

Volumen 27, No. 4
Octubre/diciembre 1993

Educación Médica y Salud

TRABAJO Y EDUCACION
EN LOS SERVICIOS DE SALUD:
LA EXPERIENCIA LATINOAMERICANA

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

E EDUCACION 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. 27, No. 2: Recursos humanos para la atención primaria: la experiencia de Cuba.

Vol. 27, No. 3: Recursos humanos para la salud: nuevos espacios de trabajo.

Próximo número:

Vol. 28, No. 1: El cambio en la profesión médica y sus implicaciones para la educación médica.

Educación Médica y Salud

Volumen 27, No. 4
Octubre/diciembre 1993

463 **Presentación**

ARTICULOS

- 466 **Educación permanente y trabajo en salud: un proceso en construcción.** *María Alice Clasen Roschke, María Cristina Davini y Jorge Haddad Q.*
- 489 **Gestión de la educación permanente: una relectura desde una perspectiva estratégica.** *Mario R. Rovere*
- 516 **México: la identificación de necesidades educativas en las jurisdicciones sanitarias. La experiencia de Netzahualcóyotl.** *José de J. Villalpando Casas, G. Eduardo Núñez Maciel, M. Guadalupe Castillo Hernández y M. de los Angeles Coiffier*
- 528 **Educación permanente y perfeccionamiento del médico y la enfermera de la familia en Cuba: el caso de Pinar del Río.** *Silvia de los Angeles Rodríguez M., Teobaldo Triana Torres, Alcides Ferrer Obeso, Emilia Rosa Rieumont, Alberto Hatim Ricardo y José Rodríguez Rodríguez*
- 541 **Brasil: capacitación para la gerencia de unidades básicas de salud en los distritos sanitarios.** *José Paranaguá de Santana e Isabel Dos Santos*
- 549 **Educación permanente para la capacitación avanzada en gerencia de servicios de salud: la experiencia de Nicaragua.** *Angel Sánchez V., Douglas Sosa C., María Isabel Turcios, Claritza Morales P. y Nilda Villacrés*
- 561 **La experiencia de educación permanente de la Universidad del Valle y los sistemas locales de salud del municipio de Cali, Colombia.** *Blanca A. de Cabal, M. Victoria Granada Patiño, Nohemi B. de Infante y Amparo Vesga S.*
- 570 **Aportes conceptuales para la construcción de mecanismos para el monitoreo de los procesos educativos en los servicios de salud.** *Jorge Haddad Q., Rutilia Calderón, María Isabel Turcios, Elia B. Pineda, Angel Sánchez V. y Claritza Morales*
- 582 **Aprendizaje en el trabajo: monitoreo del proceso educativo en un postgrado de salud pública en Honduras.** *Mayra Isabel Chang S. y Rina Turcios Oquelí.*

- 596 **Educación permanente para la reorganización de los servicios de salud en Bolivia: modelo construido por aproximaciones sucesivas en base a su monitoreo.** *Carmen Rosa Serrano, Guillermo González, Fernando Robles, Hugo Pinto y Carlos Oropeza*
- 618 **República Dominicana: educación permanente de los equipos de salud en los niveles regional y local.** *Rosa María Borrell Bentz y Comisión Nacional de Educación Permanente*
- 630 **La evaluación del desempeño para la educación permanente del equipo local de salud. Prueba de campo metodológica en el cantón de Pérez Zeledón, Costa Rica.** *María Elena López N., Nuria Tórrez Fernández y Fulbia Elizondo Sibaja*
- 639 **NOTICIAS**
- 643 **INDICE DEL VOLUMEN 27 (1993)**

Impreso en papel reciclado a partir del Vol. 25, No. 1, 1991.

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)
- Dra. Judith Navarro, Programa de Publicaciones, OPS
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

P RESENTACION

La Asamblea Mundial de la Salud, reunida en Ginebra en 1973, dedicó un espacio de su agenda a tratar el problema de la educación del personal que trabaja en los servicios de salud, problema que trascendía los tradicionales marcos de trabajo de la universidad en la mayor parte de los países miembros. Simultáneamente la UNESCO proponía fórmulas para resolver el problema educativo de los adultos en los países del mundo en desarrollo, y estudiosos del problema en Europa y América del Sur publicaron las primeras comunicaciones acerca del potencial del trabajo como fuente de insumos para desarrollar experiencias de aprendizaje. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos promovió al mismo tiempo el interés de los países de la Región en la cuestión, para lo cual se contó durante un tiempo con financiamiento canadiense. Pero al no concretarse estos esfuerzos en repuestas satisfactorias, los países del mundo continuaron en actividad y debate constantes, procurando buscar alternativas para enfrentar los problemas derivados de la contradicción cada vez más profunda entre el avance de la ciencia y la tecnología y el aumento de la inversión global en salud, por un lado, y por otro la persistencia de los mismos problemas de salud, el empeoramiento de otros, y la aparición de algunos nuevos. Las cuestiones relacionadas con capacitar al personal para su desempeño en los servicios eran, y siguen siendo, aspectos críticos del problema.

A fines de los años setenta y en la primera mitad de la década de los ochenta se realizaron varios esfuerzos en este sentido en la Región de las Américas. El proyecto de Preparación Estratégica de Personal de Salud (PPREPS) de finales de los años setenta en el Brasil, las experiencias de participación social e integración de la docencia y el servicio en Colombia de comienzos de los años ochenta, el grado de desarrollo alcanzado por las acciones de "educación continuada" en Cuba en esa misma época, y los trabajos iniciados en tres países centroamericanos a partir de 1981 fueron fuentes importantes de insumos para elaborar una propuesta educativa en los servicios de salud. Esta, donde se reunían experiencias, planteamientos, propuestas y contrapropuestas, se ha venido fortaleciendo gradualmente desde entonces. El Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos ha coordinado el esfuerzo de distintos grupos de trabajo en la Región, pero considera que ya es hora de revisar y valorar lo realizado, examinándolo a la luz de las situaciones que prevalecen en la Región actualmente, en la

primera mitad de los años noventa. Los resultados de las experiencias son variados, los escenarios se han modificado, la interpretación de los hechos no es uniforme y los actores han cambiado. Un análisis exhaustivo de lo hecho, poniendo de manifiesto tanto los éxitos como los aspectos desfavorables de cada experiencia y comparándolos con los escenarios actuales y los que se vislumbran en el futuro, es el mejor punto de partida para una segunda etapa en este proceso de construcción colectiva. Este enfoque proveerá criterios, puntos de vista y lineamientos para que nuevos grupos continúen la labor.

El presente número de *Educación Médica y Salud* forma parte de ese proceso de revisión. Contiene artículos que profundizan en los fundamentos teóricos y conceptuales, tanto de la propuesta general como de algunos de sus aspectos particulares. Recoge relatos de experiencias en los que se destaca la correlación de la propuesta metodológica con el desarrollo de campos de trabajo en salud que han sido prioridad de los países (el apoyo a la organización y la puesta en marcha de los sistemas locales de salud es el tema de los trabajos de Colombia, México y la República Dominicana; el fortalecimiento de los servicios partiendo de la reorganización del sector público se observa en las presentaciones de Bolivia y Cuba; la utilización de los principios pedagógicos esenciales de la propuesta es parte importante de las propuestas de capacitación para la gerencia de unidades locales del Brasil y Nicaragua, y la creación y aplicación de mecanismos de refuerzo a los procesos educativos en los servicios son el tema de la experiencia relatada por el PASCAP en Costa Rica). Las recomendaciones de grupos de consulta convocados para enriquecer la propuesta original, especialmente la incorporación de la universidad al esfuerzo educativo en los servicios, se pone de manifiesto en las experiencias de Colombia, Honduras y Cuba, y dos de los aspectos críticos de la propuesta de educación permanente son desarrollados con propósitos y formas de abordaje diferentes, y con resultados también distintos: el caso de la identificación de necesidades de aprendizaje presentado por México, Cuba y Bolivia, y el del monitoreo y seguimiento del proceso educativo, expuesto en los relatos de Bolivia y Honduras.

Al hacer esta presentación sumaria, el Programa deja constancia de su profundo agradecimiento a todos y cada uno de los autores que prepararon las contribuciones aquí presentadas, consciente de la ya pesada carga de responsabilidades que cada uno de ellos tiene normalmente. Desea externar asimismo su reconocimiento a los Representantes de la Organización y a los funcionarios de recursos humanos de las Representaciones que colaboraron con nosotros en el seguimiento nacional del trabajo de preparación de los artículos hasta terminarlo. Y en nuestra oficina central, agradecemos la valiosa contribución de Elizabeth Joskowicz, que levantó

los textos, tablas y cuadros, y de todos aquéllos que contribuyeron a dar a un número extremadamente complejo por la diversidad de formatos y estilos de los originales, un sentido de unidad e integralidad que esperamos lo hará más útil a los lectores.

Programa de Desarrollo de
Recursos Humanos
Organización Panamericana de la Salud

EDUACION PERMANENTE Y TRABAJO EN SALUD: UN PROCESO EN CONSTRUCCION

María Alice Clasen Roschke,¹ María Cristina Davini² y Jorge Haddad Q.¹

ANTECEDENTES

A partir de 1984 se originó un esfuerzo continental por recopilar una serie de experiencias educativas en salud que venían produciéndose en diversos países de las Américas. El propósito de tal esfuerzo fue tratar de identificar en dichas experiencias algunos elementos que contribuyeran al desarrollo de nuevas formas de abordar los problemas que plantea la capacitación del personal del sector. Tal propósito partía de una visión diferente del desarrollo de recursos humanos en el marco de una crisis social, política y económica que para ese entonces ya estaba en pleno desarrollo en la Región.

Las experiencias que se identificaron primero habían tenido lugar en el Ministerio de Salud del Brasil, en el departamento del Valle del Cauca en Colombia y en dos países centroamericanos. Posteriormente se incorporaron al proceso de análisis los resultados de iniciativas similares que se realizaron en dos estados de México, en el nordeste brasileño y en el altiplano boliviano (en este último como parte de un proceso de promoción de la participación popular en salud). A partir del examen de estas experiencias se dio inicio a un proceso de fundamentación conceptual y de desarrollo metodológico que facilitó la elaboración colectiva de una propuesta. Tanto la formulación inicial como su enriquecimiento y consolidación ulteriores fueron impulsados y coordinados por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Más tarde se fueron sumando otros grupos nacionales que se movilizaron en esta dirección bajo el estímulo creado por un interés común:

¹ Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Washington, DC, Estados Unidos de América.

² Universidad de Buenos Aires, Facultad de Educación, Buenos Aires, Argentina.

modificar las prácticas educativas con objeto de transformar la práctica de salud en los servicios.

Tal trabajo colectivo, al principio disperso y sin unidad conceptual ni metodológica, se fue consolidando en el bienio 1987-1988 en torno a una propuesta pedagógica basada en la noción de que el trabajo es eje fundamental para el aprendizaje (1). En ella se subrayaba que el manejo de problemas comunes en dicho trabajo es el insumo esencial para organizar y desarrollar experiencias de aprendizaje. Para este fin, la tarea se distribuyó entre ocho grupos de trabajadores de distintos países, cada uno de los cuales se encargó de avanzar y profundizar en uno de los componentes de la propuesta de reorientar la educación del personal de salud. Ello dio origen a un producto adicional: los resultados de los estudios y discusiones, así como de las experiencias desarrolladas, se documentaron en una serie de diez fascículos que se convirtieron en el vehículo de diseminación de la idea y en un mecanismo estimulador de debate conceptual y de desarrollo metodológico. Al aplicarse en la realidad concreta, propiciaron la generación de nuevas experiencias y conocimientos que a su vez contribuyeron a enriquecer y fortalecer la propuesta original.

La propuesta así elaborada fue sometida a la consideración de un grupo de consulta regional que se reunió en Querétaro, México, del 17 al 21 de octubre de 1988 (2). Los participantes en dicho encuentro sancionaron allí la propuesta cuya elaboración había sido coordinada por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, y que se caracteriza fundamentalmente por hacer de la educación de los trabajadores de salud un proceso permanente en que el trabajo destaca como eje del proceso educativo, fuente de conocimiento y objeto de transformación; por dar prioridad a la participación colectiva y multidisciplinaria; y por favorecer la adquisición dinámica de nuevos conocimientos a través de la investigación, la búsqueda y manejo analítico de fuentes de información, y el intercambio de saberes y experiencias.

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS considera que ahora es el momento de revisar lo efectuado desde 1984. Por una parte hay que fortalecer la propuesta partiendo de los resultados de las experiencias sostenidas en los países, y por otra es necesario incorporar las recomendaciones de los distintos grupos de consulta que se han convocado anualmente con este fin. El Programa considera que esta revisión será la base para evaluar la etapa cumplida, y al mismo tiempo proveerá elementos de juicio para plantear el curso futuro del trabajo.

EVOLUCION DEL PROCESO EN LA REGION

A partir de la citada reunión de Querétaro (1988) han ocurrido en la Región de las Américas varios acontecimientos que han tenido re-

percusiones de distinto tipo y magnitud en el modo de percibir el problema de la salud y en la forma de interpretar sus implicaciones para los procesos de desarrollo de recursos humanos. Por otro lado, los resultados de las experiencias observadas en distintos países han reafirmado en gran medida la validez y la plena vigencia de conceptos, componentes y lineamientos metodológicos que han sido parte de la propuesta desde su concepción original (3). Existe, al mismo tiempo, un buen número de casos cuyos componentes iniciales han ido modificándose a partir de lo que dichas experiencias nacionales han señalado, o como consecuencia de un estudio más profundo de aspectos particulares del proceso. (Un mejor conocimiento del proceso de trabajo en salud, por una parte, y por otra la utilización cada vez mayor de enfoques estratégicos en la planificación y toma de decisiones que afectan a las cuestiones críticas de salud, educación y recursos humanos (4), son dos elementos que merecen consideración dentro de esta línea de pensamiento.)

También han sido fuente de insumos para fortalecer la propuesta y para agregar nuevas ideas, los planteamientos gubernamentales acerca de la reorganización de los servicios de salud, particularmente la organización de los sistemas locales de salud (SILOS); los productos de una serie de iniciativas particulares desarrolladas como parte de dicha línea de acción (administración estratégica local (5) y participación social, entre otras); y finalmente las conclusiones y recomendaciones de diferentes grupos de consulta que han sido convocados por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos para examinar aspectos críticos relacionados con su área de responsabilidad (6-12).

En general, las bases conceptuales de la propuesta original han sufrido poca o ninguna modificación, pero en el manejo de cada etapa en particular, los grupos (e instituciones) nacionales han avanzado en su concepción fundamental, en su forma de caracterizar y expresar cada situación particular, y en sus connotaciones metodológicas. Los grupos han profundizado en los pormenores del análisis de situación, como parte integral de un contexto más amplio. Como consecuencia del trabajo de esos grupos, se han incorporado distintos elementos metodológicos y conceptuales para hacer del análisis de situación una etapa esencial de los procesos de planeación, de toma de decisiones a mediano y largo plazo, y de desarrollo de líneas estratégicas de intervención que puedan aplicarse en los escenarios políticos, sociales y económicos en que tienen lugar los procesos relacionados con la salud en la mayor parte de los países de la Región.

La propuesta en construcción abordó además la **identificación de necesidades de aprendizaje** como elemento para fundamentar decisiones educativas que afectan a los trabajadores de los servicios de salud, y en esa fase inicial se extrajeron aportes y contribuciones de diversas experiencias en distintos países de la Región (entre ellos México y Colombia)

(13, 14). Pero a medida que se ha avanzado en la práctica metodológica en otros países y situaciones, se ha llegado a la conclusión de que las **necesidades** no se refieren únicamente a conocimientos y técnicas que se originan en las ciencias de la salud, sino que cuando son identificadas en el marco del trabajo concreto y en los espacios en que este ocurre, dichas **necesidades** trascienden las habilidades específicas de cada categoría profesional. Esto da lugar a situaciones cuyo análisis exige una mejor organización, conducción y desarrollo de los equipos de trabajo, y también conlleva un cambio en la visión de los trabajadores de salud, más enfocada en los resultados del trabajo que en la cuantificación de acciones o metas programáticas. Ello implica un pensar y actuar "macro" o transprogramático. Por consiguiente, estas necesidades (que tienen que ver con los modos de ser y actuar institucionales) también tienen que ser identificadas y consideradas en la etapa de identificación mencionada, para construir la viabilidad de los procesos de educación permanente.

Por otro lado, la visión de un proceso educativo permanente en el marco de un proyecto integral condujo a un análisis más amplio y complejo, que implicaba tener una visión o imagen objetivo (tratar de transformar una situación a través de un proceso simultáneo de trabajo y educación y de la consiguiente direccionalidad del mismo). Señaló, además, la necesidad de identificar claramente los problemas que pueden superarse mediante una acción educativa sistemática, discriminando aquellos que dependen de otros factores o niveles de decisión. (En este caso, y dentro de esta misma categoría, se incluye el análisis de las estrategias de intervención que deben negociarse y gestionarse para garantizar la continuidad del proceso y anticipar sus resultados y acciones.)

En febrero de 1992 el Ministerio de Salud de Cuba emitió el documento "Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000", que constituye un señalamiento de política sanitaria para la década actual. Se apoya, por una parte, en un análisis de situación en concordancia con las particularidades del contexto mundial y latinoamericano, dándose prioridad a determinadas áreas de trabajo, y por otra en la identificación de las transformaciones que hay que alcanzar para el año 2000 (imagen objetivo) con objeto de elevar aún más los índices de salud y aumentar así la esperanza y calidad de vida de la población, que vive una situación extremadamente crítica y compleja.

Los estudios que sirvieron de base para las decisiones fueron desarrollados con amplia participación de los involucrados, lo cual permitió, entre otras cosas, delinear estrategias y acciones factibles teniendo en cuenta los recursos y capacidades existentes. También permitió lograr la viabilidad de las opciones seleccionadas a través del señalamiento de directrices, algunas de tipo general y otras específicas para cada instancia. El "reordenamiento de esfuerzos y prioridades"; el desarrollo de "un nuevo estilo de dirección ágil, participativo y exento de burocratismo", y "la utilización con el más alto grado de eficiencia de los recursos humanos, materiales y financieros", son citados aquí como ejemplo de los marcos creados para poner en operación los señalamientos.

En lo que concierne a la capacitación del personal encargado de ejecutar las acciones, el proceso simultáneo de aprendizaje y trabajo contenido en la propuesta de educación permanente se está desarrollando al máximo para dar apoyo a esta política. En consecuencia, los problemas y necesidades de intervención han sido claramente identificados. El apoyo político se concreta en la emisión por parte del Ministro de Salud Pública, en mayo de 1991, de la Resolución N° 97, que reconoce la pertinencia de la propuesta antedicha para alcanzar los fines que el estado cubano se propone en este sentido.³

Como consecuencia de lo anterior, la etapa de identificación de necesidades evolucionó desde el planteamiento original que hemos descrito hacia un análisis de la problemática institucional y de los servicios, con objeto de:

- determinar la naturaleza de los problemas y necesidades
- identificar, a través del análisis de situación, si el proceso educativo propuesto a propósito de cada necesidad identificada puede producir soluciones a los problemas de la práctica, facilitar o generar propuestas de cambio, o ambas cosas
- decidir qué otras intervenciones educativas serían necesarias para apoyar y consolidar el proceso (gestión estratégica de la educación permanente con propuestas distintas y paralelas en diferentes niveles del sistema, acciones de negociación y concertación con dirigentes, grupos profesionales y universidades, y demás) (15).

En el Brasil, el caso del proyecto "a larga escala" (formación de personal de nivel medio para las instituciones de salud), ilustra cómo un proceso educativo se puede desarrollar como elemento de una política amplia para la reorganización del sector. Durante el desarrollo del proyecto se **identificaron las necesidades emanadas de los propios servicios de salud**, tomando en cuenta la mejoría de la calidad, productividad y eficacia. La calificación profesional de casi 50% de la fuerza de trabajo de ese entonces satisfacía **necesidades de los propios trabajadores**. Una vez que dicha formación, que era concertada por los Ministerios de Salud y de Educación y cumplía con los requisitos del sistema de educación formal, garantizaba a los trabajadores su inserción legal en la estructura formal del trabajo así como la posibilidad de movilizarse dentro de la red de servicios y de organizarse en asociaciones de clase profesional. Asimismo, la formación del personal constituía una respuesta a las necesidades identificadas a partir de las políticas de recursos humanos, sobre todo en cuestiones relacionadas con la reorganización de los servicios y la distribución del personal. Estas últimas se hicieron necesarias a partir del movimiento de democratización del sector, generado por la VIII Conferencia Nacional de Salud, que condujo a la propuesta de organización de un sistema único de salud.

³ Fuente: Ministerio de Salud Pública de Cuba. Orientaciones, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana, 1992-2000. La Habana, Cuba; febrero de 1992.

En su proyección estratégica, se organizaron los elementos infraestructurales necesarios para poner en práctica el proyecto, poniendo énfasis en la estructuración de centros formadores, la preparación de instructores y supervisores, y la construcción de un currículum multidisciplinario integrado a la práctica de los servicios.

Dependiendo del espacio político y de los recursos de poder, se gestionaron así intervenciones en distintas instancias, momentos y niveles para lograr la propuesta transformadora (16, 17).

Al principio las experiencias en torno al proceso educativo en los servicios se centraron en la elaboración de una metodología alternativa que se desarrolló con miras a transformar una realidad de salud determinada.

Sobre la base de la teoría constructivista del proceso de aprendizaje, se trató de guiar al personal de salud hacia un cambio conceptual que llegara a modificar las estrategias cognitivas (formas de pensamiento) y, por ende, las prácticas. Para eso se partió de las concepciones y experiencias de los participantes en situaciones caracterizadas como momentos de recuperación de las prácticas a través de grupos operativos o de discusión. La confrontación de nuevos conceptos y distintas visiones con las concepciones previas produce un conflicto conceptual que requiere que las concepciones vigentes sean reestructuradas y hasta reemplazadas por otras nuevas. Este proceso es la base del modelo de aprendizaje orientado al cambio conceptual e implica emplear estrategias distintas a las tradicionales en la conducción del proceso de enseñanza-aprendizaje.⁴ A este propósito es oportuno señalar que, cuando las concepciones vigentes no entran en conflicto con las nuevas propuestas, se produce un fenómeno de integración de la nueva estructura conceptual a las ya existentes, que es lo que caracteriza a los procesos de aprendizaje que se proponen actualizar conocimientos (18, 19).

En la República Dominicana se realizó, entre las distintas actividades que tuvieron lugar en la etapa de preparación del proceso de cambio educacional, un seminario para grupos responsables de la gestión en los servicios y docentes de las universidades. En el seminario se adoptó un enfoque orientado al cambio conceptual.

Al inicio del proceso, los "facilitadores" no presentaron ninguna información básica, y más bien la necesitaban. Esto contribuyó a crear un clima de inquietud en el grupo al no poderse percibir, desde el primer momento, el propósito del trabajo de caracterización de los contextos regionales, que incluía aspectos que trascienden lo que normalmente se discute en salud.

⁴ Para profundizar más en esta línea teórica se remite al lector a las siguientes fuentes: Ausubel DP, et al. *Educational psychology, a cognitive view*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1968; Murray FB. Equilibration as cognitive conflict. *Dev Review* 1983,3:54-61; Posner GJ, et al. Accommodation of a scientific conception: toward a theory of conceptual change. *Science Education* 1992,(66); Toulmin S. Vol. 1, *Human understandings: the collective use and evolution of concepts*. Princeton, New Jersey: Princeton University Press, 1972.

A partir del momento en que los participantes se dieron cuenta de que la intención no era "controlar el conocimiento", "sustraer información" o "evaluar el desempeño", el ambiente se liberó y se produjo un proceso de aprendizaje eficaz. Solo entonces el desequilibrio inicialmente provocado se caracterizó como vehículo del cambio conceptual, al dar origen a un proceso colectivo y cooperativo de reflexión que, a su vez, ha movilizó al grupo, desde la interpretación de los fenómenos y problemas hasta la elección de estrategias posibles.

Finalmente, buena parte de la labor realizada en este período se ha orientado a buscar criterios y elementos de trabajo para preparar a los equipos responsables del diseño y ejecución de los procesos en los diferentes niveles de atención, especialmente el local. Inicialmente se relevó el desarrollo de habilidades técnicas para dar impulso a procesos de capacitación orientados a lograr el cambio deseado. Esta opción puso énfasis en las competencias didácticas e interpersonales de los dirigentes del proceso en microcontextos de salud. Con excepción de las experiencias del Brasil (16, 20), en esta primera etapa escasamente se estudiaron o pusieron en práctica otras acciones que exigen el dominio de nuevos paradigmas organizacionales y sociales, e intervenciones que incidan en las finalidades y razón de ser de los procesos de educación permanente y su relación con políticas más amplias del sector. Este enfoque, en que el nivel global (macro) constituye objeto de estudio y práctica de trabajo en el proceso educativo, es un camino que recién se empieza a recorrer.

En Bolivia el proceso ha evolucionado desde el estudio de los elementos esenciales del planteamiento original (que ponía énfasis en la planificación de los procesos de aprendizaje y la capacitación de los "facilitadores") hasta llegar a convertirse en una propuesta política de desarrollo de personal de salud cuya finalidad es apoyar estratégicamente el fortalecimiento y funcionamiento de los distritos de salud, dando prioridad a acciones de capacitación para el nivel local (445 funcionarios) y para los equipos de dirección de 89 distritos del país. Esto implicó establecer una base organizativa institucional para desarrollar un proceso de aprendizaje en los niveles regional y de distrito, cosa que a su vez ha permitido llevar a la práctica los aspectos conceptuales de la propuesta (21).

La necesidad de actuar aplicando un enfoque más amplio del campo de los recursos humanos y la consecuente participación de otros actores sociales (áreas, programas, universidades e instituciones de seguridad social) en todas las etapas del proceso, implica dominar la base teórica y las orientaciones que de ella derivan y que son fundamentales, tanto para definir la calidad del proceso como para delimitar las posibilidades de respuesta. Sobre esa base se señalan a continuación algunas consideraciones conceptuales en torno a las perspectivas para la educación permanente en salud, a la vez que se procura incorporar conceptos e ideas que actualmente están en gestación en el campo de los recursos humanos en salud y en otras áreas de trabajo.

EDUCACION PERMANENTE Y CAMBIO

La cuestión educativa nos remite siempre, de una u otra manera, a la problemática del cambio. Pensar o “hacer educación” tiene, por consiguiente, estrechos lazos con una propuesta de transformación, con un pasaje o tránsito desde una situación actual a otra deseada. En esto existe suficiente consenso: la educación supone un proceso de intervención conforme a propósitos y valores y lleva a una situación distinta de la actual en el corto o mediano plazo, ya sea en individuos, grupos o instituciones sociales.

Los desacuerdos comienzan a hacerse evidentes, sin embargo, cuando se trata de identificar las estrategias para lograr ese cambio. Esta selección básica, dentro de un espectro de posibilidades, expresa directa o indirectamente la percepción de los factores de cambio y su incidencia, bien sea para hacerlos viables o para resistirlos. En última instancia, estas diversas perspectivas se apoyan en distintas concepciones acerca de la relación entre la educación y el cambio.

En esta búsqueda de generación de cambios, se ha observado que la educación en el servicio del personal de salud presenta dos aspectos distintos que, aunque surgidos de una preocupación común, apuntan a diferentes lógicas. Una de ellas se expresa en acciones dispersas de educación continua, y la otra a través del proceso de reorientación de la educación permanente en salud a que se refiere la primera parte de este artículo. Si bien ambas proponen una estrategia global articulada al desarrollo de los servicios y políticas de salud y a las necesidades sanitarias de la población, las distintas experiencias señalan que la primera se inclina a direccionar los servicios partiendo de políticas centrales, en especial de cobertura. En cambio la segunda, vinculada con políticas de descentralización, se basa en propuestas de desarrollo que parten de las características y necesidades del proceso de trabajo que tiene lugar en los servicios de salud.

Por lo tanto, la lógica que orienta el cambio en el campo de la educación muestra dos tendencias inversas. La primera apunta a un cambio planificado centralmente y apoyado en procesos racionales: se espera que la educación “actualice, mejore la competencia técnica y se articule con la carrera individual de los sujetos”. En este marco, aludir al proceso de trabajo en salud implica concentrar el esfuerzo en el modo de establecer secuencias y flujogramas e identificar áreas en que se requiere capacitación. En lo que respecta a la organización de la producción de los servicios y la composición de los grupos, el propio proceso de trabajo en general no se cuestiona; tampoco constituye una categoría de análisis capaz de orientar propuestas educativas.

Todo se reduce a una cuestión de método para asegurar la "eficiencia del desempeño" conforme a normas y objetivos preestablecidos o fijados de modo universal, desde "afuera" del proceso de trabajo. Este enfoque dio origen a múltiples acciones de capacitación (que seguían la lógica de difusión del conocimiento central). En algunos casos, se apoyó en propuestas de la UNESCO sobre educación permanente que se orientaban a fortalecer la educación continua de los adultos para permitirles enfrentarse a un mundo en cambio permanente.

El segundo enfoque (la educación permanente en salud, como tal) se basa, por el contrario, en las necesidades detectadas en el propio proceso de trabajo a la luz de contextos específicos: Según este enfoque, el cambio se logra a partir de un proceso crítico que es parte intrínseca del propio trabajo, integrando las demandas objetivas a la visión que de ella tienen los que realizan la práctica. En esta línea de pensamiento el proceso de aprendizaje puede caracterizarse de reconstructivo: va más allá de la simple actualización, y en esencia apela a una profunda confrontación entre viejos patrones y el desarrollo de otros radicalmente distintos. Conduce más a la construcción de nuevas metas, políticas, normas, y formas de organización y comunicación en el trabajo, que a la simple modificación de lo viejo.

EL NUCLEO DE LA PROPUESTA

El núcleo central de la propuesta de reorientación de la EPS es la transformación del proceso de trabajo mejorando su calidad, grado de integración y nivel de compromiso. Para ello se parte de la revaloración de la experiencia y cultura de los trabajadores, a la vez que se estimula la producción de conocimientos en función de los problemas de la práctica.

Según este enfoque, el trabajo no es un factor instrumental ni un conjunto de actividades cuya ejecución exige adiestrar a los trabajadores aplicando normas ajenas a su propia dinámica, con una desvinculación total entre la forma y el contenido, y entre sujetos y prácticas. Esa visión reproductora y mecanicista se abandona en la propuesta de educación permanente en salud, que más bien concibe el trabajo en su faz dinámica, como factor de producción y transformación, tanto en las relaciones objetivas como en las subjetivas. En otras palabras, el trabajo produce el servicio a través de la acción individual o colectiva, y simultáneamente impulsa, regula y dota de significado a la interacción entre los sujetos y el ambiente.

La producción del servicio como resultado de esa doble vertiente de acto y significado, de individuo y cultura, es recuperada por la educación permanente en salud y reorienta claramente su propuesta educativa. Se trata de reconocer la potencialidad educativa del trabajo no solo como

postulado teórico, ya que suficientes pruebas empíricas corroboran la afirmación de que los procesos laborales inciden en la formación de comportamientos.

Quienes estudian los problemas relacionados con los recursos humanos en otras áreas también están coincidiendo en la importancia de este enfoque. Friedlander caracteriza específicamente el aprendizaje individual y organizacional para enmarcar una teoría de aprendizaje en el seno de la institución u organización (22). Afirma que "aprendizaje es el proceso que subyace y desde donde se origina el cambio". **El aprendizaje es el proceso; el cambio es el producto.** Friedlander aclara que el aprendizaje organizacional deriva de las relaciones entre personas y unidades en la organización, ya que estas favorecen el entusiasmo, la creatividad, y la realimentación, todos elementos cruciales para el desarrollo del aprendizaje. A partir de estas relaciones entre personas, grupos y unidades, un sistema de conocimiento puede transformarse en un sistema de aprendizaje⁵.

El antedicho es uno de los elementos que la educación permanente en salud recupera estratégicamente cuando usa la potencialidad educativa del trabajo para desde ahí generar las propuestas de cambio. El trabajo se considera, pues, una práctica compleja que articula la acción y los significados dentro de:

- una práctica *técnica* o el conjunto de saberes, percepciones y acciones técnico-profesionales de cada sujeto y del equipo
- una práctica *social* o sistema de percepciones e interacciones entre miembros del equipo de salud y entre este y el entorno, involucrando valoraciones y actitudes.

Al entender esta complejidad, la educación permanente en salud busca articular la acción objetiva y la representación que de ellas construyen los sujetos en los contextos específicos en que operan. Ello no implica renunciar a imprimir una dirección política al cambio que se busca, sino por el contrario, reconocer que esa dirección no se impone sino que se reconstruye a partir de los propios actores de la práctica.

Trabajar en esta dirección tiene, sin embargo, varias implicaciones. Quienes orientan y dirigen el proceso educativo en general tienen bien determinado el objeto de la práctica técnica. La práctica social de una institución o red de servicios en general no es objeto de análisis porque se

⁵ Cuando el conocimiento se presenta organizado en distintas configuraciones (redes, por ejemplo), se conceptúa como un "sistema de conocimiento". Por otro lado, un "sistema de aprendizaje" resulta de los procesos de intercambio que se dan entre los individuos y grupos de distintas subunidades, áreas y organizaciones unidas en base a áreas-problema y metas comunes que orientan los recursos para la exploración y resolución de dichos problemas.

da por sentado que corresponde a lo expresado en las políticas, finalidades y normas de la institución, o sea que su dinámica corresponde exclusivamente a las relaciones expresadas en el "debe ser" de la estructura organizacional. Al mismo tiempo se reconoce que en su forma de ser y operar institucionalmente los servicios de salud se diferencian unos de otros según los procesos de conducción y organización del trabajo, las formas de interacción entre unidades, y la medida en que responden a los problemas de salud.

El análisis de la práctica social de un grupo particular en un servicio o institución mediante el estudio de sus productos, prácticas y discursos sociales permite comprender, explicar y por consiguiente descifrar las acciones y los significados que les confieren los actores. El análisis puede "des-cubrir" las varias modalidades de práctica —las aceptadas, toleradas, escondidas y circunscritas— y las "contra prácticas", que revelan los conflictos y contradicciones entre el orden instituido y el instituyente (23).

En consecuencia, el análisis citado cobra importancia fundamental cuando se trata de orientar un proceso educativo que se propone transformar las prácticas técnica y social. El reconocimiento de que estos dos tipos de práctica se entrecruzan y se afectan mutuamente agrega otra dimensión a las propuestas y acciones de la educación permanente. El compromiso con la competencia técnica exige no solo más conocimientos, conceptos o habilidades para llevar a cabo determinados procedimientos, sino un desarrollo integral y contextualizado basado en: conocimientos que llevan al cuestionamiento de prácticas, y prácticas que a su vez cuestionan y contextualizan técnicas; prácticas que se modifican y se vuelven más integradas porque, por un lado, se amplían las posibilidades de comprensión e interpretación cognitiva, y por otro, porque a través de la comunicación y participación se puede incentivar el desarrollo de estrategias de cooperación y negociación, elementos que también forman parte integral del proceso de aprendizaje. Desde esta perspectiva, los procesos de educación permanente adquieren una dimensión estratégica, porque propician el análisis de las modalidades de práctica, de los problemas que de esta derivan, de los obstáculos y oponentes, así como incentivan la negociación y el logro de viabilidad (24).

El examen de estas cuestiones nos lleva a observar que la dimensión pedagógica no se reduce a un problema de "método de enseñanza" en el sentido corriente del término. Por el contrario, dicha dimensión reviste el carácter de una estrategia de intervención institucional que, de maneras muy diversas, contribuye a transformar la práctica concreta en los servicios.

En este momento consideramos oportuno destacar que el proceso educativo en los servicios no puede avanzar ni sobrevivir sin el respaldo y la acción decisiva de la gerencia, que puede favorecer, entre otras cosas:

- la creación de un canal de comunicación, con amplio acceso a la base de datos, entre los responsables, los que participan en el proceso y la propia gerencia;
- la identificación de actores y situaciones particulares que pueden apoyar u obstaculizar el desarrollo de la propuesta;
- el desarrollo de modalidades de participación que solamente florecen fuera de la rigidez tradicional de los ambientes jerarquizados, los cuales no estimulan las iniciativas y establecen ataduras a normas y directrices impuestas;
- la creación de condiciones propicias para que el aprendizaje se traduzca en cambios individuales y colectivos dentro de la institución y se refleje en acciones diferenciadas y de mejor calidad orientadas a los diversos grupos de población.

Finalmente cabe destacar, con respecto a la problemática del cambio planteada anteriormente, que la educación permanente en salud no debe considerarse un elemento generador de cambio; este enfoque, que podría denominarse “acrítico”, es propio de los programas educativos tradicionales centrados exclusivamente en la difusión de información. La visión crítica recupera, por el contrario, la fragilidad y dependencia que los procesos educativos tienen en los complejos contextos en que operan.

Aunque parezca contradictorio, la fuerza de la educación permanente en salud radica en el mismo “lugar” de su fragilidad: actuar en contextos complejos partiendo de la práctica misma y de los propios actores; trabajar en los problemas y la manera de percibirlos; producir cambios en contextos que muchas veces favorecen la conservación.

Allí donde radica el obstáculo radica la potencialidad de la educación permanente en salud, porque es en el seno de la propia práctica donde se operan los cambios eficaces. Tal vez sea este el motivo por el cual las formas tradicionales de enseñanza suelen tener poco impacto en la práctica, y cuando lo tienen, es a costa de un enorme esfuerzo y de una gran inversión de recursos.

Esto significa que la educación permanente en salud necesita vincularse con las instituciones prestadoras, con las entidades que brindan diariamente el servicio, con las características del contexto, y con las demandas y problemas de la acción en el escenario mismo en que esta tiene lugar.

El proyecto educativo permanente que se genere (y el tratamiento que se le otorgue) da lugar a una micropedagogía, en cuanto programa de trabajo dentro de una institución o servicio, y a una macropedagogía, como programa global para el desarrollo de los trabajadores de la salud y de los propios servicios.

El éxito de la educación permanente en salud depende en gran medida de un equilibrio adecuado entre la macro y la micropedagogía, lo cual no siempre se logra a cabalidad. Este equilibrio supone, también, considerar con enfoque estratégico todo lo relacionado con la viabilidad y “viabilización” del programa en las condiciones del contexto. En los párrafos que siguen procedemos a examinar estos aspectos.

LA CONSTRUCCION DE UNA MICROPEDAGOGIA: EL PROBLEMA DEL METODO

La propuesta de reorientar la educación en salud para convertirla en un proceso permanente, tal como se ha mencionado al inicio, se ha ido elaborando a lo largo de los últimos años a través del aporte de varios grupos de trabajo en la Región de las Américas. Durante este período se ha observado una creciente elaboración alrededor del aspecto metodológico como resultado de tres interrogantes fundamentales: cómo desarrollar un proceso educativo, dentro del contexto de los servicios, que articule la participación de los diversos actores; cómo enseñar partiendo de un problema que emerge del proceso de trabajo; y cómo contribuir, a través de un proceso educativo, a mejorar la calidad de los servicios.

A lo largo de esta trayectoria, diversos aportes han permitido profundizar en estas cuestiones y avanzar en la elaboración de alternativas. Se construyó un “complejo metodológico” vinculado a la pedagogía de la problematización (que no es lo mismo que el aprendizaje logrado mediante la solución de problemas, ya que este se remite al análisis de casos clínicos específicos, desde el punto de vista técnico). La primera supone una revisión crítica de toda la práctica y de las normas sociales que garantizan su reproducción, cosa que involucra las percepciones de los sujetos y la dimensión del trabajo técnico y social, dentro de la perspectiva del proceso de salud y enfermedad. Una vez detectados los problemas de la práctica, se avanza en el análisis de sus dimensiones y en la búsqueda de interpretaciones a la luz de informaciones, teorías, investigaciones, y toda la gama de “saber elaborado” propio de los aportes científicos y tecnológicos. En esta etapa, la capacitación que lleva al manejo crítico y autónomo de la información es elemento esencial del proceso de formación, ya que favorece el desarrollo de habilidades intelectuales pertinentes, tanto para la búsqueda como para su tratamiento analítico.

En Honduras se ha analizado la práctica de los servicios en las regiones de salud, como base para poner en marcha un proceso educativo de posgrado en salud pública. Se trata de un esfuerzo conjunto del Ministerio de Salud y de la universidad —enmarcado en la participación social, la negociación interinstitucional y la promoción del aprendizaje a partir de la participación en experiencias concretas de trabajo— a través del cual se pretende articular la

formalidad del nivel educativo superior con las necesidades reales de los servicios de salud y de la población. El proceso comenzó con una etapa de cuestionamiento y planteamiento de problemas en torno a la práctica en los servicios de salud, las formas de interacción entre estos y los factores determinantes del contexto en que se da dicha práctica, el estudio e interpretación de los diferentes modos de percibir los problemas y necesidades que tienen los distintos actores sociales, y la capacidad de dicha práctica de responder a los planteamientos de la política de salud. El uso y manejo de la información han sido elementos críticos no solamente para identificar las nueve áreas y problemas en torno a los cuales se lleva a cabo el proceso simultáneo de trabajo y aprendizaje, sino para conformar la imagen objetivo (situación transformada) que se pretende alcanzar a través del mismo. La naturaleza participativa del proceso ha creado condiciones, además, para llevar a la práctica mecanismos de seguimiento y monitoreo destinados a asegurar, por una parte, el mantenimiento de su dirección técnica y política, y a proveer, por otra, información esencial para tomar decisiones que consoliden el aprendizaje e incrementen las posibilidades de lograr la transformación buscada (25).

A medida que el grupo avanza en su acceso a la información, se va profundizando en el análisis de los problemas: se discuten los distintos enfoques y puntos de vista, enmarcando su estudio en un contexto y transformando la red de comunicación entre los miembros del equipo. Los avances permiten formular propuestas para la solución del problema identificando de forma colectiva los valores y propósitos que guiarán la acción futura. Las propuestas se llevan a la práctica reformándolas y evaluando sus resultados. Si es necesario, se reformulan hasta superar el problema. Este trabajo del grupo permite articular las transformaciones del comportamiento técnico y del comportamiento interpersonal y en equipo, alcanzándose efectos en la dinámica institucional (distribución del saber y de la toma de decisiones, mejoría de la comunicación y revisión permanente de los objetivos sociales del sector).

El proceso participativo y colectivo conlleva al desarrollo de un clima democrático, libre del control estructural jerárquico. En el caso contrario resultaría poco creíble. No existe en estas condiciones ningún incentivo para que surjan propuestas creativas que contribuyan a lograr una nueva visión y nuevas formas de relación en el proceso de trabajo (26).

Paralelamente, la preocupación por la calidad de la práctica (los servicios de salud, más concretamente) también justifica un abordaje metodológico capaz de proporcionar instrumentos de trabajo "emancipatorios" que abran espacios y provean oportunidades para el surgimiento de iniciativas y prácticas más independientes y autónomas.

A pesar del carácter aparentemente pacífico de la evolución que ha tenido en la práctica concreta la propuesta de educación permanente, la orientación metodológica que la sustenta conlleva la convicción de que la acción se desarrolla en un escenario conflictivo, tanto en el nivel de

grupos como dentro de la institución. El proceso opera a través de avances y retrocesos, tanto cognitivos como sociales.

Un análisis crítico de esta evolución indica que la transformación de la práctica supone múltiples obstáculos perceptivos y conflictos de intereses. El "hacer educación permanente" en salud requiere el sólido respaldo de las políticas de recursos humanos para poder avanzar en los logros, pero por otra parte resulta claro que tales políticas quedarán reducidas a meros planes si no se actúa según la línea planteada. La acción colectiva se convierte de esta forma en herramienta estratégica para alcanzar el cambio institucional a partir de los mismos actores.

HACIA UNA MACROPEDAGOGIA

La preocupación por el avance en el enfoque metodológico ha sido y sigue siendo válida y necesaria. Mucho camino resta por recorrer. Sin embargo, esta micropedagogía tendrá que apoyarse en una macropedagogía que incorpore la educación permanente en salud a una perspectiva global de cambio propuesta en las políticas y servicios de salud. De no ser así, la propuesta quedaría suscrita a pequeños grupos, con lo que pronto quedaría agotada la productividad del modelo, convirtiéndolo en fenómeno marginal, una vez se hubiese reconocido que muchas de las fuerzas que determinan las relaciones y sistemas de valores que se concretan en las instituciones quedan fuera del poder de los grupos institucionales.

La intención de profundizar en las acciones metodológicamente orientadas ha servido para consolidar experiencias y para afirmar una propuesta sustancialmente distinta de aquellas llamadas "de educación continua". Por otro lado, se ha demostrado que las experiencias "piloto" no se multiplican automáticamente, puesto que en cada caso los problemas que se manejan son distintos, como también son distintos los actores.

Se observa, por consiguiente, que mientras algunas experiencias están en pleno desarrollo, existen simultáneamente distintas formas de capacitación de personal de salud. El problema no reside en que exista una variedad de opciones, sino en la coexistencia de postulados competitivos en torno a la educación del personal de salud, sin que la educación permanente logre construir una hegemonía o aprovechar esos recursos y absorberlos dentro de su lógica. Dicho de otra forma, se trata de encontrar mecanismos que eviten el encapsulamiento de las experiencias en el área de la educación permanente en salud y que, por el contrario, fortalezcan sus posibilidades de expansión.

En contextos en que la educación permanente es impulsada desde organismos centrales o a partir de políticas generadas en niveles centrales, es también necesario evaluar si este camino consolida la propuesta, o si por

el contrario, tiende a revertir su lógica, retomando los procesos educativos clásicos.

En la búsqueda de un nuevo paradigma la educación permanente en salud se ha opuesto a las metodologías tradicionales, inclinándose a favor de los grupos institucionales. Sin embargo, se hace evidente ahora la necesidad de analizar cada situación en términos del aprovechamiento y utilización de todos los recursos disponibles y de su integración a la perspectiva planteada por la educación permanente, sobre todo en coyunturas sociales en que los recursos son escasos.

Esta reflexión no significa que se deprecie o subvalore el trabajo que varios grupos realizan con el personal de los servicios de salud y que apuntan en la dirección de una micropedagogía; lo que nos lleva a este señalamiento es la intención de destacar el hecho de que la educación permanente en salud tiene que trascender del nivel micro y aproximarse a los fenómenos que institucionalizan determinados tipos de práctica. Problemas originados en ciertas formas de organización del trabajo y explicados y determinados en otros niveles (como los que se derivan de reglamentaciones profesionales particulares) pueden, por ejemplo, limitar el desarrollo de estrategias de cambio en la organización de los servicios (27).

Si la educación permanente cuestiona esencialmente la práctica actual en los servicios, buscando su reorientación y transformación, la lógica de su organización, sus fines, su dimensión cualitativa, su potencial de resolutivez, toda la gama de fenómenos sociopolíticos que subyacen tienen que considerarse en el marco de la propuesta, tanto para delimitarla como para articularla con otras propuestas innovadoras.

La macropedagogía representa la elaboración de una estrategia educativa global que, sin alterar el núcleo de la propuesta de educación permanente, sea capaz de integrar y articular todas las instancias y acciones educativas del personal como parte de una política de transformación del sector. Y en este entendido, la cuestión no reside en volver a los planteamientos de la educación continua; más bien, el desafío consiste en valerse de múltiples medios para impulsar los procesos de cambio implícitos en el análisis de la práctica.

HACIA UN PROYECTO INTEGRAL

El compromiso de transformar la práctica eficazmente requiere la articulación, partiendo de una lógica centrada en el proceso de trabajo, de múltiples insumos. La visión de un proyecto integral permite pensar en el tránsito del nivel específico (micro) al general (macro) y viceversa. Sin embargo, no se trata de plantear un plan global, con propósitos, medios y recursos, para aplicarlo en cualquier contexto, sino de pensar en un es-

quema o marco que ofrezca distintas opciones y formas de abordar la cuestión y que pueda revisarse en función del análisis de cada situación particular. Concebido de esta forma, el esquema que se presenta en el cuadro 1 constituye una estructura básica en que se reconocen las instancias diversificadas pero integrales.

El esquema citado parte del supuesto de que algunas decisiones básicas, tales como la caracterización de las áreas problemáticas y la identificación de necesidades de intervención educativa, ya han sido tomadas. En él, las instancias, opciones y otros atributos se categorizan en dos grupos. Uno de ellos, que es el central en esta propuesta educativa, considera la capacitación en el trabajo la modalidad esencial de la propuesta; el segundo grupo incluye otras alternativas que diversifican y amplían el espectro de opciones metodológicas con las que se complementa su concepción.

Si bien la propuesta de educación permanente da prioridad y énfasis a la promoción del aprendizaje en el trabajo, el esquema presentado amplía el enfoque al incluir otras instancias y modalidades. Estas solamente pueden ser estructuradas en función de las características de los distintos contextos, pero su inclusión tiene como propósito visualizar las distintas estrategias que pueden articularse en el desarrollo de un proyecto integral. Por esa razón el esquema anterior no debe considerarse solamente en un sentido vertical. Las instancias estratégicas constituyen alternativas de respuesta que se pueden combinar. De esta forma se puede dar prioridad combinada a una instancia de educación en el trabajo, a una instancia de capacitación en un área prioritaria y, teniendo en cuenta los escenarios futuros, a una instancia de formación avanzada en salud.

La consideración de las estrategias y su priorización implica considerar también las distintas modalidades de cooperación y emplear distintos mecanismos para desarrollarlas. Si una prioridad implica usar becas a manera de recurso, un análisis más global permite distribuir más adecuadamente este mecanismo de apoyo, y por otro lado puede limitar la inversión en otras modalidades de respuesta (por ejemplo, en talleres o seminarios que no tendrían en esta circunstancia un gran impacto en la satisfacción de la necesidad).

Por otra parte, la valoración y selección de una instancia estratégica siempre se hace en función del propósito del proyecto que se inscribe en una perspectiva de transformación. En lo que concierne a la esencia del proceso educativo, la estrategia debe considerar sobre todo la posibilidad de un cambio efectivo en el comportamiento de los sujetos. Un auténtico cambio es progresivo y requiere tiempo (criterio que podría considerarse para decidir si adoptar o no una instancia estratégica básica o una combinación en distintos momentos del proceso).

Es importante destacar que el programa global no se reduce a la elaboración de un proyecto para cada instancia. El proyecto de educación

permanente es una propuesta mayor que se articula con las políticas de recursos humanos, obedece al análisis de necesidades y de coyuntura, propone objetivos de corto y mediano plazo, determina prioridades y selecciona estrategias e instancias de acción. Al mismo tiempo, el proyecto prevé los momentos de monitoreo y evaluación de procesos y resultados, interpretando la eficacia y efectividad de las acciones y reorientándolas cuando sea necesario.

Cualquiera que sea la estructura que se adopte, la educación en el trabajo debería cumplir una función protagónica en todo el proceso. En la medida en que se respete la concepción básica de la propuesta que sirve de fundamento a la educación permanente en salud, el trabajo de los equipos de trabajadores se convierte en el ámbito en que se procesan los cambios de la práctica. Ello no significa necesariamente que para pensar partiendo de la práctica haya que situarse "cerca" de ella. El problema no es territorial; se puede estar en organismos centrales y trabajar conceptualmente orientado hacia las necesidades de la práctica. Pero lo importante es que esta percepción se ponga en práctica con los propios actores y en el campo de la acción.

Para lograr la integración y evitar las acciones fragmentarias, es necesario prever una estructura de funcionamiento y encontrar formas apropiadas a la luz de las condiciones del contexto y de los recursos institucionales disponibles. Una probabilidad sería un sistema de coordinación central con núcleos regionales y locales y con un flujo recíproco de comunicación y de toma de decisiones "de ida y vuelta". En esta red sería importante integrar de manera activa a las universidades y escuelas formadoras. Esta integración no solo permitiría aprovechar los recursos disponibles, sino que también serviría de realimentación entre la formación, las necesidades de los servicios y la producción de conocimientos en un proceso de interacción permanente.

DESAFIOS PARA EL FUTURO INMEDIATO

Las tendencias educativas en materia de desarrollo de recursos humanos durante las últimas décadas (a las cuales no ha sido ajena la educación del personal de salud) daban prioridad al entrenamiento en habilidades específicas y a la difusión de información. El vertiginoso desarrollo del conocimiento científico-tecnológico y la creciente especialización y división del trabajo han tenido un impacto educativo en la fuerza de trabajo del área de salud.

La división vertical del trabajo determinó un enfoque centrado en el conocimiento (para las categorías médicas) y en el adiestramiento técnico en el "saber hacer" (para otras categorías profesionales). La cre-

CUADRO 1. Caracterización de la educación permanente del personal de salud.

Instancias estratégicas	Eje/propósito	Caracterización	Modalidades	Instancias de cooperación
1. Instancia central: Educación en el trabajo	<p>Análisis colectivo de los problemas de la práctica y búsqueda de su superación</p> <p>Recuperación de las informaciones provenientes de otras instancias en función del estudio contextualizado</p>	<p>Problematización</p> <p>Multiprofesional</p> <p>Grupos de una o varias profesiones</p> <p>Equipos del mismo servicio interinstitucional</p> <p>Escuela-servicio</p> <p>Temática</p>	<p>Grupos de análisis y discusión</p> <p>Encuentros</p> <p>Jornadas de estudio</p> <p>Aprendizaje a través de la práctica con supervisión</p> <p>Círculos de calidad total</p> <p>Seminarios, talleres</p>	<p>Universidades</p> <p>Escuelas</p> <p>Sindicatos</p> <p>Asociaciones profesionales</p> <p>Organizaciones comunitarias</p> <p>Gestores de salud y de otras áreas sociales (municipios, alcaldías)</p>
2. Otras instancias: Capacitación en áreas prioritarias (corto y mediano plazo)	<p>Preparación para la acción en determinadas áreas o puestos de trabajo necesarios para desarrollar los servicios y las instituciones formadoras</p>	<p>Promoción de salud</p> <p>Reorientación de sistemas de servicio</p> <p>Control de enfermedades</p>	<p>Pasantías</p> <p>Capacitación por intercambio</p> <p>Cursos y seminarios</p>	<p>Convenios de cooperación con la universidad, escuelas y servicios</p> <p>Convenios interinstitucionales</p>
Actualización	<p>(Difusión y acceso a conocimientos relevantes y a nuevas tecnologías)</p>	<p>Salud y desarrollo</p> <p>Desarrollo institucional</p>		<p>Asociaciones y colegios profesionales</p> <p>Agencias de cooperación</p>

		Proyectos interinstitucionales		Becas Incentivos, intercambio
Capacitación profesional formal (de base)	Preparación para el ejercicio profesional		Pregrado Formación técnica de personal empírico	
Formación avanzada en salud	Preparación y perfeccionamiento para el ejercicio profesional, según los requerimientos de la ciencia, técnica y prioridades de política y de los recursos humanos y de salud	Estudios avanzados en áreas prioritarias para el desarrollo científico y tecnológico. Elaboración y conducción de políticas sectoriales Investigación para la generación de nuevos conocimientos Liderazgo y fortalecimiento institucional	Servicio social rural Especialización Maestrías Doctorado Posdoctorado	Convenios con la universidad y los servicios Convenios con instituciones regionales y locales Becas Convenios y grupos de trabajo interinstitucionales e intersectoriales Convenios con agencias de cooperación Convenios internacionales Convenios con centros de investigación Becas Intercambios

ciente división técnica del trabajo —incluida la incorporación de nuevos puestos de trabajo en los servicios— adoptó un enfoque taylorista en materia educativa, con un fuerte apoyo en la psicología conductista. Un ejemplo de ello se encuentra en los programas elaborados a partir del “análisis de tareas” o del “estudio del trabajo”. En estos programas la cuestión consistía en desmenuzar las secuencias del proceso de trabajo técnico, señalando modelos de comportamiento y estableciendo esquemas de adiestramiento en habilidades específicas para determinadas categorías ocupacionales.

Desde la perspectiva del análisis del trabajo, la tendencia es a dar énfasis al desarrollo de competencias y habilidades generales, más que a los comportamientos muy específicos de determinadas categorías ocupacionales. Por lo tanto, hoy en día se da prioridad al aprendizaje que conduce a la comprensión de los procesos globales, por una parte, y por otra al desarrollo de habilidades cognitivas para operar en contextos complejos y cambiantes. Entre estas destacan las que se requieren para elaborar un plan de acción, identificando medios y control de resultados; buscar e interpretar la información y organizar la que está disponible, y comprender los sistemas de trabajo. De igual manera se destaca el desarrollo de habilidades interpersonales (entre ellos equilibrio, capacidad para trabajar en equipo, comunicación y aceptación de las diferencias y puntos de vista ajenos) (28). Los programas de educación permanente en salud tendrían, por consiguiente, que favorecer el desarrollo de estas habilidades y el compromiso permanente con los objetivos del sector. En la misma línea de pensamiento, la educación permanente en salud promoverá el desarrollo de habilidades para poder trabajar en equipo y enfrentar la incertidumbre.

El enfoque planteado dista mucho del que sustenta a los programas tradicionales. Hoy en día, la concepción de la educación como instrucción que prepara al sujeto para actuar en un mundo seguro y previsible es una idea muy lejana.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Propuesta de reorientación de la educación permanente del personal de salud*, fascículo I Washington, D.C.: OPS; 1987. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 78).
- 2 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Informe final de un grupo de consulta*, fascículo VIII. Washington, D.C.: OPS; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 85).
- 3 Haddad J, Roschke MA, Davini MC. Proceso de trabajo y educación permanente en salud: orientación y tendencias en América Latina. *Educ Med Salud*. 1990;24(2).
- 4 Rovere M. Aportes para una metodología de planificación estratégica de recursos humanos en salud. *Educ Med Salud*. 1992;26(2).
- 5 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Servicios de Salud. *La administración estraté-*

- gica local. Washington, D.C.: OPS; 1992. (Publicación HSD/SILOS-2).
- 6 Ruiz L, Haddad J, Ferreira JR. Capacitación en servicio en epidemiología: redefinición de su marco referencial y metodológico. *Educ Med Salud*. 1990; 24(4).
 - 7 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. Informe Final del Grupo de Consulta sobre Capacitación en Servicio en Epidemiología. *Educ Med Salud*. 1990;24(4).
 - 8 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Informe Final del Grupo de Consulta sobre Investigación Educativa en Salud (Topes de Collantes, Cuba)*: fascículo X. Washington, D.C.: OPS; 1991. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 87).
 - 9 Davini MC, Pineda E, Roschke MA, Sigaud MA. *Investigación educacional en los servicios de salud. Documento básico de trabajo*, fascículo IX. Washington, D.C.: OPS; 1990. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 86).
 - 10 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Informe Final del Grupo de Trabajo sobre Monitoreo y Seguimiento del Aprendizaje, Antigua, Guatemala*. Washington, D.C.: OPS; 1991. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 94).
 - 11 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Informe Final del Grupo de Consulta sobre Investigación para Identificar Necesidades de Intervención Educativa, México, D.F.* Washington, D.C.: OPS; 1992. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 94).
 - 12 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Informe Final del Grupo de Consulta sobre Rol de las Instituciones Formadoras en el Desarrollo de la Educación Permanente en Salud*. Washington, D.C.: OPS; 1992.
 - 13 Arango Y, Casas ME, Rangel F. En: *Identificación de necesidades de aprendizaje, fascículo III*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 80).
 - 14 Alvarez Manilla J, Santacruz J. En: *Identificación de necesidades de aprendizaje*, fascículo III. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 80).
 - 15 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Informe Final del Grupo de Trabajo sobre Investigación para la Identificación de Necesidades de Intervención Educativa, México*. Washington, DC: OPS; 1992.
 - 16 Brasil: Proyecto de Desarrollo de Personal de Salud a Larga Escala. (Acuerdo MSP/MEC/MPAS/OPS). Brasilia: 1984. (Documento mimeografiado).
 - 17 Almeida Souza A, Galvao EA, Dos Santos I, Roschke MA. *El proceso educativo*, fascículo IV. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 81).
 - 18 Hewson PW, Hewson MA. The role of conceptual conflict in conceptual change and the design of science instruction. *Instructional Science* (Netherlands). 1984;13.
 - 19 Hashwesh MZ. Toward an explanation of conceptual change. *Eur J Sci Educ*. 1986;8(3).
 - 20 Brasil: Curso de actualización em desenvolvimento de recursos humanos (CADRHU). Brasilia: 1982. (Documento mimeografiado).
 - 21 Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Propuesta de implementación del proceso de educación permanente en los distritos de salud. La Paz, Bolivia: MPSSP; 1991. (Documento mimeografiado.)
 - 22 Friedlander F. Patterns of individual and organizational learning. En: Jossey Bass. *The Executive Mind*. San Francisco: 1983.
 - 23 Barbier R. *A pesquisa-ação na instituição educativa*. Rio de Janeiro: Zahar Editores; 1985.

- 24 Rovere M. *Planificación estratégica de recursos humanos*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 96).
- 25 Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Programa de Postgrado en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas. (Documento preparado conjuntamente con el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud). Tegucigalpa, Honduras: 1991.
- 26 Bowen D, Rawler E. Total quality oriented human resources management. *Organizational Dynamics*. 1992;20(4).
- 27 Dussault G. La reglamentación profesional y la producción de servicios de salud. *Educ Med Salud*. 1992;26(4).
- 28 Psacharopoulos G. From manpower planning to labor market analysis. *Int Labour Rev*. 1991;130(4).

GESTION DE LA EDUCACION PERMANENTE: UNA RELECTURA DESDE UNA PERSPECTIVA ESTRATEGICA

Mario R. Rovere¹

El conocimiento es siempre una cierta relación estratégica en la que el hombre está situado (1).

M. Foucault

"En el caso específico de la educación para mí es imposible pensarla sin pensar en el poder (2).

P. Freire

Este trabajo explora la interacción entre las dimensiones políticas y las técnicas de la educación permanente. Revisa las características del pensamiento administrativo y del generado por las ciencias sociales aplicadas a las instituciones, y pone de manifiesto que no todos los enfoques son propicios para una propuesta educacional que tiende a convertir al trabajador de salud en un ente consciente de su proceso de trabajo y a la vez protagonista del mismo. Se especula que un enfoque estratégico puede contribuir a diseños educacionales que maximicen los grados de libertad que pueden darse en las organizaciones de salud, dentro de los determinantes fijados por los estilos administrativos dominantes (reglas de juego), e identificar los casos en que la intervención no tiene otra posibilidad que la de cuestionar esas mismas reglas del juego.

Se detectan también algunas estrategias capaces de estabilizar un cambio significativo en los procesos de trabajo, como identificar los momentos por los que atraviesa la institución o sus grupos, o revisar los convenios entre la universidad y los servicios de salud para potenciar los procesos educacionales, entre otros. Por último se plantean algunos interrogantes y se proponen líneas de investigación para aumentar la eficacia de las intervenciones.

¹ Funcionario del Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud para la subregión andina, Organización Panamericana de la Salud, con sede en La Paz, Bolivia.

INTRODUCCION

Cuando se me solicitó esta contribución para *Educación Médica y Salud* me pareció bastante difícil encontrar la especificidad de mi aporte, si se considera la amplia bibliografía que se ha producido sobre el tema y en especial la gran cantidad de artículos conceptuales y de estudios de casos que en esta misma revista se han publicado.

Al revisar de nuevo la bibliografía advertí que, aunque muchos aspectos de la educación permanente ya estaban ampliamente desarrollados, en especial las articulaciones entre la educación y la salud, era posible avanzar en una asociación que, a través de la práctica de la cooperación en esta área, nos pareció muy relevante. Me refiero a la relación entre educación permanente, estilos administrativos y cultura organizacional.

Después de identificar este posible espacio de reflexión, trabajamos con la hipótesis de que "las diferentes escuelas administrativas que han tenido éxito en matricular la cultura de los servicios de salud llevan implícitas concepciones del trabajo, del trabajador, de las relaciones de poder, de la participación y de la naturaleza de los contratos de trabajo formales e informales, que predeterminan los espacios posibles, los estilos educacionales, los contenidos y las características de las demandas específicas que pueden hacerse a la educación permanente.

Dado el esfuerzo que se ha dedicado en los últimos años a caracterizar a la educación permanente como propuesta educativa realizada en los ámbitos de trabajo, destinada a reflexionar sobre ese mismo proceso de trabajo y a intervenir en él con el fin de mejorar la calidad de los servicios y las condiciones laborales (educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo) (3) —lo que nos permite señalar que los múltiples cursos de capacitación que se realizan en el sector salud no necesariamente pueden ser considerados educación permanente— entendemos que subyace una concepción de las organizaciones y del trabajo que no puede articularse con cualquier modelo organizacional. En esas condiciones tales procesos educativos en el área de la salud pueden considerarse intervenciones capaces de movilizar, circular, producir y transferir conocimiento, tecnología, valores, sentimientos y demás.

Dado que se realizan, por definición, en instituciones, estas intervenciones operan sobre estructuras establecidas de poder formal e informal, sobre grupos con su propia dinámica de liderazgo, legitimidad e influencia. En definitiva, actúan sobre un entramado de relaciones de poder expresado y reforzado por una cultura organizacional.

Como la educación permanente es una actividad de naturaleza cultural, necesariamente operará como factor **pro cultural** (reforzando la cultura hegemónica), **sub cultural** (abriendo un espacio verdadero dentro de la cultura dominante), o **contra cultural** (enfrentándose a esta última).

En todos los casos se trata de una intervención que acumula o desacumula conocimientos en uno u otro grupo de la organización que desplaza o refuerza saberes (4). La estrecha relación y reforzamiento recíproco entre saber y poder hace que esta circulación, estas intervenciones que legitiman unos saberes y deslegitiman otros, nos hace interpretar a la educación permanente como una actividad técnica pero simultáneamente política (vale la pena recordar el concepto de Mario Testa: “política es toda propuesta de distribución de poder”).

En este sentido y con respecto al ámbito institucional podríamos interrogar, en nuestro intento de hacer emerger esta dimensión política, qué representación —en el sentido poperiano de mapa mental— tenemos de esas instituciones que genéricamente denominamos servicios de salud y que alcanzan su máxima complejidad en los hospitales universitarios. Nuestra relectura social de estas instituciones es que su complejidad va mucho más allá de su capacidad resolutive y se extiende, en lo que en este momento nos interesa, al sistema microsocia que constituyen.

A este respecto posicionaremos afirmando que se trata, con escasas excepciones, de una de las estructuras microsociales más estratificadas y rígidas en lo que a movilidad horizontal, y sobre todo vertical, se refiere. Este posicionamiento nos lleva a especular sobre la naturaleza contracultural de la propuesta de educación permanente, especialmente cuando se trata de desarrollar en los espacios más sobreestructurados del sector salud. Sin embargo, este hallazgo no debería ser paralizante, ya que abundan las argumentaciones en favor de cambiar las formas dominantes de organización del trabajo en los servicios de salud.

Para detectar estas necesidades de cambio es preciso, entre otras cosas, conocer la genealogía de estas instituciones y los mecanismos que las llevaron a constituirse en sociedad de castas cerradas, comprender el rol de la universidad y cómo esta institución, asociada generalmente con la movilidad social en el plano macrosocia, ha venido a reforzar esta inmovilidad en el ámbito institucional o microsocia. (Para ilustrar este punto podemos observar cómo, en general, tener un grado profesional sirve de muy poco para obtener otro —incluso puede ser visto como una desventaja— o cómo una auxiliar de enfermería, independientemente de su experiencia, se considera, en la mayoría de los casos, igual que una aspirante que recién completa su secundaria, a la hora de querer iniciar estudios de enfermería).

Es en la genealogía de esta estructuración de redes de poder, autoridad y legitimidad, que podemos señalar dos factores que, en nuestra opinión, contribuyen a explicarlo; uno proviene de los mecanismos a través de los cuales se llegó a conformar un pensamiento administrativo en el sector salud, partiendo de una selección intencionada de retazos de aquellas escuelas administrativas que resultaron más funcionales a las necesidades

de esta estratificación. El otro se desprende de las modificaciones en la funcionalidad social (la relación hospital-sociedad) que fueron adquiriendo los servicios de salud. Nos referimos al largo proceso que pasa por aquel hospicio disciplinador de los ingleses (que garantizaba que los pobres desearan volver cuanto antes al trabajo), por el hospital religioso (que se basaba en la caridad cristiana y formaba parte de las actividades regulares de la Iglesia, y que en algunos países fue reemplazado por las sociedades de beneficencia), el hospital que buscaba reponer rápidamente la fuerza de trabajo, hasta este hospital-fábrica-laboratorio-supermercado que, a través de la exposición de una vasta gama de servicios sobreesegmentados, resulta funcional para reforzar la sobreespecialización y la sobretecnificación, que ofrece un modelo ideológico implícito para la formación de técnicos y profesionales, y que en los últimos tiempos resulta funcional al crecimiento y la internacionalización del llamado "complejo médico-industrial".

Si aceptamos que trabajamos con estos factores determinantes, podemos analizar la propuesta de educación permanente haciendo una relectura de naturaleza política. ¿Cuáles son los grados de libertad que gozan estas instituciones al tratar de redefinir su organización interna y su funcionalidad social? ¿Cuáles son las demandas de cambio que se les reclama? ¿Quién define qué intervención educacional se requiere? ¿A qué grupo profesional o qué proceso de trabajo se privilegia? ¿Se organiza por grupo profesional o por equipo? ¿Qué conocimiento y qué prácticas profesionales se legitiman y cuáles no? (Considérense, por ejemplo, los conflictos que se plantean cuando se capacita a un grupo profesional para que realice algunas técnicas que se consideran "propias" de otro grupo profesional).

Dado que es frecuente que las intervenciones educativas se cuenten entre las más idealizadas, resulta útil conocer estas dimensiones "cratológicas", ya que explican por qué no es posible que la educación permanente tenga neutralidad, por qué en ocasiones enfrenta grandes resistencias, y por qué en otras tiene un éxito muy superior a lo esperado.

En otras palabras, creemos que es de gran utilidad realizar una relectura de la educación permanente partiendo de una perspectiva estratégica, con el fin de aportar elementos que mejoren la comprensión de los actores y de las fuerzas que moviliza, generar una buena base de sustentación y lograr actividades y contenidos más adecuados.

ALGUNOS REFERENTES TEORICOS

La elaboración sobre educación permanente en salud ha convocado a una serie de autores que ayudan a definir la personalidad de la propuesta y a resignificar las formas como circula o no circula el conocimiento en los servicios de salud, así como entre estos y la población. Somos

conscientes de que va surgiendo la necesidad de sintetizar esos aportes, por lo que nos parece útil incluir algunas posiciones más relevantes para esta interacción con el pensamiento estratégico (5).

Foucault (6) señala que “con Platón se inicia un gran mito occidental: lo que de antinómico tiene la relación entre el poder y el saber, si se posee el saber es preciso renunciar al poder; allí donde están el saber y la ciencia en su pura verdad jamás puede haber poder político. Hay que acabar con este gran mito. Un mito que Nietzsche comenzó a demoler al mostrar en los textos que hemos citado que por detrás de todo saber o conocimiento lo que está en juego es una lucha de poder. El poder político no está ausente del saber, por el contrario está entramado con este” (7). Al respecto, es interesante reflexionar en el hecho de que las “normas” que tienen tanta tradición en el sector salud resultan un excelente ejemplo de articulación entre el saber y el poder.

Por otro lado, refuerza que “cada sociedad tiene su régimen o política general de la verdad”. Esto se refiere a los tipos de discursos que acoge y hace funcionar como verdaderos; a los mecanismos e instancias que usa para distinguir a los enunciados verdaderos o falsos y a la manera de sancionar unos y otros; a las técnicas y procedimientos que son valorizados para obtener la verdad; y al estatuto de quienes se encargan de decir qué es lo que funciona como verdadero. En sociedades como las nuestras la *economía política* de la verdad se caracteriza por cinco rasgos históricamente importantes:

- está centrada en la forma del discurso científico y en las instituciones que lo producen;
- está sometida a una constante incitación económica y política (necesidad de verdad, tanto para la producción económica como para el poder político);
- es objeto, bajo diversas formas, de una inmensa difusión y consumo;
- es producida y transmitida bajo el control no exclusivo de grandes aparatos políticos y económicos;
- es el núcleo de la cuestión de todo un debate político y de todo un enfrentamiento social (7).

La relación entre el poder y el saber y los mecanismos recíprocos para la producción de la verdad ilumina la naturaleza conflictiva de las propuestas educativas en general y de las de educación permanente en particular. (Al hablar de “violencia simbólica”, Bourdieu ofrece una comprensión diferente a fenómenos de imposición, “venta de ideas o paquetes tecnológicos”, asistencia, superposición de modelos, lucha de agencias de “cooperación”(?), resistencias, y demás. Según él, se trata de la “circulación económica de bienes simbólicos” (8).

En lo que al poder se refiere, la planificación estratégica y la educación permanente se integran en un objetivo común: **la democratización del poder y del saber**. En sus diálogos con Paulo Freire, Antonio Faundez afirma que “este problema de enseñar o educar es fundamental y que, sin duda, se relaciona con lo que decíamos antes: posiciones políticas bien determinadas en un mundo jerarquizado en el que los que detentan el poder detentan el saber, y al profesor, la sociedad actual le ofrece una parte del saber y del poder. Este es uno de los caminos de reproducción de la sociedad. Encuentro, entonces, que es profundamente democrático comenzar a aprender a preguntar ... establecer las respuestas ... es un absoluto, no deja lugar a la curiosidad ni a elementos por descubrir. El saber ya está hecho ...” (9).

Por su parte, los mecanismos de producción de la verdad vienen siendo denunciados, en tanto pretenden objetivos que dan lugar a subjetividad. En este sentido Bourdieu opina que “la noción de estrategia es el instrumento de una ruptura con el punto de vista objetivista y con la acción sin agente que supone el estructuralismo” (9). Este surgimiento del sujeto es fundamental para concebir una propuesta de educación permanente, ya que el sustrato de este proceso solo puede estar constituido por sujetos que protagonizan esa dinámica y se produce únicamente en virtud de su condición de sujetos.

La recuperación del sujeto —que se encontraba inmerso en los grandes (y en los pequeños) relatos de la historia— tiene todo que ver con el estudio del poder-saber-, ya que, como se señala, Foucault nunca se interesó por el estudio del poder sino por el del sujeto; solo que no se puede —afirma— estudiar el sujeto sin estudiar el poder.

Una articulación adicional entre planificación estratégica y educación permanente se refiere al predominio de la práctica, práctica “que ... no tiene un carácter dogmático sino aproximativo ...” Por su parte, la teoría “... sirve para contribuir a la implantación de ese paradigma en un instrumento útil para guiar la investigación, para generar nuevos trozos de conocimientos, y para verificar su concordancia con la realidad” (10).

El proceso de democratización, las relaciones y el reforzamiento saber-poder, la recuperación del sujeto y la articulación dinámica entre práctica y teoría pueden ser cuatro soportes de trabajo conjunto entre educación permanente y planificación estratégica.

EDUCACION PERMANENTE: ALGUNAS PRECISIONES

La educación permanente aparece en buena parte de la literatura con definiciones muy diversas y controvertibles: desde la alfabetización de los adultos, pasando por la capacitación profesionalizante, la actualización

profesional y el estudio-trabajo. Esta confusión obliga a optar por una definición operativa para el trabajo, basada en lo que ha venido haciendo el programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud desde hace más de 10 años. Para los fines de este trabajo hemos definido la educación permanente en salud, en una especie de síntesis operativa, como **la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo**.

Esta definición marca un espacio propio para la educación permanente que, si bien es amplio, lo diferencia de otras propuestas e intervenciones educativas, algunas muy relevantes, que comparten un mismo marco de referencia teórico y que por extensión podrían ser alcanzadas por algunas de las reflexiones aquí incluidas (como en el caso de algunas propuestas de la educación popular en salud, por ejemplo).

LAS ORGANIZACIONES EN GENERAL Y DE SALUD EN PARTICULAR

Manejar un marco referencial común sobre las organizaciones y el pensamiento administrativo resulta imprescindible para comprender en qué espacios estamos interviniendo, especialmente cuando el trabajo en salud ha adquirido un carácter cada vez más institucional. Haremos aquí una breve reseña del pensamiento administrativo configurado en sus distintas escuelas, no por mera ilustración, sino porque de una manera u otra se pueden encontrar rastros de esta construcción histórica en el pensamiento contemporáneo de las organizaciones de salud: hospitales, empresas de agua, centros de salud, proyectos, programas, entre otros.

El pensamiento administrativo tuvo su origen en el trabajo manual de principios de siglo, de manera tal que transformó al trabajador en una máquina ergonómica susceptible de ser “adiestrado” y “optimizado”. El taylorismo, complementado por el fordismo, deshumanizó al trabajador sujetado a una línea de montaje (la película *Tiempos Modernos*, de Chaplin, expresa este hecho de forma magistral). El fayolismo, por su parte, consagró a través de la administración científica un rígido modelo autoritario de dominación, disciplinamiento y control como base para la construcción del pensamiento administrativo.

Para los pensadores clásicos, los procesos de “adiestramiento” eran importantes. Para Taylor, por ejemplo, el adiestramiento del trabajador —después de haber realizado un estudio “científico” y comparativo de tiempos, movimientos y herramientas utilizando a los trabajadores con mayor rendimiento como factor de emulación— era el factor que más incrementaba la productividad. Para Fayol, el adiestramiento debía centrarse en los gerentes, lo cual dio origen y base a la profesionalización

de los "administradores del trabajo". De ahí surgen las diversas estrategias que han prevalecido en las escuelas de salud pública hasta bien avanzado nuestro siglo.

En definitiva, para los clásicos (cuyas concepciones o ideas aún perduran dentro de los servicios de salud), la estructura de poder de las organizaciones se basa en **la autoridad, la responsabilidad y la disciplina**, siendo la autoridad "el derecho de mandar y el poder de hacerse obedecer" ... y la disciplina "la obediencia al sistema de autoridad existente ... [la cual] es absolutamente necesaria y ninguna organización puede prosperar sin ella" (11).²

Como señala Foucault, las tecnologías de adiestramiento, disciplinamiento y poder no solo estaban estrechamente interrelacionadas, sino que incluso se desplazaban de un tipo de institución a otro. Las innovaciones de la escuela, del ejército, de la cárcel, del hospital o de la fábrica se intercambian, por consiguiente, para hacer más eficaz la acción productiva ("el poder produce", señala Foucault para diferenciar la tradicional asociación histórica entre poder y prohibición).

La escuela psicosocial descubre, casi por casualidad, que el sujeto de cambio (o de no cambio) de las instituciones no es el trabajador individual, sino los grupos de trabajadores que pueden generar una cultura propicia para estas innovaciones, pero que también pueden generar pautas de productividad aceptadas, desocializando a quienes trabajen más o menos de lo establecido por ellas. En su concepción del poder, esta escuela descubre la importancia de la participación, de la dinámica de los conflictos y del poder de los grupos, llegando a detectar que los grupos de trabajadores fijan normas no escritas de productividad y formas de trabajo que incluyen mecanismos de exclusión para quienes no las respetan (11).

Drucker trae a colación una importante anécdota que viene a cambiar la historia de la capacitación. Menciona que Taylor "compartía la creencia de la época acerca de la sabiduría del *experto*. Pensaba que tanto los trabajadores como los gerentes y administradores eran *bueyes mudos*. Cuarenta años más tarde Mayo (Elton Mayo, principal exponente de la escuela psicosocial) tuvo gran respeto por los administradores y gerentes, pero los trabajadores, pensaba, eran *inmaduros e inadaptados*, y necesitaban de la guía experta de un psicólogo" (12). Sin embargo, en 1941, al entrar en guerra los Estados Unidos de América, se detectó una debilidad importante en la industria del país: la falta de una óptica de precisión. Frente a la carencia de expertos, un puñado de esos "bueyes mudos" montó en

² Para una ampliación de la historia del pensamiento administrativo se puede consultar la obra clásica de Kliksberg B, *El pensamiento administrativo: del taylorismo a la teoría de la organización*, Buenos Aires: Editorial Paidós, 1985.

pocos meses una industria óptica completa que superó, según Drucker, a la de los artesanos alemanes (12). Señala, además, que allí se produjo una importante innovación educacional en los Estados Unidos que permite reducir los tiempos necesarios para desarrollar nuevas habilidades, lo que tiene valor estratégico, dado que la óptica era, de hecho, un campo que marcaba diferencias definitivas en la capacidad bélica.

Los neoclásicos son los que más influyeron en la conformación del pensamiento hegemónico en la administración hospitalaria en América Latina, sobre todo porque los autores de lengua española que han sido más exitosos en este campo se formaron en la época en que esta escuela era dominante en los Estados Unidos. Koontz y O'Donnell eran sus máximos exponentes (su libro *Principios de Dirección* tuvo extraordinaria difusión en las escuelas de salud pública hasta hace pocos años). Ellos desarrollaron las funciones administrativas, flexibilizaron las estructuras y diversificaron las unidades de línea (mando) y las de personal (asesoramiento). Sin embargo, manejaban los mismos conceptos de autoridad que los clásicos: a ellos se atribuye la idea de que "la autoridad formal sigue siendo la fuerza básica que hace del trabajo directivo lo que es ... La autoridad es la única fuerza cohesiva que existe en la empresa" (12) ("en el hospital", leyeron nuestros administradores).

A Max Weber también se le considera un autor en el campo de la administración. Para Weber "el concepto de poder es la capacidad de inducir a otro a aceptar órdenes" (12), pero complementa esta noción con otro factor al que llama *legitimación*. Este es el nivel de aceptación de estas órdenes, bien sea por afinidad con las mismas o por reconocimiento y delegación de autoridad. Suele asociarse con el fenómeno de liderazgo que a su vez surge, apoyada en los estudios de Kurt Lewin, como categoría para las escuelas de la sociología industrial.

Los estudios sobre liderazgo permitieron identificar diferentes mecanismos que aparentemente confieren legitimidad a este fenómeno escurridizo. Para Weber, el liderazgo puede ser de tipo tradicional, carismático, o burocrático (esto pone de manifiesto su preferencia por un poder impersonal, sin titular, que remeda las concepciones del liberal inglés J. Bentham en *El panóptico* (13), redescubiertas más tarde por Foucault). Cabe señalar al respecto que para Weber la burocracia perfecta es un panóptico, es decir, un dispositivo de poder que funciona sin titular.

Para Lewin, en cambio, el liderazgo se diferenciaba en autoritario, democrático, y *laissez-faire* o permisivo. Durante sus investigaciones llegó a inferir que los grupos con liderazgo autoritario tenían la máxima productividad, pero que en ausencia del líder su productividad era menor que la de otros grupos. También infirió que aunque la productividad de los grupos con liderazgo democrático no era tan alta, se mantenía prácticamente igual aunque el líder no estuviera presente. Los grupos con li-

derazgo permisivo tendrían baja productividad y también bajo nivel de satisfacción en el trabajo (13).

Las escuelas de la teoría de la organización confrontaron con los neoclásicos y demolieron su pretensión de cientificidad —por desconocer que un conocimiento científico puede basarse en principios o postulados—, demostrando que muchos de los postulados de los clásicos y neoclásicos se contradecían entre sí. En relación con la base de poder de su teoría, afirman que “lo importante no es mandar o tener autoridad sobre los demás sino tener la influencia necesaria para que la conducta de los demás se ajuste a los objetivos perseguidos. *Influencia es, entonces, la conjunción de la autoridad con la comunicación, con el entrenamiento, con la identificación y con la eficiencia*” (13). (Se puede advertir cómo esta escuela percibe las posibilidades de las intervenciones educacionales como mecanismos de construcción de influencia).

Si bien la teoría de la organización despertó inquietud entre los administradores neoclásicos, esta fue rápidamente desplazada por el advenimiento de las escuelas que aplicaron la teoría general de sistemas (las de Katz y Johnson, entre otras). Esta teoría, que en realidad surgió en los años treinta, no hizo avanzar, sino más bien retroceder, a la administración. Sin embargo, tuvo un atractivo irresistible para las escuelas de salud pública, ya que su origen biológico hacía más sencillo su aprendizaje a alumnos que cursaban las carreras de salud. (Cabe señalar, al mismo tiempo, que el pensamiento educacional también recibió mucha influencia de la teoría general de sistemas, por lo que en los años setenta se pensó que por fin se había encontrado un código común entre la educación y la administración, optimismo que no parece haber sido confirmado).

Aportes importantes de esta escuela son su capacidad de establecer analogías con “el todo funcionando” y de articular e interrelacionar las partes con el todo, y los sistemas, subsistemas y metasistemas entre sí. En sus analogías biológicas, sin embargo, resultaba evidente que si el hospital es un sistema, el objetivo debería ser la homeostasis o equilibrio, lo que llevaba a ver todo cambio como amenaza y todo cuestionamiento del poder formal como iniciativa “entrópica” (principio de los sistemas que se refiere a su tendencia a la desorganización y desintegración). En otras palabras, la escuela sistémica, la última de las llamadas tradicionales, surgió como una escuela epistemológicamente conservadora (como todos los intentos de aplicar este paradigma biológico a lo social) y retomó criterios de autoridad que habían sido superados por la escuela de la teoría de la organización.

Los años setenta comienzan con una profunda crisis y una marcada desconfianza en lo que habían aportado las escuelas tradicionales de la administración, a lo que se agrega una grave transmutación de las economías de los países centrales (por el estancamiento de los mercados, el

cambio de los sistemas productivos y el incremento del precio de las materias primas, especialmente del petróleo). Lo cierto es que las ciencias de la administración, que se basaban exclusivamente en el principio de eficiencia interna, resultaron incapaces de explicar el fracaso de organizaciones de primera línea. En estas condiciones surgió una importante innovación que muchos considerarían una verdadera ruptura con el pensamiento administrativo tradicional: la administración estratégica (AE). Hermida y Serra (11) detectaron entre 1970 y 1991 ocho escuelas de administración estratégica (que se agrupan en escuelas “hard” y escuelas “soft”. Las primeras son las que reestructuran la organización guiadas por el principio de generar un pensamiento de afuera para adentro. En la práctica esto significa trasladar el poder organizacional del área de producción al área de mercadeo (concepto interesante si consideramos que la mayoría de los administradores de hospitales continúan siendo gerentes de producción —una producción independiente de resultados—, lo que explica, a su vez, la histórica dificultad de incorporar a epidemiólogos en los servicios de salud).

Las escuelas “soft” perciben que en esta situación de máxima competitividad, en ambientes turbulentos donde se desplazan los sistemas productivos de “organizaciones-mano de obra intensivas” a “instituciones-talento intensivo”, resulta imposible desconocer la calificación, motivación, creatividad e iniciativa de los trabajadores como uno de los principales factores que pueden otorgar esa pequeña —o no tan pequeña— ventaja comparativa.

La última escuela de administración estratégica que los autores citados identifican va más allá del descubrimiento de que el trabajador, al ser también sujeto de su proceso de trabajo, es una de las principales ventajas comparativas de una organización. Esta escuela planteó la siguiente interrogante: ¿Por qué son la principal competencia de las organizaciones, otras organizaciones generadas por disidentes internos con iniciativa y creatividad? y basados en este referente empírico, plantearon una nueva figura denominada *emprendedor interno*, para indicar a la persona o grupo que desarrolla toda una nueva línea de producción dentro de la misma organización. La relación con salud es directa, si se considera el carácter expulsivo que tienen las organizaciones con respecto a los innovadores, a quienes toman riesgos, y en recompensar a quienes se limitan a trabajar en su nivel mínimo de requerimientos.

Como si esto fuera insuficiente, algunas experiencias prueban que la unidad de mando no es imprescindible para la producción, lo que equivale a derrumbar lo poco que quedaba en pie del pensamiento administrativo clásico y neoclásico. Al respecto se promueven nuevas formas de administración y trabajo, como los Grupos autodirigidos (GAD), que verifican el papel subalterno de la capacitación técnica si no se desarrollan lo que Hicks y Bone (14) llaman “las habilidades interpersonales”. En nues-

tro caso esto equivale a decir que, si se piensa en formas de organización más democráticas, **la priorización de los contenidos de la educación permanente debería realizarse en torno a las formas mismas de organización del trabajo** (contenidos que podrían denominarse “de formación micro-administrativa” y que antes se reservaban para lo que se podría llamar la “alta gerencia”), y solo en un segundo momento desencadenar procesos de investigación, e incorporar contenidos técnicos que los grupos no puedan identificar por sí mismos.

Un aporte difícil de caracterizar pero de gran relieve es el de Senge (15), quien genera toda una propuesta de desarrollo organizacional centrado en procesos de aprendizaje, detectando lo que él llama la “quinta disciplina”. De hecho, Senge afirma, valiéndose de analogías tecnológicas, que el éxito organizacional no puede depender de una sola disciplina o de un solo campo de innovación, y señala la ausencia de educación en el pensamiento administrativo, señalando que las ventajas comparativas en los actuales ambientes turbulentos solo son logradas por organizaciones abiertas al aprendizaje.

Lo controversial del aporte de Senge es la recuperación, a comienzo de los años noventa, de una escuela administrativa —la administración sistémica— cuya línea de pensamiento se había abandonado en los años setenta. (No se conoce de ninguna discusión acerca de las razones por las cuales se abandonó ni de por qué vuelve a surgir.)

Sus analogías de “instituciones escuela” recuerdan la antigua tradición del hospital escuela o del hospital universitario que la administración hospitalaria extendió, al menos conceptualmente, a todos los servicios de salud, ya que identifica a la docencia y a la investigación como dos de las seis funciones básicas del hospital moderno.

Nos ha sido necesario realizar este extenso recorrido del pensamiento administrativo porque creemos que **la educación permanente no puede permanecer indiferente ni neutral con respecto a estas cuestiones, especialmente si se consideran los marcos teóricos y metodológicos que la han alimentado**. De no ser así, caeríamos en la paradoja de incorporar intervenciones fundadas en concepciones liberadoras de la educación de adultos para reforzar organizaciones autoritarias, con el consiguiente riesgo de gastar energías y esfuerzos en una intervención que, vista de este modo, podría conducir a un fracaso.

REPERCUSIONES EN LOS SERVICIOS DE SALUD

Si procedemos a analizar el pensamiento administrativo dominante en nuestros servicios de salud, notaremos que estos se han quedado atrapados en una situación compleja. Adscritos muchas veces a las ideas

administrativas más reaccionarias diseñadas para la producción de bienes en organizaciones “mano de obra intensiva” y en empresas con fines de lucro en países centrales y para economías en crecimiento, los hospitales públicos latinoamericanos y otras organizaciones de salud se pensaron a sí mismos como “fábricas que producen consultas y egresos”. No se dieron cuenta de que eran organizaciones productoras de servicios, organizaciones “talento intensivo”, instituciones sin fines de lucro en países que no son precisamente centrales, en ambientes turbulentos con políticas económicas y sociales regresivas y un discurso de “Estado benefactor en retirada”. La universidad estatal tampoco quedó exenta de este espíritu de modernización acrítico, debatiéndose en muchos casos entre la incorporación de modelos administrativos fabriles y una administración empírica.

En su excelente artículo, Brito, Novick y Mercer (16) señalan que el hospital “ha generado un locus para diversas modalidades del proceso de trabajo” e identifican áreas que podrían llamarse de “oficio y taller” (cocina, lavandería, etc.), de “norma, secuencia y cronómetro” (quirófanos), y de “producción en cadena” (consultorio externo). Esto determina que en un mismo espacio físico convivan diferentes formas de organización del trabajo. Esta heterogeneidad puede extenderse hasta los mismos servicios médicos, que se han organizado en diferentes momentos históricos y arrastran en la organización de su trabajo los modelos de práctica propios del momento de su instalación. De ahí que cuando uno atraviesa el límite entre las salas de pediatría y neonatología, o entre las de clínica y cuidados intensivos, a menudo tiene la sensación de un viaje en el tiempo, a pesar de estar en el mismo hospital. (Edificios del siglo XIX con tecnología del siglo XXI, sin haber resuelto los problemas de infraestructura básica, constituyen la regla más que la excepción en la Región.)

Al mismo tiempo, se ha trabajado poco sobre la continencia social de las instituciones de salud. En general los servicios de salud se consideran espacios soporte de los procesos terapéuticos que en ellos se realizan, pero se ha reflexionado poco sobre el hecho de que los servicios son (o pueden ser) espacios terapéuticos en sí mismos, dependiendo de su organización, su funcionalidad, y su relación con los problemas de salud. Según los mismos autores, persisten obstáculos “para una homologación definitiva entre fábrica y hospital” (16), lo que puede constituir una oportunidad no muy duradera para reconfigurar los servicios de salud con moldes diferentes de los que aplican otras grandes unidades productivas de nuestro tiempo.

Es interesante que un autor reconocido en el campo de la administración general como Drucker reflexione sobre los hospitales, pero es más interesante aún que los utilice para reflexionar sobre las relaciones entre el capital y el trabajo, afirmando que “mientras en la producción de bienes el capital y la tecnología son factores de producción, en los trabajos basados en el conocimiento y en el servicio, el capital y la tecnología son

herramientas de producción.” (16): Y añade que “el ejemplo más notable son los hospitales; cuando comencé a trabajar en ellos, a fines de los 40, contaban con mano de obra totalmente intensiva, con poca inversión de capital, excepto en ladrillos, mezcla y camas; hoy en día, los hospitales son las instalaciones con mayor capital intensivo que hay, ... Cada una de estas tecnologías trajo consigo la necesidad de contratar personal adicional y más caro sin reducir ni una sola persona en el staff existente; en realidad, la escalada mundial de los costos por cuidado de la salud es el resultado, en gran medida, de que el hospital se haya vuelto una monstruosidad económica. Siendo ambas cosas —altamente intensivo en trabajo y altamente intensivo en capital— es, según la definición de cualquier economista, simplemente no viable económicamente”.

Drucker señala frente a esto que una mejor productividad en este tipo de organizaciones solo puede surgir de lo que él llama “trabajo más inteligente”. La pregunta dominante no es mejorar el “cómo” tal como se requiere en las organizaciones productoras de bienes y qué alimentó a los modelos de investigación operativa, sino la capacidad de los trabajadores de redefinir su tarea preguntándose **¿cuál** es la tarea? **¿Qué** tratamos de llevar a cabo? **¿Por qué** hay que hacerlo? Esto constituye un buen punto de partida para un trabajo de educación permanente.

Existe una discusión antigua pero incompleta sobre quién debe conducir los servicios de salud en general y los hospitales en particular, y cómo. Ya se ha hecho tradición en América Latina que los médicos son los profesionales que habitualmente detentan la conducción de los servicios de salud. Menos frecuente es su conducción por otros profesionales de la salud, sobre todo si no pertenecen a los servicios de salud. Los mecanismos de legitimación son diversos: pueden ser sistemas meritocráticos basados en antecedentes generales, capacitaciones o postgrados en salud pública o administración, o bien la legitimidad es macropolítica, y la conducción la ejerce una especie de interventor que se legitima por delegación de autoridad que viene de las instancias que conducen las macroorganizaciones de las cuales el servicio forma parte. En algunos casos se eligen, por mecanismos internos, personas (o ternas) propuestas a instancias superiores, que posteriormente aceptan la legitimidad micropolítica y la refuerzan con un acto político-administrativo. En todo caso, la tendencia es hacia un sistema de gobierno no colegiado que “derrama” poder de intervención “hacia abajo” —en subdirectores, jefes de departamento, o jefes de servicio— en un típico modelo weberiano.

La prevalencia en la cultura institucional de este punto referencial burocrático oculta el hecho de que la estructura informal de la organización no coincide con la formal y que hoy en día uno de los principales problemas que enfrenta la administración de hospitales en la Región es que en muchos casos no son los directores quienes en realidad dirigen los

hospitales. Es decir, que el problema dominante de estas organizaciones es el de la **gubernabilidad**, a pesar de que esta no puede atribuirse a “excesos de participación”, porque más bien se trata de una extraña combinación de ingobernabilidad y autoritarismo.

Flippo (17) plantea un principio que explica, al menos en parte, las razones estructurales de esta ingobernabilidad. Señala que “mientras más sencillas son las decisiones que se toman en la línea de producción, más fácil es concentrar poder en la cabeza de la organización”. Si leemos en sentido inverso el principio de Flippo, resulta evidente que probablemente no exista una organización en la que se tomen decisiones tan complejas en la línea de producción, al punto de que existen muy pocas organizaciones con profesionales universitarios, particularmente con postgrados, en la línea de producción. Esto explica por qué estructuralmente no se puede aplicar modelos fabriles ni burocráticos a los servicios de salud (al menos no se pueden aplicar sin generar resistencia o conflicto, sean estos larvados o manifiestos).

Si a esto agregamos la convicción de que, tal como lo expresa Foucault, existe una amplia circulación entre estos sistemas microsociales y la sociedad en su conjunto, no solo en el sentido de cómo la sociedad determina, sino también de cómo las organizaciones instituyen un orden social, cabe afirmar que ningún proceso de democratización estará completo si no alcanza a las instituciones (si se considera, a su vez, que en nuestros países el proceso de democratización de las instituciones se encuentra retrasado con respecto al proceso de la sociedad como un todo).

Dado que se apoyan en las ideas de la escuela neoclásica con sus paradigmas sobre la autoridad, la naturaleza del trabajo y las características del trabajador, los trabajos en el área de la administración hospitalaria “científica” introducidos por Fajardo Ortiz (18), Barquín y Owen no ayudan mucho a resolver este dilema. Sin embargo, continúan siendo los referentes de la formación en este campo en muchas de las escuelas y postgrados de salud pública de la Región.

El problema básico es cómo estructurar mecanismos de conducción en los que se aproximen la estructura formal y la informal; cómo liberar a ese profesional o trabajador de salud que está sujeto a un modelo organizacional que no le permite desarrollar sus potencialidades individuales ni grupales; ese trabajador al que la administración estratégica aplicada a organizaciones “talento intensivo” busca liberar para poder contar con su creatividad, su capacidad de innovación y su capacidad emprendedora, entre otras cosas. Esto conduce a señalar (anticipándonos a quienes perciban esta propuesta como demasiado desestructuradora) que estamos discutiendo sobre democratización de las instituciones, y en consecuencia no estamos propiciando mecanismos que disminuyan la gubernabilidad, sino que la aumenten, pero sobre bases participativas.

Otra dimensión central de la discusión sobre la situación actual de los servicios de salud es que se ha generado una organización hipercompartimentada. De ahí que las unidades no solo estén aisladas entre sí sino, lo que es más grave aún, que se estructuren sobre un total desconocimiento de lo que sucede fuera de la institución. Ese personal, igual que si fuera un tripulante que timonea un barco sin saber su rumbo, es ajeno a cualquier reflexión o análisis sobre las necesidades de salud de la población. Se supone que este análisis estaría expropiado en "el puente de mando", pero lamentablemente en muchos servicios tampoco existen los mecanismos o la capacidad de lectura de información epidemiológica, social, demográfica o cultural. Esto se advierte por el neto predominio de indicadores de producción para medir la eficacia institucional, y por la inexistencia de información o de indicadores de resultados. (En la revolución del pensamiento administrativo de los años setenta se transfirió poder de los gerentes de producción a los gerentes de mercadeo [en inglés, *marketing*], fenómeno que aún no ocurre en los servicios públicos de salud.)

EL APORTE DE LAS CIENCIAS SOCIALES

Es evidente que uno de los motivos para que ocurran los fenómenos derivados de la incorporación acrítica del pensamiento administrativo en los sectores sociales es la ausencia, en América Latina, de un pensamiento propio en administración. Esta carencia sería más decepcionante si intentáramos recuperar los ochenta y tantos años que nos lleva de ventaja la administración norteamericana. Está claro que no es necesario inventar todo de nuevo, pero al mismo tiempo no cabe duda de que una de las mayores debilidades de este pensamiento estriba en que se generó como pensamiento cerrado, sin conexión con un desarrollo paralelo de las ciencias sociales (como se dio en algunos países europeos, entre ellos Francia). Este concepto es muy importante porque, si bien ha habido un gran retraso en cuanto a pensamiento administrativo, no ocurre lo mismo en el campo de las ciencias sociales (sociología, psicología social, antropología, educación), en las que hay algunas escuelas "de punta" con aportes universales. Sin embargo, estas ciencias han sido históricamente reacias a trabajar en el campo de las organizaciones, como si este fuera un campo social de menor dignidad epistemológica.

Afortunadamente hay excepciones importantes, pero estas no han logrado articularse con equipos de estudio provenientes del área de la administración. Nos referimos, por ejemplo, a las escuelas del análisis organizacional, como las de Ulloa o Schlemenson, o a las de la psicología social, como las de P. Riviere y otros. Estas escuelas han estudiado intensamente los aspectos vinculados con el análisis de conflictos, la autoridad,

la coacción, la cooperación, la pertenencia en los grupos, y los vínculos de los trabajadores con su organización y con la tecnología, así como su impacto en el cuidado de los equipos a su cargo (19, 20). A través de estas contribuciones se puede encontrar un aporte específico en el campo educativo, aun sabiendo que no está resuelta la relación entre participación y gobernabilidad que requieren las organizaciones para garantizar su productividad, para cumplir sus fines sociales y para mantener o incrementar su legitimidad y prestigio, frente a una población usuaria que demanda servicios potencialmente vitales o que pueden resultar en daños o discapacidades permanentes.

¿Cuáles pueden ser algunos aportes específicos? Por una parte, consideremos primero que los trabajadores, bien sea que estén en una línea de producción, en equipos de trabajo, o en grupos más o menos autodirigidos, constituyen unidades sociales. Como tales, tienen una historia, una estructura determinada de poder interna y externa, una cultura que incluye el sentido del éxito del trabajo realizado y la forma como este se articula con los objetivos institucionales, indicadores de pertenencia (al grupo) y de pertinencia de las tareas que se realizan, códigos internos implícitos o explícitos y cierto nivel de conflicto larvado o manifiesto.

EDUCACION PERMANENTE: ALGUNAS FORMAS DE INTERVENCION

Estos rasgos incompletos permiten enfatizar que una intervención educativa, sobre todo si se ha de instalar en los mismos espacios de trabajo, no se puede considerar neutral dentro de la conflictividad preexistente (incluso si lo fuera dudaríamos de la propuesta —si esta puede colocarse en un plano de excesiva generalidad— como estrategia para eludir la conflictividad a base de reducir su capacidad de impacto sobre el trabajo). Cómo y a través de quién se contrata o se promueven estas iniciativas, tiene también un gran significado, en vista de lo que esas personas o instancias organizacionales representan. Esto nos lleva, a la vez, al tema del agente externo del proceso de educación permanente, ya que de una forma u otra estos procesos rara vez surgen y pueden ser sostenidos como iniciativa interna únicamente. En la práctica consideramos que existe un proyecto de transformación con agentes promotores que, aun con la ideología de cooperación más horizontal, no deja de ser un actor de carácter subjetivo que se suma al análisis de la conflictividad del grupo.

Si los grupos están en conflicto, no solo es inútil sino contra-productivo ignorarlo, ya que el aprendizaje se encuentra paralizado siempre que se aleja de lo que problematiza al grupo. Cuando se piensa en procesos de motivación, por lo tanto, debe tenerse en cuenta esta proble-

matización, que permite utilizar la energía del conflicto (buscando verbalizarlo, objetivarlo, permitiendo su elaboración) y al mismo tiempo direccionar las intervenciones hacia una resolución.

Esta reflexión es importante, en mi opinión, porque puede inducir a modificaciones de las estrategias docentes de aquellos programas de salud sustantivos que transfieren —en ocasiones masivamente— paquetes tecnológicos y que luego se plantean interrogantes sobre la eficacia de estas transferencias. Sobra decir que, si somos consecuentes con nuestro enfoque, reconocemos que frente a una difusión tecnológica a gran escala algunos grupos de trabajo pueden encontrarse, en un momento dado, particularmente motivados para llevar a cabo esa incorporación. **Son esos grupos los que generalmente son utilizados para legitimar la difusión.**

Esquematisando, sabemos que los grupos de trabajo (y las instituciones) pasan por diferentes momentos: satisfacción con el trabajo → tensión creciente por inadecuaciones de funcionamiento internas y/o externas → conflicto larvado o manifiesto → búsqueda de nuevas formas de trabajo → satisfacción. En este esquema, solamente los grupos que se encuentran en el momento de *búsqueda* estarán receptivos a una difusión técnica, mientras que un proceso de educación permanente puede realizarse en todas las fases o momentos e incluso abrir espacios virtuales para la cooperación.

A título de ensayo podríamos pensar que una organización en la fase de satisfacción puede necesitar mecanismos de investigación para valorar hasta qué punto esta satisfacción está avalada en información interna y externa objetivable; o una institución, grupo o equipo que está en estado de tensión puede necesitar apoyo para transformar esas tensiones en problemas definibles, descriptibles y explicables, para permitir el diseño de formas eficaces de intervención (21). Asimismo, una institución que se encuentra en conflicto podría estar paralizada por un conflicto larvado, pero puede beneficiarse de mecanismos que lo explicitan. Si el conflicto fuera manifiesto, se puede contribuir a delimitarlo y a buscar mecanismos de concertación, arbitraje o confrontación, bajo reglas que permitan salir del entrabe (21). Si un grupo está en el momento de búsqueda, ello significa que está altamente motivado, en pleno proceso de aprendizaje, y en consecuencia no podemos imaginar otra cosa que no sea participar en el proceso y brindar el apoyo técnico necesario.

En tal caso la educación permanente no es tan permanente como para no reconocer que hay un inicio, generalmente posterior a la instalación de los grupos, equipos o colectividades de trabajo, y que será exitosa si asume la génesis y cultura de los mismos. A su vez, la cooperación puede instalarse acompañando una parte de la historia de esos grupos, hasta que el proceso de educación permanente sea autosostenido.

EDUCACION PERMANENTE Y CALIDAD

Es evidente que la problemática de Recursos Humanos suele pasar desapercibida por la población en general e incluso por los usuarios de los servicios de salud. Sin embargo, el usuario percibe (o sufre) lo que podríamos llamar la **calidad de la atención**, que cuando no es satisfactoria se convierte en un problema terminal. Donabedian (22) señala tres dimensiones dentro de ese concepto intangible de calidad: el técnico, el interpersonal, y el de "amenidades" (es decir, confort). Resulta evidente que el segundo y buena parte del primero se refieren directamente a Recursos Humanos.

Ya que los servicios de salud son servicios de personas para personas, nos resulta evidente que el principal factor de calidad de la atención está constituido por la disponibilidad, actitud, conocimiento y desempeño de los trabajadores de salud. En este sentido, la educación permanente en tanto constituye una herramienta para la investigación y el (auto)análisis del trabajo, en tanto instrumento de problematización, en tanto mecanismo para elaborar conflictos y una propuesta de búsqueda e incorporación crítica de nuevas tecnologías y procedimientos, es decir de nuevas formas de hacer las cosas puede constituirse en una de las principales estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud.

Sea que se trate de servicios personales hospitalarios o desconcentrados, simples o complejos, preventivos o recuperativos, o de programas o proyectos de salud personales o ambientales, la calidad de estos servicios no será mejor que la calidad de la gente que trabaja en ellos. (Sí puede ser inferior, ya que problemas organizacionales o tecnológicos pueden reducir el desempeño a un nivel inferior a su capacidad potencial).

EDUCACION PERMANENTE Y CONTROL DEL PROCESO DE TRABAJO

El control del proceso de trabajo se convierte en un problema básico de la educación permanente y, como ya hemos visto, se relaciona estrechamente con el pensamiento administrativo prevaleciente y las nociones de poder en que se sustenta. El pensamiento neoclásico, que incluso hoy consideramos hegemónico en la estructura y la cultura de los servicios de salud, se basa fundamentalmente en la fragmentación del trabajo, la normatización ajustada de cada uno de los procesos y la reconstrucción de los procesos globales solamente como ejercicio posible para la alta gerencia.

Este modelo fabril, acriticamente trasladado a los servicios de salud, puede llevar a extremos de desatino verificables en procesos irracionales constituidos por un conjunto de procedimientos que se consideran,

individualmente, de calidad razonable. Este conjunto irracional de actividades de calidad aceptable se verifica en fenómenos tan frecuentes como la estadía excesiva del paciente en el hospital por desarticulación de los servicios de diagnóstico y tratamiento; la atención más rápida y mejor que recibe un paciente cuando oculta que ha sido derivado por otro centro de salud; o el abandono de una parturienta en la puerta del hospital por la ambulancia, con indicaciones de no decir que viene de otro hospital para evitar el rechazo.

En consecuencia, la baja calidad de la atención global no es siquiera registrada por el personal de salud. Cada uno está encerrado en su cuadradito de la estructura, a veces hasta optimizando sus propios procedimientos y resultados, sin la más mínima comprensión del todo funcionando. (Esto se verifica ocasionalmente cuando un empleado de un hospital necesita internarse y tiene la oportunidad de analizar el proceso integralmente y “desde el otro lado del mostrador”.) Esta fragmentación ha originado múltiples estudios sobre alienación del trabajador, pero —lo que es aun peor— su funcionalidad solo se puede comprender en la lógica de la línea de producción, propia de tareas “mano de obra intensiva”, y como mecanismo de hiperproductividad.

Los servicios de salud tratan al paciente (paciente es una denominación que adquiere aquí otro significado) como si fuera la materia prima a procesar por distintas fases del proceso de montaje, sin un responsable que visualice el proceso como un todo. A ello se añade que en este caso el productivismo carece por completo de significado, si no se resuelve el problema del paciente. Parafraseando a Matus, “medir la efectividad de un hospital por el número de consultas y egresos es como medir la efectividad de un ejército por el número de balas que tira”.

Un proceso de educación permanente **solo puede sustentarse sobre la base de un trabajador que es sujeto de su propio proceso de trabajo**. Esto va en contra, sin embargo, de la cultura dominante en los servicios de salud. De ahí que la educación permanente demanda, por un lado, organizaciones más democráticas, pero por otro —si tiene coherencia ideológica— también desencadena un proceso de democratización institucional. Llama la atención que alguien como Drucker haya llegado a conclusiones parecidas (aunque por diferentes motivos) en relación con la libertad de los grupos de trabajo, al punto de titular uno de sus últimos artículos “Basta de normas de trabajo y de descripción de tareas” (22).

La enorme liberación de energías y movilización que desencadena este pasaje de objeto a sujeto puede ser percibido, al mismo tiempo, como una amenaza por quienes prefieren una ineficacia ordenada, por quienes temen los procesos de participación o por quienes se benefician del hecho de que las instituciones se mantengan como están. Pero este pasaje nos lleva, además, a reflexionar sobre las dificultades que puede

tener un trabajador para ser sujeto de su proceso de trabajo, si como estudiante no ha sido sujeto de su proceso de aprendizaje. Por otra parte, este trabajador, víctima de un proceso de expropiación de su protagonismo institucional, es al mismo tiempo un victimario, al ser el expropiador del protagonismo de la población en el proceso de salud-enfermedad.

Esto nos ha llevado a plantear con frecuencia nuevos interrogantes acerca de cuáles son los límites de la participación popular en la salud, cuando interseca con servicios de salud en los que la participación de los mismos trabajadores está vedada. No es de extrañar, por consiguiente, que en un reciente intento de construcción de una visión para el desarrollo de recursos humanos en salud, se haya llegado a conceptualizar la necesidad de reforzar recíprocamente estos "pasajes" como mecanismo para transformar la calidad de los procesos involucrados, tal como se ilustra en la figura 1.

LA EDUCACION PERMANENTE EN LOS GRANDES SISTEMAS

Resulta un desafío particular analizar la problemática relacionada con la gestión de las grandes organizaciones de salud y encontrar las estrategias adecuadas. Nos estamos refiriendo a aquellos ministerios de salud, instituciones de seguridad social u otras entidades con una gran infraestructura propia, una red de hospitales, centros de salud, programas de salud, etc. La gestión de estos grandes aparatos, por su gran complejidad, puede enfrentar problemas especiales de educación permanente, como los siguientes:

- reconversión laboral de trabajadores eficaces ligados a un programa que se desactiva ...
- apertura, cierre o traslado de un hospital o una unidad completa ...

FIGURA 1. Pasajes de objeto a sujeto o recuperación del protagonismo.

Del estudiante de salud ———> en el proceso de aprendizaje
Del personal de salud ———> en el proceso de trabajo
De la población ———> en el proceso salud-enfermedad

Fuente: Taller de Planificación de Recursos Humanos en Salud, Belo Horizonte, Brasil, febrero de 1993.

- cambio o profesionalización de la estructura gerencial ...
- incorporación de un nuevo servicio, de una nueva especialidad, o de una nueva profesión ...
- cambio en los modelos de organización, ya sea de hospital por especialidades a hospital por atención progresiva de paciente, o de hospital de internación a hospital de día ...
- absorción de nuevas clientelas: migrantes recientes, refugiados, convenios con cajas o seguros, etc ...
- absorción de nuevas actividades docentes de pre o postgrado por convenios de integración docente-asistencial.

PROPUESTAS: "GESTION ESTRATEGICA DE LA EDUCACION PERMANENTE"

Concebimos a la educación permanente como una actividad técnico-política de gran eficacia, pero cuyo éxito depende de su inclusión en una estrategia más amplia. En otras palabras, si concebimos a la educación permanente como una herramienta estratégica, **esta debe estar inserta en una propuesta de cambio impulsada por una fuerza social concreta**, calculando adecuadamente sus posibilidades y el conjunto de fuerzas en que se inserta esta intervención.

La dimensión pedagógica adquiere, a su vez, un valor táctico, ya que es evidente que la mejor estrategia quedará invalidada si no existe la capacidad táctica de llevarla a cabo. Es hasta necesario pensar esto simultáneamente, ya que al no tener validez universal las propuestas educacionales, resulta imprescindible una adecuada consistencia entre el proyecto institucional y la propuesta educativa, que incluya sus dimensiones ideológicas, políticas, técnicas y metodológicas.

Uno de los errores observados en la Región es el de las grandes instituciones de salud que incorporan pedagogos, psicopedagogos o licenciados en ciencias de la educación, solicitándoles que diseñen un programa de educación permanente, sin identificar proyectos de cambio institucional y sin considerar que son las mismas unidades técnico-políticas las que tienen que realizar esta tarea mediante equipos de expertos que trabajen junto con estos especialistas. El desarrollo de un proceso de educación permanente requiere la clara conciencia de que no se trata de una actividad marginal, de un adorno, o de un mecanismo de descanso o refresco del personal; se trata, bien utilizada, de una de las herramientas más eficaces de cambio estructural, capaz de inscribirse nada menos que en la cultura institucional.

En este sentido la tarea puede encuadrarse como un proceso de planificación estratégica aplicado a propuestas de cambio organizacional³ y, en consecuencia, **requiere de un adecuado análisis de las necesidades de cambio institucional** partiendo de sus principales inadecuaciones (problemática). Requiere identificar en un plano más estructural las fuerzas sociales que concurren o intervienen en la situación analizada, sus recursos, su poder relativo, su posición —tanto en la situación como frente a la propuesta de cambio— su sistema de valores, y su posibilidad de alianza con otras fuerzas en función del nivel de amenaza que la propuesta suponga.

Cuando se definen el programa direccional y los proyectos a través de los cuales se alcanzará la visión, se incluirán las intervenciones educativas necesarias. Es importante señalar al respecto que se alcanzará solo excepcionalmente el éxito de un proceso de educación permanente si este no va acompañado de otras intervenciones que refuercen sus logros. Por ejemplo, un modelo de estudio-trabajo puede requerir cambios en los reglamentos del personal o en las condiciones laborales. Una capacitación puede requerir cambios simultáneos del sistema de suministros. Una capacitación gerencial para la descentralización tiene que ser razonablemente contemporánea con medidas legales y técnicas que efectivicen ese cambio en la estructura de poder. Si estas acciones no se realizan simultáneamente no solo se invalida lo obtenido con la educación permanente, sino que se crea un clima de descrédito que se extenderá a nuevas iniciativas. Hay un largo listado de “yatrogenias educativas” en la historia de todo administrador de servicios de salud (este es el caso, por ejemplo, de personal al que se capacita para manejar un instrumental que nunca llega).

La educación permanente eficaz no es una actividad aislada, sino que forma parte privilegiada de un proyecto de cambio institucional más amplio. A su vez se sustenta en la creación de un “mapa cognitivo” de relaciones de poder intra y extrainstitucionales que permite confrontar la estructura formal con la informal e identificar los actores sociales relevantes que deben tenerse en cuenta. Dichos actores pueden estar dentro de la organización o fuera de ella, y en este último caso son quienes controlan

³ Para investigar mecanismos de planificación estratégica en los servicios de salud se puede consultar los siguientes textos: Barrenechea J, Chorny A, Trujillo E. *Implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud: salud para todos en el año 2000*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, 1990; Testa M. *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Buenos Aires: 1989; Testa M. *Pensar en salud*. Representación OPS/OMS en Argentina, Buenos Aires: 1990.

Desde una perspectiva de recursos humanos en salud véanse la referencia 19 y Purcallas D. *Transformación estratégica de recursos humanos en salud*. San José, Costa Rica: PASCAP/OPS, 1992.

variantes de peso para la marcha de la institución (legislación, tecnología, financiamiento, formación de recursos humanos, legitimidad).

LA UNIVERSIDAD Y LA EDUCACION PERMANENTE

Pareciera entonces que la educación permanente es una actividad exclusiva de las instituciones empleadoras. Sin embargo, se puede argumentar que esto no es necesariamente así: por un lado, las grandes estructuras estatales con servicios propios (ministerios de salud, seguridad social, fuerzas armadas), pueden tener una dotación de personal tan amplia y diversificada que montar un sistema de educación permanente con suficiente cobertura para lograr impacto puede suponer una tarea tan compleja como el diseño de una universidad (imaginemos instituciones en la Región con más de 10 000 agentes, desde superespecialistas hasta empleados de maestranza). Aunque una de estas tareas llama de inmediato a la descentralización, ella se realiza con mejor calidad si se comparte con instituciones que manejan conocimiento y tecnología para asumir tareas de esta magnitud, como es el caso de la universidad. A esto debe agregarse **la necesidad de apoyar el desenvolvimiento de técnicas de investigación educacional que se pueden desarrollar como proyectos multiinstitucionales.**

Por otro lado, existen puentes entre la universidad y los servicios de salud a través de los convenios de integración docente asistencial (IDA). Estos habitualmente generan actividades que son vividos como una carga por los servicios, advirtiéndose la presencia frecuente de graves problemas en los llamados microcontratos. (Esto quiere decir que mientras los macrocontratos explícitos entre autoridades institucionales funcionan razonablemente bien, los microcontratos implícitos a nivel de profesionales de los servicios y docentes pueden no funcionar, ya sea por diferencias salariales, por la falta de reconocimiento académico de los docentes de servicio, o por recíproca desconfianza entre ambos grupos.) Esto sería distinto si la universidad se involucrara en procesos de educación permanente en los servicios, lo que de paso le permitiría capacitar a los docentes que trabajan en los mismos.

Otra dificultad básica es que, en realidad, la mayoría de las universidades no tienen experiencia ni formación específica en educación permanente, en primera instancia porque también necesitan mantener e incrementar la formación de sus propios cuadros, y en segundo lugar porque esa actualización puede ser de naturaleza académica pero resultaría mucho más ajustada si los docentes participaran en actividades de educación permanente en los servicios. Un ejemplo es el de algunas escuelas de enfermería que enseñan técnicas de esterilización con equipos más modernos

que los que los alumnos encuentran en los servicios posteriormente, y lo mismo puede suceder a la inversa. Desde esta perspectiva involucrarse en procesos de educación permanente puede resultar de gran provecho para las universidades, como ya ha ocurrido en el caso de las residencias médicas profesionales en varios países.

Esto lleva a una propuesta más global, que plantea la posibilidad de realizar simultáneamente convenios que involucren a la educación permanente y a la integración docente-asistencial. Sabemos que estratégicamente los convenios solo se estabilizan cuando las dos partes sienten que se benefician, de manera que en un convenio de este tipo la IDA puede percibirse como un beneficio para la universidad (aunque en realidad lo es para ambas), y la educación permanente puede, por otra parte, sentirse como beneficio para los servicios (aunque también lo sea para ambas).

CONCLUSIONES Y LINEAS DE TRABAJO

La educación permanente en los servicios de salud ha sido ampliamente conceptualizada como una intervención de naturaleza técnico-política por su capacidad de hacer circular el saber y el poder. Se le ha analizado como tal en referencia a las características de los ámbitos de trabajo.

Este artículo pretende exponer algunos puntos de vista, identificar bases de trabajo común entre educación permanente y planificación estratégica, y fundamentar la necesidad de realizar cambios profundos en la administración y la organización de los servicios de salud. Pero al mismo tiempo busca plantear nuevos interrogantes desde una perspectiva estratégica para la educación permanente en los servicios de salud. Hemos identificado algunos que nos parecen particularmente relevantes, sin ser exhaustivos:

- ¿Hasta qué punto queda determinado el proceso de educación permanente por las formas contractuales que lo desencadenan? En otras palabras, ¿queda predeterminado quién contrata, para qué contrata, y para trabajar con quiénes?
- ¿Cuáles son las posibilidades de reconvertir las demandas cuando se detecta que las necesidades institucionales difieren de las especificadas por los contratantes?
- ¿Existen procesos de educación permanente sin agente externo? ¿Cómo se desencadenan? ¿Cómo se estabilizan?
- Hemos afirmado antes que los procesos exitosos de educación permanente suelen generarse cuando existe una propuesta de cambio institucional en que la educación permanente se inserta

como estrategia. ¿Será posible que la educación permanente sea en sí misma una política de cambio institucional?

- Hemos planteado la necesidad de priorizar investigaciones, contenidos y metodologías que se orientan a reformular el proceso de trabajo, tanto en el nivel de tecnologías centrales como de gestión (¿microadministración?). ¿Hasta qué punto se pueden reorientar en este sentido las intervenciones cuando por exigencia de las instituciones de cooperación técnica, financiera o ambas se invierte la lógica de estos procesos?
- ¿Cuáles son los criterios para establecer los recortes más adecuados que operarán como unidades de aplicación de los procesos de educación permanente dentro de las instituciones?
- ¿Cómo desarrollar actividades de naturaleza interdisciplinaria y, más aún, cómo hacerlo cuando los participantes de un mismo proceso de trabajo se reclutan combinando profesionales, técnicos, auxiliares y personal empírico? ¿Hasta qué punto es posible o conveniente un proceso conjunto? ¿Debería combinarse con actividades específicas por grupo profesional?
- ¿Hasta dónde se puede avanzar en los servicios de salud en la generación de grupos autodirigidos?
- ¿Hasta qué punto se pueden desarrollar en las instituciones mecanismos de autogestión y cogestión? ¿Se puede concebir hospitales que se gobiernen como universidades, con sistemas de cogobierno? ¿Deberían incluir los centros de salud con que están vinculados?
- ¿Hasta qué punto se puede avanzar en el control social de los servicios de salud? ¿Quiénes podrían? ¿Con qué formas organizacionales?

REFERENCIAS

- 1 Foucault, M. *La verdad y las formas jurídicas*. 2ª edición. Barcelona: Editorial Gedisa; 1981:30.
- 2 Freire, P et al. *Pedagogía, diálogo y conflicto*. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1987.
- 3 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Informe Final del Grupo de Consulta Subregional sobre Investigación Educativa en Salud*, Cochabamba, Bolivia, 1989. Washington, DC: OPS.
- 4 Brito García R. *El imperio cultural; del rock a la postmodernidad*. Caracas, Venezuela: Editorial Nueva Visión; 1990.
- 5 Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente del personal de salud en la Región de las Américas, bibliografía básica*. Washington, D.C.: OPS. (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos No. 84).
- 6 Foucault M. *La verdad y las formas jurídicas*. 2ª ed. Barcelona: Editorial Gedisa; 1991:30.

- 7 Foucault M. *Microfísica del poder*. 2ª ed. Madrid: Editorial La Piqueta; 1979:187.
- 8 Bourdieu P. *Cosas dichas*. Buenos Aires: Editorial Gedisa; 1988:70.
- 9 Freire P. *Hacia una pedagogía de la pregunta: conversaciones con Antonio Faundez*. Buenos Aires: Ediciones La Aurora; 1986.
- 10 Tomassini L. *La política internacional en un mundo postmoderno*. Buenos Aires: Grupo Editorial Latinoamericano; 1991: 51.
- 11 Serra R, Hermida J. *Administración y estrategia: un enfoque competitivo y emprendedor*. Buenos Aires: Editorial Macchi; 1991:40, 53, 76, 88, 109, 139.
- 12 Drucker P. *Administración y futuro: de los 90 en adelante*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana; 1993:92, 63, 83, 112.
- 13 Bentham J. *El panóptico*. Madrid: Editorial La Piqueta; 1979.
- 14 Hicks R, Bone D. *Grupos de trabajo autodirigidos*. México, D.F.: Grupo Editorial Iberoamérica; 1992.
- 15 Senge P. *La quinta disciplina; el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje*. Buenos Aires: Editorial Juan Grana; 1992.
- 16 Brito P, Novick M, Mercer H. El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. *Educ Med Salud*. 1993;27(1):4-31, 20.
- 17 Flippo E, Munsinger G. *Dirección de empresas*. Buenos Aires: Editorial El Ateneo; 1982.
- 18 Fajardo Ortiz G. *Teoría y práctica de la administración de la atención médica y de hospitales*. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana; 1980.
- 19 Quiroga A. *Enfoques y perspectivas en psicología social*. Buenos Aires: Ediciones Cinco; 1987.
- 20 Schlemenson A. *Análisis organizacional y empresa unipersonal*. Buenos Aires: Editorial Paidós; 1988.
- 21 Rovere M. *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Washington, D.C.: OPS; 1993. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 96).
- 22 Donabedian A. *La calidad de la atención médica*. México, D.F.: La Prensa Médica Mexicana; 1980:4-5.

MEXICO: LA IDENTIFICACION DE NECESIDADES EDUCATIVAS EN LAS JURISDICCIONES SANITARIAS. LA EXPERIENCIA DE NETZAHUALCOYOTL

José de J. Villalpando Casas,¹ G. Eduardo Núñez Maciel,¹
M. Guadalupe Castillo Hernández¹ y M. de los Angeles Coiffier²

En el presente artículo se presenta el Sistema de Educación Continua y Capacitación de una jurisdicción sanitaria, enmarcado en el contexto nacional de capacitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia del que forma parte y se menciona la interrelación de dependencia que guarda este sistema con el asistencial, de cuya congruencia depende el buen funcionamiento de ambos. Se destaca como enlace entre los dos componentes el diagnóstico de las necesidades de capacitación, haciendo hincapié en su carácter de documento guía para la programación de actividades educativas útiles. También se describen el procedimiento vigente en la Secretaría para la elaboración del diagnóstico y la programación, así como los resultados obtenidos con esta metodología en una jurisdicción sanitaria específica.

INTRODUCCION

El sistema local de salud (SILOS) (jurisdicción sanitaria en México) es la unidad básica funcional del Sistema Nacional de Salud (1). Ha sido organizada con criterios geográficos y poblacionales que corresponden a uno o varios municipios, dependiendo de su extensión o de delegaciones políticas en la capital del país, y se organizan a partir de **necesidades locales, definidas en términos de riesgos y daños a la salud**. Es responsable de la atención a individuos, familias y grupos sociales, así como a las comunidades

¹ Dirección General de Enseñanza en Salud, SSA, México.

² Jurisdicción Sanitaria IV, ISEM, SSA, México.

y el ambiente, para lo cual coordinan los recursos disponibles del sector de la salud y otros sectores e impulsan la participación social. En esta unidad básica se dan las condiciones para integrar hospitales, centros de salud y otros recursos en una red de servicios que vigoriza la participación de la comunidad mediante el establecimiento de responsabilidades recíprocas.

El Programa Nacional de Salud 1989-1994 ha definido como una de sus estrategias fortalecer los sistemas locales de salud, con el propósito de mejorar la capacidad técnica y administrativa de las áreas operativas y crear condiciones para la toma de decisiones en los lugares donde se otorgan los servicios.

Los sistemas locales de salud requieren de personal calificado para asumir las tareas y responsabilidades que tienen encomendadas. Si se tiene en cuenta que la población exige una mejor interacción de los profesionales y técnicos de los servicios, equipo que debe estar estrechamente vinculado al proceso de participación social en la jurisdicción, se hace necesario superar la forma tradicional de percibir a la educación continua y a la capacitación. Ya no es posible verlas como conjuntos de acciones orientadas solamente a la satisfacción de intereses personales o a la habilitación laboral con fines correctivos. En este planteamiento, que sustenta lo que se relata en este artículo, la educación continua y la capacitación contribuyen a la realización profesional y personal de los trabajadores a través de su desarrollo integral y su mejoramiento técnico, académico y laboral (2). Si se tiene presente este enfoque, la capacitación se considera **una estrategia fundamental para apoyar el proceso de desarrollo y fortalecer los SILOS** mediante el mejoramiento y la adquisición de nuevas habilidades, aptitudes y conocimientos por parte de los trabajadores. Su propósito es lograr un verdadero desarrollo del personal que se refleje de manera directa en la calidad de la atención a la salud de la población.

En el país se ha entendido por **educación continua** "el proceso **permanente y evolutivo** de enseñanza-aprendizaje, que se inicia con posterioridad a la etapa de educación formal del trabajador, para propiciar el desarrollo y actualización constantes del personal de los servicios de salud y su apoyo a los programas del Sistema Nacional de Salud" (3). La **capacitación** por su parte, se considera "un campo de aplicación del proceso educativo" y, según la norma de la Secretaría de Salud (4) puede ser de dos tipos: la **capacitación para el desempeño**, que es aquella cuyo objetivo es que el personal del servicio incremente sus conocimientos y habilidades para llevar a cabo sus funciones, y la **capacitación para el desarrollo**, que se promueve con el fin de preparar a los trabajadores para que ocupen mejores puestos y tengan mayores responsabilidades.

Se concluye, por consiguiente, que el desempeño del personal de los servicios de salud de las jurisdicciones sanitarias exige un sistema educativo que contemple todas estas modalidades e involucre a todo el

personal. Dicho sistema debe **detectar las necesidades de intervención educativa y, al mismo tiempo, tener la capacidad de darles respuesta**. Se propicia asimismo el manejo de los conocimientos y destrezas relacionados con las funciones profesionales del trabajador, otorgando particular atención a los aspectos relacionados con la atención médica y la salud pública, y a problemas específicos de regulación sanitaria, administración, abastecimiento, supervisión, participación comunitaria, conservación y mantenimiento, informática, y fundamentalmente, todo lo que incrementa las capacidades gerenciales del personal de las jurisdicciones. En suma, se trata de un sistema orientador e integrador, apoyado en los requisitos del personal participante, en el marco de los propósitos arriba señalados.

DETECCION DE NECESIDADES DE CAPACITACION

La identificación de necesidades de aprendizaje de todos los trabajadores de la Secretaría de Salubridad y Asistencia, incluidas aquellas que exigen intervenciones educativas, se aborda esencialmente a través de una encuesta dirigida cuya estructura se basa en cinco componentes o áreas temáticas:

- opiniones personales del trabajador;
- grado de conocimiento implícito en el perfil del puesto correspondiente;
- diagnóstico local de salud;
- organización de la Secretaría de Salud, y
- programas prioritarios del Plan Nacional de Salud y de la Secretaría de Salud.

La aplicación de la encuesta es coordinada por la jefatura de enseñanza y capacitación de la jurisdicción, pero en ella participan la comisión mixta de la jurisdicción, los jefes o encargados de las unidades operativas, los comités mixtos locales de capacitación y los jefes inmediatos de los trabajadores. Cada uno tiene responsabilidades similares pertinentes a su ámbito de acción. Esta etapa tiene lugar anualmente e involucra a todos los trabajadores del área médica y administrativa, de acuerdo con el procedimiento operativo establecido del sistema de capacitación. Para su ejecución se dispone de dos instrumentos de trabajo: uno para encuestar al trabajador y otro para consolidar la información. Los datos informativos obtenidos y consolidados son analizados y luego constituyen el informe para las jefaturas de enseñanza de la jurisdicción y el estado.

EL PROGRAMA DE CAPACITACION DE LAS JURISDICCIONES

Esta etapa del proceso también se realiza en el área operativa y se basa en el diagnóstico de las necesidades de capacitación, elaborado de conformidad con lo relatado. La efectividad del proceso de capacitación depende directamente de qué tan completo haya sido el diagnóstico y de la medida en que el programa constituya una respuesta coherente y lógica a las necesidades detectadas. En otras palabras, entre ambas etapas hay una relación recíproca en que las necesidades de capacitación determinan la naturaleza del programa específico de capacitación, y este a su vez satisface las necesidades de capacitación.

Al elaborar el programa educativo se toman en cuenta la inclusión de actividades orientadas a satisfacer las necesidades detectadas, así como las indicaciones establecidas en las regulaciones y procedimientos de operación de la Secretaría. Estas incluyen modalidades de educación en el servicio, actividades básicas de educación formal (sesiones clínicas y bibliográficas, reuniones de análisis y revisión de procedimientos, cursos cortos, seminarios, talleres), y otras modalidades programadas por iniciativa de otras dependencias de la Secretaría o de otras instituciones oficiales del país.

La programación también incluye asuntos de presupuesto y asignación de otros recursos, lo que habitualmente es objeto de ajustes, discusiones y autorizaciones formales pertinentes, y la difusión y comunicación correspondientes (la Secretaría utiliza el mecanismo de "carta descriptiva" y formatos especiales para tales fines).

La responsabilidad de operar y desarrollar los programas de capacitación se traduce, fundamentalmente, en supervisar permanentemente la calidad de las actividades y el cumplimiento de tiempos y oportunidades de ejecución. (Un detalle de los aspectos que se deben supervisar en cada nivel de acción —el estado, la jurisdicción y la unidad operativa— incluye guías, procedimientos y calendarizaciones) (5).

En estos procesos también se tienen en cuenta los aspectos laborales y de acreditación en el marco de la legislación vigente, como respuesta a los acuerdos sobre obligaciones y derechos de los trabajadores. Algunas de las actividades son valoradas mediante el sistema de "créditos", que también son registrados apropiadamente.

El proceso de capacitación también es objeto de **evaluación**. El propósito de la misma es valorar el programa a fin de mejorarlo constantemente. Los procedimientos utilizados implican la correlación de **antecedentes, operaciones y resultados**, y suponen el desarrollo ulterior de actividades de retroalimentación que complementan su impacto en el desarrollo de los servicios. La Secretaría de Salud ha normado cuidadosamente esta etapa del proceso, investigando los tres aspectos mencionados

a base de instrumentos que buscan establecer relaciones comparativas entre la situación existente previo al desarrollo del proceso y la alcanzada con posterioridad. Se examinan asimismo su estructura y operación, la relación de lo programado con lo realizado, su coherencia con las necesidades que pretende satisfacer, y el grado de aceptación en el ámbito al que fue dirigido.

UN EJEMPLO ILUSTRATIVO: EL CASO DE NETZAHUALCOYOTL

Geográficamente, la jurisdicción de Netzahualcóyotl está ubicada en el Estado de México, 8 km al oriente de la capital del país, en lo que fue el lago de Texcoco. Limita al Norte con el municipio de Ecatepec, al noroeste, sur y occidente con el Distrito Federal, y al oriente con el municipio de Chimalhuacán. Política y administrativamente está conformada por dos municipios —Netzahualcóyotl y Los Reyes La Paz— y abarca una extensión de 64,4 km².

La principal comunicación es con el Distrito Federal a través de la Avenida Central de norte a sur, su prolongación el Bordo de Xochiaca en el límite nororiental, la avenida Chimalhuacán, la Cuarta avenida, la avenida Pantitlán y la avenida Texcoco, de occidente a oriente. Se dispone de un transporte colectivo de autobuses que conecta con varias líneas de metro. En la jurisdicción funcionan seis oficinas de correos, cuatro de telégrafo y 37 711 teléfonos. Circulan todos los diarios y revistas de la capital y se captan todas las emisoras de radio y televisión del Distrito Federal.

La jurisdicción tiene una población total de 1 554 902 habitantes, de la que 90% corresponden a Netzahualcóyotl y 10% a Los Reyes la Paz. La densidad poblacional es de 22 779 y 3 734 habitantes por km², respectivamente. La estratificación demográfica muestra que el 70% no rebasa los 30 años de edad. La tasa de natalidad es de 27,4 por mil habitantes para Netzahualcóyotl, y de 34,7 para Los Reyes. La mortalidad coincide con las tasas nacionales. En ambos municipios, la esperanza de vida al nacer es de 70 años.

La población económicamente activa es 45,66% y se ubica principalmente en el sector terciario. La escolaridad promedio de la población mayor de 15 años es de primaria completa. No existe un problema de hacinamiento familiar (se notifica una vivienda por cada seis personas, y en cuanto a la estructura habitacional, más del 75% de las casas cuentan con tres cuartos o más). El 96% de las viviendas disponen de agua alcantarillada; 98,57% tienen drenaje, 1,26% fosa séptica y 0,16% letrinas al aire libre. La eliminación de basura se realiza a través de vehículos recolectores, que son insuficientes, lo que resulta en la acumulación de basuras en la vía pública y en la consiguiente contaminación ambiental. El diagnóstico de

salud de la jurisdicción revela 10 causas principales de mortalidad y morbilidad (cuadro 1) (6).

Los servicios de salud de la Secretaría de Salud (7) incluyen las oficinas de la jurisdicción, dos hospitales generales (con 389 camas censables), 21 centros de salud urbanos (con 133 consultorios), y los servicios de apoyo diagnóstico necesario. Están a cargo de 2 533 trabajadores (8), de los que 1 740 corresponden al área médica, 753 al área administrativa, y 40 a la gerencia.

El personal responsable de desarrollar el proceso de que este artículo se ocupa está conformado por 28 personas, 5 de ellas ubicadas en la jurisdicción y 23 en las unidades de servicio. (Desde el punto de vista organizativo, los servicios dependen del Instituto de Salud del Estado de México.)

DETECCION DE NECESIDADES DE CAPACITACION

Esta etapa se ha llevado a cabo durante los dos últimos años utilizando la metodología y los tiempos establecidos en el manual de procedimientos de capacitación. Ha sido precedida de un momento de difusión y sensibilización que tiene su punto de partida en la jurisdicción y que se dirigen al propio personal de las oficinas y centros de salud. El proceso de sensibilización se acompaña simultáneamente de la capacitación de los coordinadores de unidad, cuya finalidad es que estos puedan aplicar la encuesta, analizar las respuestas, tabular datos y proceder a programar la capacita-

CUADRO 1. Padecimientos más frecuentes, jurisdicción de Netzahualcóyotl, México.

Lugar ocupado	Causas de mortalidad	Causas de morbilidad
1	Accidentes y violencias	Infecciones respiratorias agudas
2	Diabetes mellitus	Gastroenteritis
3	Afecciones prenatales	Amibiasis
4	Insuficiencia respiratoria aguda	Diabetes mellitus
5	Cirrosis hepática	Hipertensión arterial
6	Cardiopatías isquémicas	Varicela
7	Enfermedades hipertensivas	Bronconeumonías
8	Otros tumores	Dermatofitosis
9	Gastroenteritis y enfermedades diarreicas	Candidiasis urogenital
10	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Tuberculosis

Fuente: referencia 6.

ción, de acuerdo con lo normado. La detección de necesidades que se llevó a cabo en 1991 dio lugar al programa de capacitación de 1992, el cual se ilustra en el cuadro 2.

EL PROGRAMA DE CAPACITACION DE LA JURISDICCION

El diagnóstico de 1991, como ya se ha dicho, fue la base para el programa de 1992 en la jurisdicción. En el cuadro 3 se destaca lo más importante de la programación.

Para hacer el diagnóstico se contó con suficiente personal, espacio físico, equipos de apoyo, y recursos adicionales obtenidos a base de convenios y acuerdos. El personal docente y de apoyo ascendió a 369 (91% procedentes de la propia Secretaría). Se desarrollaron las actividades de supervisión de la forma descrita en el marco general de este artículo. En el cuadro 4 se detallan las actividades realizadas.

CUADRO 2. Detección de necesidades de capacitación en 1991. Netzahualcóyotl, México.

Personal	En plantilla (No.)	Encuestados		Necesidades manifestadas
		(No.)	(%)	
Profesional	585	150	26	Vigilancia epidemiológica Diagnóstico de salud Motivación Integración expediente Sistema de referencia
Administrativo	753	185	24	Atención al público Relaciones humanas Administración básica Ortografía
Técnico	813	536	66	Diseño material didáctico Sistema de referencia Infecciones respiratorias Desarrollo conductual Enfermedades degenerativas crónicas
Auxiliar	382	150	39	Relaciones humanas Cómo hablar en público
Total	2 533	1 021	40	

Fuente: referencia 9.

CUADRO 3. Principales datos de la programación de actividades de capacitación. Netzahualcóyotl, México.

Area	Actividad (No.)	Universo (No.)	Asistentes (No.)	Cobertura (%)
Médica	44	1 740	1 320	76
Administrativa	36	753	720	96
Directiva	8	40	80	200
Total	88	2 533	2 120	84

Fuente: referencia 10.

CUADRO 4. Actividades de capacitación en la jurisdicción de Netzahualcóyotl, México.

Tipo de actividad	Eventos (No.)
Actividades básicas: sesiones	
clínicas	96
bibliográficas	20
anatomopatológicas	20
de enfermería	20
procedimientos	210
consejo interno de jurisdicción	48
Actividades complementarias	
cursos	93
seminarios	1
jornadas	2
Eventos externos	
médicos y administrativos	6
Total	51

Fuente: referencia 11.

Cabe añadir que la capacitación en el nivel nacional se complementa en otros países, cuando así lo amerita, con una extensión educativa para niveles avanzados (generalmente para personal con responsabilidades directivas). En el cuadro 5 se presenta un esquema del programa de Netzahualcóyotl.

Las actividades programadas (12), la participación observada y la cobertura real en 1992 se detallan en los cuadros 6 y 7.

CUADRO 5. Capacitación para personal directivo. Netzahualcóyotl, México.

Categoría	Tipo de actividad educativa	Participantes (No.)
Jefe de enseñanza	Curso	1
Director	Curso	1
Administrador	Curso	1
Responsable del sistema	Curso	2
Responsable de la biblioteca	Curso	1
Total		6

CUADRO 6. Programación de actividades y participantes. Netzahualcóyotl, México.

Area	Actividades		Asistentes	
	Programadas	Realizadas	Programadas	Realizadas
Médica	44	106	1 320	2 149
Administrativa	36	12	720	238
Directiva	8	9	80	95
Total	88	127	2 120	2 482

CUADRO 7. Cobertura del programa de capacitación en la jurisdicción de Netzahualcóyotl, México.

Area	Personal en plantilla	Personal en capacitación	
		(No.)	(%)
Médica	1 740	2 149	123
Administrativa	753	238	32
Directiva	40	95	237
Total	2 533	2 482	98

EXPOSICION Y ANALISIS DE RESULTADOS

Aunque nuestras conclusiones se basan en resultados locales, se pueden aplicar al país en general, con la excepción de las que son particulares de cada jurisdicción.

El número de trabajadores incluidos en el diagnóstico de necesidades de la jurisdicción representa 40% del personal existente en la misma y 11,56% de los 8 828 trabajadores encuestados en 1991 en el Estado de México, donde se encuentra ubicada. (Cinco de las áreas identificadas como **necesidad** se encontraban entre las primeras 20 del diagnóstico estatal).

Al comparar el resultado de la encuesta de la jurisdicción con el de la encuesta nacional, se observó que 10 de las primeras 20 necesidades identificadas coincidían en ambos niveles (asuntos relacionados con el sistema de referencia y contrarreferencia, enfermedades degenerativas crónicas, relaciones humanas, atención al público, atención a la población abierta, administración, ortografía, vigilancia epidemiológica, diagnóstico de salud y dinámicas de grupo), siendo todas ellas importantes para fortalecer el nivel local en el sistema mexicano de salud.

La cobertura real de la encuesta de necesidades de capacitación en función del total de trabajadores de la jurisdicción es de 40%, cifra similar al 40,6 de la encuesta nacional, que abarcó a 48 779 trabajadores en el año que nos ocupa.

Las áreas temáticas más identificadas en el diagnóstico como "necesidades de capacitación" guardan una relación de 70% con la mortalidad en la jurisdicción, ya que 7 de las 10 principales causas de muerte constituyen temas que se han solicitado, en su mayor parte, como "necesidades". (En el caso de la morbilidad, la relación es solo de 40%.)

El programa específico de capacitación ejecutado en 1992 para responder a las necesidades detectadas incluyó 414 sesiones de trabajo en las diferentes unidades y oficinas de la jurisdicción. En general se trata de actividades educativas que ofrecen, entre otras ventajas, su bajo costo y un mínimo desplazamiento del personal, y que son muy útiles en lo que respecta al logro de los objetivos educativos. Se efectuaron además 93 cursos de capacitación sobre temas específicos. Teóricamente, el 98% del personal existente en la jurisdicción participó por lo menos en una de estas actividades durante el año en cuestión.

El número de trabajadores en Netzahualcóyotl fue el mismo en 1991 y 1992, lo cual facilitó algunos aspectos de la programación del segundo año y aspectos específicos de la ejecución y evaluación de actividades, sobre la base de la experiencia del año previo. Facilitó además la continuidad y el seguimiento de programas que tenían similitudes y coincidencias.

El diagnóstico de las necesidades de 1991, comparado con el de 1992 después del desarrollo de un proceso de capacitación, muestra diferencias notables: 11 de las primeras 16 necesidades no aparecieron en la segunda encuesta. La que ocupaba el último lugar en 1991 (dinámica de grupos) pasó a ocupar el primero en 1992. (¿Podría esto indicar la percepción de su utilidad en el marco de las actividades y funciones previstas

para el SILOS?) También hubo casos en que no se notificaron cambios apreciables, aun después de una instancia de capacitación (administración, ortografía, cómo hablar en público). (¿Podría ello deberse a la ineficacia del proceso educativo, a la necesidad de realimentación, o a factores limitantes de índole personal?)

CONCLUSIONES

El proceso de capacitación de la Secretaría de Salubridad y Asistencia se desarrolla a partir de un **sistema integrado que resuelve las necesidades específicas de los trabajadores y las detectadas por sus supervisores en el ejercicio de sus funciones**. Su desarrollo se fundamenta en el diagnóstico preciso de las necesidades de capacitación, lo que contribuye de manera directa a mantener la calidad de los servicios de salud prestados a la población, a la vez que incrementa las posibilidades de desarrollo personal del trabajador, ya que satisface sus expectativas.

El proceso requiere, para su desarrollo, una clara definición de las interrelaciones entre los niveles normativo y operativo. Atenta a esta circunstancia, la Dirección General de Enseñanza en Salud de la Secretaría ha mantenido en primer plano la función normativa, delegando la función operativa a las Jefaturas de Enseñanza y Capacitación estatales y de las jurisdicciones y unidades operativas. Ello permite caracterizar el tipo de capacitación de acuerdo con el nivel operativo al que corresponde, al mismo tiempo que favorece el desempeño del profesional dedicado a funciones educativas, en un contexto normativo u operativo, según corresponda. En México, este tipo de organización favorece la uniformidad en el funcionamiento de todo el sistema, a la vez que garantiza el flujo de información en ambos sentidos.

La articulación y coordinación con otras instituciones prestadoras de servicios en la jurisdicción permite compartir objetivos relacionados con la educación y el desarrollo del personal, a la vez que facilita el acceso a materiales y equipos de apoyo didáctico, de los que ellas suelen disponer. En ocasiones hay necesidad de llegar a convenios y acuerdos, que por lo general involucran a los comités interinstitucionales existentes (o a la propia Comisión de Formación de Recursos Humanos en Salud, que en México es la instancia que identifica aspectos específicos de coordinación y acuerdo entre las instituciones educativas, por un lado, y las de salud por otro).

El proceso requiere de un equipo humano entrenado e interrelacionado, cuya formación exige realizar programas integrales de capacitación. (En México se llevó a cabo en 1991 un proceso de capacitación para todos los jefes de enseñanza, en que participaron todos los representantes

estatales y casi todos los de las jurisdicciones del país. Los resultados obtenidos se refuerzan con encuentros semestrales en los que se revisan los procedimientos en uso y se reafirman y cuestionan otros. Especial atención se presta a la formación de los Comités Locales Mixtos de Capacitación, que posteriormente constituyen el órgano local encargado de seguir y vigilar el proceso, con el respaldo de la Dirección General. Esta mantiene un programa de visitas de supervisión que cubre a toda la República durante todo el año.

El sistema de trabajo descrito es producto del esfuerzo de todo un equipo normativo – operativo de personal que se dedica a la función educativa como parte de su quehacer cotidiano. Dicho personal, que se encuentra en actualización constante, busca la excelencia orientado por las políticas nacionales de salud.

REFERENCIAS

- 1 México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Guía metodológica para establecer un sistema de capacitación en una jurisdicción sanitaria*. México, D.F.: SSA, Dirección General de Enseñanza en Salud; 1992.
- 2 México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Sistemas locales de salud, México: guías metodológicas*. México, D.F.: SA, Dirección General de Servicios Técnicos y Proyectos Especiales; 1990.
- 3 Educación, investigación y salud. *Revista de la Comisión Interinstitucional para la Formación de Recursos Humanos en Salud*. 1986;1.
- 4 México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. Reglamento de capacitación. México, D.F.: SSA; 192. (Compilación laboral).
- 5 México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Programa de supervisión del sistema de capacitación y desarrollo*. México, D.F.: SSA, Dirección General de Enseñanza en Salud; 1992.
- 6 Diagnóstico de salud de la jurisdicción sanitaria 4. 1991. (Documento de trabajo).
- 7 México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Directorio de unidades de atención médica del sector salud*. México, D.F.: SSA; 1992.
- 8 México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Anuario estadístico de la SSA, 1991*. México, D.F.: SSA, Dirección General de Estadística.
- 9 Diagnóstico de necesidades de capacitación de la jurisdicción sanitaria 4. 1991. (Documento de trabajo).
- 10 Programa de capacitación de la jurisdicción sanitaria 4. 1992. (Documento de trabajo).
- 11 México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Informes trimestrales de actividades de capacitación del Instituto de Salud del Estado de México*. México, D.F.: SSA; 1992. (Documentos de trabajo).
- 12 México, Secretaría de Salubridad y Asistencia. *Programa específico de capacitación del Instituto de Salud del Estado de México*. México, D.F. SSA; 1992. (Documento de trabajo).

EDUACION PERMANENTE Y PERFECCIONAMIENTO DEL MEDICO Y LA ENFERMERA DE LA FAMILIA EN CUBA: EL CASO DE PINAR DEL RIO

*Silvia de los Angeles Rodríguez M.,¹ Teobaldo Triana Torres,² Alcides Ferrer Obeso,³
Emilia Rosa Rieumont,⁴ Alberto Hatim Ricardo⁵ y José Rodríguez Rodríguez⁶*

INTRODUCCION

La estrategia de desarrollo de la salud pública en Cuba hasta el año 2000 tiene como objetivo lograr la cobertura universal de los servicios de salud, con la más alta calidad y la plena satisfacción de la población destinataria de dichos servicios. El modelo de atención del médico y la enfermera de la familia (I), pilar de la consolidación y desarrollo de tal estrategia de atención primaria, constituye un factor esencial para alcanzar dichas metas. Por este motivo, el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) ha planteado desarrollar la educación permanente (EP) del médico y la enfermera de la familia y de otros trabajadores de atención primaria, como parte de las estrategias para mejorar esta última. Actualmente se encuentra enfrascado en impulsar el proyecto denominado "Salto Cualitativo", en cuyo marco el presente artículo relata la experiencia que se ha obtenido hasta el momento con dicho proyecto, tal como se está llevando a cabo

¹ Profesora Auxiliar de la Facultad de Ciencias Médicas y responsable provincial del proyecto Salto Cualitativo, Pinar del Río, Cuba.

² Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Pinar del Río, Cuba.

³ Director del Policlínico Hermanos Cruz y profesor asistente de la Facultad de Ciencias Médicas, Pinar del Río, Cuba.

⁴ Directora del Instituto Politécnico de Enfermería Lidia Doce, Consolación del Sur, Pinar del Río, Cuba.

⁵ Vicedirector del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y Profesor titular de medicina interna, Universidad de la Habana, La Habana, Cuba.

⁶ Jefe del Departamento de Medicina General Integral, Ministerio de Salud Pública, y Profesor auxiliar de pediatría, La Habana, Cuba.

en la provincia de Pinar del Río.

El objetivo principal del proyecto es introducir, validar y generalizar la propuesta de reorientación de la EP planteada por la Organización Panamericana de la Salud (2), en el marco de las condiciones concretas de Cuba (3, 4). Esencialmente, el proyecto se fundamenta en la necesidad de producir una serie de cambios cualitativos en los servicios, de modo que los procesos educativos queden incluidos en dichos servicios, cuyo análisis y problematización constantes se convierten en el eje fundamental del aprendizaje y de la transformación de los trabajadores de la salud (4-7).



Prof. José Oubiña Rodríguez, destacada figura de la educación y la salud de Cuba. Entre sus muchas contribuciones a la bibliografía universal figura un análisis crítico de la propuesta de educación permanente que ha impulsado la OPS. Fue uno de los artífices de la concepción del proyecto "Salto Cualitativo" que aquí se relata. Falleció pocas semanas antes de que se iniciaran las acciones de este proyecto en la provincia de Pinar del Río.

La provincia de Pinar del Río, que es la más occidental del país (cuadro 1), fue seleccionada para llevar a cabo el proyecto porque en ella ya se habían obtenido algunos resultados en los servicios de salud y se había logrado cierta cobertura gracias a la presencia activa de la Facultad de Ciencias Médicas en el sistema de salud local. Sobre la base de esta experiencia y de los resultados de las investigaciones sobre los procesos educativos que se están realizando, se pretende que en un plazo corto el proyecto se generalice al resto del país y que incluya a otros especialistas, técnicos y trabajadores del sistema nacional de salud (SNS).

En el presente trabajo se describe la puesta en marcha del proyecto en Pinar del Río, se dan a conocer las actividades realizadas, y se comunica el punto de vista nacional sobre esta propuesta educativa, según la visualización e interpretación de los hechos en las diferentes etapas por las que ha evolucionado su desarrollo.

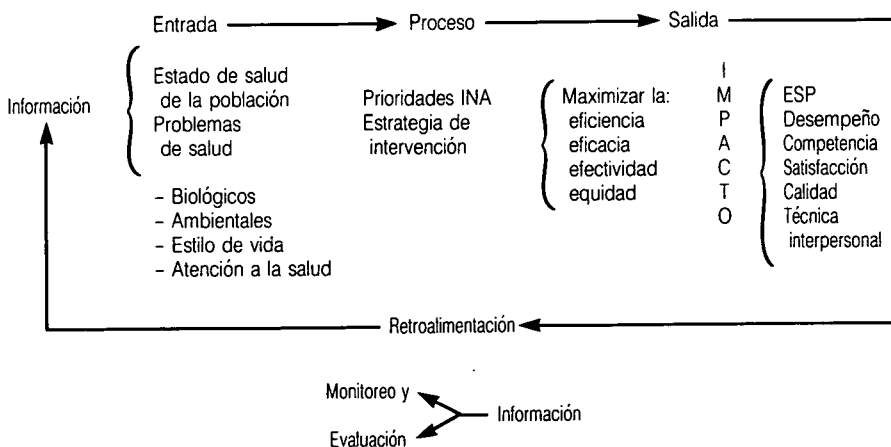
EJECUCION Y ORGANIZACION DEL PROYECTO

Concebimos a la educación permanente con un enfoque sistémico (figura 1). De ahí que el proceso derive de la información que brinda

CUADRO 1. Características demográficas, ambientales y de los servicios de salud en Pinar del Río, Cuba.

Capital provincial	Pinar del Río
Municipios	14
Población total	702 000
Hombres (%)	51,3%
Mujeres (%)	48,7%
Temperatura promedio	24 °C
Precipitación anual promedio	1 541,3 mmHg
Habitantes por vivienda (promedio)	4
Viviendas con electricidad	93,2%
Esperanza de vida al nacer	75,5 años
Tasa de natalidad (por 1 000 habitantes)	14
Trabajadores de salud	17 562
Médicos	2 432
Médicos de la familia	1 263 (cubre al 76% de la población)
Estomatólogos	435
Enfermeros	5 336 (354 licenciados)
Otros técnicos de la salud	3 116
Unidades de salud	303
Hospitales	20
Policlínicos	22
Puestos de médicos rurales	26
Clínicas estomatológicas	10
Centros y unidades de higiene	15
Hogares de ancianos	2
Bancos de sangre	1
Farmacias	103
Ópticas	16
Otras	88

FIGURA 1. Funcionamiento del sistema de educación permanente.



el estado de salud de la población, la cual a su vez se obtiene por medio del diagnóstico del área. En el caso de Pinar del Río, dicha información ha estado en consonancia con los problemas característicos de la provincia, bien sean estos de naturaleza biológica, ambiental, de estilo de vida o de atención a la salud.

A los datos obtenidos (*entrada al sistema*) se les dio prioridad sobre la base de su incidencia y frecuencia, sus tendencias, las posibilidades concretas de modificación, su registrabilidad y accesibilidad. También se tuvieron en cuenta la existencia de los recursos necesarios para las intervenciones previstas o la anticipación de una demanda de recursos extraordinarios para su ejecución. El paso siguiente (*proceso*) fue **identificar las necesidades de aprendizaje (INA)** para averiguar, en términos generales, cuáles de los problemas detectados podían resolverse a través de intervenciones educacionales. A las necesidades identificadas también se les dio prioridad según el diagnóstico inicial y las condiciones del contexto. La selección de intervenciones para afrontar cada problema se basó en el criterio de lograr un máximo de eficiencia, eficacia, efectividad y equidad en la atención de salud en el nivel local. En el esquema, la *salida* corresponde a la evaluación del impacto que se ha obtenido, para la cual se aplican criterios e indicadores que permiten obtener la información necesaria para visualizar modificaciones en el estado de salud de la población, cambios en el desempeño profesional de los trabajadores y la competencia de los educados, así como el grado de satisfacción de la población, que depende de la calidad del servicio ofrecido, tanto en el aspecto técnico como en el de las relaciones interpersonales.

En el caso de nuestra experiencia, estos elementos han generado a su vez nueva información que vuelve a entrar en el sistema, para realimentarlo, consolidarlo o rectificarlo según sea el caso, mediante el **monitoreo** constante del proceso global. En general, el sistema descrito se introduce en un marco contextual delimitado por tres elementos fundamentales: el **organizativo** (se refiere a la administración, estructura y organización de actividades y recursos), el de **direccionalidad técnica y científica** (es decir, la calidad, desarrollo metodológico y fundamentación técnica), y el **motivacional** (relacionado con la actitud y disposición de prestar servicio y de cumplir los postulados políticos y planteamientos del plan nacional de salud y del proyecto a que nos referimos en este artículo). Los tres elementos son valorados y evaluados en términos de los propósitos señalados, a través de la información que se obtiene mediante el monitoreo del proceso.

EVOLUCION

La Facultad de Ciencias Médicas es el centro rector e integrador del desarrollo del Proyecto en la provincia de Pinar del Río, desde que

aquel comenzó en abril de 1991. Su trayectoria puede relatarse a través de lo observado en distintas etapas:

La primera etapa fue **motivacional, organizativa y de capacitación inicial de los responsables y facilitadores**. Comenzó con el análisis de distintas opciones, la formulación y discusión de la propuesta escogida, y la conformación de grupos de trabajo por niveles (grupo provincial y grupos municipales y de área). Dada la extensión territorial de la provincia, el proyecto se concibió para que se aplicara en dos municipios, uno urbano y otro rural. La decisión se basó en una serie de condiciones existentes, tales como el grado de organización docente-asistencial y el nivel de cobertura con el modelo del médico y la enfermera de familia.

Como municipio *urbano* se seleccionó a Pinar del Río (que cubre a una población de 83 218 habitantes, cuenta con dos policlínicos bajo la cobertura del modelo del médico y la enfermera de familia, y tiene un contingente de 981 trabajadores de salud en el sistema. De estos, 248 son médicos de familia y 356 son enfermeras del modelo. Como municipio *rural* se escogió a Consolación del Sur, que cubre a una población de 75 919 habitantes, cuenta con dos policlínicos y tiene un contingente de 691 trabajadores de la salud, de los cuales 112 son médicos de familia y 323 enfermeras del mismo modelo de atención.

Los grupos de trabajo han recibido el asesoramiento y la supervisión constantes del nivel central del Ministerio, así como el apoyo frecuente de funcionarios de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Han sido fuentes de información para las discusiones y reflexiones distintos materiales producidos sobre la educación permanente y los que se utilizan en los talleres nacionales sobre el tema —que han sido organizados, conducidos y desarrollados por el Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico (CENAPEM) (8, 9)— y en los encuentros subsiguientes en el nivel provincial. Estos trabajos iniciales resultaron en la generación y adquisición de nuevos conocimientos a través de la reflexión y el debate, e incluyeron la divulgación del proyecto entre los trabajadores, la organización e introducción de ajustes de tipo logístico, y la selección de los grupos responsables y facilitadores del proceso.

En el transcurso de esta etapa se encontraron dificultades y obstáculos que hubo que vencer. Fue necesario realizar una intensa labor para motivar a los dirigentes de salud (que eran miembros importantes del grupo de responsables y facilitadores), entre quienes hubo necesidad de promover la interiorización de la propuesta a fin de obtener su participación consciente. Posteriormente se incluyó en esta fase a trabajadores de los diferentes colectivos involucrados, con los mismos propósitos: motivarlos, lograr una fácil incorporación al nuevo esquema de trabajo, y crear un ambiente idóneo para el aprendizaje a base de reducir la duda y la incertidumbre,

factores que generan el temor y la resistencia cuando se trata de romper con esquemas de trabajo habituales.

Posteriormente se procedió a seleccionar los conductores y facilitadores del proceso educativo, lo cual se hizo en la propia área de trabajo. Estas personas provenían principalmente de los departamentos y servicios. Se coordinó el trabajo respectivo para su capacitación previa con el Centro Provincial de Perfeccionamiento Técnico (CEPROPER) y con la Facultad de Ciencias Médicas (10-12).

Hasta el momento actual se ha capacitado a 240 funcionarios para la conducción de este proceso, y se pretende con ello lograr los siguientes objetivos de trabajo:

- desarrollar abordajes estratégicos en las actividades, incluida la capacidad de identificar problemas para construir escenarios e imágenes-objetivo que orienten el trabajo, y para determinar distintas posibilidades de acción;
- desarrollar habilidades para planificar, programar, diseñar y ejecutar actividades;
- manejar técnicas de promoción del aprendizaje que incluyan la participación, el aprendizaje mediante el diálogo, y el aporte a la construcción de nuevos conocimientos, y
- capacitar para inducir cambios en las formas de trabajo de los servicios y las comunidades.

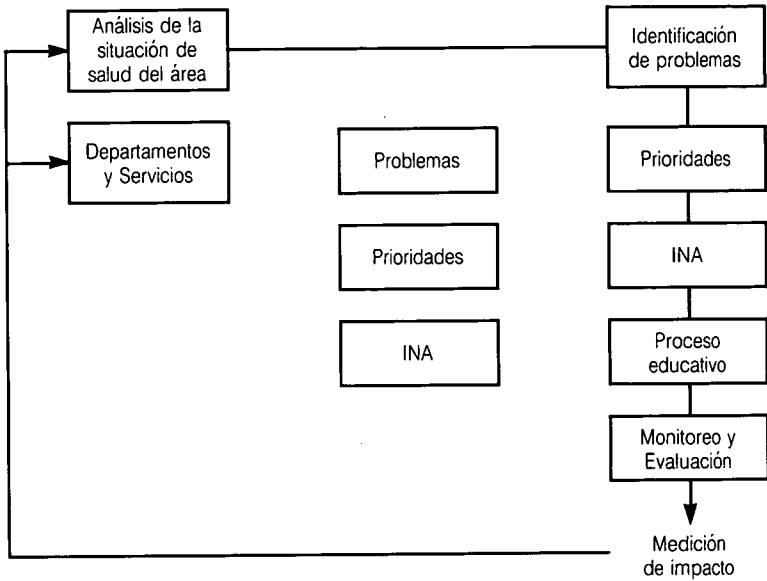
Para alcanzar estos objetivos, la capacitación busca desarrollar en los participantes distintos rasgos: creatividad, compromiso solidario, capacidad de análisis científico, aptitud para la comunicación social, manejo adecuado de técnicas de investigación participatorias, uso racional de los recursos tecnológicos, y capacidad de reflexionar sobre su propia práctica, incluida la crítica y problematización de la realidad. La participación de los docentes de la facultad, especialmente del departamento de medicina general integral, constituyó un gran apoyo en esta etapa del proceso.

En la segunda etapa se llevaron a cabo **el análisis de los problemas, la identificación de las necesidades de aprendizaje (INA) y el desarrollo de los procesos educativos.**

La figura 2 ilustra los grandes componentes de esta etapa y el orden en que fueron abordados:

La experiencia adquirida en el abordaje de las situaciones-problema aportó nuevos elementos que se incorporaron a la forma de trabajo habitual. Por ejemplo, el grupo aprendió a identificar y caracterizar un problema que se presenta en el trabajo y a distinguirlo de lo que no constituye un verdadero problema, sino más bien una manifestación específica de una situación que tiene mayor peso e impacto en el trabajo del servicio.

FIGURA 2. La identificación de las necesidades de aprendizaje (INA) en el marco del proyecto "Salto Cualitativo", Pinar del Río, Cuba.



Al mismo tiempo, sin embargo, la experiencia demostró a los grupos que, no obstante su peso o magnitud, todos los problemas deben identificarse en los diferentes niveles en que se producen y correlacionarse con otras características del servicio o el área, que también deben afrontarse oportunamente.

Se dio prioridad a los problemas identificados y posteriormente se determinó cuáles podían resolverse o qué manifestaciones tenían solución a través de una intervención educativa (sola o combinada con otro tipo de intervenciones). Las áreas de trabajo relacionadas con cada uno de los problemas que exigían el aprendizaje de conocimientos o habilidades constituían una **necesidad de aprendizaje**, cuya identificación ha sido un proceso de complejidad variable y que es de por sí una de las herramientas más importantes de un proceso educativo permanente. Se ha procurado desarrollar esta fase del trabajo con un enfoque sistemático y participatorio, teniendo en cuenta las características y particularidades del contexto nacional y provincial, así como el criterio epidemiológico, el análisis de la situación de salud, y los factores negativos detectados en el desempeño profesional o técnico.

Las opciones metodológicas empleadas para identificar necesidades se han apoyado en los procedimientos y técnicas contenidos en la carpeta de definiciones metodológicas del MINSAP, así como en procedimientos e instrumentos elaborados por el CENAPEM, entre los que figuran diferentes formas específicas de acopiar información (observación, discusiones en grupo, encuestas, entrevistas, cuestionarios, y demás). Una fuente adicional de información es la evaluación sistemática realizada por los grupos básicos de trabajo (GBT) (10, 13).

Se presentó una dificultad debido a que al principio se detectaron muchas necesidades de aprendizaje. El refinamiento progresivo de las técnicas, la interpretación correcta de las manifestaciones de una necesidad y la urgencia de ajustar las técnicas a la realidad concreta de los servicios fueron señalando soluciones a dicha dificultad, como agrupar y categorizar las necesidades de aprendizaje sobre la base de las similitudes, puntos de coincidencia, y factibilidad de un manejo “educativo” conjunto o simultáneo, y otros aspectos.

Las necesidades de aprendizaje se agruparon principalmente en áreas relacionadas con el manejo y control de enfermedades crónicas no transmisibles, los problemas recientes en las áreas de prevención y promoción de la salud, la participación comunitaria, la atención maternoinfantil, la rehabilitación física y social, y la preparación metodológica de nuevos docentes.

Además de las connotaciones centrales que dieron origen a este trabajo y que ya se han descrito, apareció en el contexto del proceso una coyuntura adicional que agregó nuevos y fundamentales elementos de trabajo, específicamente en el campo de las necesidades de aprendizaje. Se trata de la estrategia establecida por el MINSAP en los *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992–2000* (14) (OPD). Esta motivó un nuevo ciclo de discusiones y reflexiones en torno al proceso que ya estaba en marcha, incluidos nuevos encuentros y talleres con la participación de la Facultad de Ciencias Médicas, los grupos municipales y de área, especialistas de medicina general y jefes de grupos básicos de trabajo. El propósito fue, por un lado, profundizar en las implicaciones de los lineamientos de política contenidos en el mencionado documento del MINSAP, y por otro enfocar el compromiso desde el punto de vista estratégico.

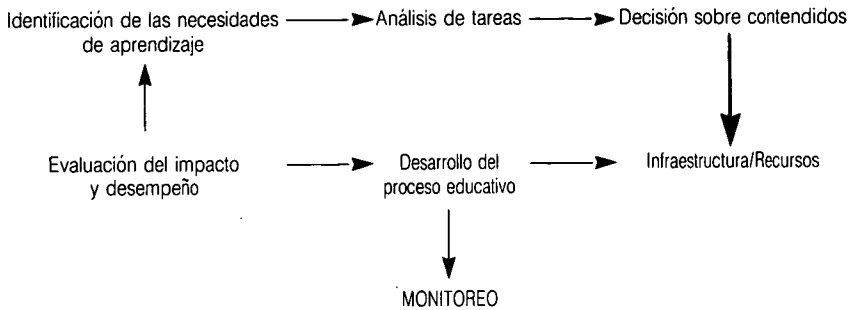
¿qué tenemos? → situación/problema

¿a qué aspiramos? → situación esperada

¿cómo lo logramos? → proceso trabajo/aprendizaje

Las necesidades de aprendizaje detectadas orientaron la organización y ejecución del proceso educativo, que siguió la secuencia ilustrada en la figura 3.

FIGURA 3. Abordaje estratégico de situaciones-problema.



La experiencia educacional adquirida a partir de las necesidades de aprendizaje se construyó sobre la base de distintas alternativas. Su desarrollo se ha centrado en el trabajo, acompañado del tutelaje correspondiente, complementado con revisiones bibliográficas, discusiones y trabajos en grupo, entrenamientos, talleres y cursos de complementación, actualización o ambas. Se incorporaron a los grupos provinciales los jefes de extensión universitaria y deportes y el jefe del departamento de cómputo, todos de la Facultad de Ciencias Médicas, así como el personal del Centro Provincial de Educación para la Salud. Esto ha permitido mayor flexibilidad en la distribución de responsabilidades.

Además de los aspectos técnico-científicos, la Facultad de Ciencias Médicas ha incorporado otros elementos al proceso. Por ejemplo, la vinculación de la extensión universitaria con la preparación del personal dedicado a la atención de grupos de población especiales (adolescentes, personas en la tercera edad, y demás) ha constituido una experiencia muy valiosa, porque brinda el aliciente adicional de ser un espacio para el desarrollo cultural y sanitario de la población. De igual manera se han incorporado, progresivamente, profesores de cultura física (por su relación con los hábitos y estilos de vida de la población). Los profesionales y técnicos del Centro de Computación han facilitado la gestión y administración del proceso, así como la utilización de recursos de simulación y evaluación de objetivos para incorporarlos a la identificación de necesidades.

La tercera etapa es la de **consolidación y profundización**. En el momento actual el proceso ha entrado a una fase de mayor madurez que se refleja en el grado de desarrollo de las acciones de aplicación y en los cambios que se aprecian en la receptividad, motivación y compromiso de los dirigentes, profesionales, técnicos y trabajadores. Hay una verdadera integración dentro y fuera del sector en lo que respecta al logro de los objetivos propuestos. Por otra parte, los procesos educativos que se desa-

rrollan en los servicios reflejan un enfoque participatorio en consonancia con las necesidades derivadas de los problemas identificados en cada una de las áreas. Hasta el momento, podemos asegurar que se van perfilando con creatividad diferentes acciones que enriquecen las ideas originales del proyecto y que favorecen una mayor profundización.

En lo particular, los avances incluyen el establecimiento de una estrecha vinculación entre profesores del CEPROPER y los facilitadores de los departamentos y servicios técnicos y obreros, de manera que los primeros colaboran con los segundos cuando se trata, por ejemplo, de problematizar el trabajo de los servicios, o de cumplir con experiencias educativas planeadas o con el diseño y ejecución de un sistema de monitoreo permanente y retroalimentario. El trabajo es controlado mensualmente por el director del área y un representante de CEPROPER. Este tipo de relación ha inducido acciones novedosas, como la incorporación al proceso de los departamentos de administración y servicio del nivel local, o el intercambio de experiencias e iniciativas entre las gerencias de las distintas áreas, que son aportes que facilitan el desarrollo del proyecto.

LOGROS ACTUALES

Consideramos que lo más relevante ha sido la incorporación entusiasta de los trabajadores, gracias a la motivación que se ha generado, así como el grado de integración entre las diferentes instituciones, en lo que la Facultad de Ciencias Médicas ha desempeñado un papel decisivo. Señalamos a continuación algunos aspectos importantes de los resultados obtenidos hasta el momento.

Se ha utilizado una experiencia pedagógica desarrollada por el departamento de computación de la facultad para fortalecer la capacitación de los trabajadores en algunas áreas específicas. La experiencia consiste en utilizar estudiantes "punteros" (estudiantes de ciencias médicas con alto grado de rendimiento y cualidades excepcionales), que están vinculados a trabajos de investigación y desarrollo dentro del departamento. Estos estudiantes colaboran con el proyecto desarrollando programas de simulación en distintas áreas críticas incluidas en la capacitación de los trabajadores. De esta manera se logra vincular a los instructores del CEPROPER con el trabajo de educación permanente en los servicios y departamentos y con la preparación de modelos para el análisis del desempeño de los trabajadores. Lo mismo sucede con los recursos humanos y materiales del Centro Provincial de Educación para la Salud y con otros centros de educación superior de la provincia, como el Centro Universitario y el Instituto Superior Pedagógico, en cuanto al manejo de asuntos de orden sociológico en relación con la comunidad.

A principios de 1992 se destapó en Cuba, precisamente en Pinar del Río, una epidemia de neuropatía que llegó a afectar a todo el país y que alcanzó altas proporciones en los municipios involucrados en el proyecto. Esto planteó de inmediato nuevos problemas y necesidades de aprendizaje nuevas y muy diferentes. Entre otras cosas, exigió una reorientación estratégica del proceso y de las intervenciones educativas; modificó escenarios; transformó aspectos críticos del contexto conformado; impuso nuevas prioridades y señaló plazos perentorios para la acción. Se procedió a capacitar al personal de salud en torno a conceptos, conocimientos y los enfoques epidemiológico, clínico y social del problema.

Se realizó un pesquisaje activo en cada lugar y centro de estudio o de trabajo. En el momento de preparar este artículo, los mismos elementos se están aplicando en la etapa de consolidación de la capacitación. Una acción no premeditada de seguimiento y monitoreo del proceso permitió el reajuste técnico-administrativo y el cambio en la direccionalidad del proceso que las circunstancias exigían (15).

Esto último señala con claridad el potencial estratégico de la propuesta educativa que actualmente tiene lugar en Pinar del Río. Permite, además, agregar a las ventajas operativas que ya se han mencionado y a los análisis realizados por Oubiña y colaboradores hace algunos años (16) y por otros trabajadores de la salud latinoamericanos, las cualidades de versatilidad y dinamismo que favorecen la respuesta a las prioridades coyunturales que plantea la praxis.

Finalmente, la aplicación de este proyecto y la propuesta educativa creó condiciones objetivas para elevar el prestigio del especialista en medicina general integral, y con ello propiciar una mayor participación del mismo en la docencia, la atención médica, la investigación y la gerencia, lo que redundará en servicios de salud y una atención primaria de mejor calidad. El haber convertido a estos especialistas en docentes de los grupos básicos de trabajo del policlínico ha creado condiciones para que tales grupos cuenten con la plena participación de médicos y enfermeras de la familia en diferentes etapas de desarrollo y en distintos puestos de trabajo, y con la dirección de uno de estos especialistas. El grupo mencionado constituye la estructura de organización fundamental y es responsable de la calidad con que cada médico y enfermera de la familia realiza las acciones necesarias para dar respuesta a los problemas de salud de su población (13).

En consecuencia, el Ministerio y el país tienen las siguientes **expectativas:**

- que el programa pueda extenderse progresivamente a todas las provincias, previa preparación de los cuadros;
- fortalecer la vinculación entre la educación permanente y las OPD observada en esta experiencia;

- incorporar, a corto plazo, las bases de las OPD en el tiempo electivo de los estudiantes de ciencias médicas;
- fortalecer la relación con el Centro de Educación para la Salud;
- llegar a acuerdos para regular la actuación ante situaciones de coyuntura o incidencias críticas, sean estas de naturaleza científico-técnica, laboral, docente o administrativa, a fin de propiciar la unificación de conductas, la racionalidad económica, la satisfacción y la posibilidad de control;
- aumentar la integración de la docencia, la atención médica y la investigación en el nivel primario, con el fin de lograr un desempeño científico-técnico más actualizado, integral y eficiente por parte del equipo de salud, así como una mayor aceptación y colaboración por parte de la población, y
- consolidar la experiencia de la educación permanente para el médico y la enfermera de la familia y para otros trabajadores de atención primaria, sobre la base de una estructura operativa como la descrita, que incluya los grupos básicos de trabajo.

REFERENCIAS

- 1 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Programa de trabajo del médico y la enfermera de la familia, el policlínico y el hospital*. La Habana, Cuba: MINSAP; 1988.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. *Colección Educación Permanente, Fascículo I: Fundamentos*. Washington, D.C.: OPS; 1988. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 78).
- 3 Jardines JB, Oubiña J, Ceballos JJ, Alvarez A, Aneiros R, Ardanza P, Serrano MM. *Proyecto de desarrollo hasta el año 2000 de la educación permanente del médico, la enfermera de la familia y otros trabajadores de la atención primaria en los sistemas locales de salud*. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud Pública; 1991.
- 4 Oubiña J. *Nuevos enfoques pedagógicos en el perfeccionamiento del personal de salud*. La Habana, Cuba; 1990.
- 5 Mercer H, Brito P, Vuegen S, Vidal C. *El contexto de los procesos capacitantes, Colección Educación Permanente, Fascículo II*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1988. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 79).
- 6 Hatim A, Corvizón F. *La evaluación del impacto de la educación permanente en el servicio*. La Habana, Cuba: Taller Nacional de Educación Permanente en Salud, Ministerio de Salud Pública/Organización Panamericana de la Salud; 1992.
- 7 Organización Panamericana de la Salud. *Colección Educación Permanente, Fascículo VII*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 84).
- 8 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Informe final del Primer Taller Nacional de Educación Permanente*. La Habana, Cuba: CENAPEM/MINSAP; 1989.
- 9 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Informe final del Segundo Taller Nacional de Educación Permanente*. La Habana, Cuba: CENAPEM/MINSAP; 1992.
- 10 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Carpetas de definiciones metodológicas*. La Habana, Cuba: CENAPEM/MINSAP; 1992.

- 11 Quiñónez J, Rodas I. *Capacitación de los responsables del proceso educativo. Colección Educación Permanente, Fascículo VI*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1988. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 83).
- 12 Rovere M. Aportes para una metodología de planificación estratégica de recursos humanos en salud. *Educ Med Salud*. 1992;26(2).
- 13 Rodríguez J, Sarracino Acosta L, Rivero Casteleiro B, Bahly Bahly M. La medicina general integral y la integración docencia-atención médica-investigación. *Educ Med Salud*. 1993;27(2).
- 14 Cuba, Ministerio de Salud Pública. *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000*. La Habana, Cuba: MINSAP; 1992.
- 15 Haddad J, Canales F, Turcios MI. Monitoreo de los procesos de educación permanente: una propuesta de trabajo. *Educ Med Salud*. 1989;23(3).
- 16 Oubiña J, Jardines JB, Ceballos JJ, Aneiros R, Serrano MM. Estrategia para la educación permanente del médico y la enfermera de la familia y otros trabajadores de la atención primaria de salud en Cuba. En: *Colección de Educación Permanente, Fascículo X*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1991. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 87).

Fe de errata

En la Sección RESEÑAS del número anterior de esta revista (Vol. 27 N° 3), se cometió una omisión en la lista de títulos de la Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Bajo el N° 94 de títulos publicados, debe leerse:

- 94 1992 *Educación permanente: informes finales de tres grupos de trabajo:*
- a. *Rol de la universidad*
 - b. *Identificación de necesidades de aprendizaje*
 - c. *Monitoreo de los procesos educativos.*

Lamentamos el error.

BRASIL: CAPACITACION PARA LA GERENCIA DE UNIDADES BASICAS DE SALUD EN LOS DISTRITOS SANITARIOS

José Paranaguá de Santana¹ e Izabel Dos Santos²

INTRODUCCION

Lo que resulta más evidente a cualquiera que observa la situación de casi todos los establecimientos de salud de Brasil es su capacidad limitada de lograr los objetivos para los cuales han sido creados. El observador llega fácilmente a esa conclusión si considera los criterios de **cobertura** (capacidad de atender eficazmente a las necesidades de salud de la mayoría de la población en el área de actuación del establecimiento), **impacto** (capacidad de producir resultados eficaces a través de las acciones desarrolladas) y **satisfacción** (evaluación favorable, por parte de los usuarios, de los servicios prestados).

En términos generales, un análisis de la situación revela tres grupos de factores determinantes: los que se relacionan con la disponibilidad financiera, la naturaleza inadecuada de la tecnología, y la poca calificación de los recursos humanos. La interdependencia de estos factores en la génesis de los problemas que afectan la organización y el funcionamiento de los servicios de salud siempre debe tomarse en cuenta a la hora de formular y ejecutar operaciones cuya meta es la superación de tales problemas. En este marco procedemos a abordar el tema de la preparación insuficiente de los recursos humanos para el desempeño de las numerosas atribuciones que exige la operación de los servicios de salud. Esto significa que la formulación y ejecución de propuestas para la capacitación de los recursos humanos deben articularse con el resto de las medidas que se

¹ Médico y Consultor Nacional en Desarrollo de Recursos Humanos, Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Brasilia, Brasil.

² Enfermera y Consultora Nacional en Desarrollo de Recursos Humanos, Representación de la OPS/OMS en Brasilia, Brasil.

toman para enfrentar otros factores que también condicionan la insuficiencia de los servicios. De lo contrario, se corre el riesgo de que los esfuerzos de capacitación resulten inútiles o contraproducentes.

El proceso de descentralización de los servicios de salud en el Brasil ha resultado en una gran ampliación de la red de establecimientos básicos de salud que están bajo la responsabilidad de las administraciones locales o prefecturas municipales. Esto se debe tanto a la transferencia de unidades que antes pertenecían a las administraciones federal y estatales, como a la creación de nuevas unidades por los propios municipios. La decisión de las autoridades locales de asumir tal compromiso supone un aumento en la oferta de servicios y de la satisfacción de la población. Ello a su vez genera mayores desafíos en cuanto a la productividad y calidad de los servicios de salud. Habitualmente se ha señalado que una barrera importante para enfrentar esos desafíos es la baja calificación del personal encargado de la gerencia de los establecimientos de salud, motivo por el cual dicha gerencia tiene gran importancia y debe incluirse entre las estrategias del gobierno local para satisfacer los derechos de la ciudadanía. Por otra parte, es oportuno reafirmar, como se ha hecho en otras publicaciones nacionales sobre el desarrollo de los recursos humanos, que cualquier propuesta de capacitación en esta área solamente será eficaz en la medida en que forme parte integrante de un proceso más amplio de reorganización de los propios servicios.

El objetivo de este artículo es describir una experiencia de capacitación preparada con el fin de mejorar los patrones de calidad y productividad de las unidades básicas de salud. En su ejecución, el proyecto de trabajo ha formado parte del esfuerzo de cooperación técnica que la Representación de la OPS/OMS brinda al país para la implantación de los distritos sanitarios o sistemas locales de salud.³

BASES CONCEPTUALES Y METODOLOGICAS

La presente propuesta de capacitación para la gerencia de unidades básicas de salud en el distrito sanitario debe entenderse como uno de los instrumentos con que se inició el proceso de reorganización de los servicios, y al mismo tiempo, como parte de un conjunto de medidas cuya

³ El equipo técnico que elaboró el proyecto estuvo constituido por Ena de Araujo Galvao, Izabel Dos Santos, José Paranaguá de Santana y Marcos Mandelli, Consultores Nacionales; Maria Christina Fekete, investigadora del Núcleo de Investigación en Salud Colectiva y Nutrición de la Universidad Federal de Minas Gerais (NESCO/UFMG); Maria Lúcia Fernandes Penna, Profesora del Instituto de Medicina Social de la Universidad del estado de Rio de Janeiro (IMS/UERJ); y Maria Vaudelice Mota, Consultora del Núcleo de Estudios en Salud Colectiva de la Universidad Federal de Ceará (NESC/UFCE).

característica común es que parten de la decisión política de dar a las necesidades de salud atención universal, equitativa y de buena calidad. Uno de los supuestos en que se apoya el desarrollo del proceso de capacitación y, al mismo tiempo, una de las pautas para su conducción es que aquel debe formar parte del proceso de cambio de las prácticas sanitarias. Con el tiempo, estas prácticas conducirán al funcionamiento del Sistema Único de Salud y, más concretamente, a establecer un buen grado de coherencia entre dicho proceso y el de la creación y desarrollo de los distritos sanitarios (1).

El propósito del proyecto de capacitación es contribuir a la calificación técnico-política de los funcionarios responsables de los establecimientos de salud de consulta externa. Estos son profesionales que ocupan posiciones de asesoramiento, coordinación, jefatura de sector y dirección de dichas unidades.

El curso está organizado en tres unidades didácticas, cada una constituida por una secuencia de actividades que los participantes deben desarrollar en un período y a un ritmo condicionados por las características de cada situación particular. Parte del proceso se complementa con un curso de especialización y llena los requisitos previos de carga horaria y duración que corresponden a esa situación. En este caso, el curso también atiende a los intereses de los destinatarios, quienes se benefician de poder progresar en la carrera funcionaria sobre la base de su calificación técnico-profesional.

La concepción pedagógica de la propuesta de capacitación se basa en tres principios (2):

- indivisibilidad del método – contenido,
- coherencia del método con la naturaleza del objeto de conocimiento en construcción, y
- apropiación de la estructura del conocimiento por el actor del aprendizaje.

Se trata, por lo tanto, de una propuesta que busca subordinar la acción pedagógica al contenido (los conocimientos, su estructura formal, los conceptos, principios y hechos), en una perspectiva de totalidad dialéctica del objeto en construcción, todo ello relacionado con la capacidad de aprendizaje del alumno. De esta forma se busca **problematizar la realidad y facilitar el proceso de abstracción vinculado a la totalidad**. En la secuencia de actividades didácticas el alumno realiza operaciones de desarrollo intelectual, desde la descripción y definición de datos de la realidad y la comparación, discriminación y relación entre hechos con el propósito de explicarlos y comprender mejor sus determinaciones más amplias, hasta la planificación de acciones concretas, como la definición de objetivos, la selección de métodos y técnicas, y el control y evaluación de los resultados.

En resumen, las actividades están ordenadas de modo que permitan una interacción gradual con el objeto y el desarrollo de capacidades de generalización y abstracción.

La adopción de esta metodología implica posturas poco usuales por parte de los docentes y alumnos, habituados a los cursos tradicionales de perfeccionamiento o especialización. Entre ellas se encuentran las siguientes:

- la disposición de romper con la dinámica tradicional de la relación profesor - alumno, en la que el primero (el que "sabe") asume el papel de "actor principal" y los alumnos (que están allí "para aprender") se acomodan como extras del proceso de aprendizaje;
- la solidaridad en la búsqueda de un interés común, en la que el curso representa no un fin en sí mismo, sino una operación destinada a incrementar la capacidad de reconocer y enfrentar problemas concretos de la realidad o de la vida cotidiana del conjunto de actores que, en el proceso, desempeñan los papeles de instructores y alumnos.

Son precisamente estos aspectos los que justifican la opción metodológica, en la medida en que el proceso didáctico trasciende el simple repaso de conocimientos y se constituye en una recreación del saber necesario para instrumentalizar las prácticas de los profesionales en los servicios de salud. Lo anterior se refiere a su actuación política y técnica en su condición de actores sociales. En esta perspectiva, se vuelve indispensable destacar el papel del instructor o responsable del proceso, así como su actuación permanente a lo largo del mismo, para asegurar la conexión entre los diferentes momentos de la secuencia educativa y la articulación de los diferentes grupos docentes y de servicio que participan.

La organización y secuencia de las unidades y actividades obedecen a principios pedagógicos que articulan contenidos, métodos y técnicas de enseñanza-aprendizaje, por lo que se procura no alterar su ordenamiento ni contenido. Si una experiencia de aprendizaje no se puede desarrollar satisfactoriamente, se debe sustituir por otra que sea equivalente, que actualice el contenido, o que requiera cambiar la técnica utilizada. (Ha sido necesario, por ejemplo, sustituir un material bibliográfico de apoyo por otro que contiene información actualizada pero cuyo abordaje del tema en cuestión es el mismo).

En cuanto a las unidades didácticas, es útil subrayar lo siguiente en relación con su ordenamiento: la apropiación de los elementos conceptuales y metodológicos tratados en una unidad que representa el objetivo más importante en capacitación gerencial (la operación de una unidad de salud) solo podrá alcanzarse plenamente y de forma coherente con la con-

cepción metodológica adoptada si se parte del dominio del saber y de las prácticas que han sido propuestas en las unidades desarrolladas previamente. Ello significa reconocer que es preciso orientar la intervención gerencial sobre la base de un juicio que la precede y preside, y que la adquisición de capacidades de manejo dialéctico en los planos intelectual y operativo (de juicio y de acción) no se hace a través de la búsqueda apresurada de un "conocimiento práctico" sobre gerencia. Es necesario, por lo tanto, revestirse de cautela al pretender utilizar solo una parte de esta propuesta de capacitación (dado el interés del objetivo y contenido mencionados antes, por ejemplo) sin antes procurar conseguir el dominio de los contenidos de las unidades anteriores. Además, el enlace de las tres unidades del curso tiene el propósito subyacente de construir una propuesta de práctica gerencial que no sea esencialmente prescriptiva, sino que busque un nuevo orden a partir del orden vigente o anterior. En términos concretos, lo que se pretende es que el proyecto de operación de las unidades de salud (que es el objeto de la Unidad III) resulte de una propuesta de reorganización de los servicios (tratada en la Unidad II), que a su vez esté fundamentada en la "evaluación" (formulada en la Unidad I).

LA OPERACIONALIZACION

La estrategia diseñada para la operacionalización de esta propuesta de capacitación se desdobra en dos momentos que son necesariamente distintos: la preparación de instructores y el desarrollo del evento educativo. Esto se debe a algunos factores fundamentales. En primer lugar, no se trata de un paquete de instrucción autoaplicable, por lo que se hace necesario preparar equipos locales de trabajo docente que adquieran un dominio total de la propuesta técnico-pedagógica, permitiendo de esa forma el desarrollo de procesos de enseñanza-aprendizaje que aseguren tanto la integridad de la propuesta como su adaptación a las diferentes situaciones en las que se implemente. En segundo lugar, la operacionalización del proceso educativo exige la dedicación permanente del equipo docente, ya que su pleno desarrollo se puede lograr solo a través de personal docente invitado o de procedencia externa. Por último, la implantación de la propuesta debe permitir la participación de todos o del mayor número posible de personas involucradas en la gestión de las unidades básicas de salud. No se trata de un esfuerzo parcial o aislado para la formación de una "masa crítica" en gerencia.

La preparación de los instructores⁴ incluyó la realización de cuatro seminarios en los que se proporcionó información básica sobre el pro-

⁴ El término "instructor" es de uso corriente en el Brasil y tiene una connotación oficial. Se utiliza para aquellos docentes responsables de impartir "instrucción" sobre el manejo de técnicas o aspectos específicos de las actividades en los servicios de salud.

yecto de capacitación, su situación en el escenario político-institucional y las justificaciones para su operacionalización, así como oportunidades para analizar críticamente las prácticas pedagógicas en los servicios de salud.⁵ También se discutió en detalle la programación de las distintas unidades. Los seminarios tuvieron una duración de 32 a 40 horas docentes. Al final del proceso se proyecta celebrar un quinto seminario con fines de evaluación.

Cuando se implanta el proyecto en un municipio o región, el desarrollo de las unidades didácticas se programa intercalándolas con los seminarios de capacitación docente. Los eventos pueden repetirse cuantas veces sea necesario, ampliando o renovando los cuadros de personas calificadas para la gerencia de las unidades de salud. También se podrán ofrecer simultáneamente a varios equipos gerenciales, dependiendo de la disponibilidad docente.

LA PROGRAMACION

Como ya se ha indicado, el proceso se integra con tres unidades didácticas, cada una de las cuales corresponde a una situación que hay que resolver. En consecuencia, el **propósito** y los **objetivos** de cada unidad se han previsto de acuerdo con el aprendizaje que se desea promover. La **secuencia de actividades** define la sucesión de las experiencias de aprendizaje que tendrán los alumnos con la orientación del instructor. Algunas de estas experiencias son **ejercicios o trabajos de campo** realizados por los alumnos en torno a situaciones que surgen en la práctica. El desarrollo de la secuencia se refuerza con breves orientaciones sobre el contenido, debates y presentaciones sobre el tema en discusión. Uno de estos —la elaboración y ejecución de un presupuesto público— es el tema de una guía específica, y se anticipa que en el desarrollo de otros temas críticos como ese se puedan elaborar otras guías que sirvan de referencia para la participación de alumnos y docentes en las discusiones. También se proporciona una **bibliografía básica** para cada actividad.

A lo largo de la actividad se procura que los participantes analicen, identifiquen y discutan fundamentalmente los siguientes: **el proceso de producción en una unidad de salud**; el contexto social en que este se introduce; las relaciones y transformaciones que se procura alcanzar; **las racionalizaciones subyacentes en torno a las prácticas de salud** que parten del objeto y los medios (tecnología) y tipo de trabajo (naturaleza y proceso)

⁵ Para alcanzar estos objetivos se utilizó la programación de una oficina de trabajo que fue conducida por el equipo de recursos humanos de la Organización Panamericana de la Salud en el Brasil, con el asesoramiento de Alina Maria de Almeida Souza, de NESP/UNB.

inherentes a cada una de ellas, buscando la reorganización de las prácticas en cada unidad de salud; y los elementos del **proceso de trabajo** (su objeto, sus medios y sus instrumentos), tratando de identificar formas de articularlos para asegurar la producción de servicios en una unidad.

Para garantizar el aprendizaje y facilitar el logro de los objetivos propuestos, se lee en conjunto toda la programación al inicio de cada unidad didáctica, con el fin de orientar a los alumnos en su utilización eficaz durante su desarrollo. A lo largo de la secuencia las experiencias programadas se centran en el trabajo en grupo, debates y exposiciones, consultas bibliográficas y apoyo audiovisual cuando sean necesarios.

Cada actividad ha sido planificada como un encadenamiento dinámico y progresivo que se desarrolla en un tiempo determinado. Para ello es necesario calcular aproximadamente el tiempo que se ha de llevar, sin rigideces ni limitaciones. Dependiendo del número de participantes y de la intensidad de las discusiones, algunas actividades resultan más prolongadas que otras. El monitoreo de la actividad por parte del instructor permite hacer ajustes y compensaciones en el tiempo a fin de que toda la secuencia se desarrolle con la longitud prevista.

El apoyo bibliográfico incluye documentos oficiales del Ministerio de Salud del país, textos de la bibliografía básica y algunos que fueron elaborados específicamente para esta actividad. El criterio de selección es que contribuyan a la sistematización y profundización del conocimiento sobre un tema, y la oportunidad de usarlos la señala el propio desarrollo del proceso. También se provee material complementario, según las necesidades individuales. A manera de ilustración se señalan algunos de los temas tratados por los materiales (textos) de apoyo:

Para la Unidad I:

Accesibilidad y evaluación de servicios, M.C. Fekete
Eventos centimela en evaluación de servicios, M.L. Penna
Determinantes de la situación de salud, R.P. Nogueira
Evolución y crisis de una política social, S.M. Teixeira
Políticas de salud en Brasil en los años 80, E.V. Mendes

Para la Unidad II:

Desarrollo de los distritos sanitarios, E.V. Mendes
Planeamiento y programación situacional, C.F. Teixeira
Programación en salud, I. Malachias
Sobre la división del trabajo, H. Braverman
Proceso de producción de servicios de salud, R.P. Nogueira

Para la Unidad III:

Administración estratégica de unidades de salud, M. Mandelli
Administración de personal, J.L. Castro
Gestión del trabajo en los servicios de salud, J.P. Santana
Administración de materiales en los SILOS, G. Vecina
Gestión de unidades de salud, G. Vecina
Planeamiento organizacional, G.R. Caravantes.

CONCLUSIONES

La capacitación de los cuadros técnicos de la red de unidades de salud de los municipios planteó dificultades para su inicio en la fecha prevista, algunas de las cuales derivaban del tiempo político de las administraciones municipales en el país, y otras se referían a la necesidad de capacitar previamente a los equipos docentes; en esta última se ha contado con la participación de ocho secretarías de salud municipales y cuatro secretarías estatales. Se espera que durante el primer año de la experiencia (1993) se habrá alcanzado la meta de participación de 1 500 dirigentes gerenciales con la coordinación de 50 instructores. Se prevé que el efecto capacitante se disemine mediante la incorporación de muchos otros municipios y se cuenta además con que los primeros equipos docentes extenderán su ámbito de acción, sustituyendo así, gradualmente, la necesidad de la cooperación técnica que al inicio del proceso ha sido intensa. Buena parte de las expectativas del buen suceso del proyecto se fundamenta en la decisión política y el grado de compromiso evidenciado por el Ministerio de Salud que incluye, entre otros, el aseguramiento de recursos para su ejecución.

REFERENCIAS

- 1 Mendes EV. *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Sao Paulo, Rio de Janeiro: Hucitec/Abrasco; 1993.
- 2 Questao Metodológica. En: Souza AM de A., et al. *Processo educativo nos serviços de saúde*. Brasília: OPS/OMS; 1991. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 1).

EDUACION PERMANENTE PARA LA CAPACITACION AVANZADA EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD: LA EXPERIENCIA DE NICARAGUA

*Angel Sánchez V.,¹ Douglas Sosa C.,² María Isabel Turcios,³ Claritza Morales P.⁴
y Nilda Villacrés⁵*

INTRODUCCION

En el proceso de implementación de los sistemas locales de atención integral en salud (SILAIS) en Nicaragua, se diseñó y ejecutó una fase de capacitación gerencial durante el período de octubre de 1991 a junio de 1992. Ciento sesenta profesionales participaron en la actividad de capacitación, que cubrió dos etapas. En la primera, de carácter general, se puso énfasis en el desarrollo de la capacidad gerencial de los niveles locales recién organizados. Esta actividad tuvo como población objetivo a los equipos de dirección de los SILAIS. La segunda, con características más específicas, estuvo dirigida a mejorar el desempeño de los participantes, que tenían distintas especialidades (enfermería, epidemiología, administración de finanzas, administración de la docencia y dirección de hospitales).

El desarrollo de esta experiencia reafirmó las propuestas iniciales acerca de la necesidad de profundizar, mediante un proceso de educación permanente de nivel avanzado, en la recién iniciada capacitación de los gerentes de salud del nivel local. En ese sentido, el Ministerio de Salud, a través de la Dirección General de Desarrollo de Servicios de Salud y con

¹ Médico y Profesor de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua (CIES).

² Médico y Director General de Políticas y Desarrollo Institucional, Ministerio de Salud, Managua, Nicaragua.

³ Socióloga y funcionaria nacional de PASCAP, Nicaragua.

⁴ Licenciada en Enfermería y Directora de Educación Permanente, Ministerio de Salud, Managua, Nicaragua.

⁵ Médica y Profesora de la Escuela de Salud Pública de Nicaragua (CIES).

el respaldo pleno de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) dirigió el proceso de planeación, negociación y ejecución de la propuesta de que trata este artículo, hasta alcanzar la construcción de un nuevo programa de desarrollo, al que se ha denominado Programa de Capacitación Avanzada en Servicios de Salud (PROCAVAN). Se incorporó al esfuerzo, como actor relevante, la Escuela de Salud Pública de Nicaragua (CIES).

En el marco de la negociación para llegar a los acuerdos finales —la cual tuvo lugar entre septiembre de 1992 y abril de 1993— y a pesar de los importantes cambios que ocurrieron en los niveles técnico-político y en la dirección del Ministerio, la aprobación final del Programa se materializó debido, en gran medida, al respaldo y a la intervención favorable de las altas autoridades de salud del país.

PROCAVAN se ha convertido en el instrumento técnico-político por excelencia dentro del marco de la propuesta nacional de educación permanente, que alienta grandes expectativas en cuanto a su potencial capacidad de contribuir, por un lado, al desarrollo del proceso de reforma del sistema de salud, y por otro, a la democratización del conocimiento y de la gestión de los servicios de salud en el nivel operacional.

PROCAVAN contempla la capacitación de 240 funcionarios del nivel local. Se da prioridad a la atención de la acción educativa dirigida a cinco funcionarios miembros del equipo de Dirección de cada uno de los 19 SILAIS, y a cinco dirigentes de los 27 hospitales más importantes del país. El programa ha iniciado su actividad en mayo de 1993. Dadas sus características, se prevé una duración de dos años para alcanzar plenamente los propósitos trazados.

El relato de esta experiencia se concibe, por una parte, como un aporte de Nicaragua a la temática en torno a los sistemas locales de salud en la Región de las Américas, y por otra como una contribución a la operacionalización de la estrategia de educación permanente.

EL ESCENARIO NICARAGUENSE EN LA ACTUALIDAD

PROCAVAN se inscribe en el escenario actual de Nicaragua como un esfuerzo más en la búsqueda permanente de un modelo de desarrollo que sea capaz de dar respuesta a la situación de extrema pobreza, inestabilidad política, subempleo y desempleo que la caracteriza. Se prevé que el producto nacional bruto (PNB) no crecerá más de un 3% anual en los próximos cinco años, ritmo insuficiente para enfrentar los problemas derivados del crecimiento vegetativo de la población. En relación con estos problemas se observan cambios demográficos importantes, como la duplicación de la población, la disminución relativa de la población menor de 4 años, y el aumento progresivo de los grupos en la tercera edad. Estas

tendencias serán más evidentes en los primeros cinco años del próximo siglo.

El estado de salud de la población no ha cambiado significativamente en los últimos cinco años. En efecto, en el perfil epidemiológico destacan las enfermedades de la pobreza, con marcada tendencia hacia el deterioro. La situación se ve agravada por el surgimiento de nuevas enfermedades, como el cólera y el SIDA, y cada vez son más frecuentes, en términos relativos, las enfermedades crónicas y degenerativas, los accidentes y la discapacidad, así como las enfermedades ocupacionales y las que se presentan como consecuencia de un medio ambiente hostil que no se ha podido modificar, pese a los múltiples proyectos que tienen como finalidad mejorar las condiciones higiénico-sanitarias y lograr un desarrollo ecológico sostenido.

La situación ha llevado al Estado a implementar programas de ajuste estructural como medida para enfrentar las distintas manifestaciones de la crisis económica mundial, que en nuestro país se manifiesta en un alto índice inflacionario y un marcado déficit del comercio y gasto público. Resulta evidente que el sector social se ve perjudicado al disminuirse el gasto público en salud y aumentarse el gasto privado de carácter familiar.

La reorganización de los servicios de salud a través de la implementación de los SILAIS es una estrategia prioritaria. Sus efectos se potencializan al promoverse paralelamente la búsqueda de diversas alternativas para el financiamiento del sector salud, especialmente de aquellas que hacen hincapié en una mayor participación y compromiso concreto por parte de la sociedad civil en las acciones de salud y en el sostenimiento del gasto.

En consecuencia, PROCAPAN no solo es una estrategia educativa orientada a mejorar el desempeño profesional. Al promover el desarrollo de la capacidad gerencial, crea condiciones para mejorar el trabajo de la institución en su conjunto y facilita, entre otras cosas, una mejor articulación entre las distintas intervenciones correspondientes a su ámbito de acción.

MARCO DE REFERENCIA

PROCAPAN toma como marco de referencia a los procesos de reforma institucional y de desarrollo de los SILAIS. A lo largo de ambos procesos, el desarrollo y la calificación de los recursos humanos constituyen una variable fundamental. De ahí que en el proceso de diseño curricular se hayan identificado los siguientes ejes fundamentales, que se interrelacionan entre sí:

De transformación institucional:

- proceso de descentralización;
- proceso de reorganización de los servicios de salud ajustado a los perfiles epidemiológicos de cada espacio-población particular;
- cambio del modelo de financiamiento, y
- desarrollo de la participación social.

De contenidos:

- eje epidemiológico, que permite un certero análisis de situación y la identificación apropiada de las intervenciones sanitarias necesarias;
- eje de la administración estratégica, que permite la planificación, conducción y gerencia de los servicios de salud en los distintos niveles de resolución del sistema, y
- eje investigativo, que se diseña como el proceso integrado de los ejes anteriores.

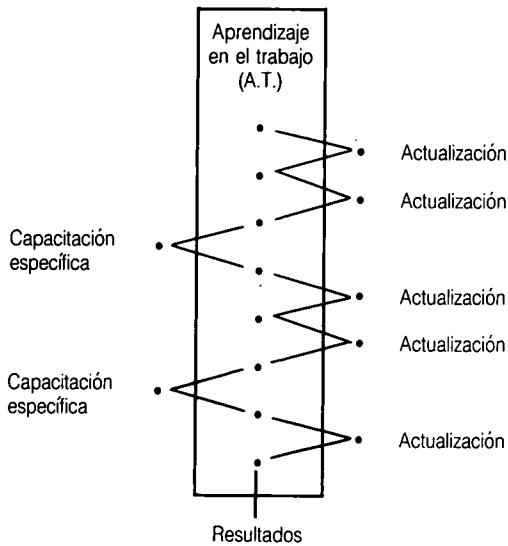
De pedagogía:

La propuesta pedagógica se desarrolla a través de tres modalidades educativas cuya articulación se procura a lo largo de su desarrollo. Se propicia el aprendizaje en el trabajo como estrategia fundamental (dada la connotación de educación permanente que se pretende impartir al proceso), pero la acción educativa también se complementa con otras modalidades, que son las de **capacitaciones específicas** y **actualización**. Se espera que su combinación balanceada y su aplicación a situaciones particulares garanticen el logro de los resultados operacionales, intermedios y finales que se anticipan en la implementación de los SILAIS (figura 1).

Las propuestas pedagógicas en que se apoya la educación permanente postulan el aprovechamiento de las incidencias del proceso de trabajo, especialmente las que se refieren a la caracterización de los problemas habituales que se presentan en dicho proceso, para estimular y promover el aprendizaje de las habilidades y conocimientos necesarios para enfrentarlos. En otras palabras, se plantea de esta forma el **aprendizaje en el trabajo** como estrategia que da prioridad a la reflexión-acción participativa y toma como ejes la identificación y el análisis de los problemas de la práctica en el servicio, convirtiéndolos en punto de partida para la búsqueda colectiva de alternativas de solución. El planteamiento metodológico incluye, entre otras cosas, sesiones de trabajo institucional, grupos de discusión, el estudio tutorial, el asesoramiento en el terreno, los trabajos orientados al ambiente y los proyectos de investigación-acción sobre temas específicos.

La estrategia mencionada puede apoyarse y consolidarse con modalidades de **actualización**. Esta se encamina, por una parte, a difundir conocimientos relevantes para el tratamiento de problemas críticos en el

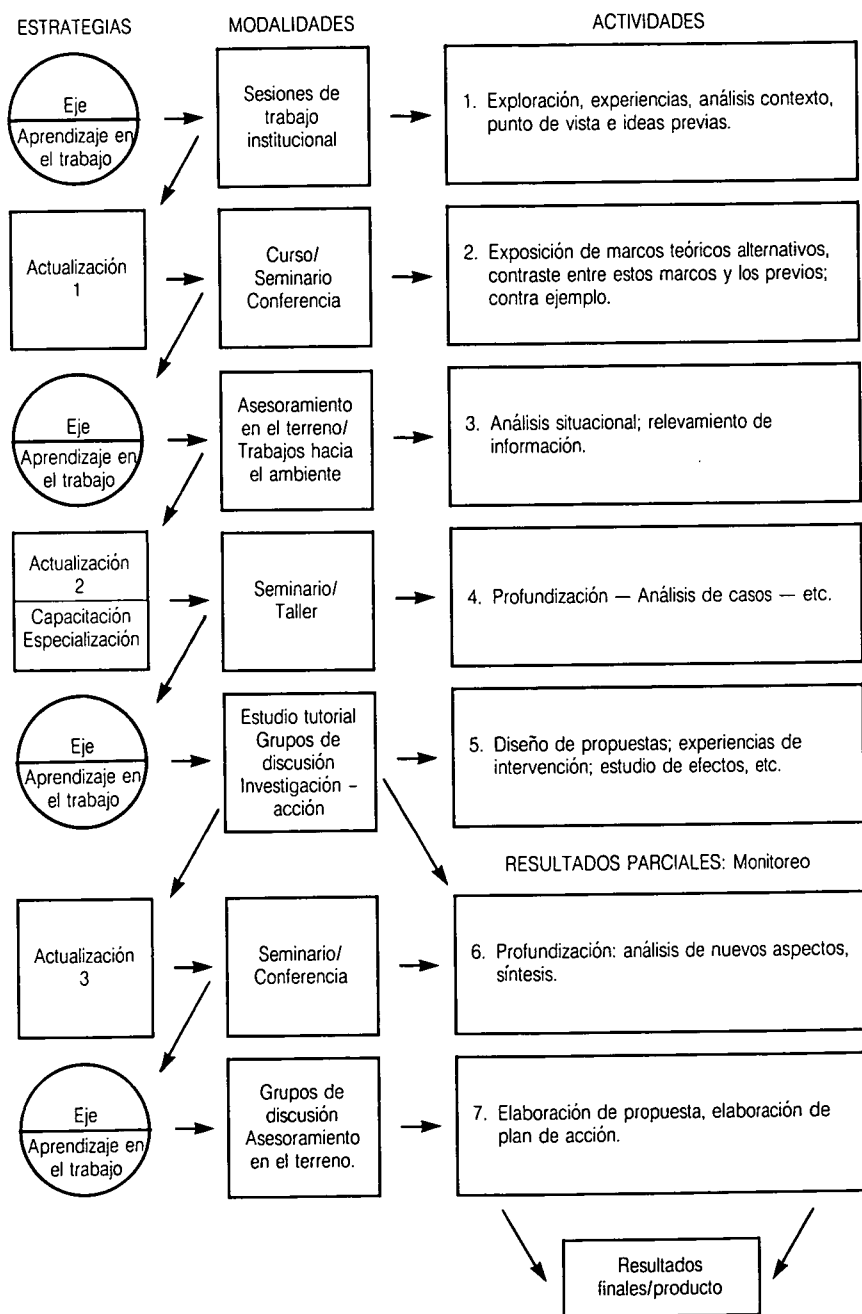
FIGURA 1. Estructura pedagógica del programa de capacitación.



desarrollo de los servicios, y por otra, a promover el análisis de nuevos enfoques conceptuales y operativos. Se trata básicamente de incorporar al conocimiento vigente todos aquellos elementos informativos que surgen de la evolución científico-tecnológica. El proceso de aprendizaje se nutre, por consiguiente, utilizando una profusión de recursos, tales como cursos y seminarios sobre unidades temáticas a propósito de situaciones particulares. Este formato metodológico permite articular distintos recursos y medios consagrados por la tradición: conferencias, paneles, trabajos en grupo, estudio independiente, y demás. Su impacto ulterior dependerá, en gran medida, de la pertinencia temática y sobre todo de la interacción y articulación que establezca con la estrategia de aprendizaje en el trabajo.

Finalmente, cabe considerar en este contexto el conjunto de medios y técnicas educativas destinadas a proveer **capacitación específica**, la cual responde a los requerimientos específicos de determinados puestos de trabajo. Esta asume las técnicas y recursos propios de la actualización, así como las actividades de interacción y ejercicio colaborativo (entre ellas talleres, jornadas de estudio, análisis colectivo de casos, ejercicios operativos, trabajos en grupo). La figura 2 ilustra el flujo del trabajo educativo que aquí se describe.

FIGURA 2. Flujo del trabajo educativo en el programa de capacitación.



LA IMPLEMENTACION

Se dispuso desarrollar PROCAVAN en tres fases: la preparatoria, la de implementación y la de análisis de resultados y evaluación. En la **fase preparatoria** se realizaron las diferentes acciones de negociación y preparación del programa, incluidos los aspectos organizativos, la selección y capacitación de capacitadores (docentes para los cursos y facilitadores para el trabajo pedagógico en el terreno), y la programación analítica de las distintas actividades educativas incluidas en el diseño curricular. Entre los resultados de dicha fase destacan los siguientes:

- la firma de un acuerdo interinstitucional entre la Ministra de Salud de Nicaragua, el Representante de OPS/OMS en el país y el Director Ejecutivo del CIES;
- la selección de los docentes para el desarrollo de los cursos, seminarios y conferencias, así como de los facilitadores (tutores) de las acciones en el terreno. Los docentes provenían de las tres instituciones y su selección corrió a cargo de la Dirección Superior del Programa, que estaba representada por quienes firmaron el acuerdo interinstitucional. (Los tutores o facilitadores deben tener una maestría en salud pública y experiencia laboral y docente);
- la capacitación pedagógica de docentes y facilitadores;
- la elaboración de la programación analítica de las actividades educativas (cuadros 1, 2 y 3);
- la selección y preparación de materiales y bibliografía, y
- la coordinación del apoyo infraestructural para el desarrollo de las actividades.

La **fase de implementación** se refiere a la puesta en marcha del plan a partir de los primeros estadios de concentración. Con ella se pretende alcanzar, entre otras cosas, los siguientes resultados:

- lograr los objetivos educacionales propuestos para cada unidad, módulo y programa correspondiente;
- elaborar y perfeccionar constantemente el análisis de la situación de salud en cada uno de los espacios-población correspondientes, identificando en ellos problemas de salud terminales, intermedios y potenciales, y posteriormente dar prioridad a los más importantes, destacando los elementos críticos más importantes;
- desarrollar y perfeccionar instrumentos gerenciales en cada uno de los SILAIS participantes, y
- el diseño y perfeccionamiento de planes estratégicos institucionales y de intervenciones sanitarias sistemáticas.

CUADRO 1. Módulos y unidades educativas del programa de administración estratégica hospitalaria.

MODULOS	UNIDADES EDUCATIVAS
I. INTRODUCTORIO	Introducción a la Administración estratégica en hospitales Desarrollo organizacional hospitalario Epidemiología en la administración estratégica hospitalaria Planificación estratégica institucional Sistema de información gerencial Administración de sistemas técnico-administrativos
II. ESPECIALIZACION	Epidemiología intrahospitalaria Proceso directivo en hospitales Administración estratégica de los recursos humanos Administración de los recursos materiales y físicos Administración económico-financiera Investigación operativa e informática I Alternativas de financiamiento hospitalario
III. PROFUNDIZACION	Monitoreo y evaluación en servicios hospitalarios Epidemiología para la intervención clínica Evaluación económica-financiera Acreditación y garantía de calidad Modelo de aprendizaje participativo
IV. OPCIONALES	Investigación operativa e informática II Proyectos de inversión

CUADRO 2. Módulos y unidades educativas del programa de administración estratégica en servicios de salud.

MODULOS	UNIDADES EDUCATIVAS
I. INTRODUCTORIO	Descentralización en los sistemas y servicios de salud Organización de los SILAIS Epidemiología aplicada a la administración de servicios de salud Planificación estratégica en salud en el nivel local Conducción y gerencia en SILAIS Administración económico-financiera Sistema de información gerencial Investigación operacional e informática
II. ESPECIALIZACION	Epidemiología de los problemas de salud del nivel local Proceso directivo en los SILAIS Desarrollo de los recursos humanos en el nivel local Administración de recursos materiales y físicos Presupuesto en los servicios de salud Investigación operativa e informática II Alternativas de financiamiento y atención en los sistemas y servicios de salud
III. PROFUNDIZACION	Monitoreo y evaluación de sistemas y servicios de salud Desarrollo comunitario Epidemiología especializada Modelos de aprendizaje participativo Investigación operativa e informática

CUADRO 3. Modelo para el desarrollo de las unidades educativas de PROCAPAN.

ACTIVIDAD	SEMANAS			
	1	2	3	4
1. Concentración inicial en la sede académica del programa en la primera concentración	X			
2. Definición de Plan de Trabajo de aprendizaje en el terreno	X			
3. Distribución, estudio y discusión de material bibliográfico y metodológico	X	X	X	
4. Monitoreo y apoyo educativo por profesores y facilitadores de cada SILAIS		X	X	
5. Preparación de Informe final por participantes por SILAIS			X	
6. Seminario en la sede académica del programa al inicio de la nueva etapa de concentración				X

Fuente: referencia 6.

La **fase de análisis de resultados y evaluación** corresponde al estudio del proceso, los productos y los resultados, así como a la ponderación de los logros y la evaluación final. Se anticipa, por consiguiente, contar con los siguientes resultados:

- la implementación de un sistema para el monitoreo y evaluación, por parte de los participantes, del propio plan estratégico de desarrollo de cada SILAIS, y de las instituciones participantes;
- la obtención de información para ajustar y perfeccionar la estrategia de organización de los SILAIS, y
- el fortalecimiento de las instancias que toman decisiones en cada uno de los SILAIS participantes.

La **fase de monitoreo y evaluación** acompaña simultáneamente al desarrollo de todas las fases anteriores y busca obtener información oportuna para detectar nuevas necesidades de intervención educativa, ajustar la planificación y programación correspondientes, vigilar las normas de calidad del proceso enseñanza-aprendizaje, asegurar la calidad del programa y la fundamentación necesaria para tomar decisiones en los distintos niveles de dirección estratégica, coordinación táctica y ejecución operativa. Los autores de este relato plantean, además, que esta fase del proceso facilita también la sistematización de todos los insumos que posteriormente servirán para evaluar el proceso y sus productos, así como para valorar tecnologías innovadoras aplicadas durante el proceso.

ESTADO ACTUAL DEL DESARROLLO DEL PROCESO

Se resumen a continuación los hechos relevantes que caracterizan el estado actual de los tres niveles gerenciales involucrados: en el nivel político-estratégico, la **Dirección Superior del Programa** desarrolla las funciones que le corresponden a través de los representantes oficiales de cada una de las tres instancias conductoras, el Ministerio de Salud, la OPS y la Escuela de Salud Pública (CIES). Las autoridades del primer nivel delegan en una **comisión técnica** (segundo nivel) las funciones tácticas del proceso. El tercer nivel es el operacional y está conformado por una **Secretaría Ejecutiva**, que tiene su asiento en el CIES y que controla los procesos de matrícula, acreditación, organización metodológica, aseguramiento docente y custodia de documentos.

La institución académica responsable, en este caso el CIES, ha establecido un sistema de créditos de acuerdo con la duración y el grado de complejidad de cada una de las actividades. Los créditos abonan al interés del recipiente para participar en actividades académicas futuras, como en el caso de la maestría en salud pública que también brinda el CIES.

FINANCIAMIENTO

El programa es también una experiencia de negociación interinstitucional, no solamente en los aspectos técnico-políticos, sino también en los de financiamiento. Como consecuencia de ello, el Ministerio de Salud ha emitido una resolución político-administrativa asignando recursos financieros y de otra naturaleza. Por su parte la OPS, a través de su Representación en el país, coordina, integra y dispone de recursos procedentes de diferentes programas que desarrollan acciones de educación permanente, y contribuye de esa forma a asegurar la viabilidad financiera del programa. Contribuye, además, con la participación de consultores nacionales e internacionales, que actúan como docentes y miembros de las diferentes instancias de coordinación política, táctica y operacional. Finalmente, la Escuela de Salud Pública aporta su capacidad instalada y el cuerpo de profesores, y también contribuye, proporcionalmente, al financiamiento.

CONCLUSIONES

- PROCAVAN constituye la más amplia y profunda experiencia de educación permanente implementada en el país como producto de un esfuerzo interinstitucional.

- La claridad de los resultados esperados en el proceso de reforma institucional y de desarrollo de los SILAIS en Nicaragua permite elaborar objetivos educacionales que se tratan de alcanzar a través del desarrollo de las unidades con que el Programa se ha estructurado.
- El sistema de monitoreo y evaluación busca introducir nuevos componentes y elementos para expresar las nuevas necesidades de intervención educativa detectadas en el curso del proceso, con miras a satisfacer las necesidades derivadas de las prácticas concretas de los participantes.
- El logro de los resultados propuestos dependerá de la medida en que se aseguren los otros factores que inciden en el proceso de desarrollo institucional.
- Las evaluaciones preliminares ya señalan la necesidad de que PROCAPAN continúe su trabajo educativo de forma permanente hasta modificar significativamente la capacidad gerencial en las unidades de salud de menor complejidad.
- La experiencia nicaragüense en el diseño, negociación e implementación inicial de PROCAPAN contribuye a resaltar el carácter necesario, la riqueza y el alto rendimiento de la labor interinstitucional en beneficio del país.

AGRADECIMIENTO

Los autores expresan su reconocimiento a la doctora María Cristina Davini, del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, al doctor Joaquín Molina, de la Representación de la OPS/OMS en Nicaragua, y a los doctores Humberto Montiel y Mariano Salazar, profesionales nicaragüenses, por su colaboración en el diseño de la propuesta.

BIBLIOGRAFIA

- Caldera J, Sánchez A. Metodología para el monitoreo y evaluación de la implementación de los SILAIS. Managua, Nicaragua; 1991.
- Davini MC. *Educación permanente de personal de salud en las Américas, Fascículo VI*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 83).
- Declaraciones del Ministro de la Presidencia de Nicaragua ante el Gabinete Económico. *El Nuevo Diario*. Managua, Nicaragua, enero de 1993.
- Escuela de Salud Pública de Nicaragua, Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Programa de capacitación gerencial para los sistemas locales de atención integral en salud (fase

- intensiva). Managua, Nicaragua: CIES/MINSA/OPS; 1991. (Documento mimeografiado).
- Escuela de Salud Pública, Ministerio de Salud, Organización Panamericana de la Salud. Evaluación de la fase intensiva del programa de capacitación gerencial de los SILAIS. Managua; Nicaragua: CIES/MINSA/OPS; 1992. (Documento mimeografiado).
- Nicaragua, Ministerio de Salud. *Marco conceptual de los sistemas locales de atención integral a la salud*. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud; 1992. (Serie SILAIS No. 1).
- Nicaragua, Ministerio de Salud. *Plan estratégico de desarrollo de recursos humanos en salud*. Managua, Nicaragua: Ministerio de Salud; 1992. (Serie SILAIS No. 4).
- Organización Panamericana de la Salud, Ministerio de Salud. Programa de capacitación avanzada para los sistemas locales de atención integral en salud, 1ª y 2ª versiones. Managua, Nicaragua: OPS/MINSA; 1992. (Documento inédito).
- Roemer M. Los sistemas nacionales de salud como intervenciones de mercado. Informe presentado en la Conferencia Rosenstadt, Universidad de Toronto, Toronto, Canadá.
- Sánchez A. Escenarios futuros en Nicaragua. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1993. (Documento de trabajo para grupo de consulta).
- SINEVI/CELADE. Población estimada para Nicaragua, 1980–2025. Managua, Nicaragua: SINEVI/CELADE.

L A EXPERIENCIA DE EDUCACION PERMANENTE DE LA UNIVERSIDAD DEL VALLE Y LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD DEL MUNICIPIO DE CALI, COLOMBIA¹

*Blanca A. de Cabal,*² *M. Victoria Granada Patiño,*³ *Nohemi B. de Infante*⁴
*y Amparo Vesga S.*⁵

INTRODUCCION

El presente artículo resume las experiencias de educación permanente en los sistemas locales de salud (SILOS) del municipio de Cali, Colombia, junto con la Escuela de Enfermería de la Facultad de Salud de la Universidad del Valle. La experiencia se da en los marcos del proceso de descentralización de la atención de salud en el país y del Programa de Desarrollo en Enfermería (PRODEN) para el suroccidente colombiano.

Presenta, partiendo de la experiencia de los SILOS, la situación en que estos se encuentran en el momento actual, en lo que se refiere a la educación permanente de los trabajadores del sector, sus campos de énfasis, el surgimiento de proyectos específicos y sus proyecciones.

¹ Escuela de Enfermería de la Facultad de Salud, Universidad del Valle, y Secretaría de Salud Pública Municipal, Cali, Colombia.

² Enfermera Magister en Administración de Salud y Profesora del Proyecto Univalle, Cali, Colombia.

³ Enfermera Magister en Salud Maternoinfantil y Profesora del Proyecto Univalle, Cali, Colombia.

⁴ Enfermera Magister en Salud Mental, Socióloga y Profesora del Proyecto Univalle, Cali, Colombia.

⁵ Enfermera Magister en Salud Pública, Coordinadora de la Red Nacional de Atención Primaria, Secretaría de Salud Pública Municipal, Cali, Colombia.

ANTECEDENTES

En las instituciones de servicio y de educación del área de la salud, las prácticas pedagógicas para el desarrollo del recurso humano se han caracterizado porque se reducen, por lo general, al desarrollo de acciones ocasionales, no continuas, fraccionadas y desligadas del acontecer y de los verdaderos problemas de la práctica. En general tienden a reproducir los intentos de lograr el aprendizaje por la vía de transmisión acrítica o "adiestramiento", a través de la cual se ha desarrollado tradicionalmente la capacitación.

La Universidad del Valle, y particularmente la Escuela de Enfermería, han venido desarrollando actividades de educación continua desde la década de los setenta. Estas actividades han caído bajo la influencia, en mayor o menor grado, de momentos coyunturales e intereses individuales y políticos, razón por la cual han contribuido poco a mejorar la calidad de la prestación de los servicios de salud y educación.

La Escuela de Enfermería se propuso como parte del PRODEN, Proyecto Univalle/Fundación W.K. Kellogg, junto con los servicios de salud y con la cooperación de la OPS/OMS, incorporar procesos de educación permanente en el trabajo de las instituciones. Para ello ha asumido un enfoque filosófico que implica un desarrollo metodológico impulsor capaz de fortalecer la intervención de los profesionales de enfermería de ambos sexos en la asistencia integral de salud, y de crear al mismo tiempo condiciones para que ellos puedan continuar su aprendizaje en el propio ámbito de trabajo, cumplir y enriquecer sus compromisos laborales, y alcanzar simultáneamente el desarrollo personal, institucional y comunitario (1).

Se concibe a la educación permanente como un proceso que promueve el desarrollo integral de los trabajadores de ambos sexos del sector, utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente normal del quehacer en salud y el enfrentamiento y estudio de los problemas cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiados para lograr el aprendizaje. Analizar los problemas, explicarlos y estudiar sus causas, así como formular alternativas y analizar el producto final de las acciones correspondientes, son los elementos que contribuyen a construir tal aprendizaje en la realidad concreta (2).

La educación permanente se adopta como proceso basado en premisas como las siguientes:

- El proceso educativo en salud está constituido por una serie de acciones concatenadas entre sí y **orientadas a obtener un aprendizaje en la realidad del trabajo normal: es un proceso permanente.**
- El trabajo habitual de los servicios es el **eje central del aprendizaje.**

- La educación debe responder al contexto real **del que emana la problemática social, política y sanitaria del país.**
- La educación permanente es una acción de equipos que pone énfasis en la interdisciplinariedad.
- La educación permanente **promueve relacionamientos diferentes entre los “profesores” y los trabajadores de los servicios.**
- La capacitación del personal no es un elemento adicional del trabajo en salud, sino inherente al mismo.
- La capacitación se apoya en la investigación, que le confiere un carácter innovador y permanente. (2)

De esta manera se consigue una educación abierta (“liberadora” en el concepto Freirian), en la que la participación activa y la crítica son características fundamentales. Se trata de **un método activo que da la máxima importancia a la iniciativa personal y a la creatividad, características estrechamente vinculadas con la criticidad** (3).

La discusión de planteamientos como los anteriores, así como el estudio de la situación prevaleciente en los servicios de salud de Cali y la relación permanente entre estos y la Universidad del Valle, crearon condiciones propicias para la búsqueda de propuestas innovadoras basadas en el trabajo conjunto y orientadas a promover transformaciones en la práctica de los servicios. En ese marco de pensamiento y de trabajo se consideró la necesidad de replantear el problema educativo del personal de los servicios, llegándose a formular una propuesta educativa apoyada en los principios de la educación permanente ya mencionados. El momento era oportuno, porque se desarrollaban ya una serie de movimientos sociales a partir de los procesos de descentralización y de la implantación de la autonomía local. A ello se agregaba el hecho de que la participación social, elemento clave de la democratización, estaba resultando en nuevos planteamientos y formas de abordaje de la función de los servicios de salud en cada municipio.

ESTRUCTURA DE SERVICIOS DE SALUD EN CALI

Los escenarios actuales en Colombia incluyen los desafíos y retos de la modernización, el incremento de la violencia, y las nuevas formas de subsidio de los servicios. Estos son problemas para cuya atención se necesitan profundas transformaciones de las formas de trabajo, en concordancia con el adelanto científico y tecnológico. Cali, con 1 710 000 habitantes, ha desarrollado, junto con la universidad, un sistema de salud orientado, desde hace varias décadas, a la regionalización, la descentralización por niveles de atención y la redefinición del equipo comunitario, con una visión cada vez más cercana a las necesidades locales. La existencia de estas condiciones

permitió en 1989 encontrar puntos de equilibrio entre las estructuras vigentes de la secretaría de salud y las políticas de desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud impulsadas por la OPS. Estos hechos están articulados con otras incidencias que se daban en el contexto nacional, sobre todo en relación con los movimientos que desde 1986 se vienen generando en el país en torno a la democratización y descentralización del estado (4).

En 1989 se adoptó la división de la ciudad en **comunidades**, al mismo tiempo que se logró un mejor reordenamiento y una planificación más eficiente, creándose los Centros de Atención Local Integrada (CALI) con el fin de facilitar las acciones intersectoriales con los denominados comités intersectoriales y el acercamiento de los ciudadanos a la administración pública para el pago de los servicios y obligaciones tributarias. Cada comunidad, de las 20 en que se divide la ciudad, tiene una población entre 60 y 90 mil habitantes y cierto grado de homogeneidad socioeconómica. El sector de la salud, mediante el acuerdo 025 de 1989, reestructuró el sistema municipal de salud, masificando la estrategia de atención primaria y creando un núcleo de atención primaria por cada comunidad.

Este hecho permitió reestructurar las denominadas áreas integradas de salud, que se transformaron en sistemas locales de salud. En el caso de Cali, estos se definieron como unidades organizativas que pertenecían al sistema municipal de salud y se articulaban con él. Cada SILOS representa **el nivel local para las acciones de planificación y prestación de servicio (nivel 1 de atención)** y, mediante un adecuado sistema de referencia y contrarreferencia, se articula con los niveles 2 y 3 de atención. Cada SILOS agrupa de 3 a 5 comunidades o núcleos de atención primaria, creándose de esta manera seis SILOS para el área urbana y uno para el área rural. Este último agrupa a 15 corregimientos.

El SILOS cuenta con una red de servicios, puestos y centros de salud, cuatro de ellos con un hospital básico como cabecera de la red. Un equipo de conducción del sistema coordina las acciones de producción de la salud, reorienta la inversión social y trabaja en pro de la generación de una cultura individual y colectiva orientada hacia la promoción y protección de la salud.

A partir de reflexiones y debates sobre la concepción de salud en la década actual, se han generado planteamientos solicitando que el trabajo sea interdisciplinario, que se fortalezca con la incorporación de nuevos tipos de agentes de salud capaces de superar los modelos biomédicos tradicionales, y que estas personas estén habilitadas para participar activamente en el trabajo institucional (sociólogos, administradores de empresas, biólogos, educadores, y demás).

El enfoque de red, desarrollado en el nivel personal y comunitario como estrategia apropiada para optimizar el uso de los recursos y para articular los sectores público y privado, está recibiendo énfasis en los

sistemas locales de salud. Hay logros y adelantos, pero también afloran debilidades en el sistema municipal de salud, entre las que figuran problemas como la carencia de planes de desarrollo y la ausencia de procesos eficaces de descentralización política, fiscal y administrativa y de formas de participación social. Ello hace necesaria la cooperación de los ciudadanos en el desarrollo de procesos de cogestión y autonomía local, y exige profundas transformaciones promovidas en el seno de la universidad, como parte de los procesos formativos a su cargo. (El desarrollo de la investigación sobre múltiples áreas-problema que se producen en los servicios, como línea permanente del quehacer de los trabajadores de la salud, se cita aquí como un ejemplo ilustrativo del mensaje que se desea transmitir.)

LA EXPERIENCIA EN LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD

La incorporación de la educación permanente como forma de trabajo de los SILOS se inició en 1991 como mecanismo de gestión y a la vez como uno de los componentes fundamentales del PRODEN ya mencionado. El trabajo se ha llevado a cabo por un grupo docente-asistencial a partir de una **etapa de identificación de necesidades educativas en el nivel de las instituciones, la población y los profesionales de salud en general, y del personal de enfermería en particular**. Se recurrió a la técnica de celebrar talleres de sensibilización dirigidos al personal de los diferentes SILOS de Cali, el cual buscaba espacios para reflexionar sobre los procesos de la educación permanente y las estrategias para su mejor desarrollo. Uno de los propósitos era identificar posibilidades concretas de desarrollar, en cada SILOS, proyectos o acciones de educación permanente en el marco de un trabajo articulado con la universidad.

Los funcionarios de los diferentes SILOS recibieron oportunamente información y capacitación sobre el significado, la filosofía y los enfoques de la educación permanente a través de talleres de sensibilización y motivación, en lo que se incluyó también al equipo directivo de los SILOS. A partir del diagnóstico de necesidades (llevado a cabo por el PRODEN) y de las reflexiones colectivas realizadas en los encuentros y talleres, cada SILOS pudo determinar sus necesidades prioritarias para la capacitación requerida.

El SILOS 1 ha puesto énfasis en la necesidad de impulsar y desarrollar su modelo de atención basado en la salud familiar. Para ello se ha definido un plan de trabajo como experiencia piloto en dos unidades primarias (La Sultana y Brisas de Mayo) del núcleo de atención primaria de Siloé (comuna 10), que tiene una población total de 62 443 habitantes. El plan cubre a 36 familias, y tal cobertura se logra a través de distintas actividades docente-asistenciales. El equipo de funcionarios ha ayudado a

definir el rol del equipo de salud en el modelo propuesto, a elaborar y aplicar la ficha de encuesta familiar a las 36 familias del proyecto, a realizar un taller de salud familiar enfocado en la educación permanente, y a definir líneas estratégicas de trabajo.

Los resultados de las acciones realizadas para identificar las necesidades de capacitación de los profesionales y técnicos fueron determinantes para decidir qué proyectos educativos eran necesarios y qué orientación debían tener. Se cita como ejemplo un proyecto de trabajo – aprendizaje sobre los problemas de la salud ocupacional, el cual se definió a partir de las condiciones de riesgo detectadas en el Hospital Cañaveralejo, cabecera de la red de servicios del SILOS. Su creciente profundización y elaboración generaron a su vez otro tipo de elementos y necesidades que han creado la base para avanzar en la construcción de un plan de bioseguridad que garantice la protección de la salud de los profesionales y técnicos de dicho hospital que están expuestos a los factores de riesgo mencionados.

El SILOS 3 cubre las comunas 8, 9 y 12. En la segunda de estas, que tiene 64 563 habitantes, también se detectó la necesidad de enfocar las acciones de trabajo y educación en el problema de la salud ocupacional. Encuentros y jornadas para la discusión y estudio de la información han permitido detectar los riesgos ocupacionales de mayor importancia en el Centro de Salud Obrero y diseñar estrategias para combatir el problema a corto y mediano plazo.

El SILOS 5 llegó a identificar distintos tipos de necesidades, categorizadas por áreas, de las cuales ha dado prioridad a dos:

- un proyecto para el mejoramiento continuo de los funcionarios del núcleo de atención primaria N° 13, que comprende la comuna 13 (cuya población es de 97 554 habitantes). El examen de los problemas y necesidades gira alrededor de la **calidad de los servicios que se prestan a la población**. Se ha llegado a analizar los factores internos y externos que afectan de manera favorable y desfavorable la organización y funcionamiento del núcleo, y sobre la base de los resultados se ha elaborado una propuesta de trabajo continuo con los equipos de trabajo, partiendo de la realidad. La ejecución del proyecto está a cargo del personal que labora en el SILOS, que ha sido capacitado en los problemas que atañen a la educación permanente como metodología de trabajo. Los propios directores del sistema y del núcleo son los principales responsables de la actividad y de un **proyecto para el control de la enfermedad diarreica aguda** en que participan madres de la comunidad, a quienes se capacita para elaborar material didáctico apropiado para distintos grupos

comunitarios, a la vez que se promueve la instauración y uso de una planta para la preparación de sales rehidratantes, en coordinación con el UNICEF.

La preocupación por mantener un sistema permanente de vigilancia y fortalecimiento del sistema aquí descrito ha determinado, en el seno de los grupos, la necesidad de apoyo a través de acciones de **consolidación**. Un ejemplo es la creación de un **Grupo de Estudio-Trabajo en Atención Primaria**, que surgió como iniciativa de la Red Nacional de Atención Primaria y cuya actividad está coordinada por la Secretaría de Salud de Cali, razón por la cual involucra a todos los SILOS del municipio. El grupo está conformado por representantes del nivel central de la secretaría, de cada uno de los SILOS, de la Fundación para la Educación Superior y de la universidad. La misión y el propósito del Grupo se enmarcan en el trabajo interdisciplinario, la investigación y la participación. Sus estrategias fundamentales de trabajo son el desarrollo de procesos de educación permanente y la búsqueda de calidad total. En su quehacer el grupo procura desarrollar enfoques integrales, y para ello recopila, organiza y analiza la información científica sobre la atención primaria de salud, así como los relatos de experiencias en este campo. Esto permite un cuestionamiento continuo que permite revisar los conceptos vigentes sobre el tema y ajustarlos a la realidad colombiana. El Grupo considera que este tipo de actividades es parte esencial del proceso permanente de aprendizaje-trabajo, por cuanto se crean, de forma participatoria, espacios para la generación de conocimientos nuevos. Estos a su vez contribuyen a formular un paradigma que tiende a orientar filosófica y metodológicamente una **cultura de atención primaria**, en cuya construcción se empeña la Secretaría de Salud.

En resumen, se consiguieron los siguientes logros:

- se adoptó la propuesta de educación permanente y la calidad total como filosofía de trabajo;
- se avanzó en el conocimiento y se promovió la reflexión sobre la atención primaria sobre la base de información nacional e internacional y de las directrices y metas regionales;
- se dedica espacio a reflexionar sobre la situación del trabajo de los SILOS en el municipio de Cali, identificando los cuatro componentes de la atención primaria y sus indicadores para los sistemas locales de salud;
- se desarrollaron proyectos de investigación-acción participatoria en apoyo a la atención primaria de salud; y
- se da prioridad a acciones tales como la recopilación y revisión de información, encuentros y talleres en distintos niveles del sistema, intercambio de experiencias entre los distintos SILOS

y estudio de las condiciones de eficiencia para la gestión y elaboración de propuestas conjuntas de trabajo.

Cabe recalcar que los diferentes proyectos de trabajo-aprendizaje en los SILOS han surgido por iniciativa propia de los grupos que laboran en cada uno de ellos, con una fuerte participación del personal de enfermería. La universidad ha dado un importante apoyo al desarrollo de dichos proyectos y ha impulsado las actividades de integración docencia - servicio.

LA SITUACION ACTUAL: LOGROS Y LIMITANTES

No obstante los avances y las transformaciones que se van evidenciando (como el fortalecimiento de los equipos con nuevos tipos de agentes de salud, las reorientaciones del trabajo en el nivel local, el desarrollo de la participación social, el acceso a una mayor financiación de los planes de educación del personal, y la generación de políticas de capacitación), resulta evidente al Grupo que **el proceso es aún incipiente y que la propuesta está aún en construcción**. Es necesario fortalecerla y consolidarla a través del ejercicio de modalidades pedagógicas innovadoras, flexibles y participatorias. Se necesita que los procesos tengan orientaciones precisas, y que se apoyen en el análisis de los perfiles epidemiológicos de cada SILOS. Hay que proveer el necesario apoyo financiero y administrativo para que dichos procesos sean capaces de superar los enfoques verticales y centralizados. Estos, por un lado, son desconocedores de la realidad local, y por otro están casi siempre orientados por planes tradicionales que no toman en cuenta ninguna política de desarrollo humano. Las políticas educacionales y de salud aún no han encontrado espacios amplios de acción, y el desarrollo de la investigación sobre las necesidades de formación es aún incipiente.

Reiteramos que hay logros atribuibles a la experiencia relatada. Pueden agregarse a los mencionados la apertura para la discusión y el análisis de procesos, proyectos y propuestas educativas; la creación de espacios cada vez más amplios para la educación permanente; y la generación de proyectos (apoyados por el PRODEN) que responden a las necesidades identificadas en la comunidad, en las instituciones y en los mismos grupos de trabajo. Logros relevantes son el desarrollo de trabajo conjunto entre los servicios y la universidad, y la sensibilización progresiva del personal directivo en lo que respecta a los procesos educativos.

También hay factores que limitan el decorrer del proceso. Entre ellos se encuentran la existencia negativa de grupos que trabajan siguiendo modelos tradicionales, ajenos a la crítica y la reflexión, y que por esto mismo tienen dificultad para penetrar en los procesos de la educación permanente.

En varios casos es notable la ausencia de modelos eficaces de articulación docencia-servicio-comunidad. La carencia, a estas alturas, de un sistema para el monitoreo y seguimiento del desarrollo de los diferentes proyectos de educación y de trabajo en los SILOS, es también un factor desfavorable de gran importancia.

PROYECCIONES

Los nuevos enfoques sobre salud y educación que germinan en Colombia (y en la Región de las Américas en general) se asocian con dos coyunturas actuales de enorme relevancia: por un lado, el debate nacional sobre nuevas formas de subsidiar la demanda de financiación para la seguridad social, y por otro, la necesidad de contar con instituciones que demuestren eficiencia y que apliquen formas innovadoras y creativas de prestar servicios de salud. Todo ello crea una situación cuyo enfrentamiento plantea retos personales y profesionales, en los que el desarrollo de procesos educativos de tipo permanente en los niveles locales cobra un espacio cada vez más importante para generar proyectos—respuesta a las necesidades sentidas y proyectos—contribución para transformar los servicios (aquí se incluye la recuperación del pensar de la comunidad y del trabajador de la salud en el replanteamiento de su quehacer).

REFERENCIAS

- 1 Cabal B, et al. *Proyecto de Desarrollo de Enfermería*. Cali, Colombia: Universidad del Valle; 1990.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud en la Región de las Américas*, fascículo I: *propuesta de reorientación*. Washington, D.C.: OPS; 1988. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 78).
- 3 Freire P. *Pedagogía del oprimido*. Madrid: Editorial Siglo XXI; 1975.
- 4 Concha A. *Salud urbana y procesos de descentralización: experiencia en los Sistemas Locales de Salud de Cali*. Cali, Colombia; 1993.

APORTES CONCEPTUALES PARA LA CONSTRUCCION DE MECANISMOS PARA EL MONITOREO DE LOS PROCESOS EDUCATIVOS EN LOS SERVICIOS DE SALUD¹

Jorge Haddad Q.,² Rutilia Calderón,³ María Isabel Turcios,⁴ Elia B. Pineda,⁵
Angel Sánchez V.⁶ y Claritza Morales⁷

INTRODUCCION

En el artículo de Roschke, Davini y Haddad de esta misma entrega de *Educación Médica y Salud* se ha hecho una revisión histórica de las principales incidencias de los últimos diez años en los países de la Región de las Américas, en el marco del proceso de construcción de una propuesta educativa para el personal que trabaja en los servicios de salud. Dicha revisión destaca, entre otras cosas, el importante papel asumido en este sentido por varios grupos de trabajadores de salud de distintos países, bajo

¹ Este artículo constituye un extracto de una publicación, actualmente en preparación, sobre el monitoreo de los procesos educativos. La publicación se está construyendo sobre la base de experiencias nacionales en los servicios de salud de varios países. De tales materiales, los autores han considerado útil extraer la sección que se refiere a los avances en la fundamentación teórica y conceptual del tema, a fin de proporcionar a los lectores de este número de *Educación Médica y Salud* un marco de referencia para que puedan comprender mejor las experiencias relatadas, algunas de las cuales se incluyen en este mismo ejemplar de la revista.

² Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., Estados Unidos de América.

³ Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras (al momento de escribirse este artículo).

⁴ Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Managua, Nicaragua (PASCAP).

⁵ Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

⁶ Centro de Estudios e Investigaciones en Salud, Managua, Nicaragua.

⁷ Ministerio de Salud de Nicaragua, Managua, Nicaragua.

el impulso estimulador y la coordinación del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (1).

En dicho artículo también se subrayan las características que fueron construyéndose gradualmente, señalándose que las experiencias que se han producido en distintos contextos y situaciones son las que han permitido **profundizar** en la mayoría de los planteamientos originales (fortaleciendo algunos y modificando otros), **precisar** el objeto de trabajo de la educación permanente, **ampliar** sus espacios y **articular** sus componentes con los de otras líneas de trabajo del sector.

La consulta realizada en Querétaro en 1988 (2) fue un espacio propicio para el análisis de la propuesta original. Permitió, además, identificar nudos críticos que hasta ese momento habían dificultado y retrasado su avance, y aportó elementos de juicio y criterios para que se revisaran algunas de las decisiones ya tomadas, contribuyendo así a dar viabilidad a otras opciones para la acción educativa en los servicios de salud.

Hubo importantes elementos de presión adicionales para que la OPS y las instituciones nacionales de salud y educación intensificaran sus esfuerzos por encontrar respuestas educativas a estas inquietudes: la continua búsqueda de modelos y esquemas para consolidar la estrategia de atención primaria, el inicio consecutivo de procesos tendientes a reorientar los sistemas nacionales de salud mediante el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales de salud (3), y la existencia de un debate en torno a la capacitación en el servicio en epidemiología y administración (4).

La consulta en Querétaro rescató los elementos fundamentales de estos procesos y recomendó su incorporación a la propuesta educativa original. Sin embargo, durante la experiencia global de su construcción y dadas sus particularidades, en un plazo corto se hizo evidente la necesidad de que el proceso propuesto contara con un mecanismo que, por una parte, garantizara su propio desarrollo de forma coherente con los propósitos y objetivos de las políticas, programas y servicios de salud (mantenimiento de la direccionalidad técnico-política del proceso), y por otra, aportara para consolidar el aprendizaje individual y grupal y, por consiguiente, a mejorar los resultados del desarrollo del trabajo colectivo.

El consenso sobre esta necesidad determinó que distintos grupos de trabajo en la Región iniciaran esfuerzos para identificar modalidades y esquemas que orientaran el trabajo en esa dirección. Surgieron así los elementos teóricos necesarios para fundamentar una propuesta preliminar de acción, los que venían a ser el resultado de la conjugación de aportes diversos, de pruebas en el terreno y de análisis de resultados parciales. Los grupos mencionados operaban tanto en los países como en el seno de la propia OPS. La propuesta inicial (originalmente llamada "**de monitoreo y seguimiento del aprendizaje**"), fue formulada por un colectivo de trabajadores de países de la subregión centroamericana (y fue publicada en el

Fascículo V de la colección de Educación Permanente de la OPS). Posteriormente se ha ido enriqueciendo progresivamente a través de distintas experiencias de trabajo en varios países. En algunos aspectos ha sido ampliada, y en otros ha experimentado mayores precisiones conceptuales. Esencialmente fue generándose la tendencia a ampliar su espacio de acción (es decir, el monitoreo del proceso educativo en lugar de circunscribirlo solamente al proceso de aprendizaje). Se avanzó en el conocimiento y percepción del potencial estratégico del monitoreo y en la interpretación y reconocimiento de diversas relaciones de asociación, interacción o complementariedad (entre ellas monitoreo y evaluación, monitoreo e investigación, monitoreo y proceso de trabajo).

Esta publicación forma parte de dicho proceso de ajuste y revisión. Constituye una respuesta a la necesidad de **replantear** el componente de monitoreo y seguimiento del proceso educativo sobre la base de profundizaciones conceptuales o avances operacionales. En ambos casos se trata de aportes que, al estar mejor definidos y perfilados, resultan más fáciles de usar como mecanismos que sirven tanto para asegurar la **direccionalidad técnica** que se ha mencionado como para mantener la **"permanencia" del proceso trabajo-aprendizaje** del cual es parte inherente. El Fascículo V que se ha mencionado, publicado en 1989, ya lo indicaba así en su página 4, al señalar que la propuesta preliminar debería seguir en revisión y estudio "con el fin de enriquecerla a lo largo de los próximos años con los aportes que al respecto puedan ser suministrados por los grupos latinoamericanos involucrados" (5).

EL PROBLEMA CONCEPTUAL

En general, el término **monitoreo** no ha sido lo suficientemente definido y más bien se ha utilizado como término genérico que debe ser especificado para cada situación particular.⁸ A comienzos de los años ochenta, el término comenzó a difundirse, sobre todo en relación con la administración de negocios o industrias. En los postgrados universitarios en estos

⁸ La palabra *monitoreo* es un anglicismo. El vocablo original (monitoring) no tiene una traducción apropiada al español. En inglés monitoring significa seguimiento (más bien, acompañamiento) o vigilancia cercana del curso de un proceso o actividad. Al utilizar el término en el campo financiero e industrial (y más recientemente en el de la salud), se ampliaron su significado y connotación en dos sentidos: el de detectar de inmediato las variaciones y alteraciones que pueden ocurrir en dicho curso de acción como consecuencia de influencias o interferencias (intrínsecas o extrínsecas), y el de crear condiciones para realizar nuevas intervenciones (educativas o de otra naturaleza) capaces de reorientar el proceso en cuestión hacia la imagen-objetivo a la que se espera llegar con la actividad trabajo-aprendizaje.

campos se ha definido el monitoreo como “**la comparación entre un plan, programa o proceso, y la realidad**”, y se ha señalado que “cuando ambos no coinciden, hay dos posibilidades: una es modificar el plan, la otra es identificar pasos y mecanismos para introducir cambios en esa realidad...” (6). Simultáneamente, las acciones iniciales en educación permanente trabajaban sobre la base de la propuesta original, que conceptuaba el monitoreo como “el seguimiento reflexivo y crítico del proceso de aprendizaje, que se obtiene al comparar el resultado de las acciones educativas frente al desempeño esperado, haciendo uso de indicadores de desarrollo de los servicios, los programas y el aprendizaje mismo...” (5)

Monitoreo no es sinónimo de **evaluación**. Tampoco se pretende, con la actividad de monitorear, sustituir a la actividad evaluadora. Sin embargo, no se puede desconocer el potencial de complementariedad que existe de parte del primero de estos conceptos respecto del segundo, sin que aquel (el monitoreo) conserve su función primaria, que es la de acompañar permanentemente a un proceso determinado que se da en un contexto de trabajo específico (la educación del personal de salud en este caso particular) y que tiene una direccionalidad y una integralidad que preservar, para alcanzar el fin propuesto. Con estas advertencias en mente, concordamos con quienes sostienen que **el monitoreo es un elemento asociado a la evaluación** (7), y algunos estudiosos de la cuestión hasta lo consideran **uno de los componentes críticos de la misma**. Hay casos, además, en que resulta evidente que el monitoreo aporta insumos iniciales a la evaluación, pero en ellos es necesario que el proceso sea completado a posteriori, utilizándose para ello técnicas diversas, incluso de investigación (cualitativa, operacional u otra) (8).

En cualquier caso, y con el propósito de aplicar esas ideas centrales al trabajo según se concibe en el contexto de los servicios de salud, partimos de algunas premisas. La primera se refiere a que en todo proceso de trabajo-aprendizaje hay necesidad de establecer mecanismos que garanticen una vigilancia permanente de la eficiencia, eficacia, efectividad y equidad de dicho proceso. Dicha vigilancia se realiza a través de la información que se obtiene, lo que facilita la toma ulterior de decisiones operacionales en función del objetivo final del proceso, que no es otro que promover cambios en las condiciones de salud y en la organización de los servicios de salud a partir de la modificación de los conocimientos y habilidades del personal de salud participante (9).

Lo expresado en el párrafo anterior tiene estrecha correlación con una segunda premisa: que el trabajo es una categoría de análisis de los procesos de educación permanente, en los que se destaca como **eje del proceso educativo, fuente de conocimiento y objeto de transformación**. Ello representa una ruptura con las formas academicistas de la educación que dicotomizan la teoría y la práctica, reduciendo el papel de esta última

a un mero campo de aplicación de conocimientos generados en otros niveles y contextos.

Aunque el concepto anterior se acepta actualmente para grupos cada vez mayores de trabajadores, esto no siempre fue así. Al inicio fue difícil incorporar la noción de esta asociación trabajo-aprendizaje, ya que dicha noción implicaba la ruptura de esquemas de pensamiento y actuación profundamente arraigados. También contribuían a la dificultad otros factores, tales como el hecho de que la complejidad intrínseca del proceso trabajo-aprendizaje se ve aumentada, entre otras cosas, porque los recursos humanos que son sujetos de dicho proceso se sitúan y actúan en diferentes niveles de trabajo (local, regional y central), lo que condiciona en gran medida la organización de un proceso educativo, y, en consecuencia, de su evaluación y monitoreo.

Por otra parte, y en función del trabajo que realiza, el recurso humano **media** entre los problemas de salud-enfermedad de los grupos poblacionales, por un lado, y por otro las respuestas institucionales (asistenciales o educativas) o sociales (organizadas o no) que son generadas frente a dichos problemas (10).

Concluimos, después de estas últimas consideraciones, que el proceso de trabajo tiene un **componente cognitivo** ligado a los conocimientos que sustentan las acciones, un **componente psicosocial** representado por los vínculos interpersonales, y un **componente institucional** que se expresa en la distribución de roles, responsabilidades y formas de actuar. La práctica de trabajo es ámbito de acción y reflexión, de cuestionamiento e indagación, y punto de partida para la búsqueda de informaciones y teorías (11).⁹

La tercera premisa se refiere al **potencial estratégico** del monitoreo, que implica la potencialidad de:

- articular el futuro con el presente ...
- articular la teoría con la práctica ...
- articular actores y perspectivas en conflicto (dada su naturaleza participativa) ...
- posibilitar el manejo de la coyuntura ...
- reducir el grado de incertidumbre intrínseco del proceso educativo ..., y
- crear condiciones para el aprendizaje de otros, ayudándoles a explicitar sus intencionalidades (10).

⁹ Hay muy poco material escrito sobre el proceso de trabajo, y el que existe aborda el tema desde los puntos de vista sociológico y económico. Sin embargo, para ayudar al lector a comprender esta sección del artículo, se le recomienda leer los trabajos recientes de Mendes Gonçalves (12) y de Brito, Novick y Mercer (13), citados en la lista de referencias al final.

Además, como ya se ha indicado, los dos componentes de que tratamos (el trabajo y el aprendizaje) avanzan articuladamente para constituir un proceso único, que tiene su razón de ser en la existencia de una situación dada (**la situación-problema**) que se desea superar y modificar (**la situación transformada, la situación o imagen objetivo**) (14).

En un país latinoamericano, la política de salud establece como una de sus directrices reducir la mortalidad por enfermedades del corazón de 168,0 por 100 000 habitantes en 1990, a 134,0 por \times 100 000 en el año 2000 (15).

En el ejemplo citado, la mortalidad por enfermedades del corazón en 1990 es la **situación-problema** o situación que se ha de superar (en el transcurso de los próximos 10 años). La tasa fijada para el año 2000 es la situación que el país desea alcanzar en ese año particular; es, en otras palabras, su imagen objetivo y será, con el tiempo, la **situación superada o transformada**.

El Ministerio de Salud del país en cuestión ha señalado una estrategia que se extiende de uno a otro de los extremos señalados. Su operacionalización ha requerido la emisión de una serie de directrices para la actividad en los distintos niveles de atención del sistema de salud. Se han señalado cursos de acción, funciones y responsabilidades que hay que cumplir; se ha hecho una previsión de costos y una asignación de recursos; se han emitido normas y regulaciones. Todo esto constituye un primer grupo de elementos que, actuando de manera integral, crean condiciones para desarrollar un proceso de trabajo coherente. Siguiendo con el mismo ejemplo pero con particular atención a los recursos, deseamos destacar los que se refieren a la fuerza de trabajo que impulsa y activa al mencionado proceso. Simultáneamente, al tratar los recursos profesionales y técnicos que intervienen (actúan) en el mismo, surge otro grupo de elementos para análisis: la **formación y capacitación**, y específicamente el aprendizaje de los conocimientos y **destrezas** necesarios para el desempeño de las funciones y **responsabilidades** asignadas a cada tipo de personal.

En suma, para lograr la meta fijada para el año 2000 en el país dado como ejemplo, es necesario promover el desarrollo de ambos elementos (trabajo y aprendizaje) **de forma articulada** y con una clara orientación hacia el propósito señalado, hacia la meta establecida y hacia la superación de la situación-problema en el plazo indicado.

Con el comentario anterior, hecho a propósito del ejemplo citado (y a propósito de experiencias similares que ocurren en distintos países y situaciones), se pretende reforzar lo que se ha señalado en la "Introducción": es necesario que la propuesta educativa cuente con un mecanismo que, como parte integral del proceso educativo, garantice el alcance de los siguientes propósitos fundamentales:

- mantener la direccionalidad técnico-política del proceso de trabajo-aprendizaje hacia la situación deseada,
- desarrollar acciones educativas adicionales para intervenir efectivamente en la etapa de consolidación del aprendizaje, y
- recuperar y sistematizar información útil para tomar decisiones en relación con la gestión de los servicios y de los programas de trabajo en salud.

Quisiéramos examinar más detenidamente el alcance y la amplitud del concepto, que es uno de los puntos que más discusión ha generado desde la propuesta original. Para este fin, y partiendo de algunas de las consideraciones previas, concordamos con la postura de varios grupos de consulta convocados para estudiar el problema. Como ellos, opinamos que todas las etapas del proceso de aprendizaje-trabajo (así como los factores condicionantes y determinantes que se asocian a ellas) son susceptibles de ser “monitoreadas” en su desarrollo, incluso en situaciones de conflicto. Este planteamiento es de particular importancia si se toma en cuenta que “la innovación en educación depende hoy no solo de factores técnicos sino también de variables de tipo económico, social, cultural y organizacional. Pero si observamos las prácticas educativas actuales vemos que tanto la formación básica como la postgraduada y “continuada” están lejos de incluir todas estas variables, y que los contenidos sociales y culturales en particular, están ausentes de la actividad formativa ...” (16).

Resulta evidente, por lo tanto, que el monitoreo del desarrollo de procesos educativos permanentes —que se propone se construyan alrededor del trabajo propio en un contexto determinado— no puede reducirse al examen de aspectos circunscritos solamente al fenómeno del aprendizaje solamente. Se trata, por el contrario, de una instancia de vigilancia permanente del proceso de trabajo-aprendizaje,¹⁰ que permite valorar y analizar el impacto que tienen sobre el mismo y sobre su direccionalidad —favoreciéndole o limitándole— los factores determinantes y condicionantes de los procesos sociales. Solamente de esta forma será po-

¹⁰ Uno de los grupos de consulta convocados en relación con este tema definió al proceso trabajo-aprendizaje como “la integración permanente del trabajo con el proceso educativo (este diseñado sobre necesidades y problemas del trabajo, a la vez que el aprendizaje expresado en transformaciones en el trabajo)”. Señaló además el grupo que “las características inherentes a los procesos sociales determinan y condicionan la posibilidad de direccionar y desarrollar el proceso de trabajo-aprendizaje planificado. Entre estas características se incluye el *conflicto* (los actores participantes del proceso tienen perspectivas, enfoques, objetivos diferentes que habrá que explicitar, confrontar y en lo posible conciliar), la *fragmentación* (cada uno de los actores tiene cuotas diferenciadas de conocimientos y experiencias, no hay una única verdad, lo que condiciona que cada uno busque proteger su parcela de poder), la *incertidumbre* y la *dependencia* (por ser un proceso dinámico, histórico, el PTA no es controlable ni previsible. Habrá imprevistos, problemas, necesidades emergentes, cambios de contexto, que se tendrán que prever, identificar y manejar” (17).

sible intervenir eficazmente en la reorientación del proceso y aportar a la construcción de nuevas formas de práctica en salud.

BASES PARA LA CONSTRUCCION DE PROPUESTAS DE TRABAJO

Las distintas aproximaciones conceptuales indicadas en las páginas anteriores coinciden en que hay un doble propósito en el monitoreo de procesos, de cualquier naturaleza que estos sean. Ello ya apunta a la existencia de dos planos de actuación implícitos en la concepción que se ha discutido: aquel en que se recolecta información básica para formular un diagnóstico acerca del mantenimiento de la direccionalidad asignada al proceso; y aquel en que se decide y se interviene para reorientar, realimentar o consolidar dicho proceso. Los siguientes son los dos momentos del monitoreo (5):

- el de **recolección y análisis de información**, que trata del rescate y sistematización de información relacionada con los diferentes componentes del proceso educativo. Sirve fundamentalmente para detectar acontecimientos o situaciones que inciden de una u otra forma en la direccionalidad del proceso educativo, y
- el de toma de decisiones o **realimentación del proceso**, que se refiere al desarrollo de nuevas intervenciones educativas que tienden a recuperar dicha direccionalidad, fortalecerla, o ambas cosas.

Es importante dimensionar apropiadamente la interacción entre ambos momentos. Para ello resulta útil reflexionar sobre lo que advierten Barrenechea y Chorny al respecto, cuando señalan que “el monitoreo estratégico no cuestiona la validez de los objetivos y estrategias de mediano y largo plazo, sino que se limita a proporcionar la información necesaria para ese eventual cuestionamiento...” (18).

Por otra parte, la experiencia de estos últimos años ha mostrado que esta propuesta (igual que la global de educación permanente) está en construcción. Es necesario seguir analizando las diferentes experiencias que van ocurriendo gradualmente. En ese sentido es de utilidad el planteamiento que sugiere la búsqueda y posterior divulgación de elementos fundamentales de trabajo y de criterios para la acción que sean coherentes con las consideraciones conceptuales aquí tratadas, sin pretender hacer vigentes fórmulas y cortes iguales para situaciones diferentes. Tales consideraciones pueden ampliarse con los siguientes aportes de diferentes grupos de trabajo:

- Tanto la información recolectada en el primer momento del proceso como la toma y ejecución de decisiones en el segundo, pueden estar afectando al proceso global o a uno de los elementos que intervienen en su desarrollo o que lo condicionan. Sobre esa base, la mayoría de los grupos consultados está de acuerdo en que la acción de monitoreo tiene implicaciones en ambos casos, ya sea para el proceso en su totalidad, o para cada uno de sus componentes en particular (desde el análisis de situación e identificación de problemas y necesidades, hasta el desarrollo del proceso educativo mismo).
- La información recolectada lleva a decisiones que no necesariamente son de naturaleza estrictamente “educativa”, sino gerencial, política o ambas. La opción metodológica que se elija tiene que tomar en cuenta la multicausalidad de los problemas que surgen en el trabajo, a fin de que su aplicación conduzca a la caracterización lo más completa posible de la “necesidad”, y al diseño de intervenciones de amplio alcance. (Véase, en este mismo número el artículo de Serrano y colaboradores sobre una experiencia en Bolivia, en la que el monitoreo del proceso total produjo información que, al ser confrontada con una serie de condicionantes propios del contexto nacional —en términos de viabilidad y factibilidad y criterios de equidad y eficacia—, condujo a un replanteamiento de toda la propuesta de educación permanente adoptada por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública) (19).
- Para mantener la direccionalidad técnica y política del proceso, varios de los grupos han privilegiado como punto de partida la identificación de las necesidades de aprendizaje y, consecuentemente, de las necesidades de intervención educativa. Uno de los grupos ha trabajado en el acompañamiento de la evolución que tienen las primeras como consecuencia de las segundas. Han reconocido las modificaciones graduales y observables que el proceso de trabajo-aprendizaje condiciona en el perfil de la “necesidad” de que se trata. (Véase al respecto, en este mismo número, el trabajo de Chang y Oquellí, que relata una experiencia en un postgrado de salud pública en regiones sanitarias en Honduras) (20). Además, esta situación, según perciben los grupos a que aludimos, crea condiciones para poder ajustar los componentes del proceso a los cambios que una situación coyuntural impone a la imagen objetivo (y en consecuencia, a la direccionalidad prevista), sea por la aparición de nuevas orientaciones políticas y estratégicas, o de situaciones no previstas que obligan a replantear el curso de la acción. (Ambas situaciones se presen-

tan claramente en este número de la revista en el artículo de Rodríguez y colaboradores sobre la experiencia de Cuba, (21).

- La primera publicación sobre este tema (5) privilegiaba, entre otras cosas, el uso de la investigación-acción y otras formas de investigación participativa, y la supervisión (especialmente la llamada “capacitante”) como estrategias de elección para obtener la información necesaria en el primer momento del monitoreo. Los grupos consultados señalan otras técnicas útiles según su experiencia. Uno de ellos señala que “por la naturaleza de lo que se propone como monitoreo del proceso educativo, es importante privilegiar los métodos cualitativos para la recolección, análisis e interpretación de la información, debido a que es a partir de la perspectiva de los diferentes actores que se construye la explicación e interpretación de los problemas previo a la toma de decisiones”. Esto, por supuesto, no excluye que en algunos casos los mejores indicadores sean los cuantitativos y, en esa eventualidad, las técnicas utilizadas deberán ser pertinentes.

Entre las técnicas señaladas por quienes han estudiado el tema se mencionan:

- la **entrevista** a informantes clave (cuando se trata de discutir un problema específico a profundidad),
- el **grupo focal** (técnica de investigación utilizada cuando se desea profundizar en aspectos cualitativos de los procesos y acontecimientos),
- el **grupo nominal** (proceso grupal para obtener opiniones y juicios colectivos que aumentan la racionalidad y creatividad cuando se enfrenta un problema no estructurado) (22),
- la **observación** (útil para obtener datos cuantitativos o cualitativos y adecuada para muestras pequeñas),
- la **investigación participativa** (contribuye a la generación de un conocimiento —del que se apoderan todos los involucrados— que integra la investigación con la educación. Es útil para buscar indicadores de problemas) (23),
- el **incidente crítico** (favorece la recopilación de información directa acerca de comportamientos efectivos e inefectivos observados en la práctica real, dentro de un papel específico) (24).

Es evidente que existen otras posibilidades que permiten alcanzar los fines propuestos. La **combinación de métodos y técnicas** es una opción obligada (“la triangulación se refiere justamente a que la observación y explicación pueden tener mayor credibilidad cuando se utilizan combi-

naciones de métodos, técnicas, fuentes de información y observadores”) (25).

El artículo presentado a los lectores para su consideración en esta ocasión ha tenido la intención, como su título lo explica, de aportar elementos para la reflexión y construcción conceptual en torno al tema citado. Esperamos que sirva de marco para facilitar la comprensión de las experiencias relatadas en este número de la revista, así como de instrumento de trabajo para otros grupos interesados en el tema.¹¹

REFERENCIAS

- 1 Roschke MA, Davini MC, Haddad J. Educación permanente y trabajo en salud: una propuesta en construcción. *Educ Med Salud*; 1993;27(4).
- 2 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (OPS). *Informe final de Grupo de Consulta sobre Educación Permanente en Salud*, fascículo VI. Washington, DC: OPS; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 83).
- 3 Organización Panamericana de la Salud. *El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud: informe de la XXXIII Reunión del Consejo Directivo de la OPS*. Washington, D.C.: OPS; 1988.
- 4 Ruiz L, Ferreira JR, Haddad J. Capacitación en servicio en epidemiología: redefinición de su marco referencial y metodológico. *Educ Med Salud*. 1990; 24(4).
- 5 Canales F, Turcios MI, Haddad J. *Monitoreo y seguimiento del aprendizaje*, fascículo V. Washington, D.C.: OPS; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 82).
- 6 Curso de administración de servicios de salud de la Universidad de Toronto. Toronto, Canadá: Universidad de Toronto; 1991. (Documento mimeografiado).
- 7 Saucier A. *Le système de monitoring á la direction de l'évaluation*. Paris: Direction Générale de Planification et Evaluation, Ministère de la Santé et des Services Sociaux; 1988.
- 8 Pineault R, Daveluy C. *La planificación sanitaria: conceptos, métodos y estrategias*. 2a. ed. Barcelona: Editorial Masson; 1989.
- 9 Escuela de Salud Pública de la Universidad de Toronto. Monitoreo como una estrategia de evaluación. Toronto, Canadá: Universidad de Toronto; 1992. (Documento mimeografiado usado en el Curso de Planificación de Servicios de Salud).
- 10 Calderón R. Elementos para una relectura de la propuesta de monitoreo y seguimiento de los procesos de educación permanente. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1993. (Informe de consultoría).
- 11 Haddad J, Davini MC, Roschke MA. *Marco de referencia para un Proyecto Multipaíses de Educación Permanente para Personal de Salud de la Región de las Américas*. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1991.
- 12 Mendes Gonçalves R. Proceso de trabalho em saúde. Rio de Janeiro, Brasil. (Documento inédito).

¹¹ Si se desea obtener mayores detalles y profundizar en los aspectos de desarrollo metodológico, especialmente en lo que respecta al problema crítico de los criterios e indicadores, sugerimos revisar una próxima publicación de los mismos autores sobre “Monitoreo de los procesos de trabajo y aprendizaje”.

- 13 Brito P, Novick M, Mercer H. El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. *Educ Med Salud*. 1993;27(1).
- 14 Haddad J. Informes de viaje a Honduras. Washington, D.C.; Organización Panamericana de la Salud; 1991 y 1992.
- 15 Cuba, Ministerio de Salud. *Objetivos, propósitos y directrices para incrementar la salud de la población cubana 1992-2000*. La Habana, Cuba: Ministerio de Salud; 1992.
- 16 Gelpi E. *Educación permanente: problemas laborales y perspectivas educativas*. Lima, Perú: Editorial Tarea; 1991.
- 17 Calderón R, Pineda E, Serrano CR, de Rodas I, Haddad J. Informe Final de la reunión de un Grupo de Consulta. San Pedro Sula, Honduras: Organización Panamericana de la Salud; 1991.
- 18 Barrenechea J, Trujillo E, Chorny A. *Salud para todos en el año 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas de salud*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia; 1991.
- 19 Serrano CR, et al. Educación permanente en Bolivia: un modelo construido por aproximaciones sucesivas en base a su monitoreo. *Educ Med Salud*. 1993; 27(4).
- 20 Chang MI, Turcios de Oqueli R. Monitoreo del proceso educativo en un postgrado de salud pública en Honduras. *Educ Med Salud*. 1993;27(4).
- 21 Rodríguez MS, et al. Educación permanente para el médico y la enfermera de la familia en Cuba: el caso de Pinar del Río. *Educ Med Salud*. 1993;27(4).
- 22 Mottinaglia S, et al. *Systems tools for project planning*. Toronto, Canadá: Universidad de Toronto; 1991. (Curso de administración en salud).
- 23 Hall T, Budd S. Investigación participativa. En: *La investigación participativa en América Latina*. Pátzcuaro, México: CREFAL; 1983.
- 24 Polit D, Hungler B. *Investigación científica en ciencias de la salud*. 2a. ed. México, D.F.: Editorial Interamericana; 1987.
- 25 Samaja J. La combinación de métodos: pasos para una comprensión dialéctica del trabajo interdisciplinario. *Educ Med Salud*. 1992;26(1).

APRENDIZAJE EN EL TRABAJO: MONITOREO DEL PROCESO EDUCATIVO EN UN POSTGRADO DE SALUD PUBLICA EN HONDURAS

Mayra Isabel Chang S.¹ y Rina Turcios Oquelí¹

ANTECEDENTES

Honduras es un país del istmo centroamericano cuya población se aproxima a los cinco millones de habitantes. De estos, 60% viven en áreas rurales o suburbanas que tienen todas las características sociales, culturales, demográficas, económicas, y laborales de la mayoría de las poblaciones latinoamericanas. También comparte con la mayor parte de los países de la Región el impacto negativo de la crisis económica mundial, el endeudamiento externo y el déficit interno, y la agudización de las precarias condiciones sociales como consecuencia de las medidas de ajuste económico (1). Estas medidas cumplen más el propósito de mejorar la estructura de producción que el de constituir una estrategia de desarrollo humano, lo cual da lugar a una acelerada tendencia inflacionaria y al consiguiente deterioro de las condiciones de vida de los más amplios sectores de la población hondureña. El servicio de la deuda externa tiene, por consiguiente, un costo sanitario que se debe considerar en los análisis de situación que sirven de fundamento a las decisiones sobre el sector social, entre ellas el financiamiento de la salud. Este se ve afectado actualmente por la puesta en boga de conceptos económicos que consideran los recursos invertidos en salud un gasto público no rentable (es decir, que no genera dividendos económicos inmediatos y cuantificables) (1).

El deterioro de la calidad de la vida de la mayoría de la población se manifiesta, de hecho, de diversas maneras: el descenso real de la producción per cápita; una mayor inflación; un menor ahorro interno; el aumento de la desocupación y el subempleo; la disminución de los niveles de inversión, y otros factores que contribuyen a aumentar la desigualdad

¹ Docente del Programa de Maestría en Salud Pública, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Tegucigalpa, Honduras.

y la pobreza. El carácter contraccionista de las medidas económicas — esencialmente la disminución del gasto en los sectores sociales (encarecimiento de la “canasta básica familiar”) y un mayor desempleo— repercute en la falta de una respuesta eficaz a las necesidades básicas y al empobrecimiento acelerado de la clase media y de los grandes sectores que ya viven en condiciones de pobreza.

Por otra parte, durante las dos últimas décadas las instituciones encargadas de la salud de la población (el Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social) han hecho un esfuerzo notable por orientar sus líneas de trabajo y priorizarlas en el marco determinado por los numerosos análisis y “diagnósticos situacionales” realizados por cada administración, por los acuerdos y recomendaciones de distintos foros internacionales en que el país ha participado, y por las contracciones y reducción presupuestaria ya mencionadas.

En Honduras y en el resto de los países vecinos uno de los principales factores limitantes es la cuestión del recurso humano. Es imprescindible que las instituciones que emplean personal y aquellas cuya función es formadora hagan esfuerzos coordinados por valorar el impacto de los recursos humanos en los diferentes ámbitos de trabajo, teniendo presente el desarrollo integral de los hondureños. Esto implica que las instituciones mencionadas deben asumir el papel de protagonistas en la formulación, ejecución, evaluación y monitoreo de decisiones, programas y proyectos políticos y sociales destinados a compensar las medidas de ajuste económico y postergación social ya descritas.

Lo anterior inspiró a la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras y al propio Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social a explorar la factibilidad de un proyecto conjunto para el desarrollo de un recurso humano de importancia crítica, no solamente desde el punto de vista *cuantitativo* (existen 0,02 salubristas por cada 1 000 habitantes en el país, cuando el requerimiento mínimo para las tres instituciones principales del sector salud es de 480), sino también del *cualitativo*, ya que se necesita un agente de salud capaz de dirigir procesos y proyectos sociosanitarios en los niveles regionales y locales del país. Se plantea, por consiguiente, la creación de un espacio para la formación de profesionales de salud pública en el marco de la realidad nacional y a partir de la reflexión y el trabajo concreto en torno a los verdaderos problemas sociosanitarios de la comunidad hondureña. La Universidad y el Ministerio asumieron el reto. Después de un período de cuidadosa planeación,² el Programa inició sus actividades a mediados de 1992.

² Se agradece el apoyo técnico y financiero brindado en esta etapa por la Organización Panamericana de la Salud a través de varios programas regionales y especialmente del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, el cual ha seguido acompañando el proceso.

EL PROGRAMA DE POSTGRADO

En Honduras, como en otros países de la subregión centroamericana, se ha adquirido experiencia en la generación de conocimientos y en la práctica sanitaria en distintos momentos históricos del desarrollo de la salud pública, sobre todo en los niveles regionales del país. Por otra parte, en épocas recientes se han intensificado el debate y el cuestionamiento de los modelos formativos tradicionales, lo cual ha abierto el espacio para la búsqueda y construcción de alternativas metodológicas y operativas y ha creado condiciones para desarrollar otros proyectos educativos que favorezcan el crecimiento teórico y metodológico y para realizar prácticas más integrales y participatorias.

El Programa de Maestría en Salud Pública se concibió como mecanismo para crear espacios de reflexión y acción que permitan reunir y articular los recursos existentes y formar individuos capaces de construir una corriente renovadora del pensamiento en salud pública, partiendo de una concepción integral de la salud **que incorpora lo biológico-social en lo individual-colectivo**. El programa así diseñado reúne características propias apoyadas en esa nueva visión del salubrista que se mueve en una realidad compleja y cambiante, que determina que el proceso enseñanza-aprendizaje sea flexible, oportuno, dinámico, y se base en un currículo que trasciende lo tradicional, y que busca ayudar a reducir la brecha que "todavía existe entre la teoría y la práctica a nivel operativo" (2).

El Programa está diseñado para que los estudiantes, que son todos trabajadores de los servicios de salud o docentes en este campo, incorporen durante el proceso el conocimiento de los factores que determinan la problemática sociosanitaria, sus interrelaciones e implicaciones, y los elementos cognitivos y habilidades necesarias para construir una respuesta que satisfaga las necesidades de salud de los grupos de población, las necesidades de desarrollo de los servicios, y las necesidades académicas.

- Se da prioridad a la unidad teoría-práctica, porque al estar ligados los alumnos a los servicios de atención y docencia, el proceso educativo refuerza la práctica y viceversa. (Los alumnos asisten a períodos presenciales una semana cada mes para desarrollar los contenidos teóricos.);
- el proceso de aprendizaje se sustenta en la pedagogía de la problematización, cuya esencia es, por un lado, el cuestionamiento del saber conocido y por otro, la producción de conocimientos nuevos. En ambos casos el objetivo es propiciar la elaboración de hipótesis validadas en la práctica para resolver los problemas encontrados;
- los contenidos temáticos se articulan en torno a cuatro ejes: epi-

demografía, ciencias sociales, planificación-administración e investigación. Sobre esta base, el currículo se ha construido con unidades de aprendizaje, cada una de las cuales agrupa actividades pertinentes a una de las 10 áreas-problema que fueron identificadas en el análisis. (Se entiende por unidad de aprendizaje un conjunto de experiencias de aprendizaje que se organizan alrededor de una situación concreta de trabajo en un servicio de salud, con el propósito de transformar una situación dada en una situación deseada o esperada) (3);

- el proceso trabajo-aprendizaje parte de necesidades de aprendizaje que derivan de la situación-problema. Estas son las necesidades sobre las que actúa la intervención educativa. Sus efectos se manifiestan a través de su desaparición (superación de la necesidad), modificación y sustitución (aparición de necesidades “nuevas”), o incluso de su persistencia sin alteraciones (la intervención educativa no ha logrado su propósito) (3);
- los hechos anteriores han dado pie a una modificación sustancial del papel del docente, tendencia observada desde que el programa de maestría inició su actividad. Implica no solamente modificar la concepción prevaleciente sobre la educación, el aprendizaje y el trabajo en salud, sino también manejar metodologías educacionales diferentes en que se incorporan al proceso educativo de otros actores sociales (el personal de los servicios, los usuarios y la comunidad).

La descripción anterior pretende ubicar al lector en el escenario global del Programa de Maestría en Salud Pública para que pueda interpretar y asimilar apropiadamente el relato siguiente. En este último se hace hincapié en un mecanismo que garantice el mantenimiento de la direccionalidad técnica y política del proceso educativo a través del suministro constante de información sobre la evolución de las necesidades de aprendizaje como consecuencia de la intervención educativa y del acercamiento o alejamiento de las transformaciones de la práctica, propósito ulterior de estos procesos (4).

MONITOREO DEL PROCESO: ASPECTO CONCEPTUAL

La descripción anterior señala, entre otras cosas, la propuesta pedagógica en que se apoya el programa educativo de postgrado a que se refiere este relato. Se trata de un **proceso descentralizado** con los siguientes rasgos:

- se construye a partir del manejo de problemas propios del trabajo normal de los servicios de salud;

- crea condiciones para que las situaciones de trabajo promuevan el aprendizaje de conocimientos y destrezas a la vez que generan conocimientos nuevos;
- se construye en torno a la problematización de la práctica concreta, la caracterización de problemas y la identificación de necesidades de aprendizaje y de intervención educativa; y
- utiliza un enfoque estratégico, orientado a alcanzar una imagen partiendo de una situación que hay que transformar.

Ante este planteamiento, el Programa señala la necesidad de un salto cualitativo en relación con el seguimiento del proceso, para establecer relaciones coherentes no solo con el enfoque educacional propuesto, sino también con el propio desarrollo de los servicios y fundamentalmente, con las necesidades de salud cada vez mayores de la población. En la construcción de un sistema para el monitoreo del proceso, fue necesario que los docentes y actores de los servicios se involucraran en un proceso de investigación-acción, el cual creó espacios para la reflexión y el debate sobre el tema. El grupo tuvo siempre presente los siguientes: la necesidad de profundizar en el estudio de los cambios que la maestría está propiciando en el proceso de trabajo-aprendizaje; la necesidad de garantizar el mantenimiento de la direccionalidad requerida; y la eventual contribución de un sistema de monitoreo a la toma de decisiones más oportunas para introducir los ajustes y cambios necesarios en dicho proceso.

El grupo docente analizó distintas propuestas y elementos a fin de construir una base conceptual que permitiera tratar el tema más a fondo en el marco concreto de las necesidades del Programa de Maestría y de las dos instituciones nacionales involucradas. Se partió de las propuestas preliminares divulgadas por la OPS y sustentadas en los trabajos iniciales de Canales y Turcios (5) y de otras propuestas subsiguientes. Se identificaron otros aspectos del proceso cuya relación con un sistema de seguimiento y monitoreo es recíproca (es decir, que este puede ser afectado por aquellos y aquellos por este). Entre ellos se encuentran la dinámica del desarrollo de los servicios de salud, las necesidades de salud de la población, las necesidades de planificación de los recursos de todo tipo, las características propias del modelo pedagógico y el desempeño de los actores que intervienen en el proceso educativo propuesto.

El Grupo alcanzó finalmente un planteamiento más operacional y más ajustado a las necesidades específicas del Programa, definiendo el monitoreo como el seguimiento permanente de la evolución que tienen las necesidades de aprendizaje como consecuencia del proceso educativo y del mantenimiento de la direccionalidad técnico-política del proceso trabajo-aprendizaje, con el propósito de desarrollar oportunamente acciones de refuerzo, reorientación o ambos para consolidar el aprendizaje (3).

El enfoque conceptual citado requiere, a criterio del grupo docente, dar forma más explícita al proceso trabajo-aprendizaje a manera de volverlo más operativo. Esto se refiere a la secuencia de acciones de trabajo que se realizan en un servicio o comunidad como parte de una estrategia diseñada para enfrentar un problema de salud, enfocando simultáneamente sus características relevantes, de cualquier naturaleza que sean, para propiciar el aprendizaje y consolidar los conocimientos y destrezas. Este fenómeno ocurre sobre la base de la explicación de los problemas, el análisis colectivo de sus causas, la previsión de sus consecuencias y la búsqueda de alternativas para su solución, todo realizado de forma participativa. Tanto el componente de trabajo como el de aprendizaje parten de las necesidades identificadas oportunamente, como ya se ha dicho.

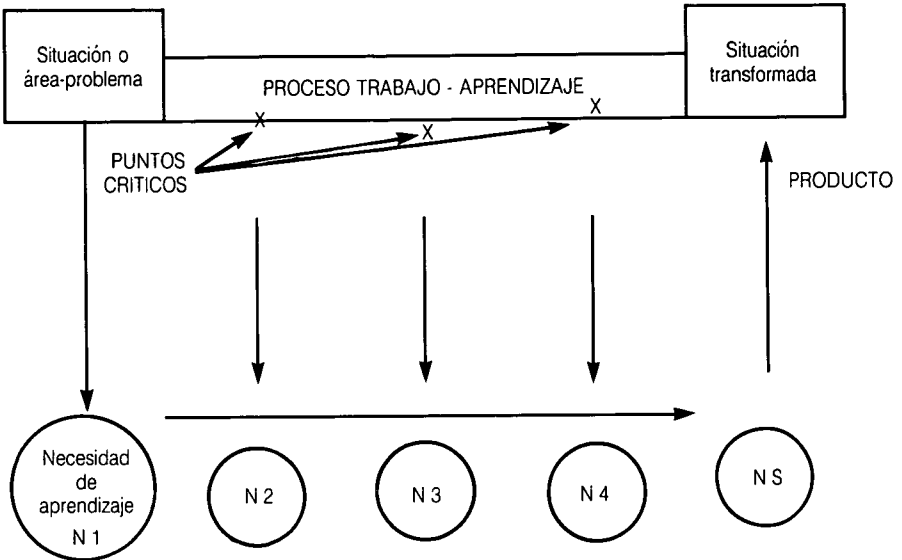
DESARROLLO METODOLOGICO

Como consecuencia de lo anterior, en esta propuesta el monitoreo se considera un **proceso integral**, de naturaleza **participativa y democrática**, producto de una **negociación**, que da prioridad al alcance de **resultados operacionales** inmediatos, intermedios y finales, y que formula, a partir de la información recaudada, criterios de **eficacia, eficiencia y efectividad** que favorezcan no solo la adquisición de conocimientos, sino la generación de conocimientos nuevos para transformar las prácticas de salud. El monitoreo es, por consiguiente, un elemento integrador del proceso educacional y de trabajo y no constituye de manera alguna un componente diferente, aislado o ajeno a la actividad propia del servicio de salud. En síntesis, la situación-problema es el punto de partida en que se apoya el proceso de trabajo-aprendizaje para lograr la situación esperada.

En el momento de poner en marcha la propuesta se encontró que había necesidad de construir, para cada unidad de aprendizaje, aproximaciones sucesivas del objetivo planteado (situación esperada) a fin de facilitar el seguimiento del proceso a través de la obtención de información sobre su progreso en la dirección deseada. Para ello se necesitaba, por un lado, disponer de parámetros, criterios o indicadores en qué basar las decisiones sobre el curso que se debía seguir en el proceso, y por otro, señalar los momentos del mismo en que la aplicación de dichos criterios era pertinente, factible y oportuna (figura 1).

En el momento de preparar este relato, el Grupo docente, atento a elementos de factibilidad operativa, actuaba de acuerdo con una decisión previa. Por lo tanto, trabajaba inicialmente sobre la base de criterios amplios y flexibles, poniendo énfasis en los aspectos cualitativos de la valoración y postergando la formulación de indicadores de mayor precisión cuantitativa hasta el segundo año del programa, en que se contará con una experiencia y una base de información de mayor amplitud (6).

FIGURA 1. Puntos críticos del proceso de trabajo-aprendizaje.



En la identificación de criterios se ha enfocado con particular atención la preservación de características de **validez, confiabilidad, pertinencia, viabilidad y flexibilidad** recomendados en las publicaciones iniciales sobre el tema (5).

COMO OPERACIONALIZAR EL SISTEMA

En el contexto del programa y de los servicios, se considera que la "vuelta al trabajo" (es decir, la reincorporación de los estudiantes a sus ámbitos de trabajo habituales después de concluir un período presencial) es un punto crítico "natural". La readaptación y la necesidad de prever las opciones y modalidades existentes para articular lo aprendido durante el período presencial con la realidad concreta del servicio generan condiciones particulares que exigen el seguimiento y la recolección de información actualizada sobre el proceso. Es así como en el transcurso de cada unidad el grupo docente visita, junto con funcionarios de los servicios, a los "alumnos" en sus ambientes de trabajo. La identificación de los productos obtenidos hasta ese momento, en términos de su aproximación a la imagen o situación esperada, permite juzgar el grado de mantenimiento de la direccionalidad del proceso y genera condiciones para acercar la teoría a

la práctica y tomar decisiones más oportunas encaminadas a concretar dicho acercamiento.

Hay otro conjunto de puntos críticos que no pueden determinarse con anticipación. Estos son la aparición de situaciones imprevistas, coyunturales o conflictivas, por una parte, o de otras que, aunque se hayan previsto, guardan la característica de coyuntura (cambios en la administración y dirección de la política de salud, desastres naturales, contracción mayor del gasto en salud, aparición de nuevos programas en respuesta a nuevos problemas sanitarios, y demás).

En las primeras unidades, por ejemplo, se esperaba que para el final de la tercera semana se hubiera iniciado un proceso de apropiación gradual y progresiva de los elementos teórico-prácticos necesarios para que los alumnos comenzaran a cuestionar su propio quehacer en los servicios. También se esperaba que estos estuvieran en condiciones de ampliar su concepto de la salud pública y de analizar sus implicaciones en el contexto nacional. La propuesta educativa plantea, además, que en las semanas subsiguientes el estudiante habrá desarrollado habilidades para identificar nuevos espacios de trabajo e incorporar gradualmente elementos de investigación en su quehacer, yendo de lo general a lo particular. Se plantean como productos intermedios la capacidad de identificar teorías y principios del área problema que concierne a cada unidad, discriminando, para cada propuesta de trabajo, los elementos facilitadores de los obstaculizadores y limitantes. La propuesta de trabajo en cuestión se construye en un espacio enmarcado, por una parte, en las necesidades de los servicios y la población, y por otra, en los señalamientos académicos de los ejes integradores del programa de maestría, que ya se han mencionado.

ESTRATEGIA OPERATIVA

Integrado con el desarrollo del proceso educativo ya descrito, se planteó el monitoreo como parte del programa de Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional Autónoma de Honduras. Se definió su propósito como el seguimiento del proceso, o más bien su acompañamiento permanente, a fin de crear las condiciones necesarias no solo para detectar cambios eventuales en su orientación, como ya se ha señalado, sino para identificar las causas del problema y así poder intervenir hasta lograr la reorientación del proceso y la consolidación del aprendizaje que se pretende promover. La decisión llevó a la creación de una unidad de conducción estratégica que se integró con el **núcleo docente** (conformado por el grupo docente central y los tutores que acompañan al proceso en los diferentes espacios de trabajo), el **núcleo interinstitucional** (integrado por las coordinaciones asociadas de los diferentes niveles de decisión del Ministerio y

la universidad), y el **comité académico** (integrado por docentes y alumnos), que aún no se había legitimado en el momento de escribir este relato. Contribuyen a la operacionalización del sistema, además de los mencionados, el personal de los servicios, los equipos de trabajo docentes y del servicio, y grupos comunitarios organizados en los sitios de trabajo.

MODALIDADES UTILIZADAS Y EXPERIENCIAS OBTENIDAS

El Programa ha instrumentado modalidades para seguir el curso y la dirección del proceso en todos sus momentos (tanto en los presenciales como en el momento "crítico" del reajuste a la actividad del trabajo (la "vuelta al trabajo"). Para dicha instrumentación se ha recurrido a criterios de análisis, que se han definido, para cada unidad, sobre la base de los productos esperados. La definición se hace colectivamente en la medida en que cada unidad inicia su desarrollo, pero a la vez continúa el proceso de seguimiento y monitoreo de aquellos productos que tienen continuidad con las unidades anteriores.

A continuación se resumen algunas experiencias que ilustran las modalidades ensayadas hasta ahora:

Visita a los espacios de trabajo. Esta modalidad suele utilizarse para establecer el primer contacto con los estudiantes en sus ambientes de trabajo, después de cada semana presencial. Tiene por objetivos identificar avances en el logro de los productos esperados, identificar cómo y en qué medida se han modificado las necesidades originales o han aparecido nuevas necesidades educativas, e identificar nuevos espacios de intervención. Es el momento "diagnóstico" o de recolección de información, del proceso (5).³

A continuación se relata una experiencia ilustrativa que tuvo lugar en la Unidad de Participación Social del Programa. El Centro de Salud con Médico (CESAMO) de la Colonia Monterrey está ubicado en el área de salud 1 de la región sanitaria metropolitana. El jefe de área es uno de los estudiantes del Programa de Maestría. El plan de trabajo incluye operaciones de limpieza en las áreas de influencia de sus espacios poblacionales. Se realizó una recolección de basuras en la Colonia Santa Isabel, con la participación de personal voluntario de la comunidad, que es quien suele promover estas acciones de saneamiento ambiental, y del propio personal de salud que es responsable del apoyo logístico y organizativo. La actividad se ha venido desarrollando una vez al mes, pero desde un prin-

³ Las distintas maneras en que evoluciona una necesidad de aprendizaje ya se han señalado en este artículo, pero el tema se puede ampliar consultando la referencia 7.

cipio se detectó la indiferencia de la población frente a esta actividad de autocuidado de la salud y persistió la disposición de desechos hogareños en las calles, el riachuelo vecino y otros lugares aledaños. Se prosiguió a diseñar estrategias para combatir el problema identificado, entre ellas la de buscar, con el personal y el estudiante de la maestría, mecanismos para lograr que las comunidades asuman la responsabilidad de sus problemas y busquen alternativas viables y más permanentes para resolverlos. Para este fin se desarrollaron actividades educativas con la población (en diversos ámbitos de reunión). Estas cubrieron aspectos de ecología y saneamiento ambiental en relación con la salud y propiciaron el desarrollo de la participación social, reconcebida a la luz de las realidades locales. Se suprimió gradualmente la noción de "colaboracionismo" en lugar de verdadera participación, y de esta manera se buscó transformar la actitud colectiva para favorecer el logro de cambios más permanentes.

Las visitas periódicas ya mencionadas permitieron al grupo docente y de servicios constatar modificaciones de actitud favorables en los habitantes e indujeron cambios gerenciales en el centro de salud, ajustados a diversas situaciones coyunturales. El fortalecimiento de la comunicación entre el jefe de área, el personal de salud y la comunidad fue un factor de importancia decisiva en el avance logrado.

Supervisión capacitante. Esta modalidad se utiliza cuando se busca fortalecer conocimientos ya adquiridos y prácticas de uso común o de incorporación reciente. Ha facilitado también la identificación de necesidades que no habían sido detectadas antes. El término con que se designa esta acción se ha usado ampliamente en otros países (8), pero la connotación en este caso particular ha sido modificada, como ilustra la experiencia resumida a continuación.

El escenario tuvo lugar en la región sanitaria 3, en el norte del país. La temática correspondía a la unidad curricular 6 (participación social), y el grupo de estudiantes estaba integrado por dos alumnos de la misma región y dos alumnos que también son docentes del Centro Universitario Regional del Norte. El personal de salud y la comunidad habían identificado como prioridad el problema del control de la malaria, y se trataba ahora de discutir un proyecto de intervención que involucraba a distintos actores sociales, incluido un grupo de apoyo técnico y epidemiológico del área. El proyecto fue diseñado y presentado por el jefe de área (alumno del programa de maestría), la estadígrafa de la región y el coordinador del programa de control de vectores de la misma. En la discusión que llevó a los acuerdos finales participaron el personal de salud del área, las autoridades de la región sanitaria 3, funcionarios del nivel central del Ministerio y funcionarios de la Agencia Holandesa de Cooperación, que apoya al programa en cuestión.

La presentación, ilustrada mediante gráficos y cuadros sobre la situación-problema, permitió dialogar ampliamente con todos los sectores participantes, discutir puntos críticos y ventilar las interrogantes que surgieron de dicha discusión. Punto central del debate fue el problema de la "participación", incluidos sus aspectos conceptuales, tácticos y de abordaje. La forma en que cada actor, especialmente la comunidad, interpretó su función, así como la identificación de otras instancias de poder en el área, fueron elementos de suma utilidad para la toma de decisiones ulteriores, tanto de trabajo como de educación. Esto se debió, entre otras cosas, a la incorporación de elementos innovadores en las prácticas de trabajo sobre este problema, específicamente en la recolección de datos, en el desarrollo de actividades de control propiamente dichas, y en la reorientación —al igual que en el primer caso— de la participación social. La visita de docentes, alumnos, personal de servicio y otros actores mencionados a los sitios de trabajo y a las zonas de influencia de la región sirvió para corroborar en el terreno, uno por uno, los elementos discutidos en la reunión citada. En la visita participaron otros actores: la auxiliar de enfermería, el colaborador voluntario y el evaluador de malaria del nivel local. La interacción de estos con los habitantes y su incorporación al escenario local fueron puntos de trabajo-aprendizaje importantes en el desarrollo de la unidad.

Este monitoreo específico del proceso de la unidad VI permitió, entre otras cosas, reflexionar sobre la medida en que el proceso se aproxima al logro de los objetivos (situación esperada) de dicha unidad (3) —ajustados en la reunión de discusión relatada—, identificando a través de dicha reflexión y analizando posteriormente las dificultades y obstáculos encontrados. La discusión y corroboración en el terreno sirvieron para fortalecer aspectos teórico-prácticos y metodológicos que era necesario ajustar para mejorar las acciones y avances posteriores del desarrollo del proceso. Finalmente, la técnica permitió valorar la aparición de cambios formativos, reflejados en nuevas formas de conducir los grupos y un mejor manejo de metodologías destinadas a promover la participación y facilitar su interpretación. Esto se consideró un avance indiscutible en lo que respecta al aprendizaje y adquisición en el trabajo de conocimientos y habilidades gerenciales necesarias para el desarrollo del nivel local.

Reuniones con los equipos regionales y de área y con las coordinaciones asociadas. Este tipo de encuentros, provistos a lo largo del desarrollo de las unidades temáticas, son un recurso esencial del sistema de monitoreo. Tienen por objetivo discutir y analizar críticamente con las distintas entidades involucradas el enfoque de las unidades de aprendizaje y su pertinencia para el logro de la situación esperada, a la luz de la política de salud del Ministerio y las necesidades y demandas de la población. También

cumplen el objetivo de permitir el intercambio de opiniones en torno al proceso educativo, partiendo de los cambios observados en las labores realizadas por los estudiantes en sus espacios de trabajo. Los criterios utilizados para el monitoreo, la viabilidad de sus estrategias, y la validez de los resultados obtenidos también son parte de este análisis colectivo.

Preparación actual de la incorporación de una nueva modalidad. El Programa actualmente prepara la **sala de situaciones** para registrar todos los “puntos críticos encontrados” (es decir, en todas las regiones y con todos los estudiantes del Programa) con fines comparativos y para facilitar la toma de decisiones sobre nuevas intervenciones y ajustes educativos. Aún no se ha producido una experiencia que se pueda relatar. El mecanismo de **discusión abierta** ha sido otro espacio de información y ha generado datos de enorme valor, ya que con estas discusiones se tienen los primeros indicios de la existencia de “puntos críticos” en una unidad particular. Sirven de punto de partida para emprender el camino hacia el segundo momento del monitoreo, el de la toma de decisiones educativas para reorientar la direccionalidad del proceso.

Finalmente, cabe mencionar que, al final de cada semana de actividad presencial y antes de retornar a los espacios de trabajo, los estudiantes participan en la *evaluación* del proceso global y de la unidad específica. De esta manera se obtienen valiosos aportes sobre metodología y contenidos, sobre la gestión y conducción del proceso, y sobre la existencia de conflictos —larvados o manifiestos— en el grupo.

RESULTADOS HASTA EL MOMENTO

Cuando se preparaba este artículo, el Programa estaba próximo a cumplir el primer año de su funcionamiento. De ahí que las autoras no puedan referirse a productos finales. No obstante, un rico acervo de experiencias parciales ya ha contribuido, sin ningún lugar a dudas, a valorar lo que ha estado ocurriendo a propósito de esta experiencia.

El monitoreo del proceso de trabajo-aprendizaje, tal como se ha descrito aquí, ha permitido evaluar los distintos elementos de las estrategias en que se basa este Programa, los cuales se describieron al inicio del artículo. Abordamos a este propósito la cuestión del manejo de un currículo integral apoyado en la articulación de cuatro ejes prospectivos, como se ha indicado antes. A través de estas acciones, que consisten en la vigilancia constante y cercana del proceso, se ha podido mantener la confluencia de los ejes, por una parte, y evitar su divergencia, por otra. Desde el momento del análisis situacional de los problemas, los ejes prospectivos se articulan, porque de ellos surgen distintos elementos que, al integrarse entre sí, contribuyen a

explicar dichos problemas. También se producen, a partir de ese momento, diversas orientaciones para la búsqueda de nuevas prácticas, de actitudes distintas hacia el trabajo, y de respuestas intersectoriales a las situaciones planteadas.

Las acciones de monitoreo realizadas a lo largo de la experiencia actual sugieren que cuando se avance en este proceso habrá que realizar investigaciones operativas que aporten insumos informativos más específicos y de mejor calidad.

También se han detectado cambios en el comportamiento del alumno que desempeña la función de jefe. Son más patentes, hasta el momento, nuevas formas de dirigir los equipos de trabajo; el uso ágil de distintas modalidades participatorias que antes se manejaban con muy poca eficacia o se desconocían por completo; una visión más integral del recurso humano, enmarcado en lo medicosocial; y la internalización (y consiguiente aplicación) del pensamiento estratégico en las acciones de planificación y administración.

Finalmente, cabe mencionar que el grupo docente también enfrenta problemas como resultado de las acciones de monitoreo, como sucede cuando, al evaluar el grado de aprendizaje en determinado momento del desarrollo de una unidad, hay que examinar los resultados a la luz de la existencia de limitaciones individuales o de grupo, o determinar si las estrategias metodológicas y el desempeño docente forman parte de la red causal. Los problemas de este tipo abren la puerta para desarrollar investigaciones en el área educacional, como parte de la búsqueda de explicaciones para construir opciones de trabajo.

Las autoras y el grupo docente del Programa de Maestría en Salud Pública, cuya experiencia hasta el momento ha servido de base para la presente comunicación, se proponen hacer nuevas divulgaciones en el futuro, a medida que avance el proceso y se vayan consolidando resultados que ayuden a construir colectivamente la propuesta de educación permanente del personal de salud.

REFERENCIAS

- 1 Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Facultad de Ciencias Médicas. *Plan académico del Programa de Maestría en Salud Pública*. Tegucigalpa, Honduras. UNAH; 1992.
- 2 Organización Panamericana de la Salud. *La crisis de la salud pública: reflexiones para el debate*. Washington, D.C.: OPS; 1992. (Publicación Científica No. 540).
- 3 Universidad Nacional Autónoma de Honduras, Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud. Sistema de monitoreo y seguimiento del proceso educativo del postgrado en salud pública. Tegucigalpa, Honduras: UNAH/MSPAS/OPS; 1992. (Documento de trabajo).

- 4 Haddad J, Canales F. de, Turcios MI. Monitoreo de los procesos de capacitación permanente: una propuesta de trabajo. *Educ Med Salud*. 1989;23(3).
- 5 Canales F. de, Turcios MI, Haddad J. *Monitoreo y seguimiento del aprendizaje*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1988. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 82).
- 6 Haddad, J. *Informe de viaje para colaboración con el postgrado en salud pública de Honduras*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1992.
- 7 Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Informe final de Grupo de Trabajo sobre investigación para la identificación de necesidades de intervención educativa*. México, D.F.: OPS; 1992.
- 8 Alvarez J, Santacruz J. *Colección de Educación Permanente de Personal de Salud*, fascículo III. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos N° 80).

EDUACION PERMANENTE PARA LA REORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA: MODELO CONSTRUIDO POR APROXIMACIONES SUCESIVAS EN BASE A SU MONITOREO

Carmen Rosa Serrano,¹ Guillermo González,² Fernando Robles,³ Hugo Pinto³ y Carlos Oropeza³

INTRODUCCION

La función de la educación permanente del personal de salud —no solo como trabajo educativo que permite el crecimiento y desarrollo del personal, sino también como estrategia que, desde la perspectiva de los servicios de salud, coadyuva a la reorientación y reestructuración en función de nuevas políticas y estrategias— ha estado claramente concebida en el plano teórico en el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia desde 1988. Los fundamentos y lineamientos teóricos acompañaban y seguían el movimiento que en ese momento tenía lugar en varios países de América Latina a raíz de la propuesta originada por la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1). Sin embargo, adecuar y ejecutar proyectos concretos en el contexto particular de Bolivia representaba varios desafíos, entre ellos los siguientes:

- Era necesario formular un modelo educativo que resultara interesante a las autoridades y jefaturas nacionales de los programas de salud y de servicio;
- Había que lograr el apoyo y la firme decisión del nivel político con respecto al proyecto;

¹ Consultor nacional de recursos humanos, Representación de la Organización Panamericana de la Salud en La Paz, Bolivia.

² Consultor de corto plazo, Representación de la Organización Panamericana de la Salud en La Paz, Bolivia.

³ Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, La Paz, Bolivia.

- Precisaba encontrar circunstancias coyunturales que permitieran desarrollar un modelo educativo adecuado para el contexto nacional, regional y local y que tuviera en cuenta las variaciones en el desarrollo de los servicios de salud;
- Era necesario involucrar a los organismos formadores de personal, universidades y escuelas de salud pública para ampliar la base de sustentación del proceso, especialmente en circunstancias que llevaran a los Ministerios de Salud a ampliar los procesos de calificación del personal;
- Había que producir cambios en las prácticas educativas institucionales, procurando abandonar las formas tradicionales y hegemónicas en las cuales el personal confía y tiene experiencia y sustituirlas por otras innovadoras y desconocidas, tanto para las autoridades como para el personal. Esto obviamente generaba falta de confianza en los posibles resultados.

A partir de 1989, la Dirección de Recursos Humanos, y más tarde el Departamento de Recursos Humanos de la Oficina Sectorial de Planificación del Ministerio, han venido realizando, con el apoyo de la OPS/OMS, grandes esfuerzos y tentativas para abordar y hacer frente a estos y otros aspectos. El propósito de esta publicación es recopilar y analizar la experiencia que se ha tenido hasta el momento, la cual se considera un gran avance en el proceso. El artículo se centrará en aspectos relacionados con los cambios del contexto, su análisis periódico y su influencia en la planificación de la acción. En él se pone énfasis en la detección de las necesidades de aprendizaje y de intervención educativa, en la planificación de programas educativos sobre la base de dichas necesidades, y en diferentes aspectos del proceso educativo, especialmente su desarrollo metodológico y su monitoreo, entendido este último como la fuente principal de insumos informativos para tomar decisiones sobre el curso que se debe seguir y sobre las reorientaciones y ajustes necesarios para obtener el resultado esperado.⁴

⁴ En el trabajo aquí descrito han participado varios grupos de profesionales de salud del Ministerio. Los participantes del taller de validación del material educativo para el desarrollo de la metodología fueron Elizabeth Michel, Harold Sánchez, Rosario Trujillo, Lucio Lantarón, Lourdes Calla, Fernando Robles, Hugó Pinto, Gualberto Astorga, Luis Criales, Carlos Oropeza, Ramiro Zuleta y Ana María Sux, del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública; Teresa Morales, Fernando Mendoza, Martha Montecinos y Freddy Córdova, de la Escuela Técnica de Salud de Cochabamba; Elba Salas y Juana Rojas de la Escuela de Salud Pública de la Paz, y Carmen Rosa Serrano, Mario R. Rovere y Myriam Gamboa, de la Representación de la OPS/OMS en Bolivia. Participaron también en los talleres de validación 40 profesionales de la Unidad Sanitaria Tupiza y sus cuatro distritos. Las propuestas fueron analizadas en dos reuniones nacionales de directores de unidades sanitarias y 89 distritos de todo el país.

ANTECEDENTES

El análisis de la situación del país, en los aspectos relacionados con la salud de la población y la cobertura, estructura y organización de los servicios de salud como mecanismos de respuesta, llevó al Ministerio de Previsión Social y Salud Pública a definir en 1989 un cambio importante en las políticas de salud. Confirió carácter prioritario, entre las estrategias de trabajo, a la descentralización, el desarrollo de los servicios de salud, la gestión social y la atención al niño y a la mujer en edad fértil (1). En el proceso hubo necesidad de revisar los esfuerzos anteriores en este sentido, tratando de identificar las razones por las cuales aquellos no dieron los resultados esperados. En consecuencia, se hicieron evidentes la **debilidad del sistema de salud** —que en un lapso de una década o más no había recibido inversiones significativas si se considera la magnitud del problema—, así como el **poco incremento de la cobertura y la poca capacidad de resolver los problemas en todos los niveles de atención**. Una explicación parcial del problema radicaba en la cantidad y calidad del personal profesional, técnico y auxiliar que laboraba en los servicios de salud. La presión generada por esta situación llevó al país a proponer la ejecución de proyectos para fortalecer el sector de la salud en todos sus departamentos geográficos, políticos y administrativos.

Como resultado de lo anterior, las instancias correspondientes del Gobierno negociaron con entidades internacionales distintas opciones para concretar relaciones de colaboración técnico-financiera y apoyo a proyectos prioritarios en el sector social. Uno de ellos, el de fortalecer la infraestructura del sistema de salud, recibió uno de los préstamos solicitados por un valor de 50 millones de dólares americanos.

Las políticas de descentralización, desarrollo y fortalecimiento de los servicios de salud, resumidas en el planteamiento para el desarrollo de los distritos, representaban un cambio importante no solo en la estructura del sistema de salud, sino también en su funcionamiento y operacionización. En este marco, la transición de una forma de organización centralizada —que operó siempre a base de normas verticales y sujeta a un régimen de directivas emanadas del nivel central— hacia la concepción de un sistema descentralizado que prevé la delegación de autoridad, que está dotado de facultades para adecuar las normas según sea necesario, y que promueve la organización de gobiernos locales capacitados para tomar decisiones propias, fue un proceso prolongado y complejo. Dicho proceso también requería el concurso de otras líneas de trabajo —entre ellas el desarrollo de los recursos humanos— que hubo que poner en marcha con ese propósito.

De hecho, ninguno de los cambios propuestos podía implementarse sin contar con una estructura de personal institucional y comunitario

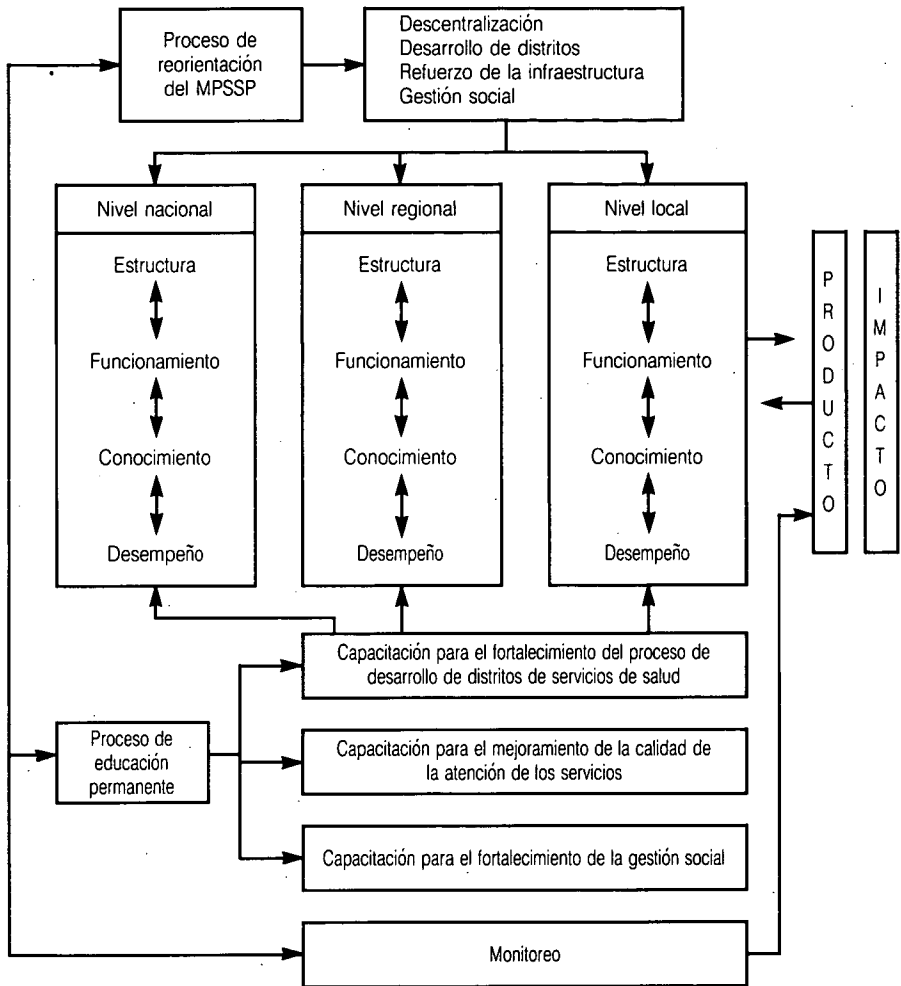
capaz de adquirir nuevos conocimientos, de poner en ejecución habilidades y destrezas diferentes y de sentir confianza en sí mismo y aceptar su propia responsabilidad. Partiendo de tales consideraciones el Ministerio decidió incorporar como estrategias básicas la **capacitación del personal institucional y comunitario de los distritos** a través de procesos de educación permanente, y la **gestión social en el nivel local**. Tales estrategias debían desarrollarse en conjunto con otras actividades encaminadas a fortalecer los servicios en términos de infraestructura, desarrollo organizacional y conjunción de esfuerzos y recursos. La figura 1 sintetiza estos conceptos.

El Ministerio inició un proceso para identificar distintas alternativas y propuestas educativas que pudieran operacionalizarse en los servicios articulándolas con el trabajo y sin menoscabarlo. Por consiguiente, a partir de 1989 tuvieron lugar varios talleres y grupos de consulta, reflexión y trabajo a partir de los cuales se fueron explorando alternativas viables en el complejo contexto boliviano, diversificado por la multiplicidad de instituciones, hábitos de trabajo y otras características locales (2). El análisis sirvió, además, para identificar problemas agregados, como el hecho de que más de 50% de los recursos provenientes de la cooperación técnica y financiera internacional estaban dirigidos al renglón de "capacitación", sin que se observara ninguno de los cambios esperados en los servicios como resultado de dicha capacitación. Por otra parte se pudo comprobar una marcada proliferación de "cursos" y reuniones que ocasionaba, además de la dispersión y consiguiente vaguedad de objetivos y propósitos, un alto grado de ausentismo y abandono de responsabilidades por parte de los trabajadores que debían asistir a los "eventos educativos".

A partir de entonces, y en la medida en que el proceso se fue construyendo y consolidando en las distintas unidades sanitarias y en el nivel central, también se fue generando un importante caudal de información científico-técnica boliviana. Por ejemplo, el análisis de situación que se realizó para identificar las características del contexto en que se produciría el proceso educativo permitió profundizar en el conocimiento de la realidad socioeconómica del país y de los ingentes problemas que afectan a la mayoría de la población. Estos datos, así como otros que constituyen información básica acerca del país, han sido objeto de distintas publicaciones recientes del Ministerio y de la OPS/OMS (3, 4).

La estrategia diseñada por el Ministerio tenía como objetivo central desarrollar un proceso de educación permanente en los tres niveles de gestión —el central, el regional y el local— y como objetivos específicos organizar equipos conductores en los mismos niveles, capacitarlos y crear espacios de reflexión y discusión sobre los problemas comunes en el área de trabajo. La estrategia educativa se diseñó sobre la base de varios supuestos, como los siguientes:

FIGURA 1. Esquema conceptual de la educación permanente para la reorientación de los servicios de salud en Bolivia.



Fuente: Documento del proyecto original de educación permanente, Ministerio de Previsión y Salud Pública, La Paz, Bolivia, 1989.

- que el proceso generaría conocimientos a partir de la reflexión sobre la propia práctica en salud del personal;
- que el análisis de la realidad en que se encuentra inmersa la práctica del personal es también fuente de conocimientos para enfrentar los problemas que en ella se generan;

- que las modalidades pedagógicas que propician la problematización de la práctica y de la realidad también ayudan a construir conocimientos nuevos y pertinentes;
- que el proceso se apoyaría en la acción de grupos encargados de facilitar y favorecer el aprendizaje, los cuales se seleccionarían del propio personal de los servicios;
- que la acción educativa, si se fundamentaba en la realidad nacional, debería ser coherente con las prácticas institucionales para poder contribuir a mejorar la calidad de los servicios;
- que el proceso debería sustentarse y apoyarse en esfuerzos de investigación destinados a complementar el análisis colectivo de la realidad;
- que la educación del personal es parte de la función cotidiana del trabajador de los servicios y que tal actitud debería promoverse en el personal laborante.

Se estableció la prioridad de las estrategias de descentralización, participación, supervisión e investigación y se desarrolló una amplia etapa para la capacitación de los grupos "facilitadores" en los tres niveles. También se mantuvo un constante debate en torno a la búsqueda de una mejor opción para satisfacer la necesidad planteada en el Ministerio y en las unidades sanitarias. A finales de 1990 ya se había logrado definir, en el plano teórico, un modelo educativo más adecuado en el marco de la realidad boliviana y un modelo gerencial apropiado para el sistema sanitario. Ambos fueron debatidos en grupos de consulta, foros y talleres diversos. (Los resultados y avances alcanzados hasta ese momento han sido ampliamente divulgados en los trabajos de Serrano, *et al.*, publicados en 1990 (4).

ANÁLISIS DEL CONTEXTO

Cambios percibidos en 1991 y su efecto en la educación permanente

Durante los dos años de implementación de las políticas de salud se registraron cambios importantes en la situación de salud del país. Asimismo, ocurrieron cambios de estructura en el sistema de servicios y en el desarrollo del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Estos cambios fueron el resultado de un esfuerzo iniciado hacía cinco años. Cabe destacar los siguientes aspectos:

- La situación de salud del país había mejorado ligeramente, según reveló la Encuesta Nacional de Población y Vivienda de 1980: la mortalidad infantil era de 96 defunciones por 1 000 habitantes y la mortalidad materna de 24 por 1 000 habitantes, y la esperanza de vida era de 50,5 años.

- Habían mejorado el acceso de la población a los servicios (la oferta de servicios estaba dada por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública en un 38%, por la Seguridad Social en 19%, y por los servicios privados y organizaciones no gubernamentales (ONG) en 13%. El porcentaje de población sin acceso a servicios era de 30%, según la encuesta nacional de población y vivienda de 1988 (5).

En lo que respecta al desarrollo del Ministerio, se lograron avances en ambas líneas propuestas: el desarrollo institucional del sistema de salud y el proceso educativo permanente. Se definieron las políticas de organización de los distritos de salud (6); se fortaleció el papel normalizador del nivel central y el ejecutor del nivel regional; se definieron nuevas normas administrativas regionales, incluidos los sistemas de información, planificación y programación local, suministros y control; se obtuvo financiamiento nacional e internacional para 29 distritos en todo el país, al mismo tiempo que se despertó un inusitado interés en las jefaturas regionales y de las unidades por poner en práctica los nuevos modelos educativos en los servicios de salud.

Las crisis políticas nacionales, con su consecuente movimiento de reubicación de personal (que afectaba incluso a los grupos docentes o facilitadores ya entrenados), fueron causa principal de retrasos e interrupciones. La carencia de fuentes de contenidos relacionados con los problemas concretos de Bolivia (consecuencia de la falta de normas reguladoras del sistema de salud), fue otro factor que obstaculizó la marcha del proceso.

Investigación para el monitoreo de la educación permanente en 1991

A los dos años de iniciado el proceso, y frente a los cambios contextuales detectados, se realizó una investigación operacional que cubrió a las cinco unidades sanitarias que habían participado en la etapa inicial. La finalidad era monitorear el desarrollo del proceso en sus distintas etapas y componentes para disponer de información y elementos de juicio que permitieran ajustarlo constantemente a los cambios contextuales citados y a otros que emergían como consecuencia de las acciones iniciales de descentralización y desarrollo de los distritos sanitarios. El estudio se realizó en varios pasos consecutivos que se describen a continuación.

Recolección de información. Se recolectaron datos a través de una encuesta en cada unidad sanitaria. Dicha encuesta se acompañó de una jornada de análisis y reflexión (momento diagnóstico del monitoreo) en que participaron autoridades y trabajadores. Para el procesamiento de la in-

formación se aplicaron criterios de valoración tales como el **desarrollo de los grupos facilitadores** y el **grado de apoyo institucional que recibía el proceso en lo político**, organizativo y financiero. Los resultados se sintetizaron primero parcialmente (por unidad) y luego se consolidaron en una matriz que permitía observar la marcha global del proceso en las unidades de Cochabamba, Santa Cruz, Potosí, Tupiza y Tarija, que eran aquellas donde se daban condiciones adecuadas para realizar el estudio y efectuar acciones de monitoreo. El marco de referencia para el análisis se construyó sobre la base de los supuestos del modelo conceptual inicial y teniendo presentes los objetivos y metas que se habían definido en 1989 y que ya se han publicado (3, 4).

Análisis de resultados. En esta etapa el monitoreo en las distintas unidades reveló consistentemente la existencia de un problema que se manifestaba como el desarrollo insuficiente del proceso de educación permanente en los tres niveles del MPSSP y una marcada persistencia en todos los niveles de las prácticas tradicionales para la capacitación del personal. Por otra parte, sobre la base de indicadores y criterios construidos colectivamente se identificaron las siguientes expresiones adicionales y concretas del problema:

- la existencia de formas incipientes de organizar los equipos conductores en todos los niveles (no se cuenta con estructuras de recursos humanos en las unidades);
- interrupción de la continuidad del proceso durante aproximadamente seis meses (debido al cambio de las autoridades del departamento de recursos humanos en el nivel nacional, y a la subsiguiente reestructuración técnico-administrativa del Ministerio);
- insuficiente capacidad de los equipos de facilitadores, tanto para el manejo metodológico educacional como para la gerencia de los servicios de salud. (Las primeras acciones de capacitación que tuvieron lugar en ambos campos habían sido muy generales y de naturaleza universal, y se habían alimentado esencialmente de experiencias en otros países.) No se disponía de materiales de apoyo escritos en torno a los problemas que la gerencia planteaba en el país;
- coexistencia de distintas prácticas educativas que se utilizaban indiscriminadamente (métodos tradicionales que se combinaban —y a veces se superponían— con otros de naturaleza participativa, innovadora y “problematizadora”), e
- implementación incipiente de la capacitación de los equipos facilitadores en los distritos.

Problemas y nudos críticos que exigían resolución inmediata. Al sintetizar el conjunto de causas que condicionaban y determinaban las manifestaciones del problema, se encontró que muchas dependían de decisiones que había que tomar en los niveles de dirección y que debían orientar la actuación de las distintas estructuras institucionales que intervenían en la acción educativa de forma coherente.

Entre los factores que interferían con la viabilidad institucional del proceso educativo propuesto, uno de los más críticos fue la falta de una política de desarrollo de recursos humanos, ya que el modelo exigía lineamientos y orientaciones claras en relación con sus propósitos, alcance y limitaciones, incluso para la proposición de cambios futuros.

También resultó importante la organización del proceso, tanto en sus aspectos estructurales como en los de comunicación y relaciones, con objeto de incorporarlo plenamente al quehacer institucional y, por lo tanto, a las propuestas de dinamización, reorganización y transformación del sistema de salud.

El monitoreo de las acciones reveló otro aspecto, en cierto modo derivado del anterior: la existencia de ritmos diacrónicos entre la concepción del modelo de educación permanente y la implementación de normas en la institución. Ello puso de manifiesto la necesidad de impulsar la producción nacional de materiales en apoyo de los contenidos que el Ministerio pretendía desarrollar en relación con la metodología educativa y, principalmente, con la gerencia de los servicios de salud.

La operacionalización del modelo propuesto mediante la acción coordinada de los tres niveles de gestión del sistema se considera de importancia vital, dado que el proceso educativo puede llegar a convertirse en el vehículo privilegiado para producir cambios en las unidades sanitarias y de los distritos y, a través de ellos, ayudar a resolver otros problemas propios del desarrollo de los distritos.

Finalmente, y sobre la base de los elementos informativos descritos, resulta plenamente evidente que la *modalidad de desarrollo del proceso* constituye un nudo crítico. De hecho, el estudio señaló la necesidad de reconsiderar la estrategia educativa en boga hasta ese momento (encuentros, cursos, talleres, y demás), a fin de poder abarcar a la mayoría del personal de salud del nivel local (de los distritos) y convertir al proceso educativo en instrumento dinamizador que fortaleciera las acciones del Ministerio en dicho nivel.

Análisis crítico del modelo inicial propuesto y replanteamiento de las implicaciones operacionales para la continuidad del proceso. El grupo consideró necesario analizar críticamente el conjunto de supuestos teóricos de la propuesta inicial con el fin de validarlos a la luz del contexto del

momento, identificando las implicaciones operacionales de los cambios observados, para poder plantear así una nueva situación-objetivo que fuese viable y efectiva.

Como resultado, se encontró que varios de los supuestos debían modificarse. Se cuestionó, por ejemplo, el planteamiento original acerca de la pertinencia y utilidad de las propuestas pedagógicas basadas en la problematización de situaciones como estrategia que necesariamente conduce a la identificación y construcción de nuevos conocimientos. Sobre la base de los resultados del seguimiento del proceso, el grupo docente juzgó conveniente combinar este tipo de propuestas pedagógicas con otras más tradicionales y mejor dominadas por los grupos de trabajo.

Las acciones de monitoreo y obtención de información sobre los resultados obtenidos en esta primera etapa también se extendieron a otros aspectos cruciales, tales como el problema de los conductores o “facilitadores” del proceso, sus características y papel, y la posibilidad real de alcanzar más rápidamente, a través de la selección de tales recursos docentes en el propio nivel local, el propósito de masificar la capacitación, como se había supuesto. En este caso, naturalmente, el criterio central se sustentaba en condiciones de liderazgo del personaje en cuestión, en relación con el resto del personal. Se decidió fortalecer esta línea de trabajo en el nivel local mediante la provisión de apoyo a los “facilitadores” en términos de recursos y orientación técnica. La capacitación para el manejo de técnicas y métodos educativos apropiados para la situación esperada fue uno de los aspectos fundamentales de este apoyo.

En conclusión, el seguimiento del curso que siguió el proceso en su etapa inicial fue de gran utilidad para tomar decisiones de reorientación. El monitoreo de acciones y resultados puso de manifiesto la existencia de inconsistencias y omisiones en la definición previa de acciones concretas que eventualmente favorecerían la viabilidad del modelo, lo que restó eficacia a las acciones iniciadas y condujo incluso a la pérdida de la credibilidad técnica que se requería para su total aceptación.

Implicaciones prácticas del replanteamiento del proceso. La posibilidad de generar conocimientos nuevos sobre la realidad está condicionada por los procesos locales de análisis. En ese entendido, en el caso boliviano se ha considerado la necesidad de que los procesos de educación permanente se articulen con el desarrollo de otros mecanismos, entre ellos el análisis de la información, la planificación y la programación. El propio análisis de situación debe guiarse por un objeto concreto, en este caso la realidad en el distrito de salud. Ello implica el estudio de la problemática social y epidemiológica, de la prestación de servicios, del desarrollo institucional y de la dinámica que se sigue para manejar el conocimiento que el personal tiene para enfrentar problemas de salud.

A fin de lograr que el proceso sea permanente, es necesario garantizar el acceso del personal a todos los mecanismos e instancias en que se procesa el conocimiento de la realidad. Esto significa que es el distrito de salud el mejor espacio para promover tanto el desarrollo de procesos de educación permanente como la participación activa del personal en otros proyectos de desarrollo institucional y apropiación de la realidad.

Como consecuencia de los razonamientos anteriores, a los que el grupo responsable llegó a través del estudio y la valoración que hemos descrito, se concluyó que el proceso de capacitación en la gerencia de servicios de salud utilizando la modalidad de educación permanente se debe organizar en torno a las acciones de planificación y programación local, a la organización operativa de los distritos y al desarrollo de los mecanismos de control, con la finalidad de impartir al proceso educativo contenidos específicos congruentes con la propuesta política y técnica de privilegiar el desarrollo gerencial en el marco de la reorganización de los servicios. Con el mismo fin se ha promovido el desarrollo paralelo de una política nacional de investigación sobre los servicios de salud capaz de crear condiciones para que el personal reflexione y analice la situación de salud, sus factores determinantes y sus variantes como punto de partida en la búsqueda de opciones y alternativas para manejar los problemas y mejorar la calidad de los servicios.

Propuesta de acciones inmediatas para desarrollar el proceso de educación permanente

Todos los hechos relevantes que se relacionan con el replanteamiento del proceso de educación permanente ya mencionado y que son consecuencia del estudio realizado se resumen a continuación:

- Dar mayor impulso a actividades destinadas a formular una política de recursos humanos e investigación para el sistema nacional de salud
- Diseñar un modelo pedagógico boliviano para el proceso de educación permanente, incluida la definición de una metodología para detectar las necesidades de aprendizaje y de intervención educativa
- Formular propuestas para el desarrollo operativo de los distritos, dando prioridad a un modelo de planificación y programación local y a la organización de los servicios y sistemas de control como fuente de contenidos para procesos educativos
- Alcanzar decisiones operativas sobre los requerimientos de la

- capacitación en planificación y gerencia en los distritos de salud, como insumos para el contenido de los programas educativos
- Crear experiencias de aprendizaje para el personal de cada unidad sanitaria en relación con el manejo de aspectos pedagógicos y con el desarrollo de la capacidad gerencial, y lograr el desarrollo del proceso educativo permanente junto con el de los distritos de salud
- Diseñar y poner en marcha mecanismos para el seguimiento y la evaluación del proceso, en concordancia con las regulaciones nacionales vigentes al respecto.

Acciones realizadas a partir del replanteamiento del proyecto

Los hechos relevantes en esta etapa fueron los siguientes:

- la creación de comités de coordinación y conducción;
- la concreción del apoyo de la OPS con el Ministerio en la operacionalización de estos proyectos;
- la creación del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, que tiene la responsabilidad, entre otras cosas, de coordinar esfuerzos para la formulación de políticas de salud y la investigación de los sistemas de salud;
- la reorganización de las unidades sanitarias con un componente de educación permanente;
- la elaboración, diseño y validación de un modelo pedagógico que incluye aspectos metodológicos relacionados con la identificación de necesidades de aprendizaje y el desarrollo del proceso educativo;
- la elaboración de lineamientos básicos para el desarrollo de los distritos (6);
- el alcance de acuerdos sobre una concepción operacional de lo que se entenderá por desarrollo de la capacidad gerencial en los distritos;
- el desarrollo de encuentros de capacitación en metodologías educativas para los equipos conductores del proceso en las unidades sanitarias de Tarija, Beni, Pando, Riberalta, Potosí, Chuquisaca, Tupiza y Oruro;
- la elaboración de un modelo para la evaluación del proceso de educación permanente, así como de un sistema de monitoreo para seguir su curso y evolución; elaboración de los principales indicadores que deben utilizarse y que emanan de un sistema continuo de información.

CONSTRUCCION DEL MODELO BOLIVIANO DE EDUCACION PERMANENTE, A PROPOSITO DE LA PROPUESTA DE DESARROLLO DE LA CAPACIDAD GERENCIAL

Identificación de necesidades de aprendizaje

El proceso de detección de las necesidades de aprendizaje en el personal de los servicios permitió que los diferentes niveles del sistema de salud tuvieran la oportunidad de discutir los distintos momentos del proceso educativo. Desde el inicio, la importancia de identificar problemas y necesidades de aprendizaje como base del proceso fue objeto de inusitado interés, sobre todo en el nivel de distrito. El material orientador publicado por la OPS fue de utilidad para las discusiones y representó un gran apoyo a los grupos involucrados en la construcción de una versión nacional del trabajo (7, 8).

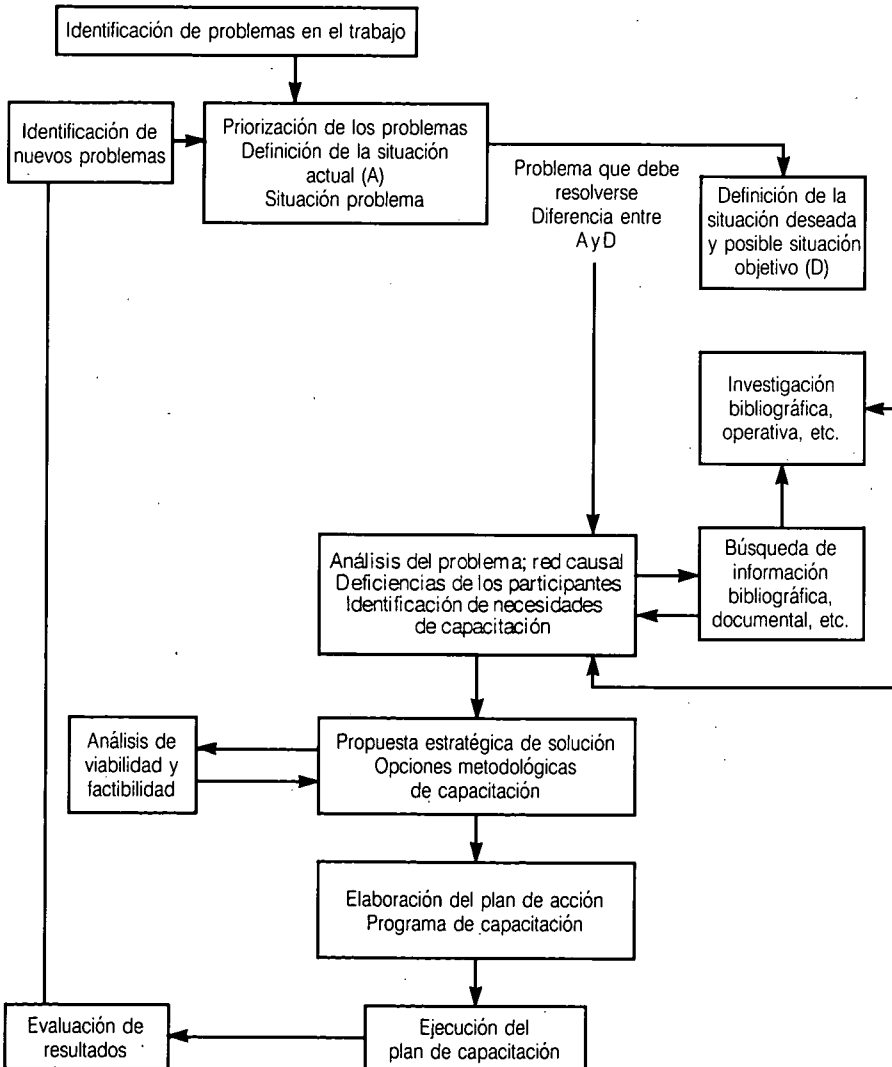
En cada distrito, el Ministerio, y en particular la Dirección de Recursos Humanos y las unidades sanitarias involucradas, determinaron la necesidad de estudiar cada caso para poder identificar las verdaderas necesidades en que se debe basar el proceso de capacitación. En un primer grupo, las necesidades de naturaleza epidemiológica pudieron detectarse a través de encuestas, estudios documentales, estudios epidemiológico-poblacionales directos (en el caso de necesidades expresadas por la población, el método privilegiado ha sido la investigación-acción participativa, sobre todo porque ya existe experiencia en el país con esta metodología). Un segundo grupo estaba constituido por necesidades que surgían del propio sistema de salud (como en el caso de la capacitación en gerencia a que se refiere este relato), las cuales habían sido identificadas a través de análisis documentales. Finalmente, las necesidades que se refieren particularmente a los conocimientos y las destrezas específicas del personal se detectaron a partir de la supervisión e investigación participativa.

Esta última, la **investigación-acción participativa**, fue la modalidad privilegiada por los grupos docentes. Poseía las ventajas de permitir una amplia participación e interacción entre los distintos miembros del equipo, creando mejores condiciones para la dinámica grupal, y de considerar que el método posibilita la producción de conocimientos nuevos (investigación), promueve el aprendizaje de saberes provenientes de distintas fuentes (educación), mejora las relaciones interpersonales e intergrupales (comunicación) y fortalece la posibilidad de elaborar planes conjuntos hacia objetivos comunes (participación) (8).

La modalidad participativa también se estimuló para la planificación, una vez que se tomó la decisión de desarrollar esta última a partir de necesidades y problemas (9). Se siguió en esto a Mathus (10), quien señala que es "la brecha confrontada entre lo deseable, la imagen *objetivo*,

el debe ser con la situación actual, el es". La figura 2 muestra el esquema metodológico que guió la elaboración de los instrumentos para cada uno de los momentos del proceso. La utilización de dicho esquema permite adaptar la confluencia de los diferentes momentos del método de investigación-acción participativa a los puntos esenciales de la planificación participante, cuando ésta tiene los *problemas* y las *necesidades* como ejes de

FIGURA 2. Detección de necesidades de intervención educativa y de aprendizaje.



trabajo. El modelo fue validado en el Distrito I de la unidad sanitaria de Tupiza, a través de un taller con el personal de cada uno de los distritos de salud y con grupos de trabajadores del nivel de área (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería de cada sector, así como personal del distrito). El trabajo se desarrolló a lo largo de los siguientes “momentos”:

- *montaje institucional*, para la elaboración del proyecto de investigación y de los instrumentos que se utilizarían;
- *investigación preliminar de la información* sobre la situación prevaletente;
- *análisis y explicación situacional de los problemas*, que comprende un análisis explicativo que aborda aspectos técnicos (carencia, deficiencia, inadecuación u obsolescencia de conocimientos, destrezas y comportamientos), socioculturales (los que se relacionan con las características de la comunidad o del propio personal que labora en el campo de la salud), y administrativos (los que son consecuencia de dificultades en la coordinación, planificación y programación, o en la organización, ejecución, logística, conducción y otros aspectos de naturaleza institucional).
- *elaboración de un plan de acción* mediante la definición de las necesidades de aprendizaje y de intervención educativa que surgen del análisis explicativo de los problemas. Se delimitaron los componentes del Plan de Educación Permanente de la unidad, definiéndose sus objetivos y las actividades educativas ligadas al quehacer de su trabajo. Se estudió la viabilidad política, técnica, institucional y económica del plan. Se definieron los momentos para el monitoreo y para la evaluación, señalando bases para construir los indicadores que se deben utilizar.

El plan de trabajo en la Unidad Sanitaria de Tupiza se encuentra en plena ejecución y su desarrollo será evaluado periódicamente, dándose énfasis a la valoración de su eficiencia, efectividad educativa y eficacia para mejorar el desempeño del personal y de los servicios.

El esquema metodológico descrito también se utilizó en ámbitos más pequeños, con el fin de detectar, junto con el personal, las necesidades específicas de aprendizaje y de mejorar las apreciaciones que proporcionan la supervisión, la utilización de encuestas y las entrevistas. Se trata de la detección de necesidades para determinar los contenidos de gerencia de servicios a que este artículo se viene refiriendo.

Fundamentos del modelo educativo

El Ministerio de Salud definió que la construcción del proceso educativo debía partir del siguiente planteamiento: que para mejorar la

calidad del servicio, es necesario calificar a los recursos humanos que allí trabajan, para que sean capaces de modificar las prácticas educativas y de salud dentro y fuera del servicio. Dicho planteamiento ya implicaba la necesidad de enfocar la educación del personal de una manera diferente, partiendo de la incorporación de elementos relacionados con la realidad y el contexto, como fuentes de conocimientos, según se ha explicado anteriormente. La aplicación del pensamiento estratégico y la investigación-acción participativa son algunos de esos enfoques. Ambos guardan relación con la propuesta pedagógica sustentada en la problematización de situaciones (11).

Los principios del proceso metodológico. Los grupos de trabajo estuvieron de acuerdo en que el conocimiento y la práctica deben articularse para posibilitar transformaciones. Partiendo de allí se hizo un análisis retrospectivo de las prácticas educativas en el país, en especial en los servicios de salud, con el propósito de identificar en la práctica algunos elementos que se pudieran utilizar en la búsqueda de otras alternativas. (Se identificaron de esa forma acciones “capacitantes” que se desarrollaron para mejorar acciones concretas, pero puntuales y desvinculadas de todo marco contextual. Por lo general, con tales experiencias se obtuvieron contingentes de personas “voluntarias”, “de acción”, pero que ignoraban los “por qué” y los “para qué” de tales acciones. Se pudo identificar, además, que en general las “capacitaciones” han dado más énfasis a la sustentación teórica de los hechos que a su vinculación con la práctica y el contexto).

Estas y otras constataciones contribuyeron a la construcción de la propuesta a partir del proceso de trabajo de los servicios y la organización del proceso educativo en el marco de una relación conocimiento-práctica-realidad (12), sobre la base de principios como los siguientes:

- el personal de salud como sujeto social e histórico, inserto en el proceso de producción de los servicios;
- el concepto de “docente” como elemento facilitador del proceso de aprendizaje;
- la búsqueda de conocimiento como objetivo crítico de la práctica y la educación en el trabajo, y
- la realidad social como objeto de conocimiento, incluida en ella la propia actuación del personal de salud.

La planificación estratégica en el nivel local

El Ministerio aplicó simultáneamente nuevos enfoques en los procesos de planificación local y consolidación del Subsistema Nacional de Información en Salud (SNIS). En cuanto al primero, el modelo de plani-

ficación enfocaba su atención en identificar la situación de los distritos y determinar el rol de los distintos actores sociales que intervienen en el proceso salud-enfermedad en el nivel local. En ese sentido ha sido un factor adicional en las demandas de cambio en torno a la educación del personal de salud.

La investigación-acción participativa

A raíz de la discusión sobre las formas de detectar las necesidades de aprendizaje se percibió la urgencia de identificar los mejores instrumentos para lograr dicha detección en un plazo corto y a un costo bajo. Se concluyó que la investigación-acción es un mecanismo de trabajo en este campo que también posibilita la ingerencia activa de todos los actores del proceso, incluidos los usuarios del servicio, en las decisiones sobre los contenidos que deben incluirse en el proceso educativo para resolver las necesidades específicas de intervención.

Mecanismos operacionales: la capacitación de "facilitadores"

La Dirección de Recursos Humanos del Ministerio definió que los facilitadores del proceso educativo "son los responsables de apoyar, monitorear y dar seguimiento al proceso educativo generado desde y para los servicios" (13). Para identificar facilitadores idóneos se consideró a funcionarios de nivel central o regional con liderazgo en los servicios, o con funciones gerenciales o docentes, así como personal técnico normativo de apoyo o procedente de otras instituciones afines, y líderes comunitarios. La capacitación de estos grupos docentes, responsables y facilitadores del proceso, se apoyó en materiales elaborados a partir de talleres y grupos de discusión en los diferentes niveles del Ministerio. Estos materiales se reunieron en cuatro unidades: la de introducción, donde se explican la naturaleza y propósito del proceso; la de conocimiento de la realidad, que crea condiciones para los procesos locales de educación permanente; la de aspectos metodológicos, que trata las bases teórico-prácticas de la educación permanente y en especial de la articulación del aprendizaje con el trabajo de los servicios; y por último la de evaluación, que también incluyó aspectos relacionados con el monitoreo del proceso.

Programación basada en las necesidades de aprendizaje detectadas

En otra parte de este artículo se ha señalado la decisión ministerial de utilizar la estrategia educativa detallada hasta ahora para desa-

rollar un proceso de capacitación en el área de planificación y gerencia para el desarrollo de los distritos de salud. De los 89 distritos existentes, el Ministerio dio prioridad a 59 (29 incluidos en el Proyecto PROISS-Banco Mundial, más 30 adicionales que fueron seleccionados utilizando criterios de carencia y dificultades de desarrollo, dentro del mapa de pobreza elaborado por el Fondo de Inversión Social que depende de la Presidencia de la República). Se incluyeron además cuatro distritos de la Unidad Sanitaria de Tupiza, seis distritos apoyados por la Agencia para el Desarrollo Internacional y otros apoyados por ONG, Iglesias, el Gobierno italiano, la cooperación de Bélgica y Países Bajos, Médicos Mundi y otras entidades.

Se creó, bajo la dependencia de la Dirección General de Salud, el Núcleo de Conducción del Desarrollo de los Distritos, el cual planteó la propuesta de convertir al proceso de educación permanente en el agente motor de los cambios estructurales en el nivel local, a través de un contenido que se sustenta en el propio modelo gerencial boliviano y se dirige hacia una imagen objetivo conformada alrededor del desarrollo de los distritos de salud. La construcción del modelo educativo se hizo en coordinación con la Oficina Sectorial de Planificación, la Dirección General de Salud, la Dirección de Servicios de Salud y de Atención a las Personas, las unidades regionales y los directores de los distritos.

La programación (14) se compuso de los siguientes momentos:

Definición de directrices institucionales, involucrando a los 89 distritos; considerar a los equipos que conducen los distritos el sujeto del proceso, y a su realidad el objeto de su aprendizaje; señalar contenidos como respuesta al desarrollo heterogéneo del país; utilizar la capacidad técnica del Ministerio y las regionales universitarias como infraestructura para desarrollar el proceso y modalidades de integración docente-asistencial, sin desligar al personal de su actividad cotidiana.

El objetivo general era elevar la capacidad gerencial en los distritos a fin de mejorar su habilidad para resolver problemas. Los resultados esperados del proceso se fijaron con la expectativa de contar con 267 funcionarios del MPSSP dotados de los conocimientos y habilidad necesarios para conducir eficaz y eficientemente el desarrollo de los 89 distritos sanitarios, operacionalizar las bases técnico-administrativas mínimas en el nivel local para el desarrollo de los recursos humanos, e institucionalizar el proceso de educación permanente en ese mismo nivel.

Diseño del proceso a partir de las necesidades de aprendizaje detectadas, así como del perfil de ocupaciones esperado del equipo de conducción del distrito sanitario (que fue definido por el nivel central y validado por los directores de unidades sanitarias y distritos). Las necesidades educativas se enmarcaban en dicho perfil de ocupaciones, que había sido definido con un sentido prospectivo, y que a su vez permitió una

estructura curricular sobre la base de secciones modulares y ejes integradores (15).

Definición de la estructura operacional, mediante encuentros presenciales breves (de 3 a 4 días), alternados con momentos de construcción de los procesos gerenciales en los distritos, con una duración promedio de 240 horas para la primera modalidad y 480 para el trabajo supervisado.

Definición de la metodología pedagógica, constituida, a su vez, por seis momentos:

- reflexión sobre la práctica gerencial;
- identificación de alternativas de cambio;
- formulación de hipótesis de acción;
- verificación de la validez de las hipótesis;
- aproximaciones a la construcción de nuevos elementos de la práctica gerencial, y
- socialización de las nuevas propuestas de acción.

Selección y capacitación de los facilitadores del proceso, que incluyó el establecimiento de criterios y orientaciones para la selección, el señalamiento de las funciones generales y específicas del gerente en los diversos niveles e instancias del sistema, y el ordenamiento y ejecución del proceso de capacitación metodológica ya descrito.

Evaluación del proceso educativo, los productos del mismo, y su impacto en la institución, los servicios, el personal y la comunidad, así como del monitoreo del desarrollo del proceso (basado en un flujo de información continuo, proveniente de los distritos involucrados a través de las unidades sanitarias). Se estableció que las informaciones serán clasificadas por niveles y resumidas en cada nivel superior para facilitar la toma de decisiones que reorienten y corrijan el proceso en cada instancia.

Desarrollo e implementación

El desarrollo del proceso educacional (descentralizado) en el área de planificación y gerencia para el desarrollo de los distritos de salud en Bolivia se inició con la capacitación de los equipos encargados de "facilitar" el aprendizaje y las diversas incidencias del proceso mencionado. Esta tuvo como punto central un taller de dos semanas de duración con las personas seleccionadas del nivel central, de siete unidades sanitarias, del programa de maestría en salud pública y de los departamentos de salud pública y postgrado de las universidades involucradas en las primeras acciones: Tarija, Chuquisaca y Santa Cruz (16, 17). Fueron objetivos de ese taller, además de la capacitación pedagógica propiamente dicha, revisar y validar

los contenidos de la propuesta educativa, internalizar los contenidos de gerencia y metodología educativa, y organizar la ejecución y control del proceso en las distintas unidades sanitarias.

El evento reunió a 28 técnicos (17 de La Paz y Cochabamba y 11 de Tarija, Potosí, Tupiza y Sucre). La evaluación *a posteriori* reveló que los objetivos previstos fueron alcanzados y que se produjo un contacto valioso entre el Ministerio y las universidades.

El grupo de participantes concluyó que el diseño responde a las necesidades del nivel local; que la propuesta metodológica es factible en las unidades; que los contenidos son pertinentes a la luz del propósito de calificar a los gerentes; que es recomendable desarrollar los instrumentos de gerencia en el momento de la capacitación, así como materiales educativos de corte netamente nacional; que este proceso puede servir de base para un proyecto de proyección futura para la profesionalización de los equipos locales de conducción; y finalmente, que conviene asegurar tanto el financiamiento de ediciones futuras como el reconocimiento académico del esfuerzo realizado.

DISCUSION

Las hipótesis y supuestos que se condensaron en la propuesta de educación permanente en 1989 en Bolivia se sustentaban en los siguientes: la crítica de la ineficiencia e ineficacia de las modalidades de educación "continua" que se habían desarrollado en los servicios; las experiencias de capacitación que se implementaban utilizando modelos alternativos de educación, y finalmente, el conocimiento que existe en América Latina de la producción teórica sobre el tema (18). El modelo preconizaba un proceso educativo relacionado con las necesidades del personal y del sistema de salud, con la selección y articulación de modalidades educativas ajustadas a la realidad contextual de los servicios, y con la participación de los distintos actores que incidían en dicho proceso.

No obstante, el paso del modelo inicial a las demandas de los nuevos escenarios y realidades creadas en el país ofreció no solo oportunidades de probar sus hipótesis, sino que reveló la existencia de debilidades en la propuesta. Esto configuró la necesidad de hacer cambios, sobre todo en lo que respecta a su direccionalidad y a las posibilidades de inserción en el proceso general de ajuste del sistema de salud boliviano. En efecto, el análisis retrospectivo de la propuesta de 1989 mostró que los elementos generales, y algunos particulares, del modelo propuesto (en relación con el desarrollo de la capacidad gerencial) fueron una anticipación creativa con respecto al ritmo de formulación del proceso de reorganización del sistema de salud.

Tal situación propició la generación del debate y la discusión, no solamente para la conceptualización de los distritos de salud y su desarrollo, sino también para coordinar los distintos proyectos nacionales que se trataba de implementar, con distintas orientaciones y fuentes de financiamiento. Fue necesario que se avanzara en las definiciones nacionales de los mecanismos operacionales correspondientes, para que se percibiera la coherencia entre los supuestos de la propuesta educativa permanente y la necesidad de incorporarlos a las estrategias relevantes del desarrollo del sistema de salud (19).

Por otra parte, el desarrollo de los distritos de salud obligó a considerar la necesidad de instrumentar un mecanismo para el desarrollo de su capacidad gerencial, con un gran componente de capacitación. Este conjunto de coyunturas viabilizó la puesta en marcha del proceso en 1992 y fue factor determinante de la concentración de esfuerzos y recursos en un proyecto único y coherente.

Es importante destacar el valor que tuvo el hecho de que el proceso educativo se acompañara de un sistema de monitoreo que actuaba en los distintos niveles de su desarrollo. La información que partía del nivel local obligaba a la reflexión constante sobre las distintas experiencias y condujo a la realización de los ajustes necesarios para incrementar su eficacia direccional.

El monitoreo permitió, además, buscar espacios para que la acción educativa incidiera en el desarrollo de actividades más generales dirigidas a transformar el sistema y reorientar los servicios. De esta manera, la concreción de la propuesta nacional ha exigido no sólo una serie de aportaciones técnicas para su reformulación y ajuste permanentes, sino, además, un respaldo institucional que asegure su legitimidad y permanencia dentro del complejo proceso de transformación del sistema de salud que busca el país.

AGRADECIMIENTO

Los autores expresan su reconocimiento especial a la contribución y colaboración recibida, durante todo el proceso, del doctor Jorge Haddad y la licenciada María Alice Roschke, del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, así como el apoyo permanente de la doctora Mirta Rosés Periago, Representante de la OPS/OMS en Bolivia, y del doctor Jack Antelo, director general de salud del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública.

REFERENCIAS

- 1 Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Plan Nacional de Salud Materna y Supervivencia y Desarrollo Infantil*. La Paz, Bolivia: MPSSP; 1990.
- 2 Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Educación permanente de personal de salud*. La Paz, Bolivia: Dirección Nacional de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud; 1989.
- 3 Llerena M, Chávez H, Serrano CR, Guzmán D, Granados R, Sotelo JM. Informe preliminar de una experiencia en educación permanente de personal de salud en Bolivia. *Educ Med y Salud*. 1990;24(2).
- 4 Serrano CR, Granados R, Gutiérrez D, González G. *Bases para el desarrollo de un proceso educativo permanente en gerencia de servicios de salud en Bolivia*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1991. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 87).
- 5 Bolivia, Ministerio de Planeamiento y Coordinación. *Censo de población y vivienda*. La Paz, Bolivia: Instituto Nacional de Estadística; 1992.
- 6 Antelo J, Jiménez E, Calvo A, Armijo F, Perdomo G, Granados R, Capote R, Guzmán D. *Bases para la organización y el desarrollo de distritos de salud*; 1991.
- 7 Arango Y, Casas ME, Rangel F. *Identificación de necesidades de aprendizaje*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 80)
- 8 LeBoterf G., et al. La investigación participativa como proceso de educación crítica: lineamientos metodológicos. En: Vio Grossi F. *Investigación participativa y praxis rural*; 1978.
- 9 Organización Panamericana de la Salud. *La participación social en los sistemas locales de salud*. Washington, D.C.: OPS; 1988. (Serie Desarrollo de Servicios de Salud No. 35).
- 10 Mathus C. Planificación, libertad y conflicto. En: Políticas y planificación de recursos humanos. Lima, Perú: CI-DEPSA, OPS/OMS; 1990.
- 11 Rovere MR. Aportes para una metodología de planificación estratégica de recursos humanos en salud. *Educ Med Salud*. 1992;26(2).
- 12 Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Propuesta teórica, metodológica y operativa del proceso de educación permanente en los distritos de salud*. La Paz, Bolivia: MPSSP; 1991.
- 13 Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Propuesta metodológica de educación permanente*. La Paz, Bolivia: MPSSP; 1992.
- 14 Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Organización Panamericana de la Salud. *Curso descentralizado de planificación y gerencia de distritos de salud*. La Paz, Bolivia: MPSSP, OPS; 1992.
- 15 Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Alternativas de organización del curso descentralizado de planificación y gerencia*. La Paz, Bolivia: MPSSP; 1992.
- 16 Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Taller Nacional de Docentes para la Implementación del Curso Descentralizado de Planificación y Gerencia de los Distritos de Salud*. La Paz, Bolivia: MPSSP; 1993.
- 17 Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. *Situación de la capacidad gerencial en los distritos de salud*. La Paz, Bolivia: MPSSP; 1993.
- 18 Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente de personal de salud*, fascículo I. Washington, D.C.: OPS; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 78).
- 19 Bolivia, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Resoluciones Ministeriales No. 150 y 232. La Paz, Bolivia: MPSSP; 1993.

REPUBLICA DOMINICANA: EDUCACION PERMANENTE DE LOS EQUIPOS DE SALUD EN LOS NIVELES REGIONAL Y LOCAL

Rosa María Borrell Bentz¹ y Comisión Nacional de Educación Permanente²

INTRODUCCION

Los orígenes de la propuesta dominicana para desarrollar un proceso general de educación permanente en salud se han descrito y divulgado en un artículo publicado en esta misma revista en 1990 (1). A partir de dicha publicación, y teniendo como base los productos de un análisis colectivo realizado por un grupo de trabajo nacional que estaba conformado por personas con formación y experiencias diversas en salud pública, se llegó a construir un marco de referencia destinado a facilitar la reorientación conceptual y metodológica de los procesos educativos dirigidos al personal trabajador de la salud pública del país.

A partir de dicho marco surgieron nuevas propuestas educativas en salud, entre las cuales son relevantes las que perciben el trabajo como eje del proceso educacional, fuente de conocimiento y objeto de transformación; este enfoque representa una ruptura con las formas tradicionales de educación, que separan la teoría de la práctica, reduciendo la primera a la aplicación de conocimientos generales en diferentes niveles y contextos, y la segunda a un simple campo de experimentación. En este sentido, la Comisión Nacional de Educación Permanente construyó gradualmente una modalidad educacional que partía del reconocimiento de problemas del trabajo y propiciaba la búsqueda de alternativas de solución y de transformación. Este enfoque particular de la cuestión educativa se fue comple-

¹ Funcionaria Nacional del Programa de Recursos Humanos, Representación de la OPS/OMS (PASCAP), Santo Domingo, República Dominicana.

² La Comisión Nacional de Educación Permanente de Recursos Humanos está constituida por la doctora Cristina Hernández y las licenciadas Pura Guzmán Lara, Alicia Grullón, Adelaida Oreste, Mignolis Guzmán y Maritza Romero, todas de la Secretaría de Salud, y por las doctoras Fátima Guerrero y Selma Zapata, de la Universidad Autónoma de Santo Domingo.

tando con la promoción del aprendizaje en función de necesidades, con el estímulo al crecimiento grupal de los equipos de salud y al aprendizaje del sujeto en colectividad, con el desarrollo de procesos de reflexión y construcción del conocimiento y con el reconocimiento del conflicto y la incertidumbre como elementos del desarrollo integral de los recursos humanos.

De esta forma la Comisión ha contribuido a la desestructuración de los abordajes educativos verticalizados, y ha promovido a la vez el enfoque participatorio. También ha suministrado elementos para fortalecer la discusión sobre los distintos tipos de métodos y técnicas educativas, a la vez que ha reforzado los enfoques que intentan sintetizar la situación sanitaria de manera global, sin olvidar lo particular. Las propuestas correspondientes evaden, por consiguiente, la concepción de la cuestión educativa como un fin en sí misma, y al mismo tiempo intentan trascender a los planos de la transformación buscada.

Los grupos dominicanos de trabajo en las Regiones de Salud han fundamentado su labor en la concepción de que la educación es un movimiento de transformación del sujeto, de sus actitudes y conocimientos, y de su forma de redimensionar las situaciones. A través de estos cambios el hombre se modifica a sí mismo y modifica a su ambiente. El valor educativo del trabajo radica precisamente en el potencial que tiene de hacer que el sujeto incorpore cambios (en su forma de apreciar e interpretar situaciones-problema o de conflicto), lo que a su vez genera la necesidad de buscar formas de cambiar las condiciones de su práctica de trabajo.

En estas condiciones, la práctica del trabajo es ámbito de acción y reflexión, cuestionamiento e indagación, a la vez que es punto de partida para la búsqueda de informaciones y teorías. La teoría apoya la comprensión de la práctica a la que se remite. Esta interacción de la teoría y la práctica es la vía para orientar la transformación de la acción y para superar los obstáculos iniciales (2).

La Secretaría de Salud, a través de la Comisión de Educación Permanente, ha dado prioridad a la participación colectiva como uno de los elementos para producir estos cambios. Pero esta solamente se produce a través del desarrollo y la consolidación de procesos de reflexión-acción que involucren a los equipos de trabajadores de los servicios, y a los que directa o indirectamente apoyan su trabajo. La participación incluye dos dimensiones: la **direccionalidad técnica** y el **trabajo cooperativo** del equipo de salud (3).

La direccionalidad técnica se construye sobre la base de los conocimientos científicos y del uso de tecnología que influyen en la producción específica de un servicio de salud. También se refiere a la claridad conceptual acerca del significado social y las implicaciones de la meta de "salud para todos en el año 2000", así como a la aplicación de las diferentes estrategias para avanzar en su alcance. El trabajo cooperativo trata del modo

(o los modos) en que un grupo de personas trabajan juntas en el mismo proceso de producción o en procesos diferentes pero conexos. Para trabajar en la formulación de lineamientos colectivos básicos, en planes comunes y en las articulaciones de determinadas acciones hacen falta procesos permanentes de acoplamiento y de crecimiento científico y afectivo.

Una categoría de orden conceptual es el paso de una visión restringida, curativa, biológica e individual del hombre a una visión más amplia e integral, que incorpora ideas y acciones ligadas al proceso de trabajo en los servicios para promover su salud. Este paso a una visión ampliada exige un proceso gradual y permanente que facilita la incorporación de nueva información y al mismo tiempo profundiza la comprensión e interpretación de situaciones complejas que afectan a la salud. Promueve además, la incorporación de otras categorías de análisis (como las polaridades salud-enfermedad, vida-muerte, nivel individual-nivel colectivo y bio-psico-social), poniendo de relieve su carácter dinámico de proceso (4). Ello conlleva avanzar en la formulación de un enfoque bio-psico-social de la problemática sanitaria nacional, a través de aproximaciones al estudio de las condiciones de salud de grupos sociales específicos, de las realidades de cada caso particular y de las variables que las afectan.

Sobre la base de todo lo anterior, y apoyándose además en el desarrollo de un enfoque estratégico para abordar el problema de la salud, el país inició el proceso de cambio educacional en dos dimensiones: la universidad y los servicios de salud. En este sentido, la Comisión organizó distintos grupos de trabajo y reflexión de carácter multidisciplinario, intersectorial e interinstitucional, que se dedicaron al estudio y la reflexión sobre temas relevantes del acontecer en salud. Por otra parte, en esta publicación nos ocupamos en particular de los grupos de transformación de la salud en el nivel local, a través de la estrategia de educación permanente adoptada por el país.

DOS ESTRATEGIAS CONVERGENTES

La organización y orientación de los sistemas de servicios de salud es objeto de discusión continua desde hace varios años. El debate se ha desarrollado desde diferentes perspectivas y con distintas intenciones, todas centradas en el interés de encontrar formas apropiadas para mejorar la situación de salud de la población en los distintos países de la Región, de los cuales forma parte la República Dominicana. Por consiguiente, el hecho de que grandes sectores de la población todavía continúen sin tener acceso a los servicios de salud ha determinado la urgencia de transformar pro-

fundamente los sistemas de salud existentes. La propuesta regional de organizar los sistemas locales de salud (SILOS) como táctica capaz de contribuir a operacionalizar e impulsar la estrategia de atención primaria, con miras a alcanzar metas para el desarrollo de la salud, se encuentra en un proceso de validación práctica en la República Dominicana.

Con propósitos comunes bien definidos (entre ellos el desarrollo de la capacidad de análisis de la situación de salud en el nivel local, la necesidad de coordinar los recursos existentes para enfrentar los problemas detectados, la superación de los esquemas verticales en los procesos de gestión de la salud), la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) ha señalado 10 principios básicos para desarrollar los sistemas locales de salud en el país (5) y ha puesto en ello una decidida voluntad política, lo que ha permitido que surjan proyectos para fortalecer el trabajo de los equipos del área de salud, proyectos piloto para afrontar los problemas del desarrollo integral de la salud en las provincias y sectores marginados, y otros proyectos para promover el desarrollo institucional (6). Recientemente, las universidades se han incorporado al esfuerzo nacional en este sentido.

La imagen actual de los sistemas de salud del país se caracteriza por la acentuada falta de eficacia y eficiencia de sus instituciones y por una progresiva inequidad en la entrega de los servicios. De allí que se haya planteado rediseñar el sistema de salud dominicano a la luz de la meta de salud para todos y establecer una política de descentralización e implantación de los SILOS, todo lo cual demanda una amplia reestructuración en todos y cada uno de los subsistemas. Esto es posible sobre la base de un proceso de participación social que permita deliberar ampliamente sobre los problemas de la atención a la salud, para tomar decisiones sobre la satisfacción de necesidades, el control de los procesos, la toma de responsabilidades, y el cumplimiento de las obligaciones derivadas del desempeño de sus funciones (7).

En este contexto cabe señalar que los SILOS exigen un personal que esté lo suficientemente calificado para asumir las tareas y responsabilidades específicas de la reorganización, y que comprenda y se comprometa con los cambios requeridos. De igual manera exige un personal ligado al proceso de participación social, cuya dinámica trasciende los esquemas de la institucionalidad (8). En ese marco se ubica la estrategia de educación permanente que el país ha adoptado con un claro propósito: facilitar la transformación de los SILOS, fortaleciendo la capacidad de analizar y resolver, sobre bases científicas, los problemas de salud de la población. Dos estrategias —la educación permanente y los SILOS— se encuentran y funden en la construcción de la salud para todos, sobre los ejes de equidad, eficiencia y eficacia.

DE LA TEORIA A LA PRACTICA: LAS EXPERIENCIAS REGIONALES

Las regiones sanitarias involucradas en el cambio educacional han seguido un proceso de varias etapas. En principio se acordó conformar un equipo docente multidisciplinario en cada una de las regiones de salud. A este había que capacitarlo como orientador o facilitador del proceso, por una parte, y por otra como grupo responsable de planificar y desarrollar intervenciones educativas para abordar los problemas de salud y de los servicios.

La propuesta educativa (9) planteaba dos fases para lograr la calificación de los facilitadores del proceso educacional, tanto en los aspectos puramente metodológicos como en los relacionados con la adquisición de habilidades y conocimientos en campos técnicos específicos. En una de las fases el trabajo se organizó para proveer una **formación teórico-metodológica básica**; en la otra se crearon espacios y condiciones para **diseñar y desarrollar una propuesta educativa para cada región**. La primera ha desempeñado un papel relevante en el desarrollo de la propuesta, y a pesar de que el grado de avance no ha sido igual en todas las regiones, en todas la actividad se ha concentrado en tres unidades modulares: la conceptualización de la educación permanente en salud, el análisis del contexto de la salud dominicana, y el análisis de los servicios de salud en los niveles nacional y local.

Las regiones fueron agrupadas en tres grandes bloques: las zonas norte, suroeste y sureste, con la capital incluida en la última. Los módulos citados se desarrollaron en las tres zonas con apoyo bibliográfico y exposición a innovaciones metodológicas. Se priorizaron los temas en función de las necesidades y demandas de los grupos. El grado de avance de cada región (y el número de participantes) no fue uniforme en todas.

Originalmente los grupos estaban constituidos por el grupo técnico regional (conformado por el director, el epidemiólogo, la enfermera, el educador, el odontólogo, el estadístico y la enfermera materno-infantil, del Consejo Nacional de Población y Familia). Participaron además los directores y enfermeras de las áreas, y en algunas regiones se incorporaron al trabajo el bioanalista, los coordinadores de atención médica, el veterinario y el supervisor médico materno-infantil (10). Esta modalidad de integración del grupo fue iniciativa de los directores regionales, que la propusieron a las autoridades. Estos funcionarios se incorporaron al grupo correspondiente a su región con el propósito de obtener la capacitación docente para impulsar las acciones educacionales de forma descentralizada (11, 12).

En la primera fase también se celebraron cada uno o dos meses jornadas educativas donde se utilizaron distintas modalidades para promover el aprendizaje. Entre ellas figuran las siguientes:

- lectura en grupo, con debate y proposiciones;
- mecanismos para elegir y establecer la prioridad de ejes-problema;
- identificación y búsqueda de información sobre la salud y los servicios; y
- manejo de metodologías de investigación para la atención primaria.

Las “tareas” asignadas al cabo de cada jornada han consistido principalmente en lecturas seleccionadas con guías de discusión anexas, así como en trabajos de recolección de información; ambas constituyen herramientas esenciales para mantener la continuidad del proceso y el vínculo sistemático de los ejes de estudio y trabajo. Simultáneamente se han desarrollado actividades educacionales puntuales sobre temas que ameritaban la conducción del aprendizaje para personal responsable de la educación permanente y planificación gerencial en el nivel local, y temas relacionados con enfermería y con la organización de los SILOS. La OPS (a través de su representación local y del PASCAP) y la Agencia de Cooperación Técnica Española han apoyado el esfuerzo nacional patrocinando la participación de profesionales y técnicos del nivel local en actividades docentes realizadas en el exterior.



Grupo de docentes de los niveles regional y local, que participaron en una de las actividades de capacitación técnico-metodológica para los equipos responsables de conducir el proceso.

Al concluir la primera fase del proceso, el balance fue positivo y variado (13). Algunos grupos se consolidaron como equipos permanentes de trabajo con propósitos comunes. La mayoría fueron capaces de identificar los problemas más relevantes de salud-enfermedad en general y de los servicios de su zona de influencia en particular y avanzaron en la construcción de un pensamiento salubrista que abrió el paso a otras teorías y herramientas para el análisis. Otros contribuyeron a delimitar su verdadera función dentro de sus propios sistemas de salud. Por otra parte, se redujo la escasa motivación que el personal regional mostraba inicialmente. Aumentaron en particular el intercambio y la movilización del personal, y se amplió el espacio de compromiso de dicho personal en relación con el esfuerzo colectivo de construir los SILOS.

La segunda fase de la propuesta (concebida inicialmente para el nivel regional) se ha venido modificando a medida que ambos procesos (el de cambio educacional y el de la organización de los servicios en el nivel local) han ido avanzando y generando conocimientos nuevos. Se propuso que esta fase iniciara con una evaluación del desempeño del equipo local, utilizando una metodología diseñada por el PASCAP en la región centroamericana. La metodología se basa "en la necesidad de hacer una lectura integral de la situación de salud de los grupos humanos postergados (GHP) y de los servicios de salud que reciben, para proponer luego transformaciones globales a partir de dicha lectura. Así, su objetivo central es proveer insumos para la toma de decisiones que conduzcan al mejoramiento del desempeño del personal de salud, y más puntualmente, para la orientación del proceso de Educación Permanente" (14). Otras metodologías con puntos de partida diferentes no fueron descartadas, lo cual deja abierta la posibilidad de que otros grupos puedan aplicarlas.³

LA EXPERIENCIA LOCAL

El caso de una provincia en región fronteriza: Barahona

Una vez que se consolidó el equipo docente multidisciplinario del nivel regional IV en la Provincia de Barahona, los niveles decisorios regionales otorgaron prioridad al área-problema de fortalecer los servicios de salud. El análisis, realizado colectivamente, identificó el nivel de deterioro de los servicios en dicha zona, especialmente en el renglón de los recursos humanos. En este momento se decide incorporar a los equipos locales de salud en una experiencia iniciada en el municipio de Cabral (15).

³ Véanse las referencias 15 y 16.

El equipo tenía su sede en el subcentro de salud del municipio mencionado y estaba compuesto de cinco médicos generales, una enfermera y un promotor. Desde el inicio se incorporaron elementos de la comunidad que colaboran con el equipo de salud.

El punto de partida fue la evaluación del desempeño del personal, por considerarse que esta podría ser una herramienta útil para detectar situaciones perjudiciales para el funcionamiento apropiado de los servicios, en lo que respecta a su capacidad de responder a las necesidades de salud de la población destinataria. (Especial atención se presta en los postulados de la metodología a los grupos humanos postergados.) También se consideró la posibilidad de que los resultados de dicha evaluación sirvieran para orientar los procesos educativos permanentes en curso, o para decidir futuras estrategias de intervención. (No se trata, en este caso, de hacer una evaluación individual de cada trabajador, sino de que el análisis del conjunto grupal, efectuado en el marco de los servicios de salud y en el contexto de una situación epidemiológica definida, provea elementos para construir una visión global e integral de una situación problema, así como orientaciones para formular alternativas de mejoramiento.)

En el caso que citamos, la evaluación señaló áreas críticas que ameritaban convertirse en espacios de trabajo y educación en el nivel local. Entre ellas se encuentran las siguientes:

- evaluación de la situación de salud y de la red de servicios de un área determinada;
- análisis del desempeño del personal desde el punto de vista de los problemas que presenta; y
- formulación de alternativas educativas.

La aplicación de esta metodología, que implica desarrollar una investigación-acción por parte del equipo local con el respaldo de los niveles regional y central de la SESPAS, permitió avanzar en el fortalecimiento de la capacidad resolutive de la red de servicios, partiendo de la identificación de los problemas que afectan a una población definida en un espacio también definido. Este fue el punto de partida para iniciar un proceso que, por un lado, facilitaba el fortalecimiento de la capacidad resolutive de la red de servicios en los niveles municipal y regional, y por otro, contribuía a evaluar la calidad de la atención que se brinda como respuesta a las necesidades de los grupos de mayor riesgo, en el marco de un ejercicio de problematización constante realizado por todo el equipo de salud.

El proceso se apoyó en una permanente actividad de estudio, investigación y reflexión. En distintas oportunidades se encuestaron informantes claves del municipio y se censaron 286 viviendas con 1 361 habitantes (de una población de 11 514, según fuentes oficiales). Mediante estas y otras acciones iniciales se obtuvo información básica para tomar decisiones

en las siguientes áreas: condiciones de vivienda; abastecimiento de agua; disposición de excretas; utilización de servicios de salud; tasas de morbilidad por grupo de edad; causas de demanda de atención; cobertura institucional del parto; causas de defunción y tipo de atención recibida; cobertura de programas específicos; cobertura y tipo de inmunización; cobertura de consulta médica; planificación familiar; control prenatal; grado de eficiencia del subcentro de salud; rendimiento del equipo de salud; y resultados de programas específicos, como los de enfermedad diarreica aguda y deshidratación.

Los resultados obtenidos han permitido analizar profundamente y caracterizar los problemas en función de la equidad, la eficiencia y la eficacia de los servicios (Davini MC, comunicación personal). También propiciaron un análisis global de la red, en tanto se logró incorporar otros factores que explican dichos problemas. En primera instancia se trató de identificar los factores condicionantes (y también los determinantes) de cada problema en la lista total de morbilidad y mortalidad evitable. En un segundo paso se trató de integrar todos los factores que condicionan la aparición de cada uno de los problemas encontrados, identificando aquellos que pueden modificarse, dadas sus condiciones de viabilidad y factibilidad.

Al mismo tiempo, y como consecuencia del interés despertado, se han incorporado otros grupos e instituciones (como el Hospital Jaime Mota y el equipo local Vicente Noble), con lo que se extiende la cobertura educativa en salud en la región y se incorpora un núcleo que abarca más ampliamente la red de servicios de esa provincia. Se espera que con este espacio de investigación y discusión se presenten alternativas educativas y de gestión que enfrenten de manera más directa los problemas de salud de la región.

El caso de dos provincias del Norte: Santiago y Moca

Sobre la base de la programación original se iniciaron en 1991 las actividades educativas en las regiones de salud II, III y VII con la participación de los grupos multidisciplinarios de la SESPAS en el nivel regional y con los directores de área (del nivel local). Se dispuso que una vez cumplida la primera fase, cada región debería proponer un problema identificado, acompañado de un plan para desarrollar procesos educativos de tipo permanente en el nivel local. La región III continuaría apoyando el desarrollo del sistema local de Salcedo. Por otra parte, la región II (cuya sede es Santiago) presentó una propuesta inicial que debía desarrollarse en la provincia de Espaillat (Moca). Esta última propuesta tenía la peculiaridad de que el equipo regional de salud proponía movilizarla hacia una zona postergada, a la que se ayudaría a reforzar su capacidad de supervisión

constructiva a través de evaluar el desempeño del personal laborante en 10 clínicas rurales, dos subcentros de salud y dos hospitales provinciales. Se incorporaron al programa el director (médico asistente o pasante), la auxiliar de enfermería y el supervisor de promotores de las clínicas rurales, así como los médicos y enfermeras de los subcentros y los hospitales, y la directora de área. Por otra parte, se incorporaron al proceso la Facultad de Ciencias de la Salud de la Pontificia Universidad Católica Madre y Maestra, y miembros de los niveles comunitario y político de la provincia (la gobernadora, un senador, la secretaria de educación, un representante de la junta de campesinos, y otros funcionarios.)

En el momento en que se prepara este artículo, el proceso se encuentra en su etapa inicial (de recolección de información). Buena parte de la información ya se ha obtenido, y hasta se han analizado datos relacionados con el contexto particular de cada servicio, datos de salud que posee cada establecimiento, y datos sobre su productividad. Todo parece indicar que esta experiencia aportará elementos para construir formas diferentes de abordar los problemas encontrados y para facilitar la transformación de los servicios y del sistema de salud de la región. También se espera que la misma ofrezca lineamientos y luces para incrementar el efecto beneficioso de esta metodología de trabajo.

La provincia de Peravia

Esta fue una de las primeras provincias en que se pusieron en práctica las propuestas de organización de un sistema local de salud. Dada esa coyuntura, se introdujo también en ella la propuesta de cambio educacional a que se refiere este artículo. En principio, la experiencia se desarrolló junto con las regiones del Este y el Distrito Nacional. Después de la primera fase se presentó una propuesta diferente (16), entre otras cosas debido a la composición de los actores que intervinieron, ya que participaban los equipos regional y local de San José de Ocoa, Nizao y Bani, así como conjuntamente la Dirección de Recursos Humanos (Comisión de Educación Permanente) y la Maestría de Salud Pública de la Universidad Autónoma de Santo Domingo (UASD). Se espera, como resultado de esta experiencia abarcadora, lograr ciertas transformaciones en el personal local y brindar nuevas oportunidades de aprendizaje para los estudiantes de la maestría. El proceso ya señala la posibilidad de diversificar las opciones de intervención y se espera que provea lineamientos y orientaciones en cuanto a la educación permanente del equipo de salud y, con el tiempo, en lo que se refiere a la transformación de los servicios de salud.

CONCLUSIONES

Estamos lejos de pensar que ya podemos obtener conclusiones en torno a los procesos descritos hasta el momento. No obstante, podemos señalar algunos resultados positivos que creemos que contribuyen de manera importante a continuar la construcción de la propuesta de educación permanente y, al mismo tiempo, a buscar caminos diferentes en el esfuerzo por encontrar modos de desarrollar y fortalecer los servicios y sistemas de salud, sobre todo en el nivel local.

En el caso dominicano, el éxito de la mayoría de los procesos iniciados se ha debido al compromiso asumido por los grupos regionales y locales de trabajo, por el apoyo de sus directores, y por la sistematicidad y permanencia asumida por la Comisión de Educación Permanente y la Dirección de Recursos Humanos de la SESPAS. El trabajo de acompañamiento constante en las discusiones, la combinación de diferentes modalidades y estrategias para desarrollar procesos educativos de tipo permanente, sustentados en la realidad del trabajo de los servicios y con amplia participación social, y la discusión en espacios más formales como las universidades, han permitido trascender a otros planos educativos que han hecho posible el acercamiento de la universidad al servicio de salud, y de este a aquella. Progresivamente, ambos están asumiendo una nueva forma de aprender, de enseñar y de acompañar, con el propósito central de construir un nuevo perfil de salud y de servicios en el país.

Finalmente, la revaloración de algunas categorías de salud, de servicio y de educación a través de los conceptos *problema* y *proceso* como ejes de trabajo permanente,⁴ han facilitado y estimulado el desarrollo de la voluntad y el compromiso asumido por los grupos responsables de los niveles regional, local y universitario.

REFERENCIAS

- 1 Haddad J, Roschke MA, Davini MC. Proceso de trabajo y educación permanente del personal de salud: reorientación y tendencias en América Latina. *Educ Med Salud*. 1990;24(2).

⁴ Los grupos han manejado la categoría problema como "la identificación de situaciones que inciden en las condiciones de salud y de funcionamiento de los servicios, cuya caracterización y priorización permite aproximarse a la imagen de la situación superada a la vez que conduce a identificar (y eventualmente superar) otras situaciones en forma continuada".

Por proceso (en la connotación educativa que se trata en este artículo) el grupo ha manejado la noción de "secuencia de acciones educativas, de reflexión, de crecimiento y de intervención diseñadas por los equipos locales y los facilitadores, para la búsqueda de aproximaciones a la superación de los problemas identificados y para promover un esfuerzo conjunto de crecimiento y desarrollo local, grupal e individual".

- 2 Davini MC. Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud. Buenos Aires, Argentina: Organización Panamericana de la Salud; 1989. (Publicación No. 19).
- 3 de Almeida Souza AM, Galvao E, Dos Santos I, Roschke MA. *El proceso educativo*, fascículo IV. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1989. (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 81).
- 4 Franco AS. Orientación biosocial de la educación y la salud en la sociedad. *Educ Med Salud*. 1990;23(2).
- 5 Pagés J A. Sistemas locales de salud: una alternativa para la reorganización de los servicios de salud en la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana: 1992. (Serie de Informes Técnicos de Servicios de Salud).
- 6 Taliercio R y Pagés JA. Impulsando el proceso de descentralización en salud en la República Dominicana. Santo Domingo, República Dominicana: Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social; 1992.
- 7 DeRoux G, et al. La participación social en los servicios locales de salud. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 1987. (Serie Desarrollo de Servicios de Salud).
- 8 Arango Y. El subsistema de personal en los sistemas locales de salud. En: Organización Panamericana de la Salud. *Los sistemas locales de salud*. Washington, D.C.: OPS; 1991.
- 9 República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. *Programa de educación permanente para el personal de salud de las regiones sanitarias*. Santo Domingo, República Dominicana: SESPAS; 1990.
- 10 Hernández C. Conferencia ofrecida en reunión con un grupo de Directores Regionales de Salud, la Dirección Nacional de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, Santo Domingo, República Dominicana; 1993.
- 11 República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Acta de la primera reunión con directores regionales para discutir y reorientar la propuesta de educación permanente. Santo Domingo, República Dominicana: SESPAS; 1990.
- 12 República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Acta de la segunda reunión con directores regionales. Santo Domingo, República Dominicana; SESPAS; 1990.
- 13 Zapata S. Evaluación del proceso de educación permanente de las regiones del país. Santo Domingo, República Dominicana; 1992. (Informes Técnicos OPS/QMS/PASCAP).
- 14 Programa de Adiestramiento en Salud para Centro América y Panamá (OPS). Evaluación del desempeño para la educación permanente del equipo local de salud. San José, Costa Rica: PASCAP; 1992. (Publicación técnica No. 24).
- 15 Castellanos PL. Los problemas cuasestructurados y algunas técnicas para el abordaje de lo subjetivo en el estudio de la situación de salud. Santo Domingo, República Dominicana; 1989. (Documento inédito).
- 16 República Dominicana, Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social. Acta de la novena reunión sobre educación permanente realizada en Barahona. Santo Domingo, República Dominicana: SESPAS; 1991.

L LA EVALUACION DEL DESEMPEÑO PARA LA EDUCACION PERMANENTE DEL EQUIPO LOCAL DE SALUD. PRUEBA DE CAMPO METODOLOGICA EN EL CANTON DE PEREZ ZELEDON, COSTA RICA¹

María Elena López N.,² Nuria Tórrez Fernández³ y Fulbia Elizondo Sibaja⁴

ANTECEDENTES

El PASCAP propuso en 1990 una metodología para evaluar el desempeño del equipo local de salud, con el propósito de ofrecer insumos para identificar necesidades de capacitación en los procesos de educación permanente. El diseño se sustentó en la reflexión del equipo local de salud sobre la equidad, la eficiencia y la eficacia del trabajo en salud en un área geográfica determinada y en relación con las necesidades de salud de los grupos humanos de mayor riesgo relativo de enfermar y morir. Esta propuesta metodológica tuvo una prueba de campo en 1991 en un cantón de la República de Costa Rica, Centro América. Ella es el tema del presente artículo.

MARCO TEORICO

La evaluación del desempeño y la educación permanente

La propuesta postula que la evaluación del desempeño constituye un proceso de análisis del proceso de trabajo que desarrolla el equipo

¹ En este artículo se relata lo referente a una prueba de campo metodológica en el cantón de Pérez Zeledón, Costa Rica.

² En el momento de esta experiencia, la doctora López era funcionaria del PASCAP. Actualmente es Jefe del Departamento de Salud del niño y el adolescente, Ministerio de Salud, San José, Costa Rica.

³ Región Brunca, Ministerio de Salud, Costa Rica.

⁴ Enfermera Jefe, Centro de Salud de Pérez Zeledón, Costa Rica.

local de salud, como respuesta a las necesidades de salud de los grupos de mayor riesgo, según sus condiciones de vida, en un espacio geográfico determinado. En consecuencia, la evaluación del desempeño se refiere a los siguientes: la labor del equipo de salud, realizada por el mismo; un enfoque interdisciplinario; la identificación y explicación de los problemas, y un proceso continuo en el tiempo. Además, como parte del proceso de educación permanente su objetivo explícito es contribuir a la transformación del trabajo en salud.

Los ejes de análisis: la equidad, la eficacia y la eficiencia

Se parte de la concepción de que el proceso de salud-enfermedad es un componente y un resultado de las condiciones de vida de cada uno de los grupos sociales que conforman una sociedad concreta en un momento dado, y que estas condiciones están determinadas por las características particulares de inserción de esos grupos en los procesos de producción y consumo de cada sociedad (1). Se retoma el concepto de equidad-calidad (2), en el que los servicios de salud deben guardar relación con los diferentes riesgos sociales. Esto, a su vez, debe conducir a determinada organización de recursos para resolver estos riesgos. Se concibe la equidad como el principio fundamental de justicia que debe orientar el proceso de transformación de los servicios de salud en su doble dimensión de cantidad y calidad (eficacia), en este enfoque la eficiencia no se analiza en forma aislada, sino que se busca la eficiencia para apoyar la equidad y calidad de los servicios.

Se propuso, entonces, reconociendo la distribución espacial de la pobreza, estudiar la equidad desde la perspectiva de la oferta y la demanda de los servicios en los grupos humanos postergados (GHP); la eficacia en relación con los procesos de mortalidad y morbilidad evitables en esos grupos, y la eficiencia de la disponibilidad y uso de los recursos humanos e infraestructura existentes en toda la red de servicios. En fin, la propuesta busca operacionalizar los conceptos de equidad, eficacia y eficiencia para permitir su análisis por parte del equipo local de salud, buscando generar compromisos y establecer prioridades para el cambio en el proceso de trabajo en salud.

Análisis de los resultados

Reconociendo que el cambio en un espacio social es posible cuando se llega a un consenso sobre los problemas prioritarios que hay que resolver, sus causas y posibles estrategias de intervención, se planteó para el análisis de los resultados una metodología analítica y participatoria de síntesis des-

tinada a recuperar el conocimiento de la realidad del equipo local de salud mediante la validación por consenso. En cada paso del análisis se trató de generar un movimiento del pensamiento que va del todo a las partes y de las partes al todo, de tal forma que con cada movimiento aumentara el nivel de comprensión del fenómeno analizado.

EL AMBITO GEOGRAFICO DE APLICACION Y SU CONTEXTO

A partir de 1974 en Costa Rica se pasaron todos los servicios hospitalarios a la Caja Costarricense del Seguro Social, que en un proceso continuo de universalización extendió sus servicios al 80% de la población (censo de 1984). El Ministerio de Salud (MS) se encargó de la provisión de servicios básicos de salud a la población rural dispersa y a la urbana marginada, llegando a cubrir, en ese mismo año, al 50% de la población total del país.

La prueba de campo se desarrolló en Pérez Zeledón, cantón de la provincia de San José, situado 136 km al sur de la capital del país y ubicado en la Región Brunca de Salud, con una extensión de 1 905,5 km². Su población en 1990 era de 103 000 habitantes, la mayoría de los cuales residían en el área rural (86%). En este cantón se contaba con la siguiente infraestructura de servicios del MS y de la Caja Costarricense del Seguro social (CCSS): a) un hospital regional de 200 camas, con todas las especialidades básicas y algunas subespecialidades; b) un centro de salud; c) tres unidades móviles médicas; d) tres unidades móviles odontológicas; e) 22 puestos de salud ubicados en áreas rurales; f) tres clínicas de tipo I atendidas por médicos generales, y g) 27 consultorios comunales.

El hospital regional y el centro de salud se encuentran en la cabecera del cantón. Las unidades móviles médicas dan consultas periódicas en los 22 puestos de salud y en los consultorios comunales. Las unidades móviles odontológicas se desplazan a los establecimientos de educación primaria para dar consulta.

Los puestos de salud sirven de base de operaciones a 36 asistentes de salud o auxiliares de enfermería que realizan visitas domiciliarias. En 1990 los datos del diagnóstico de salud mostraban una tasa de natalidad de 29,5 por mil habitantes, con 3 053 nacimientos al año, 95% de los cuales eran intrahospitalarios; una tasa de mortalidad general de 2,3 por mil; una tasa de mortalidad materna de 0 por tres años consecutivos, y una tasa de mortalidad infantil de 12,4 por mil nacidos vivos.

Las principales causas de mortalidad general eran las enfermedades de los aparatos cardiovascular, respiratorio y digestivo, las complicaciones perinatales y los tumores. Entre las causas de mortalidad infantil sobresalían las afecciones perinatales, las malformaciones congénitas, las

infecciones respiratorias agudas y las enfermedades infecciosas y parasitarias. La prevalencia de desnutrición moderada o grave en 80% de los niños de 0 a 6 años fue de 0,3% (según peso para edad, estándar del NCHS).

LA EXPERIENCIA: ASPECTOS OPERATIVOS Y DE DESARROLLO METODOLOGICO

Integración del equipo coordinador del estudio

El equipo coordinador se conformó con personal voluntario de los diferentes establecimientos de la red de servicios del MS y de la CCSS. Se contó con la participación de cinco funcionarios jefes de servicio del Hospital Regional, de la médica directora y la enfermera jefe del centro de salud, y de dos técnicos de los programas de extensión de cobertura del MS, quienes laboraban en los espacios de población que se consideraron prioritarios.

Discusión del marco conceptual y metodológico del proceso

La propuesta se inició con un proceso de reflexión sobre la problematización y la educación permanente, en el que participaron el equipo coordinador, supervisores y jefes de servicio del hospital y centro de salud, y funcionarios de los servicios de extensión de cobertura.

En una segunda fase se discutieron el marco conceptual del proceso y un esquema para recolectar la información y las metodologías que serían utilizadas, las cuales fueron discutidas y adaptadas por el equipo coordinador.

Metodologías utilizadas en la recolección de la información

Eje de observación: equidad. En un primer momento se identificó a los GHP por medio de una encuesta a líderes de la comunidad. Se escogieron dos comunidades, una rural dispersa y otra urbana marginada, por ser cualitativamente representativas de todos los grupos postergados del cantón.

En estos espacios de población (EEP) se continuó con un análisis de la oferta de los servicios de salud, por medio de la identificación de las defunciones con o sin asistencia médica, los partos y nacimientos intra y extrahospitalarios, las coberturas del programa maternoinfantil y las consultas y egresos por habitante. El análisis de la equidad se completó con el estudio de las coberturas según la perspectiva de la demanda, tratándose de determinar las necesidades de salud percibidas, expresadas y atendidas de los GHP.

Eje de observación: eficiencia. Este eje se analizó en toda la red de servicios, mientras se trató de cuantificar el rendimiento del personal por tipo y escalón de complejidad de la red. Por medio de la metodología de "Condiciones de eficiencia de los servicios de salud materno-infantiles" (OPS/OMS) se estudiaron aspectos de la planta física, los recursos humanos, la programación y administración, las normas y procedimientos, los suministros, los equipos y la participación comunitaria en los puestos y centro de salud y en los servicios de ingreso y consulta externa de neonatología, pediatría y obstetricia del hospital regional.

Eje de observación: eficacia. El estudio de este eje se basó en la identificación de procesos de morbilidad y mortalidad evitables en los GHP mediante el estudio de las causas de defunciones y egresos, la auditoría de la atención del embarazo, parto y recién nacido, la auditoría de los egresos pediátricos, y el estudio de la anemia nutricional, por tratarse de una enfermedad trazadora de la calidad de la atención prestada a gestantes y niños de los GHP.

El equipo coordinador del estudio fue el responsable de organizar al personal para recolectar la información. En el proceso colaboraron diferentes funcionarios, según su papel específico en la red de servicios.

La información recolectada fue discutida y analizada por el equipo coordinador en un proceso simultáneo, ya que no es posible separar los procesos de recolección y análisis, pues naturalmente estos se van dando de forma paralela, aunque en un proceso de profundización e interiorización crecientes.

Análisis problematizador de los resultados

Respuesta a preguntas problematizadoras por ejes de análisis. El análisis cualitativo de la información partió de la respuesta que el equipo coordinador dio a las cuestiones fundamentales relacionadas con la equidad, la eficiencia y la eficacia de los servicios de salud. Estas cuestiones pretendían construir una visión global y cualitativa de la situación de salud y de la respuesta de los servicios, sobre la base de los hallazgos del estudio y de la propia experiencia del equipo. A manera de ejemplo, a continuación se citan algunas de ellas:

- En relación con la información sobre la cobertura de los servicios de salud, ¿se da o no prioridad a la atención de los GHP? ¿Por qué?
- ¿Cuál es la capacidad técnica, política y administrativa del equipo local de salud para dar prioridad a problemas y orientar acciones?

- ¿Cuál es el grado de conocimiento, compromiso y motivación de los integrantes del equipo en torno a las necesidades de salud de los GHP?
- ¿Cómo perciben los GHP a los servicios de salud?
- ¿Existen, y si existen, cómo se desarrollan los procesos de participación social en salud? ¿Qué peso tiene la participación social en los procesos de planificación de los servicios?
- ¿Qué correspondencia hay entre la complejidad de los servicios de salud, la capacidad técnica del personal y los problemas de salud que hay que resolver?

Análisis de procesos de morbilidad y mortalidad evitables en GHP. Una vez construida una visión panorámica de la situación de los servicios con todos los miembros del equipo local de salud (grupo ampliado), se planteó el análisis de los procesos de mortalidad y morbilidad evitables. Este enfoque parte del concepto de la misión de los servicios de salud: la responsabilidad de los servicios de salud frente a las necesidades de salud de los grupos humanos más desprotegidos y en mayor riesgo relativo.

Los ejes de reflexión del proceso son, por consiguiente, la eficacia (entendida como la capacidad y responsabilidad de los servicios de salud de controlar la enfermedad y muerte por causas evitables) y la equidad (definida como la justicia en el acceso a los servicios). Se entiende, pues, que la eficacia está estrechamente unida a la equidad y que no es posible transformar una independientemente de la otra. Además, los hallazgos en el eje de la eficiencia se redimensionan a la luz de las situaciones no deseadas y se vuelven elementos que ayudan a comprender el conjunto.

En esta fase de la discusión se trató de identificar los factores de riesgo que intervienen en la génesis de los problemas de salud evitables identificados en los GHP. En este paso los hallazgos del estudio en los ejes de equidad y eficiencia, más la información proveniente de la experiencia de trabajo del equipo de salud, fueron la fuente de identificación de los factores, los cuales se trataron de ubicar en una visión holística del campo de la salud. Se identificaron aquellos más relacionados con los servicios de salud —incluidos los recursos humanos—, el ambiente, el área biológica y los estilos de vida individuales y colectivos (que algunos autores llaman reproducción de las formas de conciencia y conducta).

Para cada problema la identificación se realizó por medio del trabajo de grupos. Se inició con una reflexión individual y posteriormente con una discusión grupal para lograr un consenso en torno a todos los factores identificados.

En una segunda fase de análisis, en reunión plenaria, se presentaron todos los factores de riesgo identificados, obteniéndose además un consenso colectivo sobre su importancia en la génesis de los problemas.

De esta forma se pretendió lograr una nueva construcción global de la situación de salud y sus factores determinantes, incluidos en ellos la capacidad de respuesta de los servicios de salud y, por ende, la evaluación del desempeño del equipo local de salud.

Identificación de la situación problema con mayor capacidad de transformación del sistema de salud. En esta etapa del análisis se trabajó primero la identificación de una situación problema, que tuviera capacidad de transformación, por medio de la reflexión individual. Posteriormente en pequeños grupos y luego en plenaria los resultados fueron ratificados por consenso.

Explicación de la situación problema identificada. Una vez seleccionado el problema, el equipo de salud debería entrar en la fase de explicación del mismo, para entonces proceder a elaborar opciones y seleccionar el plan estratégico. En la prueba de campo que aquí se relata aún no se ha llegado, por diversos factores, a avanzar hasta esta etapa. Se espera continuar el proceso en 1993 a solicitud del equipo local de salud.

RESULTADOS

Los resultados de la evaluación del trabajo en salud —sobre la base de la respuesta a las necesidades de los grupos de mayor riesgo de enfermar y morir— no pretenden dar información estadísticamente representativa de la situación de salud del SILOS, de los GHP, o de la respuesta de los servicios ante esas situaciones de salud. Se pretendió, más bien, que los resultados fueran avalados por la experiencia previa y el conocimiento de la situación de salud que ya tenía el equipo de salud. En esto radica el valor del proceso. No se trata de un conocimiento cuantitativo. El proceso se refiere a la calidad de las situaciones que el grupo analiza, incorpora y que luego puede generalizar a la luz de su propia experiencia.

Por otra parte el proceso educativo se generó desde el inicio de las actividades, al discutirse el marco teórico del estudio, las metodologías y los instrumentos que debían utilizarse, los resultados obtenidos en el proceso de recolección y posteriormente el análisis de los mismos y la identificación de las situaciones problemas.

A continuación se plantean algunos logros concretos que, según la opinión del equipo local de salud, fueron importantes para ellos:

- Se logró identificar a los GHP como una población de mayor riesgo en salud, lo que llevó a cuestionar la atención por libre demanda en los servicios.
- Se identificaron errores en el manejo de pacientes, en los dife-

rentes escalones de complejidad de la red, comprobándose que se desconocen las normas básicas de la atención.

- Se detectaron deficiencias en los mecanismos de referencia y contrarreferencia.
- En el proceso planteado se logró la identificación de problemas por todo el equipo, lográndose un consenso sobre los mismos y sus posibles causas, entre ellas la falta de motivación del personal; su debilidad en el manejo técnico de algunos procesos de atención; su inadecuada capacitación para comprender y analizar la situación de salud; y su debilidad para proponer y ejecutar acciones en respuesta a los cambios y para el trabajo en equipo interdisciplinario.
- Se logró identificar deficiencias graves e insospechadas en la organización y recursos de los diferentes establecimientos, entre ellos los recursos humanos.
- Se tomó conciencia de las limitaciones del conocimiento de la situación de salud y del propio diseño del sistema de información para lograr obtenerlo.
- Se reconoció la necesidad de fortalecer los procesos de supervisión en la capacitación del personal.
- Se reconoció la necesidad de alimentar las actividades de capacitación con los resultados del proceso de supervisión.

Teóricamente, al plantearse un problema de una situación existencial concreta, se pasa a la elaboración de una respuesta, ya no en el plano intelectual, sino en el campo de la acción. A continuación se resaltan algunas actividades que, a juicio del equipo local de salud, tienen alguna relación con el proceso de reflexión y sensibilización seguido:

- Se decidió conformar un enlace entre los procesos de vigilancia de la salud y educación permanente;
- Se decidió fortalecer el proceso de supervisión de los programas de extensión de cobertura, tratando de combinar el trabajo, la supervisión y la capacitación del personal.
- Se corrigieron los problemas que planteaba el análisis de coberturas de los servicios de salud.
- Se mejoró el manejo de la cadena de frío y de las técnicas de inmunización.
- Se fortaleció la organización de la atención materna e infantil al reabrirse la consulta programada de atención del crecimiento y desarrollo, al ampliarse la oferta del control prenatal, al normalizarse aspectos de la atención del parto, y al inaugurarse una consulta de postparto y de atención conjunta del recién nacido.
- Se mejoró el sistema de referencia y contrarreferencia.

- Se ofrecieron consultas integradas (preventivas y asistenciales) en algunas comunidades más alejadas.

CONCLUSIONES

El análisis del trabajo en salud, en relación con los ejes de equidad, eficacia y eficiencia en un EEP concreto, parece constituir un abordaje potente para concientizar al equipo de salud de la necesidad de cambiar algunos aspectos sustantivos del mismo, como la organización de los servicios y la concepción misma de su misión, y resaltar las deficiencias del conocimiento y desempeño del personal.

La evaluación del trabajo en salud del equipo en los diferentes escalones de complejidad de la red logra una visión integradora. En ella se pierden los aspectos individuales, disciplinarios o programáticos y se crea una visión global de la respuesta del equipo local de salud y, por ende, de la sociedad, a las necesidades de salud de los grupos en mayor riesgo relativo. De esta forma se reconoce que los criterios de verdad y objetividad están determinados por una práctica social inmersa en una realidad histórica y, en consecuencia, que el proceso de conocimiento transformador debe partir de esa práctica, de lo históricamente posible, aprovechando espacios y abriendo caminos. Así se generan la creatividad y la criticidad, y los participantes se convierten en sujetos del proceso de conocimiento y de la acción transformadora de su realidad y, por lo tanto, de ellos mismos.

REFERENCIAS

- 1 Barrenechea JJ, Trujillo E, Chorny A. *SPT 2000: implicaciones para la planificación y administración de los sistemas locales de salud*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia, Facultad Nacional de Salud Pública; 1990.
- 2 Paganini JM, Chorny A. Los sistemas locales de salud: desafíos para la década de los noventa. *Bol Of Sanit Panam*. 1990; 109(5 y 6):424-448.

NOTICIAS

REUNION INTERNACIONAL SOBRE SERVICIO SOCIAL EN LAS PROFESIONES DE LA SALUD, WASHINGTON, D.C.

La Fundación Josiah Macy, la Federación Panamericana de Asociaciones de Facultades (Escuelas) de Medicina y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) promovieron el desarrollo de una reunión sobre "El Servicio Social y Comunitario en la formación médica y la práctica profesional". La reunión tuvo lugar entre el 24 y el 27 de marzo de 1993 en Washington, D.C. Si bien es la tercera vez que el tema se trata en encuentros regionales (la primera también tuvo lugar en Washington, D.C. en 1974 y la segunda en Cuernavaca, México en 1987), esta es la primera en que participan instituciones de países de habla inglesa, Canadá y Estados Unidos, hecho que la convierte en una reunión de carácter continental.

Entre sus 61 participantes se encontraban ex ministros de salud, directores generales de salud, y representantes de alto nivel de instituciones y agencias que inciden en el sector, particularmente en el ámbito educativo. La información recolectada antes de la reunión y la documentación disponible permitieron analizar los siguientes:

- el servicio social y comunitario como experiencia formativa
- la interacción entre el servicio social y los sistemas locales de salud
- alternativas para el futuro
- la experiencia latinoamericana
- el servicio comunitario y la formación y práctica profesional: la experiencia de Canadá
- opciones y alternativas para ampliar el enfoque de la salud comunitaria en los Estados Unidos.

Entre las conclusiones relevantes figuran la decisión de apoyar las iniciativas del servicio social y comunitario en los países de la Región, fortalecerlo en aquellos en que ya existe, estimular una mayor participación de la universidad en el proceso, e impulsar la cobertura de salud, de manera permanente, a grupos poblacionales en riesgo. En cada país se tratará de identificar mecanismos para revisar la situación de los esquemas de incentivos que se consideran necesarios para acompañar la práctica de este servicio.

IV SEMINARIO INTERNACIONAL DE ATENCION PRIMARIA DE LA SALUD

Este seminario tuvo por sede el Palacio de las Convenciones de La Habana, Cuba, y se desarrolló del 17 al 20 de marzo de 1993. "El Médico de la familia y la tecnología apropiada" fue el tema central en torno al cual se presentaron conferencias, relatos y temas pertinentes y se desarrollaron debates en plenario y en pequeños grupos. El encuentro dio seguimiento a los seminarios sobre el tema que se celebraron en 1986, 1988 y 1991, pero en esta ocasión el espacio dedicado al tema del análisis del contexto internacional reveló las repercusiones que las situaciones que surgen en el campo sociopolítico y económico tienen en la salud y en el proceso de su atención por parte del Estado, particularmente la reducción de los presupuestos destinados a los sectores sociales "dejando la solución de los problemas de salud sujetos a las leyes de la economía de mercado", según afirma el relato final.

Otro apartado del Seminario trató la cuestión de las políticas de salud, los sistemas locales de salud y la responsabilidad del Estado y del sector privado, cuyo análisis partió del optimismo de comienzos de los años ochenta con el objetivo básico de "lograr una vida social y económicamente productiva para toda la población en el año 2000". Continuó con alusiones a la brecha cada vez mayor "entre el discurso político y los compromisos contraídos, por una parte, y la confrontación con racionalidades técnicas, políticas y administrativas que dificultan realizaciones concretas, por otra".

Finalmente se dedicó tiempo a analizar las experiencias en las áreas de la atención primaria de salud, la medicina familiar y el médico de la familia en Cuba, y también las de Estados Unidos, Canadá y España. El evento propició la realización simultánea de una Reunión de Coordinación Interagencial en Salud Maternoinfantil, un encuentro de egresados de la Escuela de Salud Pública de Cuba, y la reunión anual de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social.

FUNDACION OSWALDO CRUZ: ACTIVIDADES DOCENTES EN SALUD PUBLICA

En el marco de la Escola Nacional de Saúde Pública, la Fundación Oswaldo Cruz, con sede en Río de Janeiro, ha continuado este año desarrollando actividades educativas sobre temas de vigencia actual y proyecciones futuras. En esta ocasión deseamos poner de relieve las siguientes, que se agregan a la información que ya hemos suplido en números recientes de esta publicación:

CURSO DE PERFECCIONAMIENTO EN EDUCACION Y SALUD

Este curso tuvo lugar del 9 de agosto al 29 de octubre pasado, con una carga de 144 horas de trabajo y estudio. Se diseñó con el propósito de ofrecer a los profesionales de salud, educación y trabajo social de las regiones sanitarias, la oportunidad de reflexionar crítica y sistemáticamente sobre una diversidad de problemas que ocurren en la práctica diaria. Ese propósito se alcanzó a través del desarrollo de cinco módulos: salud y Estado, salud y sociedad, salud como derecho social, educación y salud, y dimensiones prácticas de la educación en el ámbito de los servicios de salud.

La conducción y coordinación académica estuvieron a cargo de los profesores Victor Vicent Valla y María Alice Pessanha de Carvalho.

CURSO DE ACTUALIZACION EN ORGANIZACION DEL ESPACIO URBANO Y REGIONAL, SITUACION HUMANA Y OCUPACION DEL SUELO

El citado curso se desarrolló del 2 de agosto al 6 de octubre pasados con una carga de 87 horas, con el propósito de capacitar a profesionales de la salud pública para que participen en proyectos de organización del espacio urbano y regional. Se tuvo como punto central el concepto de "situación" y su interrelación con los de "espacio", "concepto" y "cultura". Los módulos desarrollados con ese objetivo fueron los siguientes: consideraciones acerca del sujeto; espacio político e institucional; técnicas de organización del espacio, y biología y territorio. La coordinación del curso estuvo a cargo de los profesores Jorge de Campos Valladares y Simone Cynamon Cohen.

CURSO DE ESPECIALIZACION EN SALUD DEL TRABAJADOR Y ECOLOGIA HUMANA

El curso se inició el 1 de septiembre pasado y finalizará a comienzos de diciembre de 1993. Tiene una carga de 455 horas, a través de las cuales se pretende alcanzar el objetivo de capacitar a profesionales que tienen funciones en el campo de la salud del trabajador para que preparen propuestas de intervención frente a los problemas de trabajo, producción y salud. El curso revisa en cuatro bloques aspectos críticos de la salud del trabajador en el Brasil; la relación trabajo-salud; la política, el planeamiento y la gerencia de los servicios de salud de los trabajadores, y el desarrollo de actividades prácticas. La coordinación ha estado a cargo de la doctora Vanda D'Acri.

Para obtener información sobre ediciones futuras de estos cursos y de los demás que se ofrecen anualmente, los interesados pueden dirigirse a: Fundación Oswaldo Cruz, Secretaría Académica, Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 317, CEP: 21041 Manguinhos, Rio de Janeiro, Brasil.

PROYECTO DE COLABORACION EN ENFERMERIA ESTADOS UNIDOS-NICARAGUA

El proyecto colaborativo arriba mencionado involucra a dos universidades norteamericanas: George Mason University en Fairfax, Virginia, y Duquesne University en Pittsburgh, Pennsylvania. Cuenta, además, con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud. Sus objetivos son: a) desarrollar y aplicar nuevos enfoques en atención primaria y desarrollo de recursos humanos al trabajo del personal de enfermería en la comunidad; b) promover la integración de nuevos modelos para el cuidado de la salud y el desarrollo comunitario a la práctica de enfermería, y c) desarrollar un proyecto de enfermería que sea afín con la política de salud de Nicaragua. La primera fase del proyecto incluyó una visita de trabajo de un grupo de 22 enfermeras de los servicios de salud e instituciones docentes de Nicaragua a la Universidad de Duquesne. Durante la visita, que duró seis semanas, se examinaron las necesidades críticas de salud de la población nicaragüense, explorando diferentes alternativas estratégicas para su abordaje a corto plazo, incluido el desarrollo de procesos de educación permanente para el personal de enfermería que labora en el nivel local. En una segunda etapa que se desarrollará en 1994, se implementarán actividades para el seguimiento de la ejecución de los proyectos que el grupo nicaragüense preparó durante la última semana de su estadía en Duquesne. El seguimiento y monitoreo previstos incluyen la visita de enfermeras norteamericanas a los sitios en que laboran sus colegas nicaragüenses. Sobre el resultado a más largo plazo de este esfuerzo colaborativo se informará oportunamente en estas páginas.

INDICE DEL VOLUMEN 27 (1993)

Educación Médica y Salud

A

- Administración
del conocimiento como orientación estratégica de la OPS/OMS, 326-430
estratégica del desarrollo de los recursos humanos en los sistemas locales de salud, 82-92
- Adrián de Loggioldice, V., 400
- Aguirre de Cabal, B., 103
- Alvarez Blanco, A. S., 178, 243, 264
- Aneiros-Riba, R., 145
- Antúnez Jiménez, P., 160, 214
- Aplicación de un modelo de atención primaria de salud oral con enfoque docente asistencial, 440-451
- Aportes conceptuales para la construcción de mecanismos para el monitoreo de los procesos educativos, 570-581
- Aprendizaje en el trabajo: monitoreo del proceso educativo, 582-595
- Ardanza Zulueta, P., 264
- Argentina, 136, 290
- Atención primaria de salud y su estrategia de desarrollo, 145-159

B

- Baly Baly, M., 227
- Barber-Madden, R., 314
- Barona de Infante, N., 103
- Bayona García, J., 114
- Bazo Robles, J. L., 114
- Becerra Troya, M., 206
- Blaistein, N. M., 376

- Blima Schraiber, L., 295
- Bolivia, 596-617
- Borrell Bentz, R. M., 618
- Brasil, 32-49, 136, 140, 288, 289, 290, 295-313, 314-325, 341-356, 454-456, 541-548
- Brenes Gómez, W., 414
- Brito, P., 4

C

- Cabal, B. A. de, 561
- Calderón, R., 570
- Capacitación
de recursos humanos para la dirección de los servicios de salud, 253-263
de los trabajadores de la salud, 243-252
para la gerencia de unidades básicas de salud en los distritos sanitarios, 541-548
- Castillo E., E., 103
- Castillo Hernández, M. G., 516
- Castro Miranda, O., 160
- Ceballos Arrieta, J. J., 264
- Céspedes Carrillo, A., 253
- Ciencias de la salud, maestrías y doctorados, 457
- Clasen Roschke, M. A., 466
- Coiffier, M. de los A., 516
- Colombia, 136, 561-569
- Comisión Nacional de Educación Permanente, 618
- Companioni Landín, F., 206
- Concepciones y prácticas de salud en habitantes de comunidades urbanomarginales y sus agentes de salud, 93-102

Conferencia Nacional de Salud,
 VIII (Brasil)
 Conferencia Mundial de Educa-
 ción Médica, 289-290
 Congreso Brasileiro de Educación
 Médica, XXX, 289
 Congreso Cubano de Microbiolo-
 gía y Parasitología, IV, 290-291
 Congreso Latinoamericano, Sexto,
 453-454
 Congreso de Medicina Tropical, I,
 291
 Congreso Mundial de Medicina
 Social, Octavo, 453-454
 Corvisón Cuenca, F., 264
 Costa Rica, 136, 630-638
 Cruz R., H. de la, 114
 Cuba, 136, 145-276, 528-540
 Curso de especialización en salud
 pública en Brasil, 140
 Curso latinoamericano de desarro-
 llo de recursos humanos en sa-
 lud, 136
 Chang S., M. I., 582
 Chaves Quirós, N., 414
 Chaviel, P., 400
 Chiú Navarro, V., 178

D

Davini, M. C., 466
 Desarrollo de recursos humanos
 para los sistemas locales de salud,
 32-49
 Dos Santos, I., 541
 Douglas Pedroso, R., 189

E

Ecuador, 136
 Educación médica, reunión, 138

Educación permanente
 de los equipos de salud en los
 niveles regional y local, 618-
 629
 de los recursos humanos de sa-
 lud, perfeccionamiento, 264-
 276
 la experiencia de la Universidad
 del Valle y los sistemas locales
 de salud, 561-569
 para la capacitación avanzada en
 gerencia de servicios de salud,
 549-560
 para la reorganización de los ser-
 vicios salud en Bolivia, 596-
 617
 una relectura desde una pers-
 pectiva estratégica, 489-515
 y perfeccionamiento del médico
 y la enfermera de la familia,
 528-540
 y trabajo en salud: un proceso en
 construcción, 466-488
 Educación de posgrado para la
 promoción de la salud en el Bra-
 sil, 314-325
 Educación en salud pública
 nuevos temas, 455-456
 Programa descentralizado, 138-
 139
 Efectividad de un programa co-
 munitario de docencia y servicio
 en salud oral, 414-424
 Ejercicio de evaluación conjunta de
 la cooperación científico-técnica
 de la OPS/OMS en Cuba, 277-
 287
 Elaboración colectiva y utilización
 de material educacional para la
 enseñanza médica, 123-135
 Elaboración de una escala de
 creencias sobre medicina social:
 escuela de medicina Dr. Pablo
 Acosta Ortiz, 400-407

Elizondo Sibaja, F., 630
 El sistema de formación de especialistas en Cuba, 214-226
 Enfermedades infecciosas, evaluación de conocimientos básicos, 420-430
 Enfermería
 coloquio de investigación en, III, 139-140
 evaluación del magister en, 103-113
 formación de personal de, 178-188
 Epidemiología, formación avanzada en, 454-455
 Estados Unidos de América, 137, 138, 289, 322
 Estomatología en Cuba, nuevo plan de estudios, 206-213

Evaluación
 de conocimientos básicos para el manejo de las enfermedades infecciosas: resultados de una encuesta, 424-430
 del desempeño para la educación permanente del equipo local de salud, 630-638
 del magister en enfermería, Universidad del Valle, 103-113
 en las residencias médicas municipales: clínica pediátrica del hospital Pedro de Elizalde, 376-399

F

Fernández Oliva, B., 160
 Ferrer Obeso, A., 528
 Formación
 de especialistas en Cuba, 214-226
 de personal de enfermería y técnicos de la salud en Cuba, 178-188

del estomatólogo general en Cuba, 206-213
 del médico general básico en Cuba, 189-205
 Fundación Kellogg, 288

G

Gaona, A. D., 424
 Gandolfi Dallari, S., 314
 Gestión de la educación permanente: una relectura desde una perspectiva estratégica, 489-515
 González, G., 82, 596
 Granada P., M. V., 103, 561
 Guatemala, 136, 456-457
 Gutiérrez Casas, N., 243

H

Haddad Q., J., 466, 570
 Hatim Ricardo, A., 264, 528
 Hermida, C., 326
 Hernández, M., 93
 Honduras, 136, 138-139, 582-595
 Hospitales, implantación de programas de garantía de la calidad en América Latina y el Caribe, 357-375

I

Identificación de necesidades educativas en las jurisdicciones sanitarias de Netzahualcóyotl, 516-527
 Ilizástigui Dupuy, F., 189, 206
 Implantación de programas de garantía de la calidad en los hospitales de América Latina y el Caribe, 357-375

Infante, N. B. de, 561
Instituto de Nutrición de Centroamérica y Panamá, 456-457
Instituto Pedro Kourí, 290-291
Investigación de recursos humanos en el Brasil, tendencias y posibilidades, 295-313

J

Jardines Méndez, J. B., 145

L

León Soterías, L., 160
Lerma G., J., 103
Libros, 141-143, 292-294, 458-461
López N., M. E., 630
Llerena Fernández, P., 253

M

Macías Hernández, A. E., 424
Márquez, M., 277
Medicina general integral y la integración docencia-atención médica-investigación, 227-242
Medicina social, elaboración de una escala de creencias sobre, 400-407
Mendoza de Menacho, M. L., 400
Mercer, H., 4
México, 136, 290, 453-454, 457, 516-527
Misrachi L., C., 440
Montilva de Mendoza, M., 400
Morales P., C., 82, 549, 570
Motta, C., 93
Muñoz, C., 93
Muñoz Barrett, J. M., 424

N

Nicaragua, 549-560
Nicolau Girardi, S., 341
Nolla Cao, N., 214
Noticias, 136-143, 288-291, 452-457, 639-642
Novaes, H. de Moraes, 357
Novick, M., 4
Nueva estrategia curricular en la formación del estomatólogo general, 206-213
Núñez Maciel, G. E., 516

O

Organización Panamericana de la Salud
administración del conocimiento como orientación estratégica de la OPS/OMS, 326-340
cooperación científico-técnica en Cuba, 277-287
Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 3, 43, 136, 289-290, 408-413, 452-453, 463-465
Oropeza, C., 596
Orozco Nodarse, J., 214

P

Panamá, 139-140, 456-457
Paraguay, 136
Paranaguá de Santana, J., 341, 541
Participación y cogestión de la salud, 50-60,
Pascuali, C., 93
Peduzzi, M., 295
Peralta Quiróz, K., 114
Pérez Muñoz, M. A., 243

Perfeccionamiento y educación permanente de los recursos humanos de salud, 264-276
 Personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones, 4-31
 Perú, 77, 114-123
 Pineda, E. B., 570
 Pinto, H., 596
 Plaguicidas, uso de, 114-123
 Planificación de los recursos humanos para la salud, 160-177
 Preferencia por la medicina general en un curso de medicina, 431-439
 Presentación, 463-465
 Proposición de un modelo para el estudio y desarrollo de la acción intersectorial en salud, 61-81
 Promoción de la salud educación de posgrado en el Brasil, 314-325
 uso de plaguicidas en Perú, 114-122

R

Recursos humanos
 curso latinoamericano de, 136
 desarrollo para los sistemas locales de salud en el Brasil, 32-49
 de nivel técnico, formación, 180-183
 en la atención primaria de salud y su estrategia de desarrollo en Cuba, 145-159
 en salud, retos actuales, 341-356
 tendencias y posibilidades, 295-313
 para la dirección de los servicios de salud, capacitación de, 253-263

para la salud, planificación, 160-177
 República Dominicana, 136, 289, 618-629
 Reseñas, 93-135, 277-287, 408-451
 Reunión sobre educación médica, 138
 Rey Bravo, R., 253
 Reyes Tolentino, M., 178
 Rieumont, E. R., 528
 Rivero Casteleiro, B., 227
 Robles, F., 596
 Rodríguez M., S. de los A., 528
 Rodríguez Rodríguez, J., 227, 528
 Roux, G. I. de, 50
 Rovere, M. R., 489
 Rubín de Celis T., E. L., 114

S

Sá Brito, D. T. de, 123
 Salas-Perea, R., 145
 Salazar, M., 82
 Salud
 acción intersectorial en, 61-81
 capacitación
 de recursos humanos para la dirección de los servicios de, 253-263
 cooperación científico-técnica de la OPS/OMS en Cuba: componente de perfeccionamiento del personal de, 277-287
 de los trabajadores, 243-252
 educación permanente
 para la capacitación avanzada en gerencia de servicios de, 549-560
 para la reorganización de los servicios de, 596-617
 y trabajo en, 466-488

Salud (cont.)

- educación de posgrado en el Brasil para la promoción de la, 314-325
- evaluación del desempeño para la educación permanente del equipo local de, 630-638
- formación de técnicos de, 178-188
- investigación de personal en Brasil, 137
- monitoreo de los procesos educativos en los servicios de, 570-581
- para la gerencia de unidades básicas de, 541-548
- participación y cogestión de la, 50-60
- perfeccionamiento y educación permanente de los recursos humanos de, 264-276
- planificación de los recursos humanos, 160-177
- recursos humanos en la atención primaria de, 145-159
- situación laboral en el sector de la, 10-12
- Salud oral
 - aplicación de un modelo de atención primaria de, 440-451
 - efectividad de un programa comunitario de docencia y servicio en, 414-424
- Salud pública
 - aprendizaje en el trabajo, 582-595
 - debates sobre la teoría y la práctica, 452-453
- Sánchez V., A., 82, 549, 570
- Sarracino Acosta, L. T., 227
- Serrano Cisneros, M. M., 160
- Serrano, C. R., 596
- Sifuentes Osornio, J., 424

- Siqueira, V. H. F. de, 123
- SILOS (véase Sistemas locales de salud)
- Silva, J. A. da, 32
- Sistemas locales de salud, la experiencia de educación permanente de la Universidad del Valle, 561-569
- Sobral, D. T., 431
- Sosa C., D., 549
- Suárez, J., 61

T

- Tendencias y posibilidades de la investigación de recursos humanos en saúde en el Brasil, 295-313
- Tórrez Fernández, N., 630
- Tovar de A., M. C., 103
- Triana Torres, T., 528
- Turcios, M. I., 82, 549, 570
- Turcios Oqueli, R., 582

U

- Uruguay, 136

V

- Vásquez T., M. L., 103
- Venezuela, 93-102
- Vesga S., A., 561
- Villacrés, N., 549
- Villalpando Casas, J. de J., 516

Z

- Zubizarreta Estévez, M., 178

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. George A. O. Alleyne, Subdirector.

PRESENTACION • EDUCACION PERMANENTE Y
TRABAJO EN SALUD • GESTION DE LA
EDUCACION PERMANENTE • MEXICO:
IDENTIFICACION DE NECESIDADES
EDUCATIVAS • EDUCACION PERMANENTE Y
PERFECCIONAMIENTO DEL MEDICO Y LA
ENFERMERA DE LA FAMILIA • BRASIL:
CAPACITACION PARA LA GERENCIA DE
UNIDADES BASICAS DE SALUD • EDUCACION
PERMANENTE PARA LA CAPACITACION
AVANZADA EN GERENCIA DE SERVICIOS
DE SALUD • LA EXPERIENCIA DE EDUCACION
PERMANENTE DE LA UNIVERSIDAD DEL
VALLE • APORTES CONCEPTUALES PARA
EL MONITOREO DE LOS PROCESOS
EDUCATIVOS • APRENDIZAJE EN EL
TRABAJO: MONITOREO DEL PROCESO
EDUCATIVO • EDUCACION PERMANENTE
PARA LA REORGANIZACION DE LOS
SERVICIOS DE SALUD • REPUBLICA
DOMINICANA: EDUCACION PERMANENTE
DE LOS EQUIPOS DE SALUD • LA
EVALUACION DEL DESEMPEÑO PARA
LA EDUCACION PERMANENTE • NOTICIAS

