerar el proceso formativo, con el objeto de alcanzar la meta principal en el año 2000: la cobertura de toda la población con servicios de salud.

“Adecuar el personal ya formado a las nuevas necesidades, racionalizar su utilización e incrementar las posibilidades de retención.

“Promover la investigación socioepidemiológica como base para definir modalidades de servicio y estructura del recurso humano que realmente posibilite las actividades señaladas en los programas de extensión de cobertura.

“Precisar lo que se desea como participación comunitaria y buscar modelos y estrategias para la detección, el adiestramiento y la mejor utilización del personal voluntario de la comunidad”.

Se esperaban, además, rendimientos como los siguientes:

- Un programa estructurado de adiestramiento permanente de recursos humanos en salud, con métodos que puedan ser aplicados de inmediato y a un costo que los mismos países también puedan absorber.
- Producción de una masa crítica de profesores e instructores de acuerdo con las necesidades de los países, para el desarrollo de



Seminario de la comunidad indígena en Chiriquí, Panamá, en octubre de 1982, promovido por PASCAP y el Ministerio de Salud del país, para analizar la participación social en la identificación de problemas de salud de la comunidad.

los programas nacionales de adiestramiento del personal de los programas de extensión de la cobertura, con atención primaria y participación activa de la comunidad.

- Incorporación a programas de educación continua a todo el personal adiestrado o en servicio.
- Desarrollo de investigaciones socioepidemiológicas y en tecnología educacional, que contribuyan a la definición de políticas nacionales autónomas para el desarrollo de los recursos humanos adecuados a sus propias necesidades.
- Desarrollo de tecnologías apropiadas en el campo educacional diseñadas para alcanzar los objetivos de la extensión de los servicios primarios.
- Consolidación de la red multinacional de núcleos de adiestramiento, ajustada a la realidad socioeconómica de la subregión, implementando acciones de investigación y desarrollo que

puedan asegurar la adecuación de un proceso de adiestramiento en constante actualización.

En ese marco de referencia se decidió dar marcha al Programa. Se contó inicialmente con un aporte de \$US450 000, uno de la OPS/OMS de \$US452 700, y se esperaba un insumo de los Gobiernos (en infraestructura y capacidad instalada) de \$US1 240 000.

Posteriormente, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, a propuesta del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS, designó a PASCAP como un Centro de Referencia para Impulsar el Programa de Educación Continua, lo cual significó un aporte adicional de \$US60 000.

El Gobierno de Costa Rica aportó un local físico (durante tres años), así como personal de apoyo y las facilidades físicas de su sistema de servicios de salud. El Gobierno de Honduras contribuyó con instalaciones físicas en dos Regiones Sanitarias, y la Universidad Autónoma de este último país contribuyó con una oficina y mobiliario para un programa de investigación en el área educativa, así como con el tiempo y talento de tres de sus docentes más distinguidas.

El Programa orientó sus actividades, al inicio de sus operaciones, hacia las siguientes *áreas de desarrollo*:

- Investigación operacional y socioepidemiológica.
- Investigación y desarrollo educacional e integración docente-asistencial.
- Supervisión y educación continua.

Preveía además, desarrollar los siguientes *sectores de apoyo*:

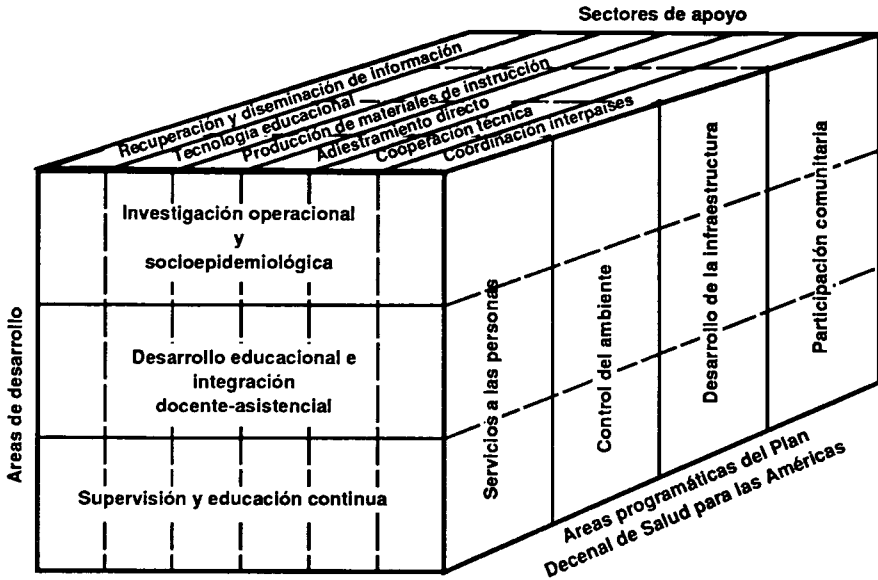
- Recuperación y diseminación selectiva de información.
- Tecnología educacional.
- Producción de materiales de instrucción.
- Adiestramiento directo de docentes y planificadores de la educación.
- Cooperación técnico-administrativa y coordinación interpaíses.

Se proponía además, y se tomaron las medidas para que así fuera, articular todo lo anterior con los componentes fundamentales del Plan Decenal de Salud para las Américas: servicios a las personas; acciones sobre el medio ambiente; desarrollo de la infraestructura, y participación de la comunidad.

La figura 1 esquematiza las interrelaciones propuestas.

Para la operacionalización de la estrategia así diseñada, se contaba con que los núcleos nacionales estarían ubicados en las unidades de recursos humanos de los ministerios de salud de cada país participante. (El

FIGURA 1. Esquema de las interrelaciones propuestas.



nivel de esta unidad dentro de la organización ministerial ha sido siempre variable, y a menudo determinado por la situación propia de cada país, particularmente por la estructura gubernativa y la amplitud que se desea dar a sus funciones).

Con el respaldo resolutivo de los gobiernos de Centroamérica y Panamá, la base operativa representada por el Programa en Costa Rica, y las oficinas, divisiones o institutos de recursos humanos en los demás países del área centroamericana, se consideraba garantizada la implantación del Programa.

PASCAP Y EL DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS EN CENTROAMERICA Y PANAMA

Los primeros años de vida de PASCAP coincidieron con la agudización de la crisis política y social en el istmo. La violencia política llegó a extremos de guerra abierta en dos países, encubierta en otro, y en los dos restantes el deterioro social y económico fue el factor predominante en contra del buen suceso de las estrategias sanitarias.

PASCAP, merced a un irrestricto apoyo del Programa Regional de Recursos Humanos de la OPS, y a la respuesta amplia de los grupos de trabajadores de los seis países, fue progresivamente consoli-

dando sus posiciones de base. Los “núcleos nacionales” (base operativa del programa) llegaron a ser casi el doble del número inicialmente fijado.

Cooperación entre países

La cooperación entre países se evidenció en actividades concretas como las siguientes:

- Programa Centroamericano de Investigación sobre Personal de Salud, con sede en la Universidad de Honduras, con locales, equipos y profesionales pagados por esa institución y con acciones extendidas a todos los países. Se capacitaron 632 profesionales centroamericanos en el uso del método científico y se desarrollaron 14 proyectos de investigación en distintas áreas.
- Proyecto Centroamericano de Investigación sobre Fuerza de Trabajo, realizado en cuatro países del área.
- Proyecto Centroamericano de Desarrollo de Personal Técnico Medio, que incluyó capacitación de docentes y utilización subregional de materiales producidos en distintas ramas y que tuvo sus sedes de apoyo en Nicaragua y Costa Rica.
- Proyecto de Desarrollo de Tecnología Educacional para Atención Primaria de Salud. Tuvo su sede de coordinación en la



Distintos proyectos de trabajo de tipo subregional, a tono con las estrategias de CTP, fueron implementados desde el inicio de las actividades del Programa. En la actualidad los trabajos de tipo subregional han continuado a propósito del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá.

Universidad de Costa Rica y PASCAP, y sus efectos incluyeron la creación de Unidades de Tecnología Educativa en universidades y ministerios de salud de cuatro países del área.

Publicaciones

PASCAP mantuvo durante seis años la publicación de un boletín trimestral destinado a 4228 trabajadores de los primeros niveles de atención en los seis países. Sesenta y dos autores centroamericanos publicaron en ese período aproximadamente 40 experiencias de atención primaria.

Se publicaron además 20 manuales, libros y textos de autores centroamericanos en áreas temáticas que avanzaron desde los análisis, interpretación y alcances de SPT/2000 y la estrategia APS (4), hasta un Manual de Planificación de Recursos Humanos y un Manual de Metodología de la Investigación (5), este último de amplia divulgación en varios países de la Región, además de los centroamericanos.

Políticas de recursos humanos

Se ha apoyado a los países en el diseño y formulación de políticas de recursos humanos. Se ejecutaron estudios diagnósticos de recursos humanos en tres países y recientemente se completó un estudio sobre mercado de trabajo en salud.

Capacitación docente

Se ha capacitado a más de 1100 docentes universitarios y de los ministerios de salud en aspectos educativos acerca de SPT/2000 y las estrategias nacionales, y en forma de adiestramiento directo. La cobertura superó la cifra inicialmente establecida, incluyendo a personal de los distintos niveles del sistema de salud.

Educación permanente del personal de salud

Algunas líneas de trabajo en recursos humanos que ahora cubren a países en toda la Región de las Américas tuvieron su germen en PASCAP; ejemplo de ello es la propuesta de reorientación de la educación permanente del personal de salud, actualmente en pleno desarrollo en ocho países fuera de Centroamérica; el proyecto para estudios avanzados en desarrollo de recursos humanos iniciado en tres subregiones en 1988, y el proyecto de investigación educacional orientado a la búsqueda de desarrollo de tecnología educacional más acorde con las demandas actuales.

UN RETO DIFERENTE

PASCAP preparó en 1984 y 1985 una serie de proyectos derivados de estudios situacionales en cuanto a recursos humanos. Se trataba de ayudar a los Gobiernos del área y a la dirección de la OPS, a identificar puntos críticos en el área de recursos humanos, que fueran susceptibles de ser incorporados en un esfuerzo amplio de “buscar la paz a través de la salud”. La iniciativa de *Salud: puente para la paz* se abrió paso en la cadena de acontecimientos que ocurrían en Centroamérica a mediados de 1984, y PASCAP jugó un papel fundamental en el proceso de identificación de áreas problema y de formulación de los primeros proyectos presentados a la comunidad internacional. En la actualidad, en la fase de implementación de esos proyectos, el rol de PASCAP ha sido más activo y relevante, debido a que se trata ahora de llevar a la acción lo que antes eran proyectos, a la existencia de financiamiento en algunos casos y, sobre todo, a la presencia en casi todos los países de funcionarios nacionales que extienden la acción del Programa a nivel local.

Por otra parte, una estrategia esencial en la preparación de dichos proyectos subregionales fue el planteamiento desde el inicio del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, de que pudieran ser desarrollados con recursos de la subregión fundamentalmente. Es así como ha sido posible iniciar procesos en el campo de educación permanente, análisis prospectivo de la educación, desarrollo de liderazgo en salud, desarrollo de la práctica y la educación en salud pública y capacitación avanzada en los problemas de recursos humanos. No se ha contado con financiamiento especial —con excepción del Proyecto de Formación en Salud Pública.

La preocupación por el desarrollo de la capacidad gerencial en las instituciones de salud ha cobrado auge e interés. PASCAP ha jugado un importante rol de apoyo, en los últimos dos años, en el componente de capacitación de personal para la administración y la gerencia en salud.

De igual forma, y dentro de la iniciativa mencionada, ha sido misión de PASCAP coordinar el componente de desarrollo de personal en proyectos del resto de las áreas prioritarias del Plan. Ello ha permitido una importante intervención del Programa en la orientación técnica y metodológica de la capacitación para los proyectos de supervivencia infantil, medicamentos esenciales y control de enfermedades tropicales.

Finalmente, y a través de la movilización de funcionarios nacionales contratados por la OPS en cada país, y que tienen su sede física en la propia Representación de la Organización, se ha desarrollado una intensa cooperación directa de PASCAP a los programas de cooperación técnica con el país. Estos funcionarios tienen en su mayoría características de funcionario de la OPS en el país, y solamente en muy pocos casos cumplen funciones de cooperación interpaís. Con ello, la acción de coopera-

ción del Programa se ha intensificado más a nivel de la Representación OPS/OMS en el país, con el consiguiente beneficio para las instituciones nacionales que esperan este tipo de cooperación.

EL FUTURO

El repaso histórico sobre las cuestiones en que se fundamentó la concepción original de PASCAP y su evolución posterior, frente a las circunstancias político-sociales rápidamente cambiantes en el área centroamericana en la década de 1980, plantea una rica experiencia cuyos elementos relevantes constituyen un aprendizaje de extrema utilidad para poder interpretar los alcances reales de la cooperación técnica (incluyendo la cooperación entre países, como en el caso que nos ocupa).

En efecto, el análisis de esta experiencia frente a los escenarios previsibles para la próxima década en Centroamérica permite extraer elementos de trabajo que ayudan a configurar una estrategia de cooperación apropiada a la situación particular de estos países. Para dicho análisis podemos partir de un marco referencial conformado por tres ejes de trabajo:

- Las implicaciones del escenario centroamericano para la próxima década en el sector salud, especialmente en lo que se refiere a los modos de prestación de servicios de salud.
- Las nuevas dimensiones del problema de la fuerza de trabajo a nivel regional, y para la subregión centroamericana en particular.
- La necesidad de replantear los modos de cooperación técnica, especialmente, en el caso que nos ocupa, en el área de desarrollo de personal de salud.

En relación con el primer parámetro, todo parece indicar que continuará por algunos años la tendencia al deterioro de los indicadores sociales que se ha observado en las últimas dos décadas: la intranquilidad social y la violencia política no muestran signos de disminuir y las tensiones entre algunos de los países de la subregión probablemente se mantendrán iguales. Esto tiene relación directa con los problemas de malestar y agitación social, de conflicto, de disminución tanto de la capacidad productiva como del ingreso. No hay razones para prever una mejoría de los índices de desempleo y la deuda externa continuará gravitando sobre la economía de los países del istmo.

Por otra parte, los desplazamientos poblacionales masivos causan una mayor demanda de servicios que excede y distorsiona la capacidad real del estado para brindar atención de salud en las zonas afectadas.

Como consecuencia de lo anterior se puede afirmar que “la cri-

sis” continuará afectando a los distintos sectores de la vida nacional; la contracción de los presupuestos destinados a salud afectará probablemente, como siempre ha sucedido, al renglón de capacitación de personal de salud. A su vez, es muy posible que dicha crisis continuará siendo utilizada como argumento y justificación para distintos proyectos de cooperación en campos diversos del sector salud, casi todos ellos con un componente importante de desarrollo de personal, y sin la previsión de mecanismos de coordinación entre ellos.

Es en este escenario que las instituciones de salud deberán prestar sus servicios a la población necesitada; para ello se deberán encontrar modos y formas apropiadas para que esa tarea sea cumplida a satisfacción, y dentro de las restricciones presupuestarias esperadas. Cabe recordar que en 1986 los Ministros de Salud de las Américas decidieron que un principio básico de la cooperación de la OPS con los países es “la reorientación y reorganización de los sistemas nacionales de salud para el logro de equidad, eficiencia y eficacia en las acciones de salud, asegurando así la disponibilidad de servicios para toda la población, con amplio desarrollo de la estrategia de atención primaria de salud” (6). Igualmente, los gobiernos han adoptado como estrategia política la descentralización de la atención en salud y la creación de sistemas locales de salud para alcanzar los niveles de atención mencionados.

Todo hace prever que durante la próxima década estos principios básicos acordados por los gobiernos continuarán vigentes. Ello significa que continuará la demanda del momento actual de buscar formas diferentes para la capacitación y la formación del personal; de proveer mecanismos apropiados para la gestión y la administración de ese personal y de los servicios de salud en general, y de desarrollar mecanismos para una mejor utilización de la fuerza de trabajo del sector.

El segundo parámetro de análisis se refiere a los problemas propios del desarrollo de la fuerza de trabajo. En general para toda la Región de las Américas hay necesidad de revisar las formas de trabajo en recursos humanos. A finales de la década de 1980 los encargados del manejo de recursos humanos en los países se enfrentan a la necesidad de formar un personal de salud en consonancia con las políticas y estrategias acordadas (descentralización, por ejemplo) “que sea capaz de gerenciar, administrar y procesar las operaciones y las acciones que se programen desde el mismo sistema local” (7). Esto se dará en los escenarios previsibles para la próxima década ya mencionados, y que estarán caracterizados, según se ha dicho, por un incremento de las demandas de atención, por reducciones presupuestarias en salud frente a un aumento de los costos de la atención, por reformas a las leyes y normas del trabajo en salud, y por la tendencia a que dicho trabajo se lleve a cabo en condiciones de una alta carga de coyuntura, conflicto y lo imprevisto.

Ello está indicando ya la necesidad de proceder a una profunda

revisión del problema de desarrollo de recursos humanos; las formas en que esta revisión puede llevarse a cabo deben incluir el estudio y análisis permanente con sentido estratégico y prospectivo de toda la problemática. Ese análisis se hará por parte de grupos nacionales multi-institucionales. Se buscarán elementos de trabajo para la reformulación de las políticas de recursos humanos que tomen en consideración las cuestiones que hemos señalado antes y las que surgirán de las investigaciones y estudios sobre fuerza de trabajo; de los análisis prospectivos de la educación, y de la reorientación que se ha propuesto sobre la enseñanza de la epidemiología y la salud pública.

Se plantea además la necesidad de reconceptualizar y redefinir esquemas de trabajo en planificación de personal, incorporando los conceptos del pensamiento estratégico a todas las fases del desarrollo de personal y promoviendo su ejercicio y aplicación. La cooperación técnica de la OPS en este campo deberá orientarse, además, a la búsqueda de opciones y alternativas de solución a los problemas y discrepancias que sean detectados a través del análisis con enfoque estratégico.

En cuanto a la educación del personal de salud, los nuevos tiempos señalan la necesidad de respuestas también nuevas. Lo señalaba así Ferreira, quien indicaba además, al referirse a la incorporación de conocimiento nuevo, que: “el proceso de generación, análisis e interpretación del conocimiento que se requiere con el objeto de inducir los cambios indispensables para la organización y desarrollo de los sistemas de servicios de salud, demanda una articulación interdisciplinaria y trasciende los patrones de formación en profesiones específicas; al potencial de transformación de las profesiones de salud deberán sumarse los aportes de las ciencias sociales, la ingeniería, las ciencias agropecuarias, la ecología, etc.” (8).

Se hace necesario continuar insistiendo en la transformación de los esquemas metodológicos con el fin de crear espacios que propicien un aprendizaje en la realidad del trabajo de los servicios de salud. De las concepciones pedagógicas vigentes, la que mejor se ajusta a las demandas para reorientar los procesos formativos y de capacitación es la que parte de la problematización y el cuestionamiento de la práctica de salud, y que propicia el aprendizaje alrededor de problemas concretos del trabajo. En consecuencia, hay necesidad de identificar, definir y caracterizar esos problemas como parte esencial del conocimiento de la realidad (9). Es en este trabajo artesanal que se fundamenta *la educación en la realidad, la educación como proceso permanente, integral y multidisciplinario*, que parece ser la orientación que deberán tener los procesos educativos en las próximas décadas (10).

Finalmente, el tercer parámetro lo constituye el replanteamiento de la cooperación técnica a los países. En el campo de la salud, y específicamente en el de desarrollo de recursos humanos, la amplitud de

los campos de trabajo, la profundidad de los estudios analíticos alrededor de los problemas, la naturaleza propia de las demandas, con las presiones que ello genera, y el problema acuciante de los costos crecientes no permiten la entrega de cooperación técnica en forma similar a la que se brinda en otras áreas. La experiencia de PASCAP, analizada en este trabajo, reveló lo acertado de la concepción original en el sentido de que el Programa debía ser un vehículo para canalizar los esfuerzos cooperativos hacia el objetivo de crear infraestructuras propias en los países. La movilización de recursos humanos nacionales, tanto de consultores nacionales como en calidad de miembros de grupos de trabajo en las instituciones, provee, evidentemente, una mejor calidad de respuesta, al ser esta construida por verdaderos conocedores del problema nacional y al eliminar así los artificios de la cooperación a base de "expertos" que desconocen en verdad los problemas que se intenta resolver. Vidal señala que "es menester buscar y encontrar la excelencia técnica en el propio país; la Organización, para ser más efectiva en la excelencia técnica y en la administración del conocimiento, y para incrementar su capacidad de respuesta a la complejidad del sector y del saber, debe hacer uso y propiciar el desarrollo del mayor capital de los países: sus recursos humanos" (11).

CONCLUSIONES

En conclusión, los gobiernos de Centroamérica, a través de sus Ministerios de salud, han reiterado en diversas ocasiones su confianza en PASCAP como instrumento de cooperación técnica. Sin embargo, sus aseveraciones en este sentido han estado siempre condicionadas a que el programa ajuste sus modalidades de operación a las demandas cambiantes de las políticas y estrategias de salud, a la escasa disponibilidad de recurso financiero, y a los fenómenos sociales, económicos y políticos que conforman el marco contextual para el trabajo en salud.

Vemos entonces a PASCAP como un instrumento al servicio de las verdaderas necesidades de los Países Miembros, esencialmente en los niveles de trabajo que se señalan a continuación:

1. Como un agente catalizador y potencializador de los esfuerzos nacionales por un lado, y de las acciones de cooperación externa en el campo de desarrollo de personal, por otro. Fundamentalmente, dentro de esta característica catalizadora, el Programa puede y debe jugar un papel relevante en el aporte conceptual y metodológico para la formulación de políticas de recursos humanos acorde con los nuevos tiempos, las nuevas demandas y los nuevos problemas.

2. Como un grupo actor y estimulador a la vez, de estudios e investigaciones sobre personal de salud que contribuyan al esfuerzo regional

para definir nuevos abordajes y aproximaciones a la problemática del desarrollo de personal de salud. Es tiempo ahora de señalar nuevas dimensiones y orientaciones para el trabajo de reclutar, educar y mantener la fuerza de trabajo, y prepararlo para las demandas del siglo XXI. Hay que profundizar en las metodologías para el análisis prospectivo de las instituciones y las profesiones y hacer uso cada vez más y en una forma racional, de los planteamientos estratégicos en la planificación, la educación y la utilización de la fuerza de trabajo. La investigación educativa a cargo de grupos nacionales deberá ser fortalecida y estimulada como un mecanismo de análisis permanente del problema educacional para encontrar métodos y técnicas que favorezcan el aprendizaje alrededor del enfrentamiento de problemas concretos del trabajo; las propuestas nacionales que buscan modelos para la capacitación permanente requieren de una alimentación constante en términos de ideas, propuestas y modelos operativos; los aspectos relativos a la identificación de necesidades de aprendizaje orientadas a la transformación de la práctica en salud por una parte, y al monitoreo y seguimiento de los procesos de aprendizaje en los servicios por otra, son solo dos ejemplos de lo que se demandará en el campo de la investigación en el área educativa en la próxima década (12).

3. Como un instrumento de apoyo a las líneas de trabajo transformador ya en desarrollo en Centroamérica, en el campo de la epidemiología, la administración y gerencia del sector; el desarrollo institucional con miras al siglo XXI; la integración de los distintos elementos del sistema de salud, y el desarrollo de liderazgo efectivo en salud pública.

4. Finalmente, siendo PASCAP esencialmente un instrumento de trabajo en el campo de recursos humanos, una acción que no puede ya posponerse es la capacitación de los que tienen y tendrán responsabilidad y poder de decisión en el manejo del problema específico del personal de salud; hay necesidad de proceder a la capacitación avanzada de los dirigentes potenciales a nivel de universidades y ministerios de salud, sustentada en el debate permanente del problema y sus diferentes implicaciones futuras.

¿Cómo puede una entidad como PASCAP enfrentar con éxito esta tarea? El estudio de la experiencia de una década analizada en este trabajo, parece indicar que la respuesta está en la interpretación y los alcances del concepto de cooperación técnica que se pretenda instrumentar. La recuperación y el fortalecimiento de grupos nacionales de trabajo, el apoyo técnico constante a ellos, y la incorporación constructiva del propio Programa al trabajo que esos grupos generan dentro de su propia realidad parece ser, en estas circunstancias, el único mecanismo viable para que PASCAP brinde una colaboración efectiva, de impacto perdurable y acorde con el marco estratégico que debe caracterizar hoy en día a la cooperación técnica en recursos humanos.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Documento Básico para un Programa de Adiestramiento en Salud Comunitaria para Centroamérica y Panamá. Washington, DC, 1978.
 - 2 Haddad, J. y Canales, F. Capacitación de personal para la meta SPT/2000 y la estrategia de atención primaria: Una propuesta metodológica. *Educ Med Salud* 17(1), 1983.
 - 3 Organización Panamericana de la Salud, *op. cit.*
 - 4 SPT/2000 y la estrategia de atención primaria. Publicación PASCAP No.1. San José, Costa Rica, 1981.
 - 5 Canales, F., Alvarado, E. y Pineda E. *Manual de Metodología de la Investigación*. Serie PALTEX. OPS, Washington, DC, 1987.
 - 6 *Principios básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990*. OPS, Washington, DC, 1987.
 - 7 Linger, C., Paranaguá S., Rodríguez J. y Haddad, J. Desarrollo de la Fuerza de Trabajo para los Sistemas Locales de Salud (mimeo). OPS, Washington, DC, 1989.
 - 8 Ferreira, J.R. El Desarrollo de la Formación en Salud. Presentación en la Reunión de Centros de Educación en Salud Pública, Córdoba, Argentina, 1987.
 - 9 Sketchey, J., Mejía, A., Aitken, I., Boyer, M. y Guzmán, E. *Work Improvement in Health Services*. Publicación de la Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1986.
 - 10 Organización Panamericana de la Salud. *Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas*. Fascículo I. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.78. Washington, DC, 1988.
 - 11 Vidal, C. *Bases conceptuales y operativas de la cooperación técnica OPS/OMS en Argentina*. Representación OPS/OMS. Publicación No. 9, Buenos Aires, 1988.
 - 12 Haddad, J., Canales, F. y Turcios, I. Monitoreo y seguimiento de los procesos de educación permanente en salud. *Educ Med Salud* 23(3), 1989.
-

RECURSOS HUMANOS PARA LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

*Carlos Linger*¹

La crisis económica y social por que atraviesa América Latina ha determinado profundas transformaciones en la estructura social y política de nuestros países. A los efectos de nuestro análisis enfatizaríamos dos dimensiones:

- El impacto sobre el aparato del Estado y, por ende, de sus estructuras de salud.
- El avance de los procesos democráticos en el continente y de los procesos participativos de la sociedad civil.

Si hacemos un análisis de estos fenómenos dentro de la problemática de salud, podríamos afirmar que la propuesta de los SILOS, debidamente interpretada e implementada, puede perfectamente ser una respuesta correcta a las demandas planteadas por ambos sectores:

- Reorientación y reordenamiento del aparato del Estado, atendiendo a una redistribución de su poder de intervención y de racionalización de sus escasos recursos.
- Una mayor presencia social participativa en el manejo de los asuntos públicos.

Es evidente que esta misma propuesta también podría reforzar el *statu quo* de las actuales estructuras de los servicios de salud, si se le interpreta como una manera de desconcentrar la carga burocrática del centro a la periferia del sistema y se retiene el poder de decisión institucional en los niveles que tradicionalmente lo detentaban.

Sin embargo, y considerando que la transformación del aparato del Estado hacia modelos descentralizados es un largo proceso que no se define solo por un decreto o una orden administrativa, es que consideramos de capital importancia en el sector salud a su fuerza de trabajo, como objeto y como sujeto al mismo tiempo de dicha transformación.

¹ Consultor en Recursos Humanos. Programa en Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá, San José, Costa Rica.

Esto significa analizar el papel que se espera cumpla dicho personal, para hacer avanzar el proceso de cambio institucional, del cual la instalación de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) es solo una parte del mismo.

FUERZA DE TRABAJO EN SALUD

Cuando tratamos de caracterizar el problema de los recursos humanos idóneos y necesarios a un sistema local de salud, de lo que se trata es de comprender la necesidad de formar personal de salud que responda a las políticas de descentralización, capaz de gerenciar, administrar y procesar las operaciones y acciones que se programen desde el mismo nivel local.

Una de las características más sobresalientes del desarrollo de recursos humanos ha sido la falta de un proceso regular y sistemático de planificación que oriente sus acciones.

La planificación de recursos humanos era identificada tradicionalmente con la planificación de las actividades docentes de capacitación.

Las metas propuestas por los organismos responsables, se referían al número de personas que en un lapso de tiempo eran sometidas a actividades de enseñanza: cursos o seminarios, medidos en número de horas/aula, más que a definir objetivos o metas asistenciales.

Igualmente, la identificación de necesidades de personal de salud se regían por criterios cuantitativos que correlacionaban las variables demográficas con los perfiles profesionales: número de médicos o enfermeras por habitantes, etc.

Esta concepción numérica del problema, sin restarle su importancia, deja de lado, sin embargo, un abordaje integral y articulado del proceso salud-enfermedad, con el proceso de organización de los servicios de salud y con el proceso de desarrollo de la fuerza de trabajo en salud; articulación conceptual y operativa con potencialidad de practicarse en los SILOS.

En los procesos de planificación de los servicios de salud, el personal de salud era incluido como un "recurso". Algo así como un insumo más, y se procesaba junto a los suministros, el presupuesto y la infraestructura física.

No se consideró tampoco que los procesos gerenciales de toma de decisiones y administración del sector salud están a cargo de individuos que tienen sus propias ideas, creencias y concepciones y que administran su cuota de poder, más en función de sus apreciaciones subjetivas que de un análisis situacional amplio, que analice los elementos de un problema en su marco de acción efectiva.

Del mismo modo, nunca fueron considerados como metas propias de la formación de recursos humanos, la transformación de los servicios de salud. Es relativamente reciente la comprensión de que el fin último que orienta los esfuerzos de desarrollo de recursos humanos está determinado por los servicios de salud. No hay recursos humanos a secas; los hay en función de una meta social (salud para todos) y de un desarrollo organizacional: los servicios nacionales de salud.

Otro elemento no contemplado en el modelo tradicional de recursos humanos era el referido a la presencia social en los programas de salud. En una práctica profesional dominante, desarrollada en un contexto hospitalario y fuertemente determinada por el desarrollo tecnológico, los recursos humanos en salud han favorecido un proceso de disociación entre el cuerpo social y el cuerpo biológico. Este último es el "objeto de trabajo" hacia donde se encaminan las acciones, pero que aísla al paciente del contexto social al que ese individuo pertenece.

La "disociación operativa", como suele llamarse, es perfecta y la división de territorios ha funcionado sin tropiezos, a la manera de una división técnica del trabajo.

La transformación de los modelos actuales de prestación de servicios se impone. Los recursos humanos, como mencionamos anteriormente, son a la vez sujeto y objeto de las transformaciones necesarias en los servicios.

Los recursos humanos en salud hoy responden a una serie de características, tales como modelo curativo, institucional, interpretación biológica de la enfermedad, etc., que aquí no explicaremos en detalle. Ese conjunto de atributos se cristaliza en un modelo asistencial que hoy es hegemónico en los servicios de salud y que se constituye en el paradigma actual de la práctica médica.

Nuevas formas asistenciales en donde los funcionarios del sistema de salud sean considerados actores sociales, capaces de diagnosticar situacionalmente las causas políticas, sociales y epidemiológicas en su propio contexto social y que tengan la posibilidad de elaborar y ejecutar planes de salud, junto a la comunidad, abren amplias posibilidades de transformación.

Esta nueva serie de atributos necesarios a la práctica mencionada podrá efectivamente convertirse en un nuevo paradigma de la práctica médica.

Es necesario tener un diagnóstico claro de la situación actual de los recursos humanos, así como una imagen precisa de la situación objetivo a donde se pretende llegar con los mismos, que nos permita identificar con cierta exactitud la dirección del proceso de transformación de un paradigma hacia otro paradigma.

La propuesta de desarrollo de los sistemas locales de salud podrá ser la base material para el desarrollo de los recursos humanos, for-

mando parte del proceso de transformación institucional de descentralización y participación social.

Varias definiciones han sido utilizadas en América Latina para caracterizar a la fuerza de trabajo empleada en el sector salud, apoyadas estas en concepciones diferentes para interpretar el proceso de producción de bienes y servicios, entendidos estos en sentido amplio.

La orientación tradicional del concepto, derivado de concepciones administrativas y gerenciales basadas en la teoría de sistemas, en donde el recurso humano es utilizado junto al recurso físico, financiero, etc. y considera un "insumo" necesario a la elaboración de un "producto", se ha visto ampliada y enriquecida por las nuevas conceptualizaciones de "fuerza de trabajo".

Estas conceptualizaciones, que basan su análisis en las relaciones sociales de producción, definen con mayor precisión la naturaleza del proceso de trabajo en salud, individual o colectivo; cómo se dividen técnicamente las labores entre los agentes; cómo es aplicado el conocimiento científico y tecnológico para el desarrollo propio de los trabajadores, etc.

Sus desarrollos permitieron abrir las puertas a conceptos tales como producción, empleo, desempleo, salarios, distribución, utilización, mercado de trabajo, etc. con una mayor fuerza explicativa que las orientaciones tradicionales y que utilizaremos al desarrollar algunas consideraciones sobre la presencia de dicha fuerza de trabajo en salud, en la propuesta de desarrollo de los SILOS.

LO GENERAL Y LO PARTICULAR DE LOS RECURSOS HUMANOS

Para quienes debemos delimitar nuestro objeto de análisis y nuestro campo concreto de actuación en los recursos humanos, se imponen algunas reflexiones sobre áreas de análisis que debieran considerarse en orden general de determinación:

- Los recursos humanos en el sistema de salud.
- El sector formador de recursos humanos.
- Los recursos humanos en los sistemas locales de salud.

Comenzaremos por el primero de ellos.

Los recursos humanos en el sistema de salud

Una de las características más relevantes del proceso de trabajo en salud es la creciente división social del trabajo, consistente en la atribución de operaciones más complicadas al personal más altamente calificado y las tareas más simples asignadas al personal de menor capacitación.

Se observa, simultáneamente, una distribución desigual de ambos tipos de personal de salud (médicos y auxiliares) dentro del sistema de salud. La alta complejidad es la meta del médico.

Esto se reproduce en la estructura actual de los servicios de salud, conviviendo en el mismo sistema, en un extremo, establecimientos de alta complejidad, dotados de un instrumental nada despreciable y a veces sofisticado, a cargo de un equipo profesional con alta calificación técnica, formados con frecuencia en el extranjero y quienes se mantienen razonablemente actualizados en sus conocimientos a través de revistas y publicaciones extranjeras, reuniones científicas y viajes al exterior. Y en el otro extremo del espectro asistencial, comprobamos el desarrollo de una práctica de salud en el contexto de un puesto o centro de salud o ambulatorio, habitualmente pobremente instalado, de difícil acceso y sin laboratorio, radiología u otros medios de apoyo diagnóstico y terapéutico, con una exagerada carga de trabajo asistencial a cargo de auxiliares o personal de menor calificación.

Con mucha frecuencia los sectores de atención primaria son atendidos por personal de baja calificación técnica y en el nivel inferior de la escala salarial.

Comprobamos, entonces, desigualdades dentro del sistema de salud, originadas por los modelos de concentración propios de las estructuras sociales de la mayoría de los países de la Región.

Dicha distribución selectiva de recurso humanos, financieros, tecnológicos, etc., determina entonces un desarrollo diferencial del recurso humano en función del lugar que ocupa en la estructura del sistema de salud; lugar determinado tanto por su perfil profesional como por el tipo y ubicación del establecimiento asistencial que define sus prácticas.

Si utilizamos los principios de equidad, eficacia y eficiencia con que se definen los atributos actuales de los sistemas de salud, y lo aplicamos a los recursos humanos, diríamos que de lo que se trata, cuando hablamos del desarrollo de los recursos humanos, es de restablecer esos principios en la fuerza de trabajo en salud, que les ofrezca oportunidades de acceso para su desarrollo personal y profesional y que eso determine y condicione niveles de eficacia y eficiencia aceptables para sus acciones de salud.

La propuesta de los SILOS podría crear condiciones para un cambio en la tendencia actual de los recursos humanos, que les permita desarrollar una práctica técnica más ajustada a los problemas de salud prioritarios.

En este sentido, queremos reafirmar la necesidad de un análisis global de la problemática de la fuerza de trabajo en salud, como paso previo e indispensable para la consideración de dicha fuerza de trabajo en los SILOS.

Como lo afirma Campos (1988), resulta difícil imaginar una completa descentralización hacia los niveles regionales o locales de ciertas

decisiones generales de política del sector, que funcionan como un "todo". Ese todo es indivisible y se llama sistema de salud y no es igual a la suma algebraica de sus partes constitutivas.

El sector formador de recursos humanos

La educación médica ha evolucionado en los últimos 20 años al compás de los tiempos. Cada período histórico en que podamos dividir el tiempo transcurrido ha mostrado una estrecha correlación entre el desarrollo social y económico por un lado, y las políticas de salud y la educación médica por el otro.

El escenario actual en América Latina es uno de crisis económica y deuda externa. Desde el marco de esta crisis que se abate sobre nuestros países, las universidades, como órganos sensibles de la sociedad civil, se interrogan sobre su contribución en mitigar el pesado costo social que la deuda hace pagar a sus ciudadanos.

Esta situación sanitaria y social impone cambios a los sistemas de salud para que actúen, en parte, sobre el impacto de la crisis en el perfil epidemiológico de la población. Es en ese cambio en el que se inserta, con toda fuerza, la formación de recursos humanos capaces de implementar esas propuestas.

Para comprender mejor el lugar que ocupan las escuelas formadoras dentro del amplio marco de la salud pública, así como para entender su racionalidad interna, es que se desarrolló en 150 escuelas médicas de América Latina un ejercicio de auto-análisis y reflexión que se denominó el *análisis prospectivo*, bajo los auspicios del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS.

El análisis prospectivo aparece en este período como la forma operativa que se proponen las facultades de medicina y escuelas de enfermería, para profundizar el conocimiento actual del proceso formador de recursos humanos y proyectar su imagen institucional a escenarios posibles del futuro.

La innovación de esta propuesta consistió, a nuestro entender, en no limitar el análisis a los problemas técnico-pedagógicos o al diseño curricular, sino el considerar al proceso mismo de producción de modelos médicos vigentes.

Este abordaje, presente desde la construcción del instrumento de análisis y expresado en los atributos e indicadores elegidos y la respuesta inmediata de las escuelas, reflejan su creciente interés en participar en propuestas de transformación educacional para adecuarse mejor a las exigencias actuales y futuras.

En el análisis e interpretación de los datos surgidos de este estudio se identifican tres ejes que expondremos aquí muy brevemente y de cuya interacción podrán identificarse elementos que articulen concep-

tualmente el sector formador con el sector utilizador de los recursos humanos.

EJES PARA EL ANALISIS DEL SECTOR FORMADOR

Modelos médicos que determinan la educación médica

La educación médica posee una estrecha interrelación con la práctica médica. Los desarrollos de esta última en contextos definidos y momentos determinados han marcado fuertemente a la primera. La inferencia de estas afirmaciones es la de considerar la especificidad educación médica, en su relación con la práctica médica actual en dos modelos médicos: uno liberal o privado y otro asistencial de base socioepidemiológica y con fines de cobertura.

El objeto de transformación: la salud individual o la salud colectiva

Esta categoría, complementaria de la anterior, nos muestra si la orientación general de la enseñanza médica se centra en el individuo o en la salud colectiva. Se trata de identificar si la orientación es predominantemente biomédica o médico-social.

Desde el punto de vista conceptual, la conclusión del análisis de esta categoría nos permitirá saber cuál definición de salud y enfermedad predomina en esa escuela. Si se trata de una concepción fisiopatológica, centrada en la enfermedad del individuo y se da prioridad a las intervenciones médicas para restituir su salud, o por el contrario, la concepción de la salud se analiza como un problema social, de base epidemiológica, en donde al individuo enfermo se le considera desde el punto de vista del lugar que ocupa en la producción y las condiciones de vida que determinan, para ese individuo, riesgos diferentes de enfermar y morir.

Prácticas médico-educativas. El hospital universitario y la atención primaria

La influencia de los modelos médicos hegemónicos que inciden sobre la educación médica nos llevan a esta categoría que marca el cómo y el dónde de la educación médica: el contexto de la enseñanza y sus correlaciones con los servicios de salud, así como el papel que desarrollan las escuelas en los programas nacionales o regionales de salud. Con estos elementos podemos afirmar si las condiciones objetivas de la enseñanza médica dan sustrato a una enseñanza volcada hacia el individuo o hacia la comunidad.

Las prácticas médico-educativas se orientan en función del modelo médico elegido como base para sus prácticas. Si la enseñanza es ejecutada predominantemente en hospitales de alta complejidad (aunque estos sean pertenecientes al sector público) se ofrecerá al estudiante un modelo asistencial predominantemente curativo, centrado en el individuo y que da prioridad a la especialización. Tratándose, en cambio, de una práctica docente desarrollada en instituciones asistenciales organizadas sobre metas de cobertura, bajo los principios de Alma Ata, la enseñanza brindará a docentes y alumnos modalidades alternativas de una práctica médica que no excluye la alta complejidad asistencial, sino que la ubica dentro del contexto general de los servicios de salud, con una propuesta asistencial basada en la accesibilidad de los servicios a toda la población.

RECURSOS HUMANOS EN LOS SILOS

Las características que deben asumir los recursos humanos en los SILOS plantea una serie de dificultades de abordaje.

En primer lugar, debe quedar claro que será el espacio-población, el espacio local, con sus atributos y características, lo que determinará las formas organizativas y el grado de desarrollo que alcance el sistema local de salud. Este, a su vez, determinará a través de sus prácticas políticas, técnicas y sociales, los recursos humanos que la integran.

Esta secuencia de determinaciones no cobrarán un real valor explicativo, sin embargo, si no son identificadas las características específicas de lo que podemos llamar la "intermediación": la manera propia como cada marco-determinación (social), actúa en un contexto específico (local) y de qué manera se expresa en ese contexto específico.

El espacio local es la combinación de unas estructuras específicas (epidemiológica, socioeconómica y de poder) y de una organización técnica específica, que constituyen la base de las relaciones entre las estructuras y los recursos y la realidad social es el resultado de la interacción de todos estos elementos.

Es imposible excluir el análisis de la realidad local, al planificar los sistemas locales de salud, incluyendo el análisis, la estructura y las características de su fuerza de trabajo.

Hemos elegido dos ejes fundamentales para orientar nuestro análisis e identificar los agentes del proceso social que se espera participen en el desarrollo de los SILOS.

Queremos definir de manera más precisa el objetivo de trabajo y el espacio operativo propio que creemos tienen los recursos humanos en un sistema local de salud, mostrando que el eje institucional y el eje de la participación social son dos facetas de un mismo proceso de desarrollo y

recomendamos un tratamiento conceptual integrado, aun cuando en la fase operativa cada eje deba respetar su propia especificidad.

PRIMER EJE

Las fuerzas de trabajo en salud del sector institucional

Se trata de analizar la realización de las fuerzas de trabajo en el proceso de trabajo dentro de las distintas modalidades asistenciales de los SILOS. Dicho en otros términos, se trata de saber cuál sería la relación entre fuerza de trabajo y la organización de los servicios de salud.

Esto deberá descomponerse en sus elementos en cada realidad concreta. ¿Qué características tiene la fuerza de trabajo en ese SILOS específico: tamaño, perfil, distribución, demanda social, efectiva y técnica, salarios, etc.?

Este eje deberá evaluar, por tanto, la dinámica de la fuerza de trabajo y la organización de los servicios, con especial énfasis en la producción de los mismos y el uso de tecnología que permita a través de un análisis del proceso de trabajo, establecer criterios que oporten una mayor racionalidad técnica y administrativa a los SILOS. Será necesario incluir en esta propuesta el análisis del personal de salud como factor de producción. Cómo alcanzar una mayor eficiencia, productividad y efectividad mediante una utilización más adecuada de dichos insumos.

Debería llevarse a cabo un estudio que analice el estado actual de las relaciones técnicas que existen en la producción de un determinado servicio dentro del contexto concreto de cada SILOS.

Siguiendo los postulados de Medici (1987), creemos conveniente considerar, al definir el recurso humano necesario, criterios derivados de la demanda técnica, entendida esta como el número de cargos creados para cada unidad de servicios de salud. También deberá contemplarse la demanda real efectiva por la fuerza de trabajo en salud, definida esta como el contingente de personal que no responde a las necesidades técnicas identificadas para un funcionamiento racional de los servicios, sino como producto de factores políticos, electorales y otros, que presionan para aumentar el número de funcionarios en el sistema. Igualmente, deberá tomarse en cuenta la demanda social en cada SILOS, que busca reflejar el número y la composición de empleos adecuados al modelo médico-sanitario socialmente deseable para ese contexto.

En síntesis, el primer eje de análisis que proponemos, las fuerzas de trabajo en el sector institucional, pretende correlacionar los procesos de trabajo y la producción de servicios de salud en los SILOS, analizando dialécticamente las siguientes tres variables:

- Organización de los servicios de salud.
- Utilización de insumos y tecnología.
- Demanda cualitativa y cuantitativa de la fuerza de trabajo.

SEGUNDO EJE

La participación social en los sistemas locales de salud

Se trata aquí de identificar las modalidades específicas que cobrará la presencia de la sociedad en las acciones de salud, tanto en la concepción como en la gestión y desarrollo de los sistemas locales.

Se pretende en este punto analizar el espacio participativo y democrático de los actores sociales que constituyen el SILOS, evaluando las condiciones objetivas y subjetivas para el diálogo y el acuerdo.

Deberá definirse bajo qué orientación y en qué medida el sector institucional deberá actuar, para garantizar la presencia y participación del sector comunitario en las acciones de salud a nivel local.

Serían necesarias definiciones precisas y claras, tal como lo ha propuesto el Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director de la OPS. El concepto de recursos humanos en salud puede abarcar a toda la población como instrumento y fin del desarrollo social, o limitarse a juzgarlo solamente como mano de obra e insumos del proceso productivo institucional del sector.

Dentro de este eje es necesario considerar la capacitación que requerirá el recurso humano institucional para interactuar con el sector popular. El proceso de diálogo que se espera ocurra en el seno del SILOS para el análisis de la realidad, así como para su desarrollo y gestión conjunta, es algo que requiere una adecuada comprensión y capacitación. Esa comunicación y búsqueda de intereses comunes, aunque desde distintas perspectivas, es un proceso de aprendizaje para ambos y deberán superar prejuicios y hasta experiencias históricas negativas.

Es necesario contemplar actividades de capacitación del personal de salud en los sistemas locales, que den instrumentos conceptuales y operativos para su interacción con la comunidad. Estos instrumentos no deberían pretender meros cambios actitudinales, sino abordar científicamente el problema de salud/calidad de vida/sistemas de salud.

La pregunta que deben hacerse los responsables de los SILOS es cómo operativizar conceptos o propuestas tales como:

- Formas que asumieron históricamente en esa comunidad la defensa de la calidad de vida en general y de la salud en particular.

- Formas organizativas y operativas de la comunidad en defensa de sus intereses de grupo.
- Modalidades de transferencia del conocimiento en salud hacia esa población.
- Rescate de formas tradicionales efectivas de cuidado y recuperación de la salud y su uso eventual en el sector institucional.
- Formas que asume la utilización local de los servicios de salud y sus determinantes.
- Formas concretas de incidencia en el nivel local de las determinaciones de la salud y enfermedad.

Este segundo eje enfatiza pues la inclusión dentro del concepto amplio de los recursos humanos, del sector comunitario y la interfase que se genera a partir de una experiencia de articulación sobre bases conceptuales y programáticas comunes.

PERSONAL DE SALUD INSTITUCIONAL Y EL PROCESO DE LOS SILOS

Reafirmando el papel protagónico del personal de salud en las iniciativas de cambio de los sistemas de salud y cuyo elemento estratégico pueden ser los sistemas locales, hemos tomado la propuesta de Vilaça Mendes *et al.* (1988), para caracterizar tres diferentes niveles posibles de intervención de las fuerzas de trabajo en salud para los fines del mencionado cambio.

Esto en manera alguna remite la transformación a la acción exclusiva del personal de salud, ya que otras fuerzas sociales tienen fuerte presencia en ese proceso, sino que en este capítulo pretendemos orientar las acciones sectoriales hacia tres planos estratégicos de incidencia:

- Plano político-jurídico. El aparato del Estado.
- Plano político-administrativo. El sistema de salud.
- Plano político-operativo. Los sistemas locales de salud.

Este enfoque define la salud como un hecho eminentemente social y político que se concreta en espacios diferentes: el jurídico, el administrativo y el operativo.

El plano político-jurídico

Entendemos la salud como la resultante de las determinaciones que alcanzan a la sociedad como un todo y en donde dentro del juego democrático fuerzas sociales de ideología distinta pugnan por hacer prevalecer sus intereses.

El sector salud y sus agentes tienen la responsabilidad de hacer conocer a toda la sociedad y a las instancias específicas del Estado (como el Poder Legislativo), la situación epidemiológica nacional y las causas de enfermedad y muerte, para que se legislen nuevos instrumentos políticos y jurídicos que atiendan a esa realidad.

Ejemplo de esta situación la encontramos en el Brasil, donde la salud como hecho político llega a la sociedad civil, a los partidos y a la Asamblea Constituyente por un fuerte movimiento sanitarista que promueve el diálogo y el análisis del problema dentro de esos sectores.

El plano político-administrativo

Este plano enfatiza un análisis dentro del sector. Se resalta la importancia del análisis crítico de la situación actual del sistema de salud por parte del personal de salud y de la comunidad.

Como un movimiento centrípeto iniciado en la periferia del sistema, bajo los estímulos de la propuesta estratégica de los SILOS podrá generarse un proceso de análisis a cargo de los propios actores del proceso, que impulse al sistema hacia arriba en la búsqueda de alternativas integrales de desarrollo. Impulsar a la salud de abajo hacia arriba podrá representar también un saludable movimiento de renovación de los modelos tradicionales de la salud pública, donde las decisiones estuvieron tradicionalmente depositadas en los niveles centrales de los ministerios, con débil retroalimentación desde las unidades productoras.

El plano político-operativo

Este plano jerárquico de análisis representa para los recursos humanos el punto central de sus acciones. Aquí es donde debemos definir nuestro objeto de trabajo como la constitución de los sistemas locales de salud. Esta tarea compleja deberá ser analizada, planificada y ejecutada por los propios agentes, que al mismo tiempo son objeto de transformación.

Los actores sociales deberán proponer y accionar nuevas formas organizativas complejas en salud, que a su vez condicionen y determinen sus propias prácticas. Esta es la clave que concentra nuestro esfuerzo de análisis del papel de los recursos humanos en los SILOS.

¿Cómo determinar un cambio del paradigma en recursos humanos, cuando las condiciones objetivas que lo determinan (los servicios de salud) aún no se modificaron?

Esta relación dialéctica del objeto y el sujeto de transformación, muestra la necesidad de un abordaje conceptual único en ambos dominios: los sistemas de salud y la fuerza de trabajo en salud. No se puede planificar un sistema local de salud aparte de la fuerza de trabajo que lo

hace posible y que determina sus características específicas y su potencial de desarrollo.

En este ámbito político-operativo, los recursos humanos actúan en ese espacio-población llamado SILOS, considerando:

- La población y sus problemas.
- La estructura existente de los servicios de salud.
- El personal de salud disponible.

Dicho espacio-población no es solo un territorio geográfico, sino también un espacio demográfico, epidemiológico, tecnológico, económico, social y político y esos elementos deberán ser contemplados por los actores sociales (población y funcionarios) que tengan por misión diseñar el SILOS y hacerlo funcionar.

Será la interrelación dinámica de los actores sociales en el proceso la que determinará el desarrollo del SILOS, en el cual se irán resolviendo sucesivas contradicciones que la realidad presente.

CONSIDERACIONES PARA PONER EN MARCHA EL PROCESO INSTITUCIONAL

Considerando el desarrollo de los SILOS como un proceso desencadenado en el seno mismo del aparato del Estado y vinculado a políticas generales de descentralización, queremos enfatizar el papel que se espera asuma el sector salud para favorecer su desarrollo, ofreciendo espacios, instrumentos y recursos que permitan a los actores “construir” sus propias alternativas.

Desde el punto de vista institucional, cuatro puntos se resaltan como importantes para la puesta en marcha de dicho proceso.

1. Crear las condiciones de viabilidad política de un proceso de transformación institucional y de desarrollo de los sistemas locales de salud.

2. Concretar la propuesta de la diseminación centrípeta del proceso de transformación institucional y de los SILOS a niveles superiores institucionales y políticos. Esto sin perjuicio que iniciativas similares puedan y deban iniciarse en cualquier lugar de la red de servicios de salud y en instancias de la sociedad civil.

3. Ofrecer a los actores espacio institucional y social de acción e insumos para el desarrollo del proceso de los SILOS.

4. Extender rápidamente el proceso de desarrollo de los SILOS en una determinada localidad, región o área, a otras similares, para que desde el comienzo mismo del proceso exista un fluido intercambio de experiencias que determine una generalización del proceso y lo consolide como proyecto nacional.

PLANIFICACION DE RECURSOS HUMANOS

La planificación, como instrumento que precede y preside la acción, juega un papel fundamental en ayudar a los actores sociales a identificar de manera ordenada y sistemática, desde el punto de partida, cuál es la dirección del proceso, qué dificultades esperan encontrar en el camino, cómo enfrentarlas y qué situación-objetivo pretenden alcanzar.

Creemos que dicha planificación debería ser encarada con criterio estratégico que ofrezca alternativas metodológicas e instrumentales para adecuarse a los principios políticos y técnicos definidos en los SILOS, y que incluya como elemento fundamental la participación social. No solo deberá considerar el nivel técnico-directivo del sistema de salud, sino a todos los actores sociales con presencia activa y en donde la concepción estratégica ayude a viabilizar los principios normativos que orienten y den dirección al plan.

Creemos que los conceptos generales desarrollados en la planificación estratégica situacional de los servicios de salud, desarrollados por una serie de autores en América Latina (Testa, Matus y otros) poseen cierta fuerza explicativa y ordenadora que autoriza su utilización aplicada a los recursos humanos, como una especificidad dentro del conjunto.

La necesidad, siempre planteada desde los recursos humanos, de definir y caracterizar su proceso de transformación hacia nuevos paradigmas, puede encontrar en la planificación estratégica y situacional la ayuda para identificar con más exactitud los elementos que constituyen dicho proceso.

Ya que en este documento se trata de analizar las implicaciones de los recursos humanos en el desarrollo de los sistemas de salud, hemos querido analizar algunos aspectos de la planificación estratégica y su utilización para los recursos humanos.

Partimos del concepto que el proceso de planificación estratégica es un proceso global integral que considera en su análisis, tanto los factores políticos como técnicos y operativos de manera general, a través de la identificación, valoración y cuantificación de los problemas dentro de espacios previamente identificados.

Por estas mismas razones, sería deseable que la consideración del problema de recursos humanos se incluyera al planificar los SILOS, en el conjunto de la planificación del sistema local, aunque identificando su especificidad dentro de ese conjunto.

Como lo hemos afirmado anteriormente, el personal de salud con responsabilidades en el área de los recursos humanos debiera participar en todo el proceso de desarrollo del SILOS, tanto en los aspectos generales estructurales y organizativos generales, como en los propios de su área de acción.

Dentro de esta área específica, deseamos ofrecer al personal responsable algunas líneas orientadoras de su accionar como planificadores de un sistema de salud, junto al resto del equipo.

Por ello hemos querido resaltar aquí algunos momentos de mayor importancia (que hemos denominado “momentos de los recursos humanos”) en donde se espera de dicho personal una participación más marcada dentro de la planificación general.

DIAGNOSTICO SITUACIONAL

Proceso político, técnico y administrativo de conceptualización del sistema local de salud

En la nomenclatura situacional formaría parte del *momento explicativo*, en donde el actor social inserto en una realidad, sintetiza elementos que la componen, constituyendo entonces una visión de esa realidad en su conjunto. Esa visión se denomina “situación”.

En este momento, los recursos humanos en salud, en su conjunto, inician junto a los otros actores sociales el proceso de explicación situacional que incluye:

- La definición del problema.
- La cadena causal del problema.
- El establecimiento de un espacio del problema.

Aquí se identifican las determinantes generales que inciden sobre los problemas particulares y las condicionantes singulares, es decir, la serie acumulada de hechos que rigen en un espacio singular.

Se espera en este momento de los responsables por los recursos humanos, una comprensión del problema global planteado en el SILOS, con definiciones claras sobre los problemas generales que se espera deba encarar el sistema local.

Se espera, igualmente, que se inicie la consideración de la incidencia que tendrán los problemas generales sobre los recursos humanos y que dejen abierto el camino de la planificación para el momento siguiente.

Precisión del problema de los recursos humanos en los SILOS

Para este momento, se requiere del personal de salud una comprensión del problema, una explicación del mismo y un diseño de formas posibles de enfrentarlo. Este momento exige una definición del ámbito

explicativo del actor, que debe corresponder al ámbito en donde él tiene jurisdicción política y gerencial sobre el proceso que se desarrolla en ese espacio.

Para los responsables de los recursos humanos en los SILOS, se trata de caracterizar la problemática específica de su sector.

El elemento importante aquí es analizar a las fuerzas de trabajo en salud en su relación con la organización de los servicios. Cómo está estructurado el proceso de trabajo en las distintas modalidades asistenciales que compone a un SILOS.

Aspectos tales como el uso de la tecnología, los insumos básicos, la organización de las tareas asistenciales, los perfiles profesionales existentes y necesarios, la estructura de la demanda de servicios y de recursos humanos, etc., son datos que deberán conocerse y analizarse para luego ser analizados e ir definiendo los “nudos explicativos” en los diferentes planos situacionales y en los espacios respectivos.

La gran responsabilidad que cabe a los encargados de los recursos humanos en este momento, es el de definir claramente el espacio propio de sus problemas específicos, ya que eso determinará su capacidad real de modificación de la situación actual de los recursos humanos hacia una situación-objetivo o imagen deseada.

El momento normativo de los recursos humanos

Este momento representa la elaboración de una situación-objetivo: una imagen deseada de los recursos humanos en consonancia con la imagen-objetivo del sistema local de salud.

Esta construcción de lo deseable pone al mismo tiempo en evidencia los problemas que se deberán enfrentar para concretar el pasaje de una situación a otra.

Ese camino que deberá ser recorrido dentro de un espacio-población determinado es lo que llamaremos desarrollo de los recursos humanos. Es decir, el desarrollo de los recursos humanos en un determinado sistema local de salud es el camino estratégico que deberá recorrer su fuerza de trabajo para pasar de una imagen actual a otra deseada.

Es la instancia de diseño de un modelo que defina cómo debe ser la realidad en contraposición a lo que es hoy día. Se recomienda la elaboración de una guía direccional del proceso de cambio situacional que marque el qué y el cuánto del cambio.

Este diseño normativo debe explicitar también cómo deberá ser la estrategia que conduzca a la acción.

El plan operativo

En este momento se trata de ejecutar el plan de acción definido en el momento precedente y se refiere al “hacer”. Es el cálculo que pre-

cede y preside la acción en la coyuntura y orienta la toma de decisiones en el nivel directivo del sistema local de salud, en el sentido de la dirección definida, superando los problemas que se van planteando en el camino. Exige una evaluación permanente del proceso de cambio situacional que verifique a cada momento los logros alcanzados y si estos se dirigen en función de la meta prevista.

Este momento exige atención a dos atributos importantes:

- *Concentración de esfuerzos*, contemplando tratamientos diferenciales para diferentes problemas y operaciones.
- *Flexibilidad* que haga posible cambios de rumbo o ajustes en la marcha sin alejarlo de su dirección y manteniendo fundamentalmente una ágil respuesta a situaciones imprevistas y cambiantes de la realidad.

Para ordenar y sistematizar este momento operacional de desarrollo de los recursos humanos se recomienda la elaboración de planes anuales de acción que tomen como referencia al plan de mediano plazo y procesen en lo cotidiano las respuestas operativas que plantea la coyuntura.

CONCLUSIONES

En síntesis, hemos desarrollado en este trabajo algunas consideraciones sobre los recursos humanos en los sistemas locales de salud, que aporten al proceso de análisis y programación que los países de la Región vienen llevando a cabo en esta fundamental área del desarrollo de los sistemas de salud.

Nuestra intención ha sido remarcar el importante papel que tienen los actores sociales en proponer y accionar nuevas formas organizativas complejas en salud. Con referencia a dichos actores sociales, hemos marcado el papel de la fuerza de trabajo en salud del sector institucional, pero hemos querido incluir en ese concepto al sector comunitario organizado, que interactúe con el mencionado sector institucional y que se espera “construyan” la propuesta de cada sistema local.

Igualmente, hemos tratado de marcar la relación de interdependencia que existe entre los procesos de trabajo en salud, su fuerza de trabajo y la producción de servicios de salud en los SILOS, como marco para los procesos de planificación y programación.

Finalmente, en el proceso de planificación estratégica de los recursos humanos en los SILOS, hemos mostrado la necesidad de la elaboración de una imagen objetivo de los mismos. Cómo debería ser la realidad, en contraposición a lo que es hoy, y qué camino será necesario recorrer dentro de un determinado espacio-población para alcanzarla.

BIBLIOGRAFIA

- Bloch, C., Quinteros, Z. y Belmartino, S. La política sanitaria argentina y las estrategias de desarrollo. *Cuadernos Médico-sociales*, No. 14, 1980.
- Breilh, J. *Epidemiología, medicina y política*. Universidad Central, Quito, 1979.
- Breilh, J. y Aranda, E. Investigación de la salud en la Sociedad. CEAS, Quito, 1980.
- Bronfman, M. y Tuiran, R. *La desigualdad social ante la muerte*. El Colegio de México, México, 1983.
- Campos, F. Recursos humanos y sistemas de salud (mimeo). UFMG, Belo Horizonte, Brasil, 1988.
- Capote Mir, R. La evaluación de los servicios de salud en Cuba. *Saúde em Debate* 13 y 14, CEBES, Brazil. 1981.
- Capote Mir, R. La regionalización y la red de servicios de salud (mimeo). OPS, Washington, DC, 1987.
- Capote Mir, R. y de Moraes Novaes, H. Sistemas locales de servicios como política de regionalización de la salud (mimeo). OPS, Washington, DC, 1987.
- Laurell, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. *Revista Latinoamericana de Salud*, 1(2):7-25, 1981.
- Macedo, C. Guerra de. Mensaje del Director. *Bol Of Sanit Panam* 102(2), 1987.
- Medici, A. (mimeo). Escuela Nacional de Salud Pública. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, Brasil, 1987.
- Oliveira, V. Sistema local de salud (mimeo). OPS, Washington, DC, 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *Principios básicos para la acción de la Organización Panamericana de la Salud 1987-1990*. Washington, DC, 1987.
- Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo de la política general de cooperación técnica de la OPS en el cuatrienio 1987-1990*. Washington, DC, 1987.
- Tambellini, A. Contribuição a análise epidemiológica dos accidentes de tránsito. Tesis de Doctorado, Campinas, 1975.
- Vilaça, Mendes, E., Villar, H. y Alarid, H. J. Sistemas locales de salud. Aspectos conceptuales y aplicación. OPS, Washington, DC, 1988 (en prensa).
-

MONITOREO DE LOS PROCESOS DE CAPACITACION PERMANENTE. UNA PROPUESTA DE TRABAJO¹

Jorge Haddad², Francisca de Canales³ y María Isabel Turcios⁴

INTRODUCCION

Los trabajos que condujeron a la elaboración de una propuesta de cambio educacional en salud, implementándola ya en varios de los países del continente, incluyó el estudio y la investigación de distintas áreas de trabajo por parte de los distintos grupos nacionales movilizados con ese fin, los que contaron para ello con el apoyo técnico y financiero de la Organización Panamericana de la Salud. Uno de esos aspectos (poco desarrollado en las propuestas pedagógicas tradicionales), es el que se refiere a la valoración constante del desarrollo del proceso de capacitación, en forma coherente con el desarrollo de los servicios. La propuesta de cambio mencionada lo señala en forma destacada, al afirmar que “un proceso educativo permanente, ligado al desarrollo de los servicios de salud, requiere de un sistema de seguimiento y monitoreo oportuno, que también debe ser permanente” (1).

En ese sentido, la propuesta sugiere la organización y el desarrollo de acciones integradoras del proceso educativo, que no solamente sean capaces de rescatar información sobre el progreso de dicho proceso, sino que, además, provean realimentación oportuna en todas sus etapas, mediante acciones educativas adicionales o complementarias.

¹ El material aquí presentado es producto de un esfuerzo multipaíses para construir la Propuesta de Reorientación de la Educación Permanente que impulsa la Organización Panamericana de la Salud. El trabajo será publicado íntegramente en el Fascículo V de la Serie Educación Permanente en Salud, de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos, No.82, 1989.

² Asesor Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

³ Universidad Autónoma de Honduras; funcionaria OPS (PASCAP) en Honduras.

⁴ Ministerio de Salud de Nicaragua; funcionaria OPS (PASCAP) en Nicaragua.

Congruente con lo anterior, funcionarios de los Ministerios de Salud de Honduras y Nicaragua han desarrollado un modelo de trabajo que es coherente con los principios en que se fundamenta el cambio educacional propuesto (integralidad, articulación con el trabajo de los servicios, multidisciplinariedad, carácter de proceso permanente con el aprendizaje promovido alrededor del enfrentamiento con los problemas del trabajo), ya que propone una modalidad de seguimiento con implicaciones estratégicas, porque genera nuevas demandas y acciones capacitantes, a la vez que señala directrices para el reordenamiento constante del proceso permanente.

Dentro de los lineamientos conceptuales y metodológicos proporcionados por este trabajo, se prevé la apertura de espacios amplios de investigación y estudio por parte de los grupos nacionales de trabajo, para que en cada situación concreta y en cada país, la modalidad se ajuste a las realidades de cada estrategia sanitaria y de cada contexto nacional.

El trabajo inicial, cuyos primeros resultados forman la base de esta contribución, se enmarcan en el contexto de los sistemas locales de salud (SILOS) pero, en realidad, es aplicable a distintos marcos de trabajo en los que se decida reorientar la capacitación de la fuerza de trabajo, para convertirla en un proceso de tipo permanente.

MARCO DE REFERENCIA

El proceso educativo permanente a que nos hemos referido sustenta sus acciones a partir del estudio de una situación concreta (el contexto); se construye a partir de necesidades de aprendizaje identificadas en el interior mismo de los servicios de salud y de la propia sociedad en que se desarrollan; finalmente, adquiere las características de un proceso estratégico mediante el desarrollo de acciones educativas que corresponden a una propuesta pedagógica participativa y construida alrededor de problemas concretos (2).

Un proceso de esas características requiere de un seguimiento que provea información diagnóstica, a la vez que suministre instrumentos para su realimentación constante. Resulta esencial, para su mejor comprensión, definir un marco referencial que, en este caso, deberá tomar en consideración tres elementos esenciales (3):

- Las características y tendencias del desarrollo de los servicios y programas de salud.
- Las concepciones pedagógicas vigentes, sobre todo aquellas que permiten el desarrollo de procesos educativos que promueven el aprendizaje en el ámbito del trabajo y se centran en los problemas que de allí emergen.

- Las tendencias del desarrollo de la fuerza de trabajo, y su papel en los servicios de salud.

En relación con la *infraestructura de salud*, se ha planteado la necesidad de redefinir los modos y estrategias de prestación de servicios de salud, como una consecuencia de los resultados del análisis que se ha hecho sobre el trabajo que se realiza en los distintos niveles de atención, que indican un bajo grado de eficacia, eficiencia y equidad en la mayoría de los servicios de salud de América Latina.

En general, los países de la Región no han podido, hasta la fecha, resolver la demanda de atención de sus mayorías poblacionales, ni cumplir con los principios de equidad, eficacia y eficiencia propuestos al final de la década pasada. Esto constituye uno de los grandes desafíos actuales para los responsables de conducir las acciones en salud. Por otra parte, si se confronta el desarrollo de los servicios de salud con una imagen prospectiva de las demandas y necesidades que se estima estarán presentes a finales del siglo, se hará más evidente la inadecuación de las estructuras actuales y de sus modos de trabajo, con los requerimientos esperados de las estrategias sanitarias según esa imagen prospectiva. (Actualmente existen 130 millones de personas que carecen de servicios de salud. En los años que restan para llegar al 2000, habrá 160 millones de personas más que demandarán atención en salud (4)).

Ante tal desafío, la Organización Panamericana de la Salud ha planteado la necesidad de reorganizar y redefinir los sistemas de atención en salud, retomando los enfoques y planteamientos de descentralización técnico-administrativa. Una modalidad propuesta ha sido el desarrollo de sistemas locales de salud (SILOS).

Ello conlleva profundas implicaciones para el desarrollo de la fuerza de trabajo. En efecto, en la abundante documentación e informes técnicos producidos sobre descentralización y SILOS se explicita la necesidad de que los países cuenten a corto plazo, y en forma permanente, con personal suficientemente calificado para asumir las responsabilidades que impone la reorganización de los sistemas de salud. Requiere igualmente de un personal íntimamente vinculado a procesos de participación social, cuya dinámica trascienda los esquemas de la "institucionalidad" tan arraigada, hasta ahora, en el sector salud.

La demanda anterior sugiere el establecimiento de una relación educación-trabajo-práctica como característica esencial del proceso educativo, con amplia participación de los distintos actores sociales del proceso.

Hay, además, otra implicación que abona a la magnitud y a la importancia de la cualificación del personal. Se trata de que hay necesidad de superar el nivel de cuantificación como única variable de análisis, así como las descripciones generales y aisladas sobre formación y utilización

de la fuerza de trabajo en salud que no contemplan una perspectiva integradora ni son sustentadas en análisis histórico-estructurales. La Organización Panamericana de la Salud ha abierto espacios de reflexión al plantear que “ya no basta considerar los recursos humanos en la perspectiva limitada de mano de obra de un mercado de trabajo, sino que es necesario visualizar la dimensión social general del trabajo en salud en un contexto social determinado, y colocarlo en el marco específico de una situación institucional” (5).

Aún más, las interrogantes a ser consideradas incluyen asuntos tales como los *critérios para definir la composición de los equipos* de salud en los distintos niveles de atención, así como sus *diferencias* de tipo local, geográfico, programático, institucional, demográfico y social, entre otras. Probablemente hay necesidad de definir peculiaridades en unos casos, o soluciones intermedias en otros. Todo ello conforma también un cuerpo de implicaciones importantes en las decisiones estratégicas sobre el desarrollo y capacitación permanente del personal (6).

En la propuesta de reorientación de la educación, la esencia del cambio educacional que se propone tiene su principal ubicación en la etapa de monitoreo y seguimiento del aprendizaje. Se le ha señalado como parte intrínseca, deseable y necesaria de cualquier metodología educativa que se utilice, pero es evidente que su desarrollo e instrumentación será más factible en aquellos procesos educativos centrados en el trabajo y en la producción de servicios de salud; el monitoreo en este caso tendrá que articularse con las distintas experiencias de aprendizaje, y con los distintos componentes de la operación y funcionamiento de los servicios de salud.

CONSIDERACIONES PARA UN MARCO CONCEPTUAL Y OPERATIVO

El monitoreo y seguimiento de un proceso de aprendizaje implica la consideración de distintos factores, categorías de análisis, actores y otros elementos que intervienen en ese proceso. En ese entendido, las siguientes consideraciones son esenciales para formular aproximaciones conceptuales al respecto:

- a) El proceso es de carácter permanente. Para asegurar este carácter, el monitoreo debe desarrollarse en forma paralela e integrada con el desarrollo del propio proceso educativo; la principal implicación de esto es que convierte también en permanente el análisis del contexto y la identificación de necesidades de capacitación, de tal forma que el proceso capacitante estará siempre en condiciones de dar respuesta a las demandas cambiantes y crecientes.

- b) El monitoreo puede estar orientado al seguimiento y evaluación del proceso; pero también puede estar centrado en el producto (y su generación progresiva). Una tercera posibilidad es que el alcance y el enfoque de las acciones de monitoreo se extienda a ambos aspectos: el proceso y el producto.
- c) El espacio de acción del monitoreo y el seguimiento alcanza a todo el proceso de educación permanente. La información obtenida sirve para generar acciones que realimentarán en forma *directa* al proceso educativo (esto es, la acción capacitante adicional); pero también tiene repercusiones por vía *indirecta*, que afectan a las necesidades de aprendizaje identificadas, a la capacitación requerida para los facilitadores del proceso, e incluso, a más largo plazo, al contexto en que se ha enmarcado el proceso educacional.
- d) Para que resulte efectivo, un sistema de monitoreo del aprendizaje deberá asegurarse tres insumos básicos: *una definición del producto* que se espera del proceso capacitante y de las necesidades de aprendizaje identificadas en que se fundamenta la capacitación; la existencia de *indicadores* previamente formulados, que son las *unidades de medida del progreso del proceso* hacia el producto esperado, y *una base informativa* sobre aspectos particulares o críticos del proceso (metodologías, rol docente, materiales de apoyo, etc.).
- e) El proceso utiliza una diversidad de técnicas y metodologías tales como la supervisión y la investigación, ambas de tipo participativo y que son analizadas en detalle más adelante. Las técnicas mencionadas pueden utilizarse en forma independiente cada una de ellas, o en forma combinada.
- f) Los “actores” del proceso son trabajadores de los servicios de salud, y en este grupo hemos de distinguir dos subgrupos: los trabajadores-aprendices, que son objeto del proceso capacitante, y los trabajadores-facilitadores, que están a cargo de la acción educativa.⁵ En otras palabras, la acción monitorea es llevada a cabo por funcionarios de los propios servicios de

⁵ El término “facilitador” proviene de los creadores y defensores de las metodologías educativas participativas; sustituye al concepto formal de “docente”, “instructor” o “conductor”, y refleja la idea básica de la educación participativa, en la cual se propone la interacción de un grupo de trabajadores como mecanismo fundamental para promover el aprendizaje y en la que uno de ellos tiene como función la de propiciar situaciones que favorezcan ese aprendizaje. Orientan, estimulan, inducen, facilitan, en lugar de “enseñar”, “dictar” o “instruir”. El término “facilitador” es apropiado para transmitir esta idea y esta concepción, pero puede ser sustituido por otro término que en cada país se considere más ajustado a sus condiciones particulares.

salud, que son los más calificados para juzgar, evaluar y supervisar las acciones de trabajo. Sin embargo, el proceso prevé espacio y momentos para la participación de otros grupos sociales y poblacionales involucrados en un sistema de servicios específicos. Los sistemas locales de salud constituyen un ejemplo claro de estos principios.

- g) En la modalidad de trabajo propuesta, “monitoreo” presupone que además de la identificación de deficiencias en el aprendizaje, se generarán acciones “correctivas”, suplementarias o de fortalecimiento; esto es objeto de mayor detalle más adelante. En este momento nos limitaremos a señalar que en el proceso cabe la opción de que la acción educativa suplementaria pueda realizarse *in situ*, de inmediato; en otras circunstancias habrá base suficiente para la toma de decisiones sobre la pertinencia y necesidad de actividades educacionales adicionales.
- h) Con base en el marco de referencia que se ha tratado en la segunda sección, se señalan tres categorías de análisis derivadas de ese marco referencial, que se han agrupado bajo criterios tales como la homologación de la información obtenida, la construcción de una base de datos pertinente y la medición de lo logrado frente a los resultados esperados cuantitativa y cualitativamente (metas).

El trabajo como eje y ámbito del aprendizaje

Un sistema de monitoreo apropiado permite valorar el logro progresivo, de características tales como las siguientes:

- Eficiencia en el desempeño de tareas y actividades específicas en el contexto de un sistema de salud dado.
- Eficacia en el desarrollo de programas de atención por parte de las unidades de servicio, y en la resolución de los problemas planteados.
- Capacidad de generalización de lo aprendido para la solución de otros problemas similares.
- Capacidad para la discusión y el análisis participativo, así como para la interpretación de las causas, incidencias y características de los problemas analizados.
- Habilidad para la interpretación del problema y del resultado de su manejo en el contexto planteado.
- Grado de coherencia que existe entre las acciones desempeñadas por el trabajador y otros elementos de la estrategia de salud (ejemplo: participación social en un sistema local de salud).

El aprendizaje y los procesos educativos

En esta categoría de análisis, un sistema de monitoreo se sustentará en indicadores que valoren:

- El desarrollo de habilidades para el trabajo participativo y multidisciplinario.
- El desarrollo de actitudes que favorezcan la cohesión y participación social en las acciones.
- El logro de capacidades para la interpretación, el análisis y la discusión de situaciones y para la ulterior generalización de sus resultados.
- El fortalecimiento de la capacidad de conceptualizar y generalizar partiendo del análisis e interpretación de hechos, fenómenos y datos.
- El desarrollo de habilidades para continuar su educación en términos de búsqueda constante de alternativas diferentes de solución a los problemas presentados.
- La medición del grado de alcance del propósito educativo en los servicios de salud, el análisis de la metodología utilizada y la evaluación del desempeño de los facilitadores del proceso de aprendizaje.

Desarrollo de la fuerza de trabajo

El monitoreo de un proceso capacitante incluye también el análisis y la valoración de indicadores acerca de este elemento fundamental. Puede lograrse mediante la consideración del grado de desarrollo de habilidades para la creación de condiciones que permitan la continuación de su crecimiento integral, congruente con su contexto social.

En base a las consideraciones anteriores, conceptualizamos el monitoreo del proceso de educación permanente como el seguimiento ordenado, reflexivo y crítico, del proceso de aprendizaje, que se obtiene al comparar el resultado de las acciones educativas con el desempeño esperado. Para ello, hace uso de indicadores de progreso del desarrollo de los servicios, de los programas y del aprendizaje mismo.

Es un componente intrínseco del proceso capacitante, desarrollado en el marco de los servicios de salud, que rescata y sistematiza información sobre el grado, profundidad y pertinencia del aprendizaje logrado y que provee realimentación oportuna mediante el desarrollo de acciones educativas complementarias.

En consecuencia, el proceso incluye dos momentos esenciales: el momento *diagnóstico*, en que se recopila, colecta y sistematiza información sobre el progreso de la acción educativa, y el momento de *realimenta-*

ción de la capacitación, constituido por el conjunto de experiencias que complementan, fortalecen y consolidan el aprendizaje; particularmente en aquellos puntos críticos que en el momento diagnóstico se detectaron como de “aprendizaje insuficiente”.

La propuesta conceptual anterior se fortalece con las características de todo proceso participativo, multidisciplinario y conducido por los propios trabajadores de los servicios que participan en el proceso educativo.

DESARROLLO METODOLOGICO

En esta sección se analizarán algunos aspectos relevantes del proceso de monitoreo, incluyendo distintas alternativas metodológicas y diferentes propuestas de acción, de estrategias y de técnicas, en el marco más amplio de la metodología global del proceso capacitante.⁶

Los momentos del proceso

En la sección anterior se señaló que el proceso tiene dos momentos fundamentales: el diagnóstico y la realimentación.

El momento diagnóstico es un proceso participativo en el que se rescata, se analiza y se organiza información acerca del proceso educativo y del efecto que el mismo está produciendo, a partir de la percepción que los propios trabajadores y facilitadores tienen sobre el mismo. Se sustenta en un análisis permanente de las relaciones entre proceso y producto en todas sus dimensiones, o sea:

- **Monitoreo a través del proceso.** Permite obtener información para detectar deficiencias y para decidir sobre las soluciones pedagógicas apropiadas.
- **Monitoreo a través del producto.** Suministra información sobre algunos aspectos del desempeño del trabajador, que se obtiene al comparar este con los requerimientos para alcanzar las metas y productos esperados de los servicios de salud. Crea, además, un espacio propicio para la reorientación del proceso educativo y el reforzamiento del aprendizaje.

⁶ Dada la naturaleza de esta publicación y dada, además, la necesidad de que los grupos profundicen por ahora en los fundamentos teóricos de esta propuesta, en esta sección se dará más énfasis a esos principios fundamentales. Se sugiere a los grupos interesados explorar las posibilidades operativas descritas con mayor grado de detalle en el Fascículo V de la Serie Educación Permanente de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 82 de la OPS.

El diagnóstico, cuando se realiza a través de acciones analíticas, reflexivas y participativas, permite identificar los factores que condicionan y determinan los problemas que surgen durante el proceso educativo permanente, incluyendo aquellos que emergen como consecuencia de situaciones coyunturales.

Por otra parte, la identificación de alternativas de solución a los problemas detectados provee insumos para la realimentación del proceso educativo y de las restantes etapas del proceso global. Las propuestas, estrategias y acciones de ajuste deben ser seleccionadas según criterios de oportunidad, pertinencia y eficacia.

Estrategias y técnicas

Existe una diversidad de técnicas y estrategias para desarrollar el proceso en sus dos momentos. Es previsible, además, que los grupos de trabajo que se dedican a esta labor encuentren espacios para la generación de modalidades diferentes de trabajo para alcanzar el fin propuesto.

En correspondencia con las bases conceptuales y metodológicas de la educación permanente, se señalan dos alternativas de acción que permiten el abordaje de los dos momentos del proceso; la selección de una de ellas deberá sustentarse en criterios de factibilidad, oportunidad, pertinencia y disponibilidad de recursos. Dichas alternativas son:

- ***La supervisión.*** Entendida no solo como mecanismo para detectar deficiencias (momento diagnóstico), sino fundamentalmente como un instrumento para reforzar la capacitación y consolidar el aprendizaje (momento de la realimentación del proceso).
- ***La investigación.*** Entendida como investigación de tipo participativo que sirve no solamente para el momento diagnóstico, sino que crea condiciones para aplicar distintas modalidades pedagógicas también de carácter participativo (momento de la realimentación educativa).

Las alternativas no son excluyentes. Puede utilizarse una sola de ellas en forma independiente y también pueden aplicarse ambas en forma combinada. Ello dependerá de situaciones particulares, sobre todo las relacionadas con la disponibilidad de recursos, fundamentalmente de recursos humanos capacitados en el manejo de estas técnicas y conocedores del contexto general y particular en el que se desarrolla el proceso educativo.

La supervisión

Premisas básicas

En el marco del monitoreo de un proceso educativo, la supervisión no es una acción desligada de dicho proceso. Forma parte de él, aunque las formas de su desarrollo pueden variar de un país a otro, de un servicio de salud a otro, y de una oportunidad o situación a otra.

Los responsables de la supervisión son los propios conductores o facilitadores del proceso educativo; esto favorece el desarrollo de acciones educativas complementarias (momento de la realimentación) una vez que son detectadas las deficiencias e insuficiencias en el aprendizaje (momento diagnóstico).

La supervisión puede hacer uso de distintas técnicas, como ya se ha mencionado. Sin embargo, es oportuno enfatizar en el análisis del desempeño laboral de un trabajador de salud, como instrumento para confrontar los modos de trabajo con el contexto señalado, y con los propósitos de transformación de la práctica de salud que constituyen la razón de ser del proceso capacitante.

Las técnicas que utiliza una supervisión de este tipo, favorece la participación amplia de todos los actores del proceso educativo, tanto de los orientadores del mismo, como de los que están siendo objeto de la capacitación.

Características del supervisor

Los supervisores (o facilitadores/supervisores) deberán responder a un perfil conformado por una serie de características. Algunas de ellas son innatas en un trabajador; otras justifican un proceso de capacitación pedagógica permanente, acerca del cual se remite al lector a la publicación de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.83.

Entre esas características se señalan las siguientes:

- Capacidad para interpretar los aspectos políticos, técnicos, administrativos y programáticos específicos, a la luz de los cambios esperados en el funcionamiento de los servicios de salud.
- Capacidad para decidir con oportunidad y eficacia, sobre el uso de instrumentos y recursos, así como para aplicar habilidades y conocimientos pertinentes a la solución de las deficiencias y problemas técnicos y administrativos detectados.
- Habilidad para el manejo de la propuesta pedagógica que se está utilizando.
- Capacidad para el reconocimiento y la interpretación precoz y oportuna de las reacciones individuales y grupales ante deter-

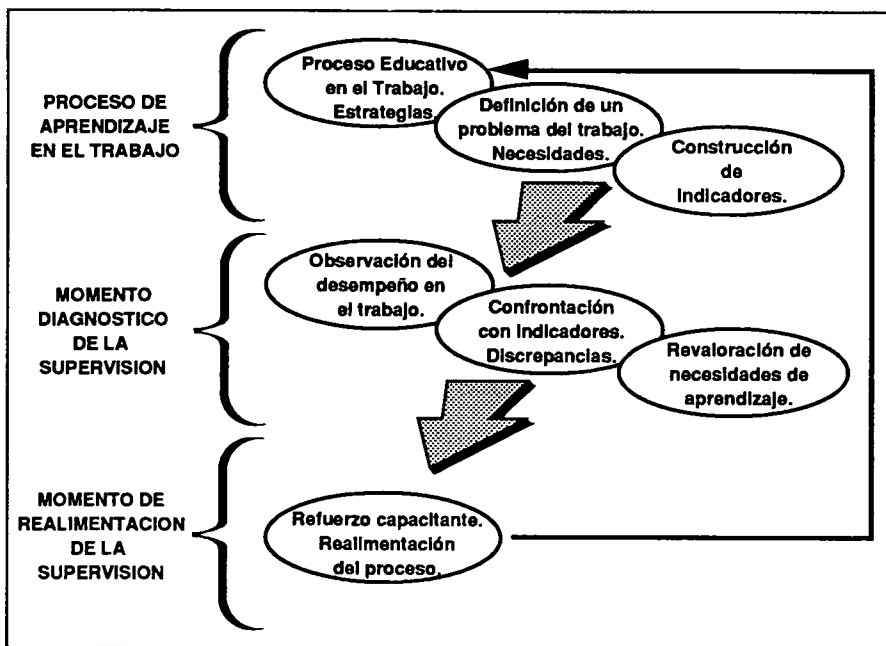
minados fenómenos que facilitan o que interfieren con el aprendizaje.

- Juicio, flexibilidad y amplitud para la interpretación de los resultados de la confrontación de las acciones de supervisión con los indicadores señalados, y para la elección de la estrategia educativa complementaria apropiada.
- Dominio de técnicas pedagógicas de aplicación inmediata, y capacidad para tomar decisiones y aplicar otras medidas educativas a corto y mediano plazo.
- Habilidad para movilizar recursos y para coordinarlos eficazmente.

Pasos de la supervisión

En la figura 1 se resumen los pasos del proceso de supervisión como técnica para el monitoreo del aprendizaje. Se observa que la etapa inicial es el propio proceso educativo, incluyendo en su análisis, como punto de partida, la revisión de la estrategia educacional puesta en práctica, continuando con la revisión del problema de trabajo identificado y las

FIGURA 1. Pasos del proceso de supervisión.



necesidades de aprendizaje de allí derivadas, y finalizando esta primera etapa con la construcción de los indicadores que serán necesarios.

En el momento diagnóstico:

- *Observación del desempeño en el trabajo.* Se explica por sí sola. El “facilitador” observa la forma en que el trabajador desempeña sus tareas según su perfil ocupacional, utilizando distintos tipos de instrumentos y técnicas que sean conocidas en el país.
- *Confrontación con indicadores.* Los indicadores son el punto de comparación con los hallazgos citados en el párrafo anterior. La confrontación puede revelar acciones congruentes o discrepancias entre lo observado (desempeño) y lo esperado (indicador).
- *Revaloración de las necesidades de aprendizaje.* La discrepancia entre lo observado y lo esperado significa defecto de aprendizaje (en el caso de procesos educacionales), lo cual implica que se ha generado una nueva necesidad de aprendizaje, o que persiste, modificada o no, la necesidad inicial.

En el momento de la realimentación:

- La realimentación del aprendizaje se puede producir *in situ*, de inmediato, o a corto o mediano plazo. Los criterios para tomar esta decisión se señalan con mayor grado de detalle en el Fascículo V de la Serie Educación Permanente de la Organización Panamericana de la Salud.

La investigación

Esta opción (cuando se refiere a la investigación participativa) se plantea como una de las estrategias de mayor utilidad para el monitoreo, no solamente porque posibilita las acciones de seguimiento en sus dos momentos (diagnóstico y realimentación), sino también por su coherencia con las bases teórico-metodológicas planteadas en la propuesta de reorientación de la educación permanente (7).

Se recordará que dicha propuesta considera al monitoreo como un conjunto de acciones coherentes y sistemáticas para dar seguimiento a los procesos de educación permanente en salud, a través de eventos participativos que puedan comparar las actividades, con el desempeño esperado del trabajador en el desarrollo de los programas y servicios de salud.

En consecuencia, el monitoreo no es solamente una actividad técnica desarrollada con el fin de medir cuánto se ha realizado de algo que ha sido programado por un equipo profesional a partir de un diagnóstico parcial y unilateral; más bien, se parte del supuesto de que es una acción

participativa en la que se deberá involucrar a todos los “actores” del proceso educativo en cuestión. Es, en suma, un conjunto de *etapas participativas, sucesivas*, desarrolladas al interior del *propio proceso educativo permanente*, al cual fortalece y complementa.

De lo anterior, se desprende que la acción monitoreadora, o sea el análisis y la reflexión de las acciones emprendidas en el proceso educativo debe ser una labor realizada por los *mismos trabajadores involucrados en el proceso*, sobre la base de la propia realidad que se convierte así en una situación generadora de nuevas prácticas capacitantes.

Al entrar en el detalle descriptivo acerca de esta técnica señalaremos que en general, el concepto de investigación participativa (IP) es bastante amplio. Sus bases ideológicas, teóricas, metodológicas se han interpretado ampliamente en América Latina, y ello ha determinado que la IP se convierta en una estrategia vital para el desarrollo de procesos transformadores de las prácticas corrientes en salud y educación, fundamentada en una participación plena de los trabajadores de salud.

Premisas básicas sobre la investigación

- Implica necesariamente la participación del grupo en la búsqueda de alternativas de solución, en la planificación de acciones, así como en la organización, ejecución y evaluación de las actividades educativas (8).
- Parte de la realidad; los problemas, las necesidades y las alternativas de solución surgen de la práctica cotidiana de los trabajadores y/o de la población (9).
- Promueve la generación de conocimiento nuevo (afecta las áreas clínicas y socioepidemiológicas) para guiar la práctica y modificar una realidad dada.
- Es esencialmente una actividad educativa que busca y promueve nuevas alternativas educacionales en cualquiera de los campos sanitarios.

En un proceso educacional, la investigación promueve en los trabajadores de salud, la identificación y el análisis crítico de los problemas, las deficiencias y los logros que pueden ocurrir en el aprendizaje que se produce alrededor de su propia realidad, a través de la práctica y sus experiencias. Estimula la búsqueda de soluciones a los problemas, o a través de procesos amplios de diálogo e interacción. En tal sentido, posibilita el diagnóstico de las deficiencias y logros del aprendizaje y el planteamiento de mecanismos de realimentación y reforzamiento del proceso capacitante.

Así, estamos hablando de una práctica pedagógica participativa conformada por acciones capacitantes, permanentes y sistemáticas, de carácter grupal, interdisciplinario y articulado con la actividad del servicio.

Características del investigador

La aplicación de esta opción metodológica en el monitoreo del proceso educativo plantea una diversidad de requisitos en el instructor/supervisor/facilitador (en este caso, además, el investigador) de tal manera que sirva de apoyo decisivo y oportuno para los objetivos y metas propuestas. En esencia, son las mismas anotadas antes a propósito del supervisor.

Pasos de la investigación

En el momento diagnóstico:

a) Análisis de la situación del proceso de aprendizaje

El proceso se inicia con el análisis de las acciones educativas desarrolladas, buscando establecer la relación entre el proceso de aprendizaje y el mejoramiento del desempeño del trabajador y del grupo. Se recoge y se organiza la percepción que los trabajadores tienen sobre su comportamiento (desempeño), y sobre un eventual cambio en los servicios de salud. Por otro lado, se profundiza en los elementos de interés común para los participantes y la institución de la cual forman parte (10).

El responsable de la conducción del proceso (facilitador, estimulador) desempeña un papel relevante: invita y promueve a los participantes para que manifiesten su percepción acerca de los problemas y participen en su análisis e interpretación. En este sentido, algunas preguntas corrientes que el responsable o facilitador hace, son las siguientes:

- ¿Qué logros y qué fallas se pueden identificar en la actividad educativa realizada?
- ¿En qué áreas considera el grupo que aún existen deficiencias en el aprendizaje?
- ¿Cómo se manifiestan esas deficiencias en el trabajo? ¿Qué dificultades en el desempeño laboral las evidenciaron?
- ¿Qué factores pueden haber incidido en el proceso educativo, para obstaculizar el aprendizaje?
- ¿Qué implicaciones podrían tener las deficiencias detectadas en el desempeño del grupo y en el servicio de salud correspondiente?

Concretamente, se trata de promover que el mismo grupo identifique sus problemas y deficiencias, así como los logros en el aprendizaje; que los analice e interprete, y que reflexione sobre la explicación del fenómeno detectado.

b) *Priorización de los problemas encontrados*

Después del análisis del proceso educativo y de la identificación de problemas, deficiencias y logros en el aprendizaje, el diagnóstico se completa con la priorización de aquellos problemas que son de mayor relevancia e impacto en el trabajo del servicio. Esto señala el camino y la oportunidad para un mejor entendimiento de problemas identificados. Es de suma utilidad precisar los factores que generan y condicionan los problemas detectados.

Concretar y explicar el problema puede requerir revisiones documentales, visitas al área de trabajo, entrevistas y otros mecanismos que permitan completar la investigación.

En el momento de la realimentación:

c) *Búsqueda de alternativas de acción*

La priorización de los problemas detectados y la explicación de los factores condicionantes posibilitan la formulación de hipótesis o líneas de acción a corto y mediano plazo, para la búsqueda de soluciones. Pero es necesario discernir qué medidas están al alcance y son del dominio del grupo y cuáles son de competencia de otras entidades institucionales (11).

d) *Planificación, organización y ejecución*

Esta etapa consiste en plantear, participativamente, los aspectos de programación y organización que orienten la ejecución de las estrategias que el mismo grupo ha priorizado. Ello significa que la reflexión realizada, los problemas priorizados y las alternativas propuestas, se transformen en nuevas actividades o programas educativos, que se desarrollan así en forma constante y permanente, sobre la base de acciones nuevas propuestas por el grupo.

En este proceso de toma de decisiones es fundamental la participación plena del grupo, porque solamente así se obtendrá un compromiso real de los trabajadores de salud en la ejecución de las actividades previstas.

e) *Ajustes*

Esta fase se relaciona con la etapa diagnóstica; debe estable-

cerse tanto a lo largo del proceso de investigación, como del proceso educativo propiamente dicho. Se ratifica aquí que en el monitoreo, la fase de seguimiento debe visualizarse como una serie de actividades permanentes y concatenadas, de tal modo que en todo momento sea posible rectificar y reorientar estrategias, o fortalecer las líneas de acción ya definidas.

En general, los pasos descritos constituyen también una actividad permanente, de tal modo que en todo momento es posible rectificar rumbos o fortalecer líneas de acción. La permanencia debe darse sobre la base de la participación; ello facilita la recolección de los distintos aportes de los actores del proceso.

Dos comentarios finales útiles:

“El análisis crítico de la realidad y la ejecución de las acciones programadas conducen al descubrimiento de otros problemas, de otras necesidades, de otras dimensiones de la realidad. La acción puede ser una fuente de conocimientos y de nuevas hipótesis. El trabajo de diagnóstico, de análisis crítico y de acción constituyen así tres momentos de un proceso permanente de estudio, de reflexión y de transformación de la realidad, que se nutren mutuamente” (12).

“La ejecución de las acciones da lugar a otros procesos de investigación participativa en los que el papel del grupo puede ser cada vez mayor, dada sus experiencias anteriores. Así se estructura un proceso auténtico de capacitación, en el marco de la educación permanente e integrado en un proceso de desarrollo y transformación” (13).

Indicadores

Se han desarrollado trabajos sobre indicadores en el área de evaluación de servicios de salud; algunos aspectos tratados en ese campo son aplicables al terreno educativo, según se puede observar en las definiciones siguientes:

“Expresión cuantitativa y cualitativa que permite detectar y medir total o parcialmente un comportamiento. . . (14).

“Instrumento diseñado y usado para valorar el grado de cumplimiento de las actividades y objetivos propuestos. . . (15).

“Variables que ayudan a medir directa o indirectamente las modificaciones obtenidas en la situación de salud y a evaluar la medida en que se están alcanzando los objetivos y metas de un programa. . . (16).

En las tres definiciones anteriores se señalan aspectos que resultan relevantes en la valoración de un proceso educativo, en la medida en que el comportamiento que se desea medir, las actividades y objetivos cuyo cumplimiento se desea valorar, y las modificaciones en la situación de salud que se espera producir, se expresan en términos de acciones, fallas y deficiencias del aprendizaje.

Los indicadores pueden ser expresados en forma *global*; en este caso, el indicador señala el comportamiento *total* que se desea obtener; en otros casos la medición será *parcial*, ya que la suma de esta con otros resul-

tados parciales, es lo que permitirá obtener una imagen global del comportamiento esperado, en un contexto determinado. Por ejemplo, cuando se trata de valorar si una auxiliar de enfermería brinda una atención efectiva a un niño deshidratado será necesario en este caso, observar la evaluación del estado del niño, el diagnóstico alcanzado y el tratamiento indicado; para cada una de estas fases se requerirán indicadores específicos, cuyos resultados sumados darán la imagen completa del desempeño que el personal tuvo en la atención del niño deshidratado.

Desde otro punto de vista, los indicadores son variables que ayudan a medir algo; son aspectos, fenómenos, hechos o características que sirven de base, sistemáticamente, para medir cuantitativa o cualitativamente las acciones del proceso educativo y el resultado que estas tienen en el comportamiento esperado del trabajador. Son ejemplos: número de parteras empíricas adiestradas; grado de participación de los agentes comunitarios en la planificación local de salud; diagnóstico correcto del grado de deshidratación de los niños.

En la utilización y construcción de indicadores se destaca la necesidad de revisar los criterios esenciales cuya ausencia puede determinar limitaciones importantes en los datos recabados. Son las siguientes:

- **Validez.** Se refiere al grado en que un indicador logra medir lo que pretende medir; por ejemplo, si deseamos evaluar el aprendizaje de la técnica de administración de una vacuna por parte de una auxiliar de enfermería (comportamiento deseado), se deberá observar a la auxiliar administrando la vacuna a un niño en un centro de salud, valorando los distintos pasos del procedimiento. El indicador será válido, porque mide lo que pretende medir.
- **Confiabilidad.** Un indicador es confiable cuando provee datos o mediciones que corresponden a la realidad que se pretende conocer. Es confiable igualmente cuando hay consistencia y estabilidad de la medición en diferentes momentos. Finalmente, también es confiable si se obtienen medidas o datos que representan el valor real de la variable que se está midiendo, y si estos datos o mediciones son iguales al ser aplicados a los mismos sujetos u objetos en dos ocasiones diferentes o por diferentes facilitadores. Por ejemplo, un indicador es confiable si al valorar la forma en que una auxiliar de enfermería realiza la aplicación de una vacuna en dos o más ocasiones y en condiciones similares, se obtienen iguales resultados.
- **Sensibilidad.** Los indicadores deben tener la capacidad de detectar y captar cambios ocurridos en el aprendizaje (las deficiencias o logros), reflejando con rapidez dichas modificaciones y orientando sobre posibles causas.

- **Flexibilidad.** Se refiere a que los indicadores deben a su vez permitir adaptarse a distintas circunstancias contextuales.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas: Fundamentos de una propuesta de reorientación*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.78. Washington, DC, 1988.
 - 2 Organización Panamericana de la Salud. *Educación Permanente de Personal de Salud. Fascículos II, III y IV*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos, Nos. 79, 80 y 81. Washington, DC, 1989.
 - 3 Organización Panamericana de la Salud. *Investigación educacional en salud: Informe de un Grupo de Consulta*. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.77. Washington, DC, 1988.
 - 4 Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS y la descentralización*. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. Washington, DC, 1988.
 - 5 Macedo, C. Guerra de. Políticas de recursos humanos en salud. *Educ Med Salud* 20 (4), 1986.
 - 6 Campos, F. E. de. Brasil: a questão dos recursos humanos no distrito sanitário. *Educ Med Salud*, 23 (2), 1989.
 - 7 Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.78.
 - 8 Schutter, A. *Investigación participativa. Una opción metodológica para la educación de adultos*. CREFAL, México, 1985.
 - 9 Le Boterf, G. *La investigación participativa como proceso de educación crítica. Lineamientos metodológicos. Investigación participativa y praxis rural*. Lima, Editorial Mosca Azul, 1984.
 - 10 Le Boterf, G. *Op.cit.*
 - 11 Alarcón, A., Azurdía, J. R. y Madrid, R. Aspectos generales sobre la metodología participativa (Mimeo). Guatemala, 1987.
 - 12 Le Boterf, G. *Op.cit.*
 - 13 Schutter, A. *Op.cit.*
 - 14 Organización Panamericana de la Salud. *Análisis de indicadores en salud*. Washington, DC, 1988.
 - 15 Ferrero, C. *Los sistemas nacionales de información*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC, 1983.
 - 16 Organización Mundial de la Salud. *Glosario de términos empleados en la Serie Salud para Todos*. Ginebra, 1984.
-

DESARROLLO DE SERVICIOS DE SALUD Y ENSEÑANZA DE LA ADMINISTRACION EN CENTRO AMERICA Y PANAMA

*Rodrigo A. Barahona H.*¹

CONTEXTO

Al igual que el resto de América Latina y la mayoría de los países en desarrollo, las naciones de la subregión conformada por Centro América y Panamá están pasando por el difícil proceso de enfrentar el peso de una deuda externa agobiante, altas tasas de inflación y un decrecimiento de su capacidad productiva. Según la Comisión Sanford, los pagos del servicio de la deuda, que consumían el 12% de las exportaciones en 1980, se elevaron al 40% en 1987 (1).

Lo anterior, aunado a la convulsión política que azota a esta subregión del continente, ha ocasionado restricciones severas en la mayoría de los rubros de la economía de todos los países; profundas modificaciones en sus bases productivas; inestabilidad en su balanza comercial, y condiciones generales de recesión económica que se traducen en altos índices de desempleo.

Los factores antes indicados, actuando en conjunto, han generado una grave crisis económica y social que afecta prácticamente a todos los estratos sociales de la comunidad centroamericana, particularmente a los grupos humanos económicamente más vulnerables. Según estimaciones recientes de la Comisión Sanford (2) en 1990 habrá 10 millones de centroamericanos, que equivalen al 40% de la población de los cinco países (Panamá no está considerado en estos datos) sumidos en la pobreza. Es bajo estas condiciones que todos los sectores de la sociedad en general, y el Estado en particular, se ven obligados a redoblar sus esfuerzos y a modificar sus patrones tradicionales de actuación, a efecto de lo-

¹ Coordinador, Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP), San José, Costa Rica.

grar metas mínimas de bienestar de la población y de preservar la paz social.

La intensidad de los cambios sociales externos a las organizaciones genera no solo el desafío de la adaptación constante y de la innovación continua y sistemática de los procesos de prestación de servicios públicos, sino también de incrementar la capacidad administrativa. La América Latina en general, y los países centroamericanos en especial, enfrentan hoy problemas agudos de escasez de recursos, que tornan la respuesta a este desafío cada vez más difícil y compleja. Por lo tanto, además de los problemas comunes de la innovación, los dirigentes responsables del sector salud enfrentan dificultades de conducción típicas de la escasez. Corregir patrones administrativos en una época de escasez es más difícil en función del pesimismo y de la frustración que invaden a las organizaciones prestadoras de servicios, producto de la falta de recursos para alcanzar los niveles deseados de eficiencia, eficacia y equidad.

Así, en un ambiente de transformaciones intensas, dificultades de sobrevivencia y frustraciones profesionales, la capacitación gerencial y el desarrollo administrativo adquieren un papel crucial para la credibilidad, la eficiencia y la eficacia de las organizaciones en el sector salud.

Las fórmulas gerenciales basadas en el sentido común y experiencias previas de un grupo ejecutivo caracterizado por su poca disposición hacia el riesgo, tuvieron un éxito relativo en un medio ambiente estable, predecible y poco competitivo. Una situación de cambios rápidos, en la que hay gran escasez de recursos, requiere de nuevas destrezas y estilos gerenciales para poder responder eficiente y efectivamente al flujo constante de demandas crecientes.

Parte del cambio estructural que se requiere para lidiar con estos problemas complejos es un nuevo estilo gerencial, tipificado por la presencia de una inteligencia flexible, habilidades técnicas modernas, temple emocional, la búsqueda continua de la efectividad, buen juicio en situaciones de incertidumbre, un compromiso con valores fundamentales que orienten la acción y una ética de costo/efectividad en la asignación de recursos.

A pesar de su importancia en el desarrollo económico y social y en el bienestar de la población, es un hecho que el sector salud no puede contar con que se le asignen más fondos que los actualmente recibidos. La situación de los países de la subregión es tal que escasamente se podrá mantener la asignación presupuestaria actual al valor presente. El panorama se complica todavía más si se toma en consideración que algunos de los costos fijos y variables de los programas de salud actualmente existentes sufrirán aumentos constantemente, producto de la misma situación anteriormente descrita. Rubros como sueldos y salarios, transporte, combustible, alquileres y costos de equipo y medicamentos tenderán a aumen-

tar en el futuro inmediato y tendrán que absorberse con el presupuesto existente.

Ante el panorama descrito, el máximo logro por unidad invertida será un factor determinante para fijar las metas de equidad, eficiencia y eficacia, lo que pone de manifiesto la importancia de la habilidad gerencial de quienes son responsables de la conducción del sector y de la gestión de los servicios de salud en todos los niveles.

DESARROLLO DE LA INFRAESTRUCTURA DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La preocupación por mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios públicos a cargo del Estado en general, y de los servicios de salud en particular, se ha venido manifestando de manera creciente en los países latinoamericanos desde la década de 1950. Sin embargo, los esfuerzos en dicha dirección se han intensificado considerablemente en los últimos diez años como consecuencia, entre otras causas, de la crisis económica y social a que nos referimos anteriormente, y de los adelantos tecnológicos que sitúan a las sociedades en vías de desarrollo en la difícil encrucijada de adoptar estrategias de cambio acelerado, o de ver crecer más aún la brecha socioeconómica que las separa de los niveles de bienestar a que aspiran para todos sus ciudadanos.

En el ámbito de la salud pública, los Ministros de Salud de las Américas, al aprobar el Plan de Acción para la instrumentación de las estrategias regionales para lograr la meta de salud para todos en el año 2000, durante la XXVIII Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, celebrada en 1981, reafirmaron que la magnitud del esfuerzo que requiere el logro de las metas de SPT/2000 obliga a la búsqueda sistemática y aplicación de nuevas tecnologías, procedimientos y enfoques, que maximicen la productividad de los recursos, y a extremar el desarrollo de los procesos de planificación y administración para asegurar el control de la eficiencia y eficacia del sistema (3).

Posteriormente, en agosto de 1986, los Ministros de Salud y los Gerentes de Seguridad Social de la subregión centroamericana, durante la II Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá (RESSCAP) indicaron que "es urgente el diseño e implementación de proyectos específicos de adiestramiento gerencial, que complementen los esfuerzos presentes y futuros para coadyuvar al incremento de la capacidad gerencial de las instituciones del Sector Salud, por medio del adiestramiento e intercambio de experiencias en aspectos gerenciales de sus funcionarios con responsabilidades ejecutivas" (4).

Posteriormente, la XXII Conferencia Sanitaria Panamericana

(1986), la máxima autoridad política de la Organización Panamericana de la Salud, definió el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud como uno de los ejes fundamentales alrededor de los cuales se puede lograr su eficiencia, eficacia y equidad. Considerada como una de las áreas prioritarias en el quehacer de la Organización y de sus Países Miembros durante el cuatrienio 1987-1990, el desarrollo de la infraestructura de los servicios de salud se enfoca a través de sus componentes básicos:

- El fortalecimiento de los aspectos relacionados con salud en las políticas de desarrollo y la coordinación de las acciones con los demás sectores.
- La reorientación y reorganización de los sistemas nacionales de salud para el logro de la equidad, eficiencia y eficacia en las acciones de salud, asegurando así la disponibilidad de servicios para toda la población.
- El desarrollo de la capacidad de análisis financiero del sector, que conduzca a la formulación y ejecución de alternativas estratégicas relacionadas con el financiamiento, los gastos y los costos en salud.
- El mejoramiento de los sistemas nacionales de información en salud y su articulación con los sistemas de información de otros sectores.
- La promoción de políticas de desarrollo, producción, información y utilización de tecnologías e insumos críticos para la prestación de servicios de salud.
- La búsqueda de una mejor definición de las funciones del personal de salud, de mejores esquemas de formación y adiestramiento de recursos humanos y de una mayor eficiencia en su captación, educación permanente y utilización de los mismos, especialmente para la gestión de los servicios en los niveles intermedios y superiores (5).

Para lograr lo anterior, se ha hecho necesario emprender un proceso de cambio que conduzca a la transformación de los sistemas nacionales de salud, paso indispensable para atender adecuadamente las crecientes necesidades de salud de la población en el contexto de crisis económica y escasez de recursos antes apuntado. Dicho proceso deberá ser guiado por políticas nacionales de salud que traduzcan en esquemas operativos los principios de equidad, eficiencia y eficacia implícitos en la meta de salud para todos, garantizando el acceso de toda la población a los servicios de salud preventivos y asistenciales.

Conjuntamente con la Organización Panamericana de la Salud, los Países Miembros han concluido que el fortalecimiento de los sistemas locales de salud (SILOS), mediante un proceso organizativo de re-

gionalización y descentralización, es la táctica operacional adecuada para la implementación de la estrategia de atención primaria y el consiguiente logro de la meta de salud para todos.

El anterior enfoque ha sido adoptado por los países centroamericanos, quienes en consecuencia y con el apoyo de la Organización, han desarrollado y están tratando de implantar nuevos modelos gerenciales de prestación de servicios que combinan la filosofía política y administrativa desarrollada alrededor de la idea de los SILOS, con sus propias realidades históricas, políticas y socioeconómicas.

CAPACITACION GERENCIAL

La implementación de modelos de prestación de servicios con las características antes anotadas, implican para los ejecutivos del sector salud, a todos los niveles pero principalmente en los estratos organizativos descentralizados, el asumir nuevas responsabilidades y tomar decisiones que trascienden la práctica sanitaria propiamente dicha, incursionando en los complejos campos de la política, la economía y la administración, en relación con la planificación, gestión y aplicación de recursos puestos a disposición de las comunidades.

Lo anterior, combinado con la creciente incertidumbre en que se desenvuelve el gerente de servicios de salud, tanto dentro como fuera de su propia organización, hace que su desarrollo personal sea de primordial importancia. En una situación en que la estabilidad y la predictibilidad no son comunes, las destrezas, el conocimiento, el ingenio y la flexibilidad de respuesta se presentan como atributos gerenciales de gran valía, pues son herramientas que permiten a los individuos tratar gerencialmente con la inseguridad del medio. Se le pide, entre otras cosas:

- Enfrentar decididamente situaciones nuevas con el grado de destreza y confianza necesarios, de tal manera que se inicie un proceso de adaptación del sector a la realidad que lo rodea.
- Usar la información disponible para desarrollar planes amplios, pero prácticos, que tengan suficiente holgura para acomodar contingencias y variedad de situaciones.
- Trabajar como gerentes, operando con y mediante otras personas en equipo, y no como individuos auto-suficientes.
- Maximizar la productividad de los servicios de salud bajo su responsabilidad, a pesar de la poca oportunidad de crecimiento presupuestario.
- Tener presente que los criterios de costo/efectividad irán tomando cada vez más importancia en las decisiones relacionadas con la distribución de recursos.

En cumplimiento de sus responsabilidades programáticas, ha sido una preocupación permanente de PASCAP la búsqueda de formas y de medios para apoyar a los países de la subregión en sus procesos de formación y capacitación de recursos humanos en las áreas de administración y gerencia, con el fin de aproximarse sucesivamente al perfil gerencial antes descrito.

Para verificar la factibilidad de algunos proyectos subregionales y nacionales de formación y capacitación planteados por PASCAP y por los propios países, así como para vincular a las instituciones docentes regionales y nacionales en un esfuerzo cooperativo de apoyo con las instituciones prestadoras de servicios de salud, se decidió emprender un estudio para conocer la oferta académica en formación y capacitación en las ciencias administrativas por parte de instituciones educativas existentes en Centro América y Panamá (6).

El estudio incluyó veintiseis áreas temáticas, definidas por el equipo investigador con la participación de un grupo de trabajo en que todos los países estuvieron representados. En su parte analítica, se hizo un esfuerzo para establecer las áreas temáticas prioritarias, a la luz de las estrategias para el desarrollo de la infraestructura mencionadas en la segunda sección de este artículo, poniendo especial énfasis en el desarrollo y fortalecimiento de los servicios locales de salud, y utilizando como referencia las políticas y directrices emanadas de los Cuerpos Directivos de la OPS y de la RESSCAP, así como el modelo gerencial desarrollado por el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), dentro del proyecto subregional de la OPS para el desarrollo de la capacidad gerencial.

Las áreas temáticas prioritarias resultantes de dicho análisis fueron las siguientes:

1. *Planificación y programación:*

- Planificación y programación.
- Planeamiento estratégico.
- Programación operativa.
- Diagnóstico administrativo.
- Planeación estratégica institucional.

2. *Investigación y sistemas de información:*

- Sistemas de información.
- Sistemas de información gerencial.
- Investigación en salud.
- Estadística y matemática.

3. *Organización y funcionamiento:*

- Modelos de organización.

- Análisis de políticas públicas.
- Mejoramiento y cambio de procesos organizacionales.
- Organización y funcionamiento de las unidades de salud.

4. *Administración y desarrollo de recursos humanos:*

- Resolución de conflictos.
- Relaciones laborales.
- Evaluación del desempeño.
- Técnicas de negociación.
- Comportamiento organizacional.
- Liderazgo.
- Técnicas de comunicación.
- Administración de recursos humanos.

5. *Administración financiera:*

- Análisis financiero.
- Análisis de costo-efectividad.
- Administración financiera en salud.

6. *Administración de recursos materiales, físicos y tecnológicos:*

- Administración de suministros.
- Administración de recursos materiales y físicos.

7. *Control de gestión:*

- Investigación de operaciones.
- Programación y supervisión del trabajo.
- Control de gestión.
- Toma de decisiones.

8. *Epidemiología/enfoque de riesgo:*

- Epidemiología.

9. *Administración de proyectos:*

- Planeación y control de proyectos de salud.
- Administración de proyectos.

Los datos y el análisis derivados del estudio antes mencionado indican que en Centro América y Panamá hay capacidad instalada para proporcionar a los países, y a los sectores interesados, formación administrativa y gerencial de alta calidad, así como capacitación acorde con los requerimientos del momento. Hay suficientes instituciones dedicadas a la formación y capacitación de profesionales en las ciencias administrativas, como para cubrir toda la gama de necesidades; desde los títulos académicos de alto nivel, como la Maestría (pasando por los grados de Licen-

ciatura y Bachillerato), hasta llegar a los técnicos, que en la mayoría de los países de la subregión son preparados mediante programas universitarios y, en algunos casos, por instituciones específicas dedicadas a este tipo de formación. Esta cobertura se brinda en todos los países, excepto en El Salvador, donde todavía no se ofrece un programa de Maestría en Administración, aunque hay planes para ello y actualmente se desarrolla un posgrado específico para el sector salud.

Existen dos institutos con carácter subregional, uno de ellos público, el Instituto Centroamericano de Administración Pública (ICAP), auspiciado por los gobiernos de la subregión, y uno privado, el Instituto Centroamericano de Administración de Empresas (INCAE), que ofrecen títulos superiores (Maestría) y, a la vez, programas de capacitación en las áreas de las ciencias administrativas. Otra institución subregional pública, el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá (INCAP), ofrece cursos de capacitación sobre aspectos relacionados con la alimentación y nutrición, incluyendo algunos tópicos administrativos.

Es importante destacar el impacto subregional que ha tenido el INCAE en la formación y capacitación en las disciplinas administrativas y gerenciales. Desde su fundación, hace más de veinte años. Esta entidad ha tenido varios enfoques. Inicialmente, se proyectó exclusivamente a la formación de recursos humanos para los niveles altos de la empresa privada. Más tarde abrió sus puertas al público, ofreciendo cursos cortos de capacitación gerencial. Los programas fueron evolucionando, hasta contar en estos momentos con una gama amplia de programas, tanto para el sector privado como para el público.

Por su parte, el ICAP ha contribuido notablemente en la formación de recursos humanos en el área de la administración pública, incluyendo ahora un posgrado con énfasis en administración de salud.

En suma, instituciones docentes de carácter subregional y nacional han participado en diversas actividades de investigación, formación y capacitación, directamente vinculadas con los procesos de desarrollo de la capacidad gerencial del sector salud de los países, así como en acciones de fortalecimiento de los sistemas locales de salud.

CONCLUSIONES

La experiencia obtenida y la capacidad instalada para llevar a cabo actividades de formación y capacitación de recursos humanos en administración y gerencia ha demostrado que existe en la subregión la viabilidad técnica para establecer una red colaborativa de instituciones, que permitiría desarrollar procesos docente-asistenciales en el área gerencial y por ende apoyar programas de educación permanente para el personal de las instituciones de salud.

Lo anterior ha sido reafirmado en los acuerdos logrados por los países durante la Reunión Subregional para Planificación de la Capacitación Gerencial (Guatemala, octubre de 1988) en el sentido de promover la “organización de una red de apoyo docente entre las instituciones de reconocido potencial, en relación con los temas contemplados en el Modelo Gerencial” (7). De la misma manera, la información disponible permite afirmar que es factible implementar en la subregión procesos de capacitación gerencial con las siguientes características:

1. Objetivos orientados a la preparación de gerentes en salud que sean capaces de enfrentar decididamente las situaciones cambiantes con el grado de destreza y confianza necesario para dominar el manejo organizacional y la adaptación del sector a la realidad socioeconómica.

2. Metas dirigidas a contribuir con el cumplimiento del mandato de la RESSCAP de institucionalizar el adiestramiento gerencial e integrarlo en un plan global de salud para la subregión, mediante el impulso a programas subregionales y nacionales de capacitación gerencial y la producción de material educativo autóctono, para el fortalecimiento del proceso en las instituciones nacionales y subregionales dedicadas a la formación de recursos humanos.

3. Desarrollo de metodologías educativas innovadoras —tales como educación permanente de equipos multidisciplinarios para la identificación, definición y solución de problemas; educación a distancia, y otras formas de autoaprendizaje— que permitan una amplia cobertura de personal, convirtiendo la capacitación en un proceso permanente que se desarrolle dentro de la práctica misma de los servicios de salud, con amplia participación multidisciplinaria.

4. Organización descentralizada del proceso educativo, que permita aprovechar mejor la infraestructura y los recursos existentes.

5. Coordinación y aprovechamiento máximo de esfuerzos y recursos interinstitucionales e intraorganizacionales a nivel nacional y subregional.

Se ha evidenciado también la factibilidad de organizar un programa docente de posgrado en gerencia para ejecutivos del sector salud, con la participación de una red de instituciones subregionales y nacionales, especializadas en formación en las áreas de gerencia y administración. Un programa de esta naturaleza podría ofrecer una forma efectiva de adiestramiento al alcance de un número importante de funcionarios que, sin interrumpir significativamente su proceso productivo institucional, favorezca la integración del eje estudio-trabajo. Para ello debería apoyarse también en metodologías educativas no convencionales, como las indicadas anteriormente, complementadas con investigación dirigida y encuentros con tutores o facilitadores, en combinación con actividades presenciales y prácticas supervisadas que incluyan el aná-

lisis y solución de casos gerenciales diseñados con base en la problemática del sector salud de la subregión.

La minimización de pre y co-requisitos sería una característica de un plan de estudios de esta naturaleza, con el fin de que se logre independizar, en lo posible, los cursos o áreas temáticas, facilitando así la administración de la oferta académica. Este sistema ofrecería, además, la ventaja de que cada país, e incluso cada institución del sector y cada estudiante en un país determinado, podría establecer la secuencia que mejor satisfaga sus necesidades, de acuerdo con sus propias prioridades.

Estructurando los cursos en forma "modular" se haría posible que los mismos cuenten con componentes comunes en cuanto a teoría y práctica universal, y con componentes específicos por país o por institución, según lo demanden las características del ámbito en que se hará la aplicación práctica.

Se trataría de formar grupos interdisciplinarios de estudiantes para la realización de trabajos sobre problemas reales y de índole práctica. Con esto se procuraría aprovechar las ventajas que ofrece al individuo el enfocar un mismo problema desde diferentes perspectivas. Ello enriquecería la discusión y el análisis, y eventualmente repercutiría en decisiones más atinadas.

Una experiencia con algunas características similares a las de esta propuesta se está desarrollando en El Salvador, por conducto de un proyecto del Ministerio de Salud que cuenta con la asistencia financiera del Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD) y la cooperación técnica de la OPS.

REFERENCIAS

- 1 Comisión Sanford. Comisión Internacional para la Recuperación y el Desarrollo de Centro América. Centro de Investigación para el Desarrollo Internacional. Duke University, Durham, NC, 1988.
- 2 Comisión Sanford. *Op. cit.*
- 3 Organización Panamericana de la Salud. XXVIII Reunión del Consejo Directivo. Documento CD 28/14. Washington, DC, 1981.
- 4 Informe Final de la II Reunión del Sector Salud de Centroamérica y Panamá (RESSCAP), Resolución V. Tegucigalpa, Honduras, 1986.
- 5 Organización Panamericana de la Salud. *Principios Básicos para la Acción de la Organización Panamericana de la Salud, 1987-1990.* Washington, DC, 1987.
- 6 Organización Panamericana de la Salud. *Estudio diagnóstico de la oferta académica en gerencia y administración en Centro América y Panamá.* Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP), San José, Costa Rica, 1988.
- 7 Organización Panamericana de la Salud. Informe de la Reunión Subregional para Planificación de la Capacitación Gerencial. Guatemala, Guatemala, 1988.

EDUCACION PERMANENTE EN SALUD. PROBLEMAS Y PROYECCIONES

Rodrigo Alvarez F.¹ y Armando Campos S.¹

INTRODUCCION

Los esfuerzos desplegados en materia de educación de personal en servicio dentro de los sistemas nacionales de salud de Centro América y Panamá muestran dos rasgos comunes que nos interesan especialmente. El primero es la convergencia de diversos profesionales y técnicos en torno al intento de consolidar experiencias todavía embrionarias, pero significativamente estimuladas por una renovada conciencia acerca de la importancia del quehacer educativo en las organizaciones de salud. Conciencia fortalecida por el surgimiento de nuevas formas de cooperación y comunicación entre trabajadores de la salud ubicados en muy variadas áreas del conocimiento. El segundo y más notable es la generalizada adhesión que se expresa en relación a una opción educativa: la educación permanente. Ambos rasgos conducen a un mismo reto: consolidar la cooperación técnica educativa en la subregión, incluyendo la creación de espacios para el intercambio sostenido de recursos teórico-conceptuales, metodológicos y técnicos en lo que concierne a educación permanente en salud.

Para justificar más claramente este desafío, convendrá recordar que la educación permanente (EP) es una alternativa que ha pasado por diversas vicisitudes doctrinales y que se encuentra en proceso de construcción. Históricamente, emerge en Europa durante el primer cuarto del presente siglo. El término mismo se registra en Gran Bretaña en 1919. No obstante, experimentará posteriormente radicales redefiniciones.

La UNESCO, organismo al cual se debe su difusión como tema pedagógico contemporáneo, la definió como sector prioritario de programación en su Conferencia General de 1966 (París). En la Tercera Conferencia de Educación de Adultos (Tokio, 1972) fue planteada como el

¹ Funcionarios del Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (PASCAP), San José, Costa Rica.

marco general de ubicación y determinación de esta práctica educativa, convirtiéndose desde entonces en la línea dominante dentro de muchos foros internacionales.

En términos generales, la EP quedó ubicada en el centro de un debate de gran interés, en el cual se ponen de manifiesto cuestiones ideológicas opuestas en la educación de adultos. Encontramos aquí, en efecto, posiciones intensamente polémicas, desde aquellas que la consideran como una ideología educativa cuya funcionalidad radicaría en el ocultamiento o distorsión de los graves problemas histórico-estructurales que determinan las desigualdades de acceso a la educación, hasta las que proclaman una fervorosa afiliación a una alternativa en la cual se consideran atendidas algunas aspiraciones básicas: vinculación de la educación de adultos a los procesos de desarrollo económico y social; continuidad vital de la educación; reactivación cultural, y reconocimiento del potencial de toda institución como agencia educativa.

Tampoco han faltado, en este debate, quienes reconocen en la EP un contenido humanista digno de encomio, pero considerándolo abstracto y utópico hasta el punto de ser incapaz de trascender el terreno del discurso.

Ante esta polémica, se asumirá el siguiente punto de vista: el debate ideológico y teórico acerca de la EP deber llevarse a cabo examinando sus modos concretos de inserción en el desarrollo social. La posibilidad de que sea utilizada como un medio más de manipulación ideológica tendrá que ser discutida, consecuentemente, en marcos reales de práctica educativa.

Lo que sí parece fuera de duda es que la EP ha encontrado en el campo de la salud posibilidades particularmente favorables. Sobre todo a partir del compromiso mundialmente establecido con la meta de salud para todos en el año 2000 y con su estrategia básica: la atención primaria de salud. En efecto, entre las diversas reorientaciones requeridas para la realización de esta estrategia en los sistemas nacionales de salud, se destaca como aspecto clave la necesidad de planear y ejecutar acciones educativas apropiadas a la realidad de cada país y que permitan fortalecer el desarrollo integral de sus recursos humanos (funcionarios y trabajadores básicos de salud).

Más específicamente, la táctica operacional consistente en desarrollar y consolidar los sistemas locales de salud (SILOS) como nuevos perfiles de actuación ha configurado nuevos retos y posibilidades para una opción que se basa en el aprovechamiento de las posibilidades educativas que ofrece el propio trabajo.

Estas posibilidades se han visto robustecidas mediante las actividades emprendidas por la Organización Panamericana de la Salud y, desde luego, por los propios sistemas nacionales de salud. Entre las primeras se destaca, por su actualidad, la propuesta de reorientación apor-

tada por su Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Sin embargo, pese a los avances logrados siempre persiste el riesgo de reiterar algunas viejas confusiones o de utilizar el término "educación permanente" como una consigna que por su propia contundencia puede ocultar diferentes necesidades de consolidación teórico-metodológica.

Una cierta incertidumbre marcha siempre al lado de la educación permanente en salud. ¿Qué estamos entendiendo por "permanente"? ¿Cuáles son los lineamientos metodológicos pertinentes? Pero contamos con algunos principios sólidos. Puede decirse que la EP requiere articular programas de capacitación continuada, la coparticipación de la comunidad y los servicios en la producción y aplicación del conocimiento (investigación participativa), y el enriquecimiento cognoscitivo del proceso y las condiciones de trabajo.

Para ser coherentes con un punto de vista ya manifestado, debemos reiterar que en una alternativa en construcción es esencial evaluar su desarrollo a la luz de experiencias concretas y de los criterios que sus propios protagonistas tienen al respecto. Es por esta razón que se intentará en el presente artículo sintetizar los más importantes problemas y proyecciones que se han ido encontrando en la educación permanente en salud en Centro América y Panamá a nivel subregional. Como material de base se tomarán las comunicaciones aportadas por los equipos multidisciplinarios que participaron en el Taller Subregional de Intercambio de Experiencias en Procesos Descentralizados de Educación de Personal de Salud, efectuado en la sede central de PASCAP en San José, Costa Rica, del 13 al 17 de marzo de 1989.

Puede ser importante advertir que la óptica global a seguir minimizará algunas diferencias y que las subdivisiones analíticas que se utilizarán posiblemente oculten el papel polivalente que determinados problemas o situaciones pueden tener en el desarrollo de la educación permanente en salud en la subregión.

SITUACION DE LA EDUCACION PERMANENTE EN SALUD EN CENTRO AMERICA Y PANAMA

Las experiencias encaminadas hacia la educación permanente en esta subregión se han enfrentado con una problemática múltiple y variada. Para facilitar su análisis se distinguirán cuatro grupos de problemas y se ordenarán para cada uno las recomendaciones más importantes aportadas por los equipos durante el Taller ya mencionado.

Estos cuatro grupos de problemas son:

- Teórico-conceptuales generales.
- Políticos y relacionados con la participación.

- Administrativos.
- Del proceso educativo, propiamente tal.

Problemas teórico-conceptuales

Se constata que no se han unificado criterios sobre el concepto de educación permanente. Se registran algunas concepciones muy restringidas, como aquella que la identifica como una oferta sostenida de actividades de capacitación, hasta otras muy amplias que la entienden como un proceso que se extiende a lo largo de todo el ciclo vital. Hay, sin embargo, concordancia en los países en cuanto a que la EP es un elemento esencial del desarrollo de recursos humanos y que este encuentra un campo óptimo en los sistemas locales de salud, cuyo fortalecimiento puede verse fuertemente apoyado por este quehacer educativo.

Como recomendaciones se aportaron las siguientes:

- Reiterar que la EP, como quehacer que se lleva a cabo en el mismo ambiente laboral, genera un enorme potencial de conocimientos, valores y prácticas. Es un medio para tornar educativo el trabajo y más productivo el estudio. No se trata de un fin en sí mismo, sino de un proceso destinado a apoyar el crecimiento humano de los trabajadores y la mejor prestación de los servicios.
- Difundir la idea de que la EP no se reduce a la capacitación, por cuanto constituye una forma educativa de mayor incidencia en la vida espiritual y material del ser humano. La capacitación se restringe a los requerimientos operativos del trabajo.

Problemas políticos y de participación

Las experiencias examinadas permiten comprobar que no todos los países cuentan con políticas definidas sobre desarrollo de recursos humanos para la salud, pese a los acuerdos tomados en este sentido por la Reunión del Sector Salud de Centro América y Panamá (RESSCAP), a la cual concurren los Ministros de Salud y otros altos ejecutivos. Además, el proceso educativo tiende a darse en forma centralizada y ha existido una limitada concertación entre la población y los sectores que tienen interés en la materia (instituciones, gremios, etc.).

La situación sociopolítica y económica de la subregión, caracterizada por las altas tasas de desempleo y subempleo, elevada deuda externa, conflictos bélicos, deterioro de la calidad de vida, altas tasas de morbimortalidad, inestabilidad política, etc., afecta decisivamente la formulación de políticas de recursos humanos en salud. Se agrega una serie de limitaciones específicas, tales como: insuficiencia e inadecuada distri-

bución de los presupuestos; escasa o nula participación comunitaria en la toma de decisiones; dificultades para integrar equipos interdisciplinarios en virtud de ciertas actitudes elitistas y del estímulo al individualismo en ciertas escuelas formadoras; el predominio de una orientación tradicional curativa, etc.

Las más importantes recomendaciones aportadas en este sentido fueron:

- Procurar el fortalecimiento de las políticas de recursos humanos en cada uno de los países, y proceder a su constante revisión y actualización.
- Fortalecer la desconcentración de las actividades de educación permanente en salud, incorporándolas, sobre todo, al desarrollo de los SILOS.
- Reemplazar la hegemonía de ciertas disciplinas por una actitud de valoración del rol que cada una desempeña.
- Fortalecer la participación comunitaria para que estas puedan ejercer sus deberes y derechos en la producción de sus condiciones de vida, en forma autorresponsable y consciente.

Problemas administrativos

Los participantes en el Taller en referencia coincidieron en que la centralización administrativa no ha permitido el pleno desarrollo de la capacidad gerencial y operativa en los niveles regionales y locales.

En lo que concierne específicamente a las actividades educativas, estas tienden a mostrar desorganización en los tres niveles y desarticulación en el plano interinstitucional. Por lo general, el apoyo técnico y financiero es escaso, lo que coincide con la ausencia o insuficiencia de asignación presupuestaria para actividades educativas. Se mencionó repetidamente que el desconocimiento del proceso administrativo agravaba esta situación.

También se constata una insuficiente integración entre los sectores académicos y asistenciales, ninguno de los cuales parece atribuirle importancia a las ventajas que esta integración trae consigo. Además, no hay una infraestructura adecuada para el desarrollo de la docencia en el sector asistencial; la docencia es corrientemente considerada como un mero recargo de funciones para el personal de salud y las revisiones curriculares son realizadas solo por el sector formador. Se considera que el sector asistencial tiene muchas limitaciones para programar y ejecutar docencia.

Algunos equipos participantes en el Taller expresaron que a menudo la formación de recursos humanos se realiza sin considerar suficientemente la realidad de cada país.

Hubo, por otra parte, expresiones en el sentido de que se estaría produciendo un deterioro en los valores y en la mística de trabajo. En este aspecto, como factores que contribuyen a una baja motivación en el personal de salud, se mencionaron los bajos salarios, las dificultades para contar con transporte, viáticos u horas extra y, más en general, la escasez de incentivos laborales.

Como recomendaciones se plantearon las siguientes:

- Insistir en la urgencia de articular la desconcentración de las actividades educativas con los procesos de descentralización administrativa de los servicios.
- Conformar equipos interdisciplinarios en todos los niveles de los sistemas nacionales de salud, a fin de que actúen como responsables (facilitadores) de la educación permanente en salud.
- Fortalecer las unidades de recursos humanos en todas las organizaciones del sector salud y en todos los países.
- Incluir, en los contenidos de la EP, temas y actividades que estimulen el compromiso, relaciones cooperativas y disposición ética de los funcionarios.
- Establecer centros de documentación e información que sirvan a todos los niveles, de tal manera que estos puedan disponer de mejores insumos para la educación permanente en salud y coordinar mejor sus actividades en esta dirección.

Problemas del proceso educativo

En general, se observa que el planeamiento de este proceso aún no alcanza la orientación integral que en el mencionado Taller se debatiera. En términos más particularizados, se reiteró que en la mayoría de los países no se dispone de una metodología apropiada para la identificación de necesidades de capacitación; se insiste en la utilización de métodos tradicionales, y no se han implementado y organizado adecuadamente el monitoreo, el seguimiento y la evaluación.

La producción de materiales educativos tiende a ser escasa y concentrada a nivel central, lo cual dificulta su adaptación a diferentes poblaciones.

Como recomendaciones se plantearon las siguientes:

- Diseñar una metodología común para la identificación de necesidades de capacitación.
- Proveer capacitación pedagógica a los equipos facilitadores.
- Desconcentrar la producción de materiales educativos.
- Asumir el intercambio de metodologías y de recursos técnicos como una materia de cooperación entre países. Para este efecto

se considera conveniente solicitar el apoyo complementario de agencias internacionales abocadas al desarrollo de la educación de adultos.

CONCLUSIONES

El Taller puso de manifiesto una conciencia subregional en cuanto a la necesidad de generar un esfuerzo compartido, en pos de una educación permanente en salud que realmente corresponda a la concepción que se asumiera como producto de los debates realizados durante el evento.

La disposición autocrítica compartida permite establecer situaciones deficitarias relativamente comunes. La observación crítica de aspectos específicos permite por supuesto constatar diferencias, e incluso la superación de algunos problemas por parte de determinados países, pero esto constituye una razón más para la cooperación entre todos ellos, aprovechando los diversos canales de comunicación e intercambio que se han venido gestando en el campo de la salud.

Existe un convencimiento claro en cuanto a la necesidad de que todos los países de la subregión cuenten con políticas de recursos humanos, vinculadas al desarrollo social como un todo.

La necesidad de reforzar la coordinación a nivel sectorial, así como entre el nivel formador y el de prestación de servicios, es altamente valorada por los responsables de la educación en las organizaciones de salud. Para esto es indispensable seguir intercambiando experiencias dentro de cada país y a escala subregional.

Hay consenso también en cuanto a que la educación permanente en salud debe desplegarse como un proceso integral y no como una mera suma de acciones aisladas de capacitación. Asimismo, es importante superar la tendencia a brindar oferta educativa a determinadas categorías profesionales o a restringirla al concepto, valioso pero más limitado, de capacitación.

La educación permanente en salud, por definición, debe privilegiar el aprendizaje en los lugares de trabajo, contextualizado en los procesos que allí se realizan. Esto trae consigo la necesidad de replantear la correspondiente tecnología educativa.

BIBLIOGRAFIA

Alvarez, R. *Temas básicos sobre tecnología educativa*. PASCAP, Costa Rica, 1985.

Barquera, H. Las principales propuestas pedagógicas en América Latina. En: *Lecturas sobre educación de adultos en Amé-*

- rica Latina* (P. Latapí y A. Castillo, compiladores). Centro Regional de Educación de Adultos y Alfabetización Funcional para América Latina (CREFAL). Serie Retablo de Papel N°14. México, 1985.
- Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas. Propuesta de reorientación*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 77. Washington, DC, 1988.
- Paiva, V. Educación Permanente: I. ¿Ideología educativa o necesidad económico-social? II. Producción capitalista y calificación de la fuerza de trabajo. En: *Ensayos sobre la educación de los adultos en América Latina*. (Coordinador: C. A. Torres). Centro de Estudios Educativos, A.C. Colección Estudios Educativos N°6. México, 1982.
-

CAPACITACION PEDAGOGICA DE LOS RESPONSABLES DE LA EDUCACION PERMANENTE

Idalma Mejía de Rodas¹, José Quiñónez², Marco Tulio López³ y Sergio Molina⁴

INTRODUCCION

El presente documento plantea una propuesta estratégica para operacionalizar el proceso de educación permanente en los diferentes países. Consiste en la capacitación de personal de salud clave, o sea, aquellas personas que según su cargo o designación son responsables de facilitar, monitorear y dar seguimiento a procesos educativos generados desde y para los servicios locales de salud. Si bien con este abordaje la capacitación se centra primariamente en el grupo facilitador, conforme el proceso avance irá involucrando tanto a la fuerza de trabajo institucional, como a la comunidad misma. En esta forma, el proceso de educación permanente se convierte en eje de transformación, en generador de mejores actividades de atención y en la estrategia más adecuada para la cualificación del personal en la realidad del trabajo mismo.

La capacitación diseñada incorpora los lineamientos de las propuestas de regionalización y descentralización de los sistemas locales de salud (SILOS); de reorientación de la educación permanente del personal de salud en la Región de las Américas; del plan de apoyo a los recursos humanos en supervivencia infantil y su propuesta operativa para Centro América y Panamá.

Esta propuesta fue preparada por una comisión *ad hoc* integrada por funcionarios de la Dirección General de Servicios de Salud de Guate-

¹ División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.

² Funcionario PASCAP en Guatemala.

³ División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.

⁴ Departamento de Educación para la Salud, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.

mala con el apoyo de la OPS y del funcionario PASCAP en el país. Además, fue discutida y enriquecida con aportaciones de personal de las áreas de salud de las regiones Suroccidental y Petén; del personal de las diferentes Divisiones del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social; representantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos y del Departamento de Educación de Enfermería, y delegados del Instituto Guatemalteco de Seguridad Social e Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.⁵

PROPUESTA REGIONAL DE EDUCACION PERMANENTE EN SALUD Y SUS IMPLICACIONES PARA GUATEMALA

América Latina, al adoptar la meta de salud para todos en el año 2000, adquirió el compromiso de desarrollar y aplicar mecanismos que la hagan posible. Busca con ello la satisfacción de necesidades básicas de la población de la Región, lo cual es congruente con las metas sociales y políticas expresadas por los diferentes gobiernos.

La forma planteada por las políticas generales, exige que las políticas del sector salud se orienten a buscar el impacto de las acciones de salud, de manera integrada a las acciones de otros sectores que persiguen el bienestar de la población; pero particularmente de los grupos menos favorecidos y más vulnerables, ya que los avances logrados no son substanciales, ni cuantitativa ni cualitativamente.

Hay consenso en la Región de las Américas en cuanto a la necesidad de un aumento significativo en la cobertura de servicios, como requisito para alcanzar SPT/2000. Se nota un consenso similar cuando se señala a los servicios públicos de salud como los responsables de alcanzar tales metas de cobertura. Esto implica dar especial atención a aquellos grupos poblacionales que aún no gozan de los beneficios de la atención médica.

Cuando se trata de identificar el papel que debe cumplir la educación permanente en el desarrollo de los sistemas de salud, partimos de la base que el modelo planteado por estos sistemas se define en un espacio-población con características específicas. Este determina las formas or-

⁵ Los autores dejan constancia de su especial reconocimiento a la Lic. Yolanda Arango y la Dra. Guadalupe Verdejo, consultoras de la Organización Panamericana de la Salud, y al Dr. Jorge Haddad, funcionario del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS, con sede en Washington, DC, por la colaboración prestada en el diseño inicial de esta propuesta. Asimismo, al Dr. Oscar Rafael Rodríguez, Jefe de la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social de Guatemala y a la Lic. Aracely Seijas de Santos, Jefe del Departamento de Formación y Diseño Curricular de dicha División, por sus sugerencias en la revisión del documento.

ganizativas propias que asumirá cada sistema local, así como el grado de desarrollo que alcance.

Este modelo de prestación de servicios de salud, es a su vez el que a través de sus prácticas profesionales, técnicas y sociales, determina las características que tendrán los recursos humanos para ese sistema de salud específico.

El espacio local es la combinación de una estructura epidemiológica y social específica de esa realidad. Es por esto imposible separar la consideración de la formación y cualificación de los recursos humanos, con las realidades locales y la estructura de los sistemas de salud de ese contexto. Entre la situación actual y la situación deseada se induce un proceso de transformación indisolublemente ligado al proceso de desarrollo de los servicios, tanto general como local, que necesariamente requiere de la participación social. Este proceso transformador constituye el campo de la educación permanente, como una forma de cualificar el recurso humano, tanto institucional como comunitario, que induzca y facilite los cambios deseados.

Enfocado de esta manera el proceso educativo, no solo adquiere dirección desde el inicio y facilita la identificación de problemas y el alcance de metas, sino que además contempla el papel de la participación social, sin lo cual la transformación no es posible.

La educación permanente debe por tanto utilizar conceptos y procedimientos de la planificación estratégica y situacional, definiendo una secuencia lógica en la programación de sus actividades, conforme los siguientes pasos:

- Identificar las características de los problemas que debe enfrentar el personal de salud.
- Construir la imagen-objetivo que se desea alcanzar, como meta de transformación.
- Determinar las posibilidades reales y las dificultades con que pueden enfrentarse quienes deben implementar el plan propuesto y las opciones de acción posibles.
- Ejecutar el plan de acción definido y formas de ejecución.

En este último se incluyen los instrumentos de control, con el propósito de mantener actualizado el análisis de la marcha del proceso de educación permanente, junto al desarrollo de los servicios de salud. Este control permitirá identificar si dicho proceso ha mantenido la dirección que le fue definida y si se dirige a alcanzar las metas.

Dentro de los actores sociales que participan en el proceso educativo, deben identificarse aquellos que por sus características personales y posición dentro de la institución tienen mayor potencial, tanto de comprensión del proceso de desarrollo de los servicios de salud, como de ejecución de responsabilidades operativas concretas. A los efectos de de la edu-

cación permanente, se define a estos sujetos como “facilitadores”, capaces de orientar y apoyar el proceso educativo a nivel de los servicios. La educación del recurso humano, por lo tanto, debe ser concebida como un proceso fundamental, inherente al quehacer en salud, orientada a la participación comunitaria⁶ y a mejorar la calidad de los servicios y no solo su producción, y no debe ser considerada como un componente aislado y adicional al trabajo.

Asimismo, cada servicio de salud y cada comunidad donde este se inserta, constituye un contexto distinto, por lo que la educación debe inscribirse dentro de la desconcentración de las acciones de servicio y la descentralización del poder, para que sea accesible a todo el recurso humano tanto institucional como comunitario.

Lo expresado anteriormente requiere que se visualice la cualificación del recurso humano con un enfoque diferente al actual, tomando en consideración las siguientes premisas:

- a) **Proceso permanente.** Presente en el diario quehacer en salud, integrado a la prestación de los servicios y promoviendo el aprendizaje en el trabajo.
- b) **Proceso transformador.** Genera cambios positivos en el desarrollo, calidad y producción de los servicios.
- c) **Proceso contextualizado.** Parte de un contexto social, cultural y económico concreto, para contribuir a la transformación del proceso salud-enfermedad, tanto local, como nacional.
- d) **Proceso participativo e interdisciplinario.** Para incidir en la salud de la población es necesario abordarla con acciones cooperativas y coordinadas de los diferentes miembros del equipo de salud, de otros sectores y de la comunidad.
- e) **Proceso responsable.** La población y los agentes de salud comparten responsabilidad por las acciones de salud y por la resolución de los problemas.
- f) **Proceso accesible.** Todo el personal institucional, político, técnico-normativo y operativo, así como la comunidad, deben participar en el fortalecimiento de la administración y la gestión en salud.

Con las bases anteriores, el grupo de autores retoma los conceptos que se han manejado en las áreas de salud y distintos grupos en Guatemala, que se conjugan como sigue:

⁶ El artículo 98 de la Constitución Política de la República de Guatemala considera la “Participación de las Comunidades en Programas de Salud” y establece: “Las comunidades tienen el derecho y el deber de participar activamente en la planificación, ejecución y evaluación de los programas de salud”.

El proceso de cualificar a todos los sujetos que participan en actividades para la salud (población, fuerza de trabajo de salud y elementos intersectoriales), como componente del proceso general de desarrollo de los servicios, asegura la calidad y pertinencia de sus acciones, aumentando en particular su capacidad de respuesta para dar solución a problemas de salud de índole cultural, económica, técnica y epidemiológica y, de esta forma, contribuir al bienestar de la población.

UNA ALTERNATIVA PARA LA CAPACITACION PEDAGOGICA DE LOS RESPONSABLES

Teóricamente, el proceso de educación permanente podría iniciarse en los servicios de salud desde diferentes puntos de partida. Por ejemplo, la resolución de un problema de salud prioritario, o bien una necesidad educativa del equipo de salud plenamente identificada. Sin embargo, se considera que cualquiera de estos enfoques tiene carácter simplista y no llega al fondo del problema que se persigue en la educación permanente, tal y como se ha conceptualizado. En el caso de Guatemala, se decidió iniciarlo con la capacitación de los "equipos facilitadores". Tal decisión fue resultado de un cuidadoso análisis del contexto salud-educación permanente en el país, particularmente de las regiones de salud seleccionadas para iniciar el proceso.

Se consideró necesaria la conceptualización de un modelo de capacitación integrado (trabajo-educación-investigación), en el que la relación de los componentes del proceso, a través de los facilitadores, prepare al personal que participa en salud (incluyendo miembros de la comunidad donde se insertan los servicios), para generar conocimientos; planificar, diseñar y ejecutar los procesos, programas y actividades educativas que mejor resuelvan los problemas de salud dentro de la realidad concreta; iniciar el aprendizaje y continuar aprendiendo por sí mismos y entre sí (aprendizaje dialógico) a partir del trabajo, y producir cambios que lleven a los servicios y a sus comunidades a alcanzar mejores niveles de salud y bienestar colectivos.

Es en esa forma que los facilitadores son el punto de partida para iniciar el proceso de educación permanente con el modelo que aquí se propone. Proviene de los diferentes niveles organizativos de la institución, en los que por su carácter de liderazgo son responsables de gestionar y apoyar el proceso educativo a nivel de los servicios.

Objetivo general de la capacitación

- Realizar un programa educativo dirigido a cualificar los equipos facilitadores en los aspectos técnico-metodológicos ne-

cesarios para inducir, desarrollar y mantener un proceso, local y general, de educación permanente.

Estrategias

- Aplicar en el desarrollo del programa educativo, modalidades pedagógicas y de investigación participativas que promuevan el aprendizaje y generación de conocimiento en el trabajo, y en el contexto en que se desarrolla el proceso.
- Documentar y evaluar el proceso a fin de identificar su impacto, subprocesos y etapas que hagan posible ser replicados en las diferentes regiones de un país, tendiente a crear el sistema nacional de educación permanente en salud.

Los participantes y sus necesidades de aprendizaje

La identificación de la población objetivo para reorientar la educación permanente emerge del análisis del contexto y de lo que ha sido hasta ahora el proceso de educación para la salud del personal. La necesidad prioritaria es la de cualificar grupos de trabajo multidisciplinarios, que en diferentes niveles del sistema de salud dirigen y apoyan la entrega de servicios y como tales son responsables de facilitar procesos educativos permanentes.

Se concibe la capacitación como una de las áreas críticas en la cualificación del grupo facilitador, orientada a transformar los actuales enfoques y prácticas pedagógicas del personal del sistema de salud, que tradicionalmente han sido unidireccionales, restrictivos y ya no guardan coherencia con las nuevas políticas y estrategias sociales, ni con los modelos de servicios de salud. La conceptualización y práctica de un enfoque educativo alternativo, con base en la pregunta y en la problematización de la realidad, por grupos altamente participativos, es la opción pertinente.

Con las consideraciones anteriores el programa de capacitación se destina a grupos de trabajo prioritarios identificados en los diferentes niveles clave del sistema de salud: los facilitadores locales, los regionales y los del proceso general. Todos tienen responsabilidad de facilitar, coordinar y controlar (monitorear, supervisar y evaluar) los procesos de educación permanente.

El primer grupo lo integran funcionarios del nivel ejecutivo de acciones de servicio, con liderazgo para incidir en los procesos de producción de servicios, tanto asistenciales y predominantemente curativos (hospital) como preventivos (centros y puestos de salud).

- Equipo de área: médico, enfermera, trabajador social, inspector de saneamiento, coordinador educativo para área preventiva.

- Director del hospital del área y coordinador educativo del hospital.
- Director de escuela o coordinador de programa (en los lugares donde hay formación de personal de salud).

El segundo grupo se conforma con el nivel regional. La composición de este grupo de trabajo aún no ha sido establecida.

El tercero, se integra con el nivel técnico-normativo del sistema, que tiene asignadas funciones de apoyo técnico, docencia y supervisión capacitante. Se incluyen elementos intra e interinstitucionales clave de la integración docente-asistencial (seguridad social, escuelas formadoras de personal de salud, universidad, etc.) y coordinación con agencias internacionales o nacionales que apoyan el desarrollo de los recursos humanos:

- Todo el personal técnico de la División de Recursos Humanos.
- Personal técnico de otras Divisiones de la Dirección General de Servicios de Salud.
- Personal con cargos específicos en desarrollo de personal o educación continua del Departamento de Educación de Enfermería, la Escuela de Nutrición y la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de San Carlos, el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social y el Instituto de Nutrición de Centro América y Panamá.

La selección de los facilitadores integra criterios de decisión local y central ajustándose al perfil de responsabilidades señaladas.

Perfil de los facilitadores

El proceso de educación permanente requiere un cuadro de facilitadores con características multidisciplinarias, expertos en promover y mantener procesos educativos permanentes, y que como grupo de trabajo sean capaces de lograr para sí mismos y para otros:

- Reflexionar sobre los problemas que enfrentan.
- Compartir experiencias y conocimientos para interpretarlos más solidamente.
- Reelaborar los conceptos y normas que guíen su práctica.
- Transformar dichas prácticas de manera cooperativa.
- Evaluar los cambios logrados en los problemas y en ellos mismos.
- Planificar, diseñar y ejecutar programas y actividades coherentes con los problemas.
- Hacer las gestiones pertinentes para apoyar los procesos educativos integrados al servicio.

Perfil educacional del facilitador de educación permanente

Conocimientos:

- Fines y objetivos del sistema de salud. Sus políticas, estrategias, áreas prioritarias y modelos de servicio.
- Contexto del sistema de salud. Su dinámica política, económica, social, cultural y sanitaria. La sociedad, el hombre, la familia y los grupos de base de la comunidad.
- Conceptos y teorías sobre el fenómeno salud-enfermedad. Sus determinantes y su manifestación en el perfil epidemiológico general y específico.
- Enfoques teórico-metodológicos en la educación de adultos. La educación permanente en el trabajo como alternativa.
- El proceso enseñanza-aprendizaje. Sus principios, métodos y técnicas participativas.
- Administración educativa y planificación didáctica para la educación permanente.
- Métodos y técnicas de la participación social en salud y educación.
- Conceptos y estrategias para el desarrollo integral de recursos humanos.
- Bases psicológicas para comprender y manejar la dinámica de pequeños y grandes grupos.
- Comprensión y prevención del conflicto social que genera el proceso de cambio.

Habilidades o estrategias intelectuales:

- De planteamiento y resolución de problemas.
- De comunicación.
- Didácticas.
- De trabajo cooperativo y corresponsable en grupos multidisciplinarios.
- De promoción y ejercicio de la participación social (toma de decisiones).
- De facilitar los cambios, transformación de circunstancias, ideas y cosas.
- De dirección democrática, coordinación, monitoreo, seguimiento y evaluación de acciones y procesos educativos en los servicios de salud.
- De observación, análisis e interpretación.
- Para emplear el método científico en el planteamiento y ejecución de investigaciones prácticas y sencillas, particularmente las de enfoque participativo.

Destrezas:

- Manejo de los recursos tecnológicos disponibles.
- Selección y elaboración de material didáctico.

Actitudes:

- Respeto a las diferencias que impone el trabajo interdisciplinario.
- Confianza en las habilidades del personal y de la población para aprender por sí mismos y con otros, replantear o producir nuevos conocimientos y solucionar problemas.
- Responsabilidad, compromiso consigo mismo, con el grupo y con la sociedad.
- Apertura a los cambios, ideas, prácticas y situaciones.
- Compromiso científico (reflexión y crítica).
- Compromiso de servicio.
- Iniciativa y entusiasmo.
- Creatividad.
- Deseo de superación.

MODELO ESTRUCTURAL DE LA PROPUESTA

Se propone un modelo integrado y en varios niveles, por ser esta modalidad la más coherente con el enfoque de educación permanente planteado.

- a) La primera integración se logra a partir de las categorías fundamentales de acción estudio-trabajo-investigación.
- b) La segunda se da a nivel de conceptos y procesos básicos en el quehacer en salud, que cumplen el papel de ejes integradores y cuyos principales contenidos se van ampliando y profundizando contextualmente en el tiempo, de acuerdo con los objetivos que los participantes en el proceso vayan definiendo.
- c) La tercera se consigue mediante la integración teórico-práctica, con énfasis en la comunicación social eficaz, el manejo del método científico, la selección de problemas de salud-servicios y desarrollo del personal con participación real y efectiva en todas las instancias (estudio-trabajo-investigación).

Niveles

El modelo ha sido diseñado para ser desarrollado en dos niveles, con duración de un año cada nivel. El primero comprende tres

ciclos de 16 semanas cada uno, y se organiza alrededor de una temática específica:

- *Ciclo 1*: Procesos educativos y comunicación social.
- *Ciclo 2*: Desarrollo de recursos humanos y participación social.
- *Ciclo 3*: Proceso salud-enfermedad y epidemiología social.

La investigación y los métodos educativos participativos se constituyen en los tres ciclos en ejes centrales y ordenadores de conceptos y procesos.

Dicha participación irá surgiendo en la medida que se investigue por parte de los trabajadores de salud, la dinámica de los servicios y las características, presentes o no, de formas de organización comunitaria. Se espera que paulatinamente se fortalezca un proceso de participación social que intervenga en las decisiones de los servicios. Las modalidades que surjan serán diversas según el tipo de grupos comunitarios existentes, su dinámica y los objetivos de los propios programas sanitarios.

Al finalizar el primer nivel (primer año) del programa de capacitación, se hará la programación del siguiente nivel. El proceso de monitoría y seguimiento que ha acompañado a la capacitación, así como la evaluación del proceso aportarán información valiosa. Para la programación se requerirá además de una amplia intervención de los equipos participantes y de la dirección de los servicios de salud. Es importante la participación social, de acuerdo al grado de avance logrado en su incorporación a lo largo del proceso. En general, este segundo nivel estaría dirigido a retomar la experiencia adquirida para reforzar los aspectos teóricos y metodológicos que surjan como necesarios, y los trabajos investigativos requeridos para una mejor cualificación de los trabajadores en salud, así como una más amplia participación social, incorporada progresivamente a lo largo del proceso.

Método

En cada ciclo se programarán, de manera coordinada, tres tipos de actividades educativas:

1. Estudio individual programado (autoinstrucción), con lecturas de apoyo.
2. Actividades presenciales (cursos breves, talleres, intercambio de experiencias y reflexiones en grupos operativos). Requiere la concurrencia de los facilitadores durante períodos intensivos, para la problematización-reflexión-acción de los contextos de trabajo; análisis de teorías científicas; discusión de conceptos y, principalmente, la toma de decisiones acerca de investigaciones y procesos a promover en los servicios.

Esta modalidad cumplirá ante todo la importante tarea de ayudar al grupo a definir objetivos y actividades de aprendizaje, para sí y para otros.

3. Estudio-trabajo en los servicios o modalidad aplicativa, orientada hacia el desarrollo de experiencias de facilitación y a la elaboración de investigaciones sobre problemas de especial relevancia para la educación permanente en el contexto de los sistemas locales de salud, que permita la identificación, contextualización y priorización de problemas.

Los estudios estarán íntimamente referidos a las grandes temáticas anteriormente definidas y serán realizados por el facilitador, con la incorporación de los trabajadores de los servicios y de la comunidad, en forma progresiva.

El desarrollo de estas actividades deberá mejorar en forma integral los servicios de salud y el proceso de participación social. Los avances que se vayan logrando servirán como insumos para los próximos ciclos.

La distribución de tales modalidades educativas dentro de cada ciclo será programada en cada área o región, considerando el nivel de entrada de los participantes, los recursos educativos disponibles y las regulaciones vigentes en materia de capacitación de personal.

Contenidos

A continuación se expone, en términos generales, una propuesta de contenidos para cada uno de los ciclos del primer nivel. Se trata, por supuesto, de una formulación que puede ser desagregada y modificada según las necesidades de cada contexto.

Primer ciclo:

- a) Proceso pedagógico.
 - Análisis histórico de los distintos enfoques pedagógicos.
 - Rol de la educación en la sociedad.
- b) Investigación participativa.
 - La educación en contextos participativos.
- c) Comunicación social.
 - La comunicación como estrategia en los procesos de educación.
 - Evolución de la comunicación en la sociedad.
 - La comunicación participativa: enfoques teórico-metodológicos.
 - Metodología educativa.
 - Modalidades de investigación participativa.

Segundo ciclo

- d) Desarrollo de recursos humanos.
 - Fuerza de trabajo en el ámbito de los servicios de salud.
 - La formación de los recursos humanos en salud: análisis crítico.
- e) Investigación participativa.
 - Perspectivas frente al desarrollo de recursos humanos en el ámbito general y a nivel de país.
- f) Participación social.
 - Diversos enfoques en participación social.
 - Formas de participación y servicios de salud.
- g) Metodología educativa.
 - Planificación didáctica.

Tercer ciclo

- h) Proceso salud-enfermedad.
 - Conceptualización del proceso salud-enfermedad.
- i) Epidemiología social.
 - Proceso salud-enfermedad y sus determinantes sociales.
 - La relación del proceso salud-enfermedad y la asistencia sanitaria en diferentes sistemas sociales.
 - Enfoques epidemiológicos utilizados en el estudio del proceso salud-enfermedad: formas de operacionalización.
- j) Investigación participativa.
 - Epidemiología social como eje integrador para el análisis de la situación de salud.
- k) Metodología educativa.
 - Administración educativa del proceso de educación permanente.

Control y seguimiento

Esta fase del modelo general de educación permanente ha sido encomendada a otro país, por lo que esta propuesta se verá complementada con ese aporte metodológico.

No obstante lo anterior, se quiere señalar que para el proceso de capacitación se requieren procesos de control (monitoreo, supervisión capacitante y evaluación) y seguimiento horizontales. Es decir, se incorporan al proceso mismo de educación permanente en los servicios. Para operacionalizarlo efectivamente se requerirá apoyo técnico, normativo y administrativo del nivel central y regional del sistema de salud, con carácter oportuno y estratégico.

RECURSOS

Para la capacitación de los facilitadores se hará uso de los recursos de todo tipo disponibles dentro del sistema de salud, en otros sectores y en la comunidad misma, ya sea en el nivel local, regional o nacional.

El insumo más importante lo constituyen los participantes mismos a través de su compromiso, interés, entusiasmo y lealtad hacia el proceso. Así, es de esperarse que el propio grupo irá identificando y gestionando los diferentes insumos —adicionales a los disponibles— que se perfilen como necesarios para su propia capacitación y para apoyar los procesos, estudios, etc. promovidos e iniciados en sus lugares de trabajo.

Se considera clave para el éxito del proceso, contar con un experto en enfoques metodológicos participativos; fundamentalmente, por el papel ejemplificador y generador de cambios que debe cumplir en beneficio del grupo. Por esta razón, se debe planificar su incorporación en momentos estratégicos como lo son las actividades presenciales y las etapas críticas del período aplicativo de capacitación en los lugares mismos de trabajo. En algunos países este recurso puede reclutarse en el ámbito nacional; en otros, será necesario recurrir a la asesoría internacional.

Para lograr lo anterior, es relevante la cooperación de organismos internacionales, particularmente OPS/PASCAP, por su rol eminente en la promoción de la reorientación de la educación permanente en América Latina.

BIBLIOGRAFIA

Organización Panamericana de la Salud. *SPT-2000. Plan de acción para la instrumentación de las estrategias regionales*. Documento Oficial No.179. Washington, DC, 1982.

Organización Panamericana de la Salud. *Educación Permanente de Personal de Salud de la Región de las Américas. Propuesta de Reorientación*. Washington, DC, 1987.

Organización Panamericana de la Salud. *Desarrollo y fortalecimiento de los SILOS y la descentralización*. Washington, DC, 1988.

Organización Panamericana de la Salud. *Plan de apoyo a los recursos humanos en supervivencia materno-infantil*. Plan de Acción 1988. Guatemala, 1988.

RESEÑAS

HONDURAS: ALTERNATIVAS PARA LA EDUCACION Y LA PRACTICA MEDICA EN CENTROAMERICA

*Raúl Felipe Cáliz*¹

PASCAP y el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS han apoyado decididamente un esfuerzo de autoridades, docentes y estudiantes de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Autónoma de Honduras, para llevar a cabo un proceso de reorganización académica y administrativa para volver su funcionamiento más acorde con las demandas de las políticas y estrategias de salud del país. El autor ocupaba el cargo de Decano de dicha Facultad durante el período en que ese proceso tuvo lugar. Parte de la filosofía de las autoridades universitarias de entonces, se expresa en las ideas contenidas en esta Reseña.

La importancia política de la salud pública crece cada día más en forma proporcionalmente directa al desarrollo social, económico, político y cultural de la humanidad. Esto se debe, en primer lugar, a que la salud del individuo, o de la población, es el principal indicador de ese desarrollo; en segundo lugar, a que es su producto principal; en tercer lugar, a que es el principal objetivo del mismo y en cuarto lugar a que es, o debería ser, su principal gestor o inductor. En otras palabras, la salud se ha convertido en el principal elemento del bienestar material y espiritual del hombre.

La significación política de este hecho fue notablemente destacada en la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud (Alma-Ata, URSS, 1978) al proponerse a todos los gobiernos del planeta y a la opinión pública mundial la meta de salud para todos en el año 2000. Esta meta encierra en sí misma el profundo compromiso moral de los países, por hacer todos los esfuerzos posibles para dedicar los recursos materiales, organizativos, técnicos y científicos necesarios para lograrla. Re-

¹ Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Autónoma de Honduras al momento de escribir este trabajo, presentado en la XIV Conferencia de Facultades de Medicina de América Latina, Quito, Ecuador, 5-8 octubre 1987.

presenta, además, quizás uno de los más grandes mensajes de paz de los últimos tiempos, porque es una meta común aceptada por todos en aras de la salud física y espiritual del hombre, que resultará por consiguiente, en un clima más positivo en las relaciones internacionales.

Esta importancia, cada vez mayor, de la salud pública en los contextos nacional y mundial trae consigo problemas de singular actualidad, como es el de una correcta política de formación y capacitación de cuadros técnico-científicos en el área de la salud y en otras áreas afines, así como una adecuada política para la generación de la ciencia y la técnica que la realidad de cada país exige.

Una política de preparación exige, necesariamente, una política académica que prevea el diseño y la implementación de las estrategias metodológicas necesarias para: el correcto diagnóstico prospectivo de la realidad circundante; la preparación de los perfiles ocupacionales y educativos de los futuros egresados; la definición de las áreas prioritarias del desarrollo científico y técnico, y la adecuada gerencia administrativa del proceso docente-asistencial.

Tanto los países latinoamericanos, como sus universidades, poseen una serie de rasgos comunes que permiten analizar el rol de la universidad en el desarrollo social en el contexto de uno de ellos; por ejemplo, en Honduras. Esas características dependen del origen común —histórico, étnico y cultural— de dichos países, así como también, del hecho de vivir y desarrollarse en similares condiciones sociales, políticas y económicas impuestas por el subdesarrollo y la dependencia externa.

Las universidades, por otro lado, tienen en común su autonomía, su co-gobierno docente-estudiantil, un enorme peso específico en la vida de nuestros países y su permanente rebeldía en contra del sistema de subdesarrollo y dependencia externa en que se encuentran inmersas.

Pero ¿cuál es el propósito fundamental de la Universidad?

En algunos países del continente, distintos movimientos han logrado detener o distorsionar el desarrollo científico y académico-administrativo de las universidades y, en general, de la enseñanza superior, basados en la falsa premisa de que este desarrollo apuntala o apoya al sistema capitalista. Cabe, entonces, preguntarse si los movimientos sociales no son en realidad una forma de procesos científicos. Estos procesos de cambio, ¿no son producto, en gran medida, del desarrollo de la ciencia? De esta manera, se quiere convertir a la universidad, en una entidad donde la agitación política es un fin en sí y no un medio o instrumento de lucha para generar el proceso de cambio social a través del desarrollo científico. Por otro lado, se ha generado en el seno de la universidad una profunda contradicción de carácter antagónico entre lo general y lo particular, pues

se plantea consignas y problemas que solo pueden ser resueltos a nivel nacional o internacional, con el concurso de poderosas fuerzas del entorno macrosocial y extrauniversitario; este hecho impide a la universidad atender los problemas concretos de su competencia.

Las fuerzas y tendencias universitarias a menudo coinciden completamente en el fondo, pero desde posiciones ideológicas aparentemente contrarias. Se persigue la formación de un profesional individualista, elitista, conservador, mercantilizado y partidario del *statu quo*.

Otro aspecto de relevante importancia es el relacionado con la contradicción, no antagónica, entre el profesor y el estudiante. Se refiere a la existencia de grupos que pretenden, equivocadamente, adjudicarse un carácter clasista y antagónico, aseverando que ambos sectores representan distintos estamentos de la sociedad. En base a esto, surgen tendencias que pretenden "popularizar" la enseñanza, sacrificando la excelencia académica. Por su parte hay grupos más conservadores que son partidarios de políticas elitizantes a través de cupos que impiden el acceso amplio a las aulas universitarias. Ambos extremos estancan a la universidad.

A la luz de lo expuesto, nos preguntamos cuáles podrían ser las causas de esta situación y llegamos a la conclusión de que se trata de una falsa percepción de la realidad nacional. En efecto, la universidad es el reflejo de esa realidad en su conjunto y no solamente de una parte de ella. En tal virtud, es de vital importancia realizar un trabajo científico serio en la búsqueda e implementación de vías, métodos e instrumentos para la comunicación con esa realidad a fin de estudiarla y transformarla. Es así como la realidad se convertirá en el principal elemento formativo del estudiante universitario y de los profesores mismos.

En base a lo anterior, hay necesidad de conjugar la autonomía universitaria con los deberes de la universidad con la comunidad. Creemos que esto debe hacerse en base a los siguientes principios:

- La universidad debe estar al margen de la lucha entre partidos y movimientos políticos a nivel nacional, y al mismo tiempo mantener su compromiso con los intereses, problemas, inquietudes y esperanzas de la sociedad.
- Debe mantener su objetividad científica y su espíritu crítico frente a los fenómenos negativos de la vida nacional e internacional, participando al mismo tiempo en la solución de los problemas y conflictos que afronta el país.
- Debe mantener su independencia y su autonomía, pero también participar en el desarrollo nacional, el progreso social, la lucha por la paz y la independencia del país.

En definitiva, el rol histórico de la universidad consiste en contribuir a la transformación progresista de la realidad nacional, no de cualquier forma, sino a través de su quehacer fundamental, que es el académ-

mico. Es decir, a través de la organización científica del proceso educativo, para producir la ciencia, la técnica y los profesionales adecuados que esa realidad nacional exige.

Para que la universidad pueda cumplir con su rol histórico tendrá que establecer en su organización interna los siguientes objetivos:

1. *La democratización del proceso enseñanza-aprendizaje.*

En este sentido vale la pena destacar que algunos limitan este aspecto a la simple modificación estudiantil sin que la calidad académica del proceso sea relevante. La democratización conlleva otros elementos importantes como:

- El cambio del espectro social del estudiantado, al permitir el ingreso de estudiantes provenientes de las clases populares.
- La creación de programas de ayuda financiera para el sostenimiento de estos estudiantes.
- La flexibilidad del currículo y de los sistemas de evaluación del estudiante. En este sentido, deberán tenerse en cuenta las condiciones socioeconómicas y la idiosincracia de los estudiantes en la innovación metodológica del currículo.
- El fomento de la libertad de cátedra no solo desde el punto de vista metodológico e investigativo, sino fundamentalmente desde el punto de vista de la enseñanza de las corrientes progresistas del pensamiento científico.
- La apertura de la universidad al pueblo a través del diseño y ejecución de todo tipo de cursos, talleres, seminarios, etc., de acuerdo a las exigencias de la comunidad.

2. *La tecnificación del proceso educativo.*

Al respecto aclaramos que no se pretende desarrollar una tendencia tecnocrática, sino más bien aplicar en forma progresista los adelantos científico-técnicos a la esfera de la educación.

3. *La adecuación de la universidad a la realidad nacional.*

Queremos destacar que la universidad, en muchos países latinoamericanos, se ha proyectado hacia la comunidad solo a través de algunas acciones de extensión que no van más allá de la simple difusión cultural o de simples experiencias pedagógicas. Es decir, que ni los profesores, ni los estudiantes, se han insertado en el proceso productivo de la comunidad y por lo tanto, no han generado ningún impacto en la transformación de la realidad vivida por esa comunidad.

Hechas estas consideraciones, hay base para proponer que algunos de los elementos de la adecuación de la universidad a la realidad nacional son:

- Definición de los perfiles necesarios para el diseño de un currículo adecuado.
- Adecuación de los contenidos programáticos a la realidad de salud del país, previo análisis y diagnóstico de la misma.
- Inserción de estudiantes y profesores en el proceso productivo del país, a través de la integración del estudio y del trabajo.
- Formación, en cantidad y calidad, de los profesionales que el país necesita.
- Diversificación de la enseñanza de acuerdo a las necesidades del país.

UNA PROPUESTA DE DESARROLLO CURRICULAR. CARACTERÍSTICAS

Exploramos a continuación la posibilidad de proponer nuestra propia alternativa dialéctica para el desarrollo curricular, con las características que se resumen así:

- a) Utiliza las principales categorías dialécticas del desarrollo de la naturaleza, la sociedad y el pensamiento en el análisis y la solución de la problemática curricular.
- b) Ubica los problemas y fenómenos político-ideológicos, relacionados con la educación superior y su entorno socioeconómico, en un corredor dialéctico históricamente adecuado, evitando los extremismos y el centrismo.
- c) Utiliza la ley de la “negación de la negación” para orientar el curso progresista del proceso educativo, tanto en la categoría espacio-tiempo, como en las de estructura-función y contexto-integralidad. Es decir, que se hace a un lado lo negativo y se afirma lo positivo de los currículos tradicionales y de los innovadores, así como de los aspectos funcionales y estructurales de las instituciones respectivas.
- d) Utiliza la definición de perfiles como forma y método de reflejar la realidad concreta (ejemplo: perfiles prospectivos institucionales, académico-administrativos, epidemiológicos, ocupacionales, educacionales y docentes).
- e) Busca la integración conceptual, política y académica en la solución de los complejos problemas de la educación superior.
- f) Considera el contacto con la realidad concreta de salud del país como el principal factor de la transformación progresista del estudiante y del proceso educativo.
- g) Utiliza la estrategia estudio-trabajo como método integrador y facilitador de:

- La integración de la docencia con la investigación y la extensión.
 - El estudio crítico de los modelos de atención primaria.
 - La participación temprana y masiva de los estudiantes en la práctica médica.
 - La inserción del proceso educativo en el proceso productivo del país, en la esfera de la prestación de servicios de salud.
- h) Conjuga el desarrollo curricular con el desarrollo de otras áreas del contexto institucional.
 - i) Parangona, con fines prácticos, las categorías del proceso educativo con las del proceso productivo.
 - j) Prevé la máxima integración del currículo con los planes, programas y proyectos de las instituciones de salud del sector público y la seguridad social del país.
 - k) Prevé la administración del currículo conjuntamente con las otras áreas del desarrollo institucional, en lo relativo a su planeamiento, organización, ejecución y evaluación.
 - l) Define un perfil educacional en base a programas y sistemas de evaluación por competencias.
 - m) Prevé la educación en forma de sus egresados.
 - n) Concibe el currículo como un proceso en constante desarrollo que abarca constantemente nuevas dimensiones de la realidad, sin pretender abarcarla toda y para siempre.

BIBLIOGRAFIA

- Cálix, R. F. Bases conceptuales del currículo de la carrera de medicina de la Facultad de Ciencias Médicas de la U.N.A.H. (Mimeografiado). Tegucigalpa, 1986.
- Cálix, R. F. Marco de referencia de la investigación científica en la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Tegucigalpa, 1986.
- Función de las universidades en las estrategias de salud para todos. Contribución al desarrollo humano y a la justicia social. (Documento de base para las discusiones técnicas, 37ª Asamblea Mundial de la Salud, 1984). *Educ Med Salud* 19 (1), 1985.
- García, J. C. *La Educación Médica en la América Latina*. Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC, 1972.
- Moncada, A. *Administración universitaria. Introducción sistemática a la enseñanza superior*. Fundación Moncada-Kayon. Madrid, 1971.
- Navarro, V. *Lucha de clases. Estado y medicina*. Editorial Nueva Imagen. México, 1986.
- Timio, M. *Clases sociales y enfermedad. Introducción a una epidemiología diferencial*. Editorial Nueva Imagen. México, 1986.

GUATEMALA: DESARROLLO DEL SUBSISTEMA DE INFORMACION DE PERSONAL DE SALUD

Esvin Lemus,¹ Olga Martínez Chopen¹ y Ricardo Valladares¹

INTRODUCCION

Desde 1984 la Unidad de Informática del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social consideró el desarrollo del módulo de personal como parte del Subsistema de Información de Infraestructura.

Por otra parte, la División de Recursos Humanos realizó dos talleres multidisciplinarios para la formulación de una Política de recursos humanos del país; en los cuales se señaló la necesidad de:

- Realizar investigaciones que permitan identificar la problemática de la planificación de recursos humanos para plantear alternativas de solución.
- Diseñar e implementar un subsistema de información sobre recursos humanos que forme parte del Sistema de Información de Salud.

En consecuencia, la División de Recursos Humanos llevó a cabo en 1984 la Encuesta del Estudio de Personal de Salud del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Por medio de dicho estudio, se determinó la necesidad de mejorar el registro, procesamiento y presentación de la información de personal para así elevar la capacidad de atención al público.

EL ESTUDIO

Los esfuerzos que realiza el Gobierno de Guatemala a fin de mejorar la situación de salud del país no han tenido el impacto deseado, siendo una de las razones más importantes el escaso desarrollo de la capacidad administrativa, técnica y operativa del recurso humano en salud, condicionada por el desorden en los sistemas de absorción, distribución y utilización de personal, así como la irrelevancia de la capacitación y la poca motivación de los laborantes. Las políticas y planes de desarrollo de

¹ División de Recursos Humanos, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Guatemala.

recursos humanos se han visto limitados en su formulación y ejecución debido a la carencia de un Sistema de Información de Personal de Salud, que proporcione información completa, confiable y oportuna para mejorar los sistemas de gestión del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El Subsistema de Información pretende contribuir a crear bases tecnológicas para formar una red nacional de información que desarrolle y aproveche al máximo los recursos informativos existentes en el sector público, para alimentar las decisiones rutinarias y la planificación de actividades, siendo este uno de los objetivos definidos en el Plan de Reorganización Nacional del presente Gobierno de la República.

El Estudio ha sido formulado con participación de las dependencias relacionadas directamente con la problemática de información en recursos humanos de salud, lo que garantiza un enfoque integral e implementación coordinada de la solución propuesta, evitando con ello la duplicidad de esfuerzos y fortaleciendo la capacidad de su ejecución, seguimiento y evaluación.

Las actividades estuvieron orientadas a mejorar la situación del personal institucional del Ministerio (alrededor de 19 000 personas). Se pretende que, como resultado de estas acciones, se beneficien los usuarios del sistema de prestación de servicios de salud.

Objetivos del Estudio

General

Desarrollar el Sistema de Información de Personal de Salud que genere información oportuna, confiable, actualizada y necesaria para fortalecer la capacidad técnica y administrativa del recurso humano.

Específicos

- Estructurar una base de datos que posibilite el manejo y utilización de información relacionada con el personal institucional, en los diferentes niveles en que funciona el Ministerio, con criterios de oportunidad y confiabilidad.
- Asegurar el flujo permanente de información relativa a diversas características del recurso humano del ministerio, que permita desarrollar actividades de reclutamiento, capacitación, formación y utilización del mismo.
- Mantener un registro de la trayectoria laboral de los empleados del Ministerio, que proporcione la información referente a ac-

ciones del personal y agilice los trámites que se realizan en el Departamento de Personal del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

Componentes desarrollados

a) *Actualización y ampliación de la base de datos*

Este componente incluye las siguientes actividades:

- Revisar, evaluar y determinar necesidades de ampliación y actualización.
- Definir las metodologías para la depuración, actualización, recolección, procesamiento de datos y distribución de la información.
- Actualizar y ampliar la base de datos para la operación del Módulo de Personal de Salud.

b) *Recursos humanos y materiales para el proyecto*

c) *Instrumentación de flujos de operación*

Con la ejecución de este componente se busca:

- Establecer las fuentes, flujos, formatos de entrada y cuadros de salida.
- Dotar a las fuentes de información de los instrumentos necesarios para hacer llegar la información a nivel central.
- Capacitar al personal responsable de la recolección de los datos.

d) *Supervisión y evaluación de la ejecución del proyecto*

Organización y administración del estudio

Las diversas actividades del estudio fueron organizadas y administradas por la Unidad de Informática, el Departamento de Personal y la División de Recursos Humanos —dependencias del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social.

El proceso de desarrollo del estudio incluyó la capacitación del personal técnico a cargo de las distintas etapas del mismo; la etapa de planeamiento incluyó la realización de reuniones de coordinación con las distintas dependencias implicadas.

Al momento de escribir esta reseña, se tiene elaborada una base

de datos que incluye aspectos generales laborales y educativos del personal de salud. Dicha base informativa deberá ser sometida a evaluaciones y ajustes periódicos.

Asimismo, se toman precauciones para que el sistema de información referido se articule en general con el sistema de información del sector salud, que cubrirá a las entidades prestatarias de servicios del país.

RECURSOS HUMANOS EN EL PLAN DE NECESIDADES PRIORITARIAS DE SALUD EN CENTROAMERICA Y PANAMA

El Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá (PPSCAP) surge como una iniciativa de los países del istmo centroamericano para dar solución a sus necesidades prioritarias de salud y constituirse en un puente para la paz y el entendimiento.

En el transcurso del año 1984 se elabora el Plan y se presenta a consideración de las agencias donantes y es en 1985 que comienza a implementarse. El PPSCAP identificó siete grandes áreas de intervención:

- Fortalecimiento de los servicios de salud.
- Recursos humanos.
- Medicamentos esenciales.
- Alimentación y nutrición.
- Principales enfermedades tropicales.
- Supervivencia infantil.
- Agua y saneamiento.

Es importante destacar que el área de desarrollo de recursos humanos en salud no consiguió financiamiento de parte de las agencias donantes como un proyecto autónomo. Sin embargo, casi todas las demás áreas incluyeron un subcomponente de recursos humanos. Tal es el caso del Plan de Apoyo a los Recursos Humanos en Supervivencia Infantil; el Proyecto Subregional de Formación y Capacitación de Recursos Humanos en Alimentación y Nutrición; el proyecto de Desarrollo de Recursos Humanos en Administración de Sistemas de Suministro de Medicamentos en Instituciones del Sector Salud de Centroamérica y Panamá, y el Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial de los Servicios de Salud de Centroamérica y Panamá.

De esta manera se puede afirmar que si bien el área de recursos humanos no se desarrolló en forma independiente, lo hizo como un componente de cada área y se constituyó en un eje de integración y coordinación de las diferentes áreas programáticas del PPSCAP.

Sin embargo, el planteo anterior no afirma que se hayan explotado al máximo las posibilidades integradoras del componente de recursos humanos.

Todavía se visualiza como una tarea dificultosa la integración de las actividades educativas generadas por los proyectos del PPSCAP, ya que frecuentemente diferentes proyectos ejecutan componentes educativos sin que las unidades de recursos humanos ejerzan control y coordinen la ejecución de dichos componentes.

En este sentido, el Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP) asume un papel relevante en la aplicación a nivel subregional de las estrategias de cooperación técnica entre países, en la movilización de recursos nacionales, la administración del conocimiento y la excelencia técnica dentro del proceso de gestión en los servicios de salud, ya que todas estas acciones se encaminan a desarrollar integralmente el componente de recursos humanos en las diferentes áreas del PPSCAP.

PERSONAL DE PASCAP

Durante los primeros años, la sede coordinadora del Programa en San José funcionó mediante el esfuerzo de distintos profesionales internacionales que ocuparon cargos temporales y permanentes dentro del esquema organizativo de la OPS. Mencionemos los siguientes:

Con cargos permanentes: Cecilia Barrera (Colombia), Cuauhtémoc Pineda (México), Fabiola Nunes (Brasil) y Jorge Haddad (Honduras). Como consultores temporales trabajaron en distintas actividades: Weyler Moreno (Uruguay), Gustavo Corrales (Honduras), Hugo Figueroa (Guatemala), Nancy Fitton (EUA) y Zulema de Quinteros (Argentina).

Posteriormente se incorporaron, en cargos internacionales: Rodrigo Barahona (Costa Rica), quien asumió la coordinación del Programa en 1986; Carlos Linger (Argentina) y Daniel Purcallas (Uruguay).

Como funcionarios nacionales han operado: Mara de Galindo, Arnoldo Borrayo y José Quiñónez en Guatemala; José Marinero en El Salvador; Francisca de Canales en Honduras; María Isabel Turcios en Nicaragua, y Guillermo Calderón, Ana Katharina Muller, Gabriel Mejía, Rodrigo Alvarez y Armando Campos en Costa Rica.

El Gobierno de Costa Rica aportó personal de apoyo desde el inicio del programa; algunos de ellos continúan ligados a PASCAP: Carlos Manuel Soto Guevara, quien desde el comienzo ha estado a cargo de las tareas de administración; Marielos Vega, Manuel Antonio Alemán y Arturo Rojas. Costarricenses contratados por la OPS incluyen a Alcira

Castillo, Herman Vargas, Juan Manuel Rodríguez, Maureen Carvajal, Benedicto Sánchez y Albertina Romero.

En la fotografía aparece el personal actual de PASCAP, que incluye a los funcionarios y empleados costarricenses y centroamericanos cuyos nombres se detallan al calce.



El personal actual de PASCAP (de izquierda a derecha): Carlos M. Soto G., José Marinero, Carlos Rosales, Francisca de Canales, Isabel Turcios, Carlos Linger, Rodrigo A. Barahona, Fabio Rodríguez, Grace Durán, José Quiñónez, Ritha Duarte, Ana Guisethe Aguero, Arturo Rojas, Shirley Chávez, José Ceciliano, Armando Campos y Yorleny Murillo.

NOTICIAS

TALLER SOBRE EXPERIENCIAS EN EDUCACION PERMANENTE EN LOS PAISES CENTROAMERICANOS

En la sede de PASCAP en Costa Rica, tuvo lugar en marzo pasado un taller para intercambiar experiencias sobre las modalidades con que los países están implementando la propuesta regional de educación permanente, en base a las deliberaciones que ya se han sostenido en Centroamérica sobre este particular. Los seis países del istmo se hicieron presentes a través de delegaciones integradas por personal que labora en capacitaciones en distintos proyectos del Plan de Necesidades Prioritarias de Salud en Centroamérica y Panamá, y en otras acciones de capacitación prioritarias. Se espera que con los resultados del taller se continúen esfuerzos para integrar en los países las distintas formas de capacitación que se están promoviendo a propósito de distintos proyectos de cooperación externa.

COLABORACION CON EL CENTRO DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION DE LA CAJA COSTARRICENSE DEL SEGURO SOCIAL

Desde 1988, PASCAP ha venido colaborando activamente con el Centro de Enseñanza e Investigación en Salud y Seguridad Social en Costa Rica (CENDEISS), en el fortalecimiento de su capacidad técnica y administrativa para, conjuntamente con la División de Recursos Humanos de la Caja Costarricense del Seguro Social, impulsar y acompañar el proceso de desarrollo institucional de dicha entidad, dentro del contexto de sus políticas de descentralización funcional. Esta cooperación se brinda en estrecha coordinación con la Representación OPS/OMS en Costa Rica y con el Proyecto Subregional de Desarrollo de la Capacidad Gerencial.

APOYO A LA ESTRATEGIA DE CONDUCCION Y GERENCIA DEL SECTOR EN HONDURAS

El programa regional de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS presta apoyo a la Representación OPS/OMS en Honduras en el desarrollo de un programa de cooperación técnica con el Ministerio de Salud de ese país. Este apoyo se orienta a la reorientación de las acciones de capacitación del personal de salud, tanto en el aspecto metodológico (modelo de educación permanente en el trabajo) como en el plano operativo a nivel de las regiones de salud, en un esquema descentralizado. Las regiones sanitarias han derivado las necesidades de capacitación a partir de un análisis del contexto regional y local, identificando los principales problemas de salud y posibles alternativas para enfrentarlos. Los equipos regionales han analizado distintas opciones metodológicas para llevar adelante la capacitación. La discusión de todos estos aspectos se lleva a cabo a través de reuniones de concertación que cuentan también con el respaldo de la OPS.

En el momento actual, está en pleno desarrollo un proceso de capacitación de los facilitadores que en cada una de las regiones de salud tienen responsabilidades en la conducción del plan educativo mencionado.

APOYO A LA EDUCACION MEDICA Y DE ENFERMERIA

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS ha venido desarrollando en Centroamérica y Panamá una serie de actividades en los últimos años, relacionadas con el desarrollo de la educación médica y de enfermería en la subregión.

En el mes de marzo de 1986 se realiza en la sede de PASCAP, en San José, un encuentro de Decanos de Medicina del área, agrupados en la Asociación Centroamericana de Facultades de Medicina. En ese evento, que contó en el acto de clausura con la presencia del Director de la OPS, Dr. Carlyle Guerra de Macedo, se sentaron las bases para la reactivación de ACAFAM (Asociación Centroamericana de Facultades de Medicina) como instancia representativa subregional. Igualmente se elaboró un programa de cooperación técnica de PASCAP, centrado en el desarrollo de la capacitación pedagógica de los docentes en Salud.

En 1987, se llevó a cabo un Encuentro Centroamericano de Integración Docente-Asistencial, en la ciudad de Antigua, Guatemala, con

la presencia de los Decanos y Directores de carrera de las Facultades de Medicina, las Directoras de las Escuelas de Enfermería y los Directores de los Departamentos de Recursos Humanos de los Ministerios de Salud. En esta reunión se analizó la articulación y coordinación que debieran tener los sectores formador y utilizador de Recursos Humanos y se elaboraron planes de trabajo por país para reforzar las iniciativas nacionales de integración docente-asistencial.

En ese mismo período, el programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud de la OPS venía promoviendo en los países de la Región, la implementación del Análisis Prospectivo de la Educación Médica, y es a través de ACAFAM que PASCAP coopera en su implementación en la totalidad de las Escuelas Médicas de la Subregión.

En abril de 1989 se llevó a cabo en Managua, Nicaragua, una reunión de Decanos de las Facultades de Medicina, organizado por el Programa de Recursos Humanos en Salud de la OPS y la Representación de la Organización en Nicaragua. Sus objetivos fueron elaborar los lineamientos generales de una propuesta para el desarrollo de la educación médica en función de las necesidades y políticas subregionales de salud. Contó con la participación de los Decanos de las Facultades de Medicina de Panamá, Costa Rica, Nicaragua (León, Managua), Honduras, El Salvador, Guatemala y la República Dominicana, así como el Presidente de ACAFAM y funcionarios del Programa de Recursos Humanos de la Organización y autoridades nacionales de salud y de la universidad.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana —denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Internacional— se originó a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) en la que se recomendaba celebrar “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención (Washington, DC, 2-4 de diciembre de 1902) estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, asignó funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión (Buenos Aires, 1947). Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) se decidió cambiar el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. La Oficina, en cambio, permaneció con el mismo nombre.

En virtud de lo acordado en 1949 entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Sanitaria Panamericana desempeña las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud funge también como organismo especializado interamericano en la esfera de la salud pública y goza de la más amplia autonomía para cumplir con sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son promover las acciones y coordinar los esfuerzos de los países del continente tendientes a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Con el fin de lograr estos propósitos, la OPS colabora con los Gobiernos Miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud pública, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías, facilita los servicios de consultores, concede becas, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades que llevan a cabo los países en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadísticas de salud y desempeña diversas funciones afines. A través de sus publicaciones, la OPS disemina información científica y técnica de carácter internacional.

Gobiernos Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. **Gobiernos Participantes:** Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido.

Cuerpos Directivos: Conferencia Sanitaria Panamericana (reunión cuatrienal), Consejo Directivo (reunión anual), Comité Ejecutivo (dos reuniones ordinarias al año).

Oficina Sanitaria Panamericana: Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director; Dr. Robert F. Knouss, Director Adjunto; Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa, Subdirector.

**PASCAP: COOPERACION TECNICA ENTRE PAISES •
RECURSOS HUMANOS PARA LOS SISTEMAS LOCALES
DE SALUD • MONITOREO DE LOS PROCESOS DE
CAPACITACION PERMANENTE • DESARROLLO DE
SERVICIOS DE SALUD Y ENSEÑANZA DE LA
ADMINISTRACION • EDUCACION PERMANENTE EN
SALUD EN CENTROAMERICA • CAPACITACION
PEDAGOGICA • RESEÑAS • NOTICIAS**

