

# Informe final del Seminario Interregional sobre Educación Continua del Personal de Salud

*Washington, D.C., 30 Abril 4 Mayo, 1979*



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

1979

SEMINARIO INTERREGIONAL SOBRE  
EDUCACION CONTINUA PARA EL  
PERSONAL DE SALUD

30 de Abril al 4 de Mayo de 1979

INFORME FINAL

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

OFICINA SANITARIA PANAMERICANA  
Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

## CONTENIDO

	<u>Pág.</u>
Antecedentes	i
Objetivos del Seminario	ii
Lista de participantes	iii
Sesión de apertura	1
Experiencias, programas y políticas de educación continua	8
Discusiones técnicas	33
Sesiones de trabajo	50
Recomendaciones	58

## ANTECEDENTES

El Seminario Interregional sobre Educación Continua del Personal de Salud fue patrocinado por la Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud. Asistieron al Seminario representantes de todas las Regiones de la Organización Mundial de la Salud: Africa, las Américas, Asia Sudoriental, Europa, Mediterráneo Oriental y Pacífico Occidental.

La reunión, que tuvo lugar en la Región de las Américas, en la Sede de la Organización Panamericana de la Salud, en Washington, D.C., se desarrolló en español y en inglés con interpretación simultánea. Los siete países que representaban a la Región de las Américas desplegaron considerable actividad en el Proyecto Regional de Educación Continua, patrocinado conjuntamente por la Organización Panamericana de la Salud, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional y otros países.

También estuvieron presentes en la reunión representantes de Bolivia, Brasil, Canadá, Colombia, Cuba, Ecuador, Egipto, Estados Unidos de América, Ghana, Guatemala, Honduras, Jamaica, Kenia, México, Nicaragua, Sudán, Suecia, Tailandia, Venezuela y Zambia, así como miembros del personal técnico de distintas Regiones de la OMS y la OPS. Esta importante y variada representación ofreció una oportunidad especial para debatir los problemas planteados por la enseñanza continua del personal en diversas situaciones y modalidades de servicios de salud.

## OBJETIVOS DEL SEMINARIO

Habida cuenta del orden de prioridad establecido durante la Conferencia de Alma Ata--atención primaria de salud y extensión de la cobertura de los servicios de salud--y de conformidad con la Resolución WHA27.31, la reunión fue convocada para los siguientes propósitos:

- a. Examinar las políticas, programas y experiencias nacionales referentes a la educación continua;
- b. Analizar los métodos de enseñanza continua disponibles, y
- c. Esbozar la cooperación interregional y la programación en materia de educación continua.

En cumplimiento de la Resolución XXIII de la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana y la Resolución XXVI del Comité Ejecutivo de la OPS, adoptada en 1976, el seminario planeó en líneas generales la coordinación interpaíses para el Proyecto Regional de Educación Continua, patrocinado conjuntamente por la Organización Panamericana de la Salud y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional.

## LISTA DE PARTICIPANTES

1. Dr. Ibrahim Badran  
Presidente  
Universidad de El Cairo  
El Cairo, Egipto
2. Dr. José Leonel Barrios Santos  
Subdirector General de Servicios de Salud  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Ciudad de Guatemala, Guatemala
3. Dr. Omar Model Beleil  
Director  
Consejo de Enseñanza Superior de Medicina  
Facultad de Medicina  
Universidad de Kartum  
Kartum, Sudán
4. Lic. Dora Cardaci  
Universidad Autónoma Metropolitana  
Unidad Xochimilco  
México, D.F., México
5. Dr. Chifumbe Chintu  
Decano  
Escuela de Medicina  
Universidad de Zambia  
Lusaka, Zambia

6. Sr. Jean-Yves Coté  
Oficial de Proyectos  
Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional  
Ottawa, Canadá
7. Dr. Giles Desrosiers  
Education Permanente  
Association des Médecins Omnipraticiens  
Montreal, Canadá
8. Dr. Oswaldo Egas  
Director Nacional de Planificación de Salud  
Ministerio de Salud Pública  
Quito, Ecuador
9. Dr. Julio Fernández  
Educación Permanente  
Universidad de Montreal  
Montreal, Canadá
10. Dr. David G. Gatei  
Subdecano  
Escuela de Medicina  
Universidad de Nairobi  
Nairobi, Kenia
11. Dr. Terence Goldson  
Secretario Permanente, Provisional, de Salud  
Ministerio de Salud  
Kingston, Jamaica
12. Dr. T. Hatch  
Director  
División de Recursos Humanos Relacionados con la Salud  
Oficina de Recursos Humanos para la Salud  
Secretaría de Salud, Educación y Bienestar  
Hyattsville, Md., E.U.A.
13. Dr. Germán Jiménez Rozo  
Jefe  
División de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud Pública  
Bogotá, Colombia

14. Dr. Francois Laramée  
Director  
Education Medicale Permanente  
Montreal, Canadá
15. Lic. María Alice Sigaud Lent  
Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud  
Rio de Janeiro, Brasil
16. Dr. José A. Llorens  
Director  
División de Educación Continua  
Ministerio de Salud Pública  
La Habana, Cuba
17. Lic. Milagros de Maldonado  
División de Recursos Humanos  
Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social  
Santo Domingo, República Dominicana
18. Lic. María de Jesús Mojica  
División de Recursos Humanos  
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social  
Tegucigalpa, Honduras
19. Dr. Kenneth Moritsugu  
Director  
División de Medicina  
Oficina de Recursos Humanos para la Salud  
Secretaría de Salud, Educación y Bienestar  
Hyattsville, Md., E.U.A.
20. Dr. Olle Orawa  
Jefe  
División de la Junta Nacional de Salud y Bienestar  
Estocolmo, Suecia
21. Dr. Carlos A. Paredes  
Departamento de Recursos Humanos  
Ministerio de Previsión Social y Salud Pública  
La Paz, Bolivia

22. Dr. H. Phillips  
Decano  
Escuela de Medicina  
Universidad de Ghana  
Accra, Ghana
23. Dr. Prapont Piyaratn  
Ministro Adjunto  
Ministerio de Salud  
Bangkok, Tailandia
24. Dr. César Rivas  
Ministerio de Salud Pública  
Managua, Nicaragua
25. Dr. Emanuel Sutter  
Asociación Americana de Escuelas de Medicina  
Washington, D.C., E.U.A.
26. Dr. Herbert Villalobos  
Presidente  
Asociación Venezolana de Facultades de Medicina  
Caracas, Venezuela

#### SECRETARIA

1. Dr. Jaime Ayalde  
Epidemiólogo  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
2. Dr. James Bond  
Asesor Regional en Enfermedades Víricas y Prevención de la Ceguera  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
3. Sra. Lydia Bond  
Editora  
División de Recursos Humanos e Investigación  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.

4. Ing. Gérard Etienne  
Asesor Regional en Enseñanza de Ingeniería  
División de Recursos Humanos e Investigación  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
5. Dr. José Roberto Ferreira  
Jefe  
División de Recursos Humanos e Investigación  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
6. Dr. Carlos Gamboa  
Jefe  
Centro de Documentación en Salud  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
7. Dr. Juan C. García  
Asesor Regional en Ciencias Sociales e Investigación  
División de Recursos Humanos e Investigación  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
8. Dra. Lillian Gibbons  
Asesora Regional en Atención Primaria de Salud  
División de Servicios Integrados de Salud  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
9. Dr. Ali Khogali Ismail  
Asesor Regional en Formación y Perfeccionamiento del Personal  
de Salud  
Organización Mundial de la Salud  
Alejandría, Egipto
10. Sra. Carolyn Jones  
Asesora Regional en Enseñanza de Enfermería  
División de Recursos Humanos e Investigación  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.

11. Dr. Miguel Márquez  
Asesor Regional en Recursos Humanos y Educación Médica  
División de Recursos Humanos e Investigación  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
12. Sra. Evelyn Matheson  
Educatora de Enfermería  
Organización Mundial de la Salud  
Oficina Regional del Pacífico Occidental  
Islas Cook
13. Dr. Alfonso Mejía Banegas  
División de Formación y Perfeccionamiento del Personal de Salud  
Organización Mundial de la Salud  
Ginebra, Suiza
14. Sr. Jorge Ortiz  
Asesor Regional en Investigaciones Operativas  
División de Recursos Humanos e Investigación  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
15. Dr. José María Paganini  
Organización Panamericana de la Salud  
Managua, Nicaragua
16. Dr. Adolfo Pérez-Miravete  
Asesor Regional en Fomento y Coordinación de las Investigaciones  
División de Recursos Humanos e Investigación  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
17. Dr. Juan Vicente Pillet  
Asesor Regional en Educación Continua  
División de Recursos Humanos e Investigación  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
18. Dr. Ciro de Quadros  
Asesor Regional en Inmunización  
División de Prevención y Control de Enfermedades  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.

19. Dr. Néstor E. Suárez Ojeda  
Asesor Regional en Salud Maternoinfantil  
División de Servicios Integrados de Salud  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
20. Dr. José Romero Teruel  
Asesor Regional en Recursos Humanos, Medicina Preventiva  
y Salud Pública  
División de Recursos Humanos e Investigación  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
21. Dr. Carlos Vidal  
Asesor Regional en Recursos Tecnológicos  
División de Recursos Humanos e Investigación  
Organización Panamericana de la Salud  
Washington, D.C., E.U.A.
22. Dr. A. M. Wojtczak  
Director  
División de Formación y Perfeccionamiento del Personal  
de Salud  
Organización Mundial de la Salud  
Copenhague, Dinamarca

**SESION DE APERTURA**

## SESION DE APERTURA

En esta sesión, el Dr. Héctor R. Acuña, Director de la Oficina Sanitaria Panamericana, advirtió que solo podría lograrse la extensión de la cobertura de los servicios de salud, objetivo común de todos los países de la Región de las Américas, mediante la plena utilización de los recursos. Se considera actualmente que el recurso humano necesario para la atención de la salud es conformado por un grupo de especialistas, médicos generales, enfermeras y otros profesionales y técnicos que complementen y presten apoyo a un gran contingente de auxiliares de salud; estos últimos, a su vez, complementan y apoyan a la propia comunidad en su acción de salud.

En este enfoque, la educación continua reviste suma importancia para el mejoramiento y actualización de la formación de todas las categorías de personal de salud, desde el especialista hasta el auxiliar, para que puedan brindar el mayor apoyo posible a la comunidad y ofrecer así una asistencia médica de óptima calidad a todas las poblaciones.

El Director señaló la función decisiva de los Ministerios de Salud en el establecimiento de prioridades, en la definición del tipo de educación continua que requieren sus funcionarios y en la evaluación de los programas de educación continua.

Esta forma de educación no solo permite actualizar y perfeccionar los conocimientos científicos y técnicos sino que constituye también un medio de seleccionar los cambios tecnológicos, adaptar las nuevas técnicas e introducir nuevos procedimientos de servicios de salud.

Por último, la enseñanza continua puede intensificar la motivación y el compromiso del personal de salud y responder a las aspiraciones legítimas de todos los que se dedican al campo de la salud. El Dr. Acuña terminó recalcando que la educación continua, para ser realmente eficaz a largo plazo, no debe limitarse a los aspectos técnicos sino que debe abarcar los elementos humanos que encierra la relación del personal de salud con la comunidad.

El Dr. Acuña invitó al Dr. Prapont Piyaratn de Tailandia a que presidiera la sesión.

---

El Dr. C. Vidal, hablando en nombre del Dr. J. R. Ferreira, Jefe de la División de Recursos Humanos e Investigación de la OPS, expuso algunos aspectos destacados de la educación continua y subrayó la labor de la División en lo que se refiere a la preparación de mecanismos de trabajo, estrategias y métodos para el desarrollo de la educación continua.

En la actualidad se reconoce que la enseñanza continua constituye un elemento indispensable para el desarrollo del personal. Por eso la educación continua ha sido incorporada en el Programa a Plazo Medio de la OMS, por medio del cual las seis Regiones de la Organización coordinan sus actividades, y en el plan de trabajo de la División de Recursos Humanos e Investigación de la OPS. El Seminario es una consecuencia directa de esta programación conjunta en torno a objetivos comunes a todas las Regiones.

Para el programa de educación continua se siguen en la región de las Américas dos estrategias principales: Una estrategia financiada por la OPS y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, que consiste en establecer servicios nacionales de enseñanza continua para coordinar las actividades que evolucionarán en un programa nacional permanente. Mediante otra estrategia, cuya finalidad es la asistencia a programas de educación continua ya existentes en los países para diversas categorías de personal de salud, le corresponde a la OPS la función de contribuir al mejoramiento de la calidad de estos programas, garantizar su continuidad y aumentar su cobertura y coordinación. Oportunamente, la OPS asistirá a los países en la integración de estos distintos programas en un sistema nacional permanente.

Puesto que las lenguas que se hablan en los países de América Latina permiten fácilmente intercambiar experiencias y compartir recursos para la educación continua, ambas estrategias podrían aplicarse mediante mecanismos de la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (CTPD).

La División de Recursos Humanos e Investigación de la OPS ha ido acumulando valiosas experiencias derivadas de los diversos programas de formación básica del personal de salud y de los de adiestramiento en servicio pertenecientes a otros sectores, como educación, servicios públicos e industria. La OPS está utilizando los servicios de sus centros en la Región para el desarrollo de la tecnología (los Centros Latinoamericanos de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES) de Río de Janeiro y México) y para la divulgación de información sobre la educación continua (Biblioteca Regional de Medicina y Ciencias de la Salud (BIREME) de São Paulo).

Finalmente, el Dr. Vidal mencionó al programa, recién creado, para el Adiestramiento en Salud de la Comunidad en Centroamérica y Panamá (PASCCAP), situado en San José, Costa Rica, que también contribuirá a esa labor, como lo hacen otros programas de la División, por ejemplo el de adiestramiento en supervisión, íntimamente relacionado con la educación continua del personal de salud.

El Dr. A. Mejía de la División de Desarrollo del Personal de Salud, OMS, Ginebra, refiriéndose al lugar que corresponde a la educación continua en todo el proceso de la formación y mejoramiento del personal de salud, dijo que este tipo de enseñanza constituye un elemento esencial de la administración de personal. Tanto en la industria como en los servicios de salud una moderna administración de personal considera la educación continua como un medio para aumentar la productividad laboral, alcanzar los objetivos de las organizaciones y fomentar el crecimiento y perfeccionamiento del personal mediante la conservación y ampliación de su competencia y una mayor satisfacción en el trabajo.

Añadió que la educación continua debe estar en armonía con las prioridades nacionales de salud del presente decenio y contribuir al desarrollo de programas orientados hacia la extensión de los servicios de atención primaria al país entero. Este concepto de educación continua significa que forma parte integrante de las tres fases del proceso general del desarrollo de recursos humanos para la salud: planificación del personal de salud, formación del personal de salud y utilización del personal de salud. Como se trata de un proceso indivisible, con una penetración recíproca de los elementos que lo componen, debe considerarse a la educación continua en cada una de sus fases. No obstante, este tipo de enseñanza está íntimamente relacionado con la utilización del personal, en particular con su administración o gestión.

Una buena gestión de personal permite seleccionar candidatos y hacer el mejor uso de estos recursos humanos. Ahora bien, ello exige:

- formulación de normas de selección, contratación y utilización del personal;
- procedimientos para la asignación de personal, clasificación de los puestos, traslados, sueldos, ascensos y jubilación;
- un régimen de carrera que posea suficientes incentivos;
- el apoyo logístico necesario;
- supervisión y evaluación del personal, y
- la educación continua del personal.

La estratificación de los servicios de salud por grados de complejidad en un sistema regionalizado constituye la infraestructura en la que debe enmarcarse una labor nacional de educación continua que abarque a todo el personal. La supervisión y el adiestramiento durante el servicio, así como otras modalidades de la enseñanza continua, también están estrechamente relacionadas con los procedimientos de referencia de pacientes, los cuales son indispensables para la enseñanza continua.

El mecanismo de referencia vincula a todos los proveedores de servicios de salud, desde el personal de la comunidad hasta las instituciones de mayor complejidad en el sistema. El buen funcionamiento de este mecanismo supone un estudio de la composición y funciones del equipo de salud, así como de los planes, instalaciones y tecnología aplicada a cada nivel de prestación de servicios (puestos de salud, centros, hospitales) a fin de facilitar la determinación de las estrategias de extensión de la cobertura. Un estudio de esta naturaleza lleva aparejada la adopción de decisiones de carácter técnico y político que revisten gran importancia socioeconómica.

El buen funcionamiento del sistema de referencia exige también la formulación y adopción de normas técnicas y procedimientos administrativos, que deben describirse minuciosamente en los manuales de operaciones. A este respecto, la enseñanza continua constituye el vehículo más eficaz para divulgar las normas y fomentar su aceptación y aplicación.

Por último, el Dr. Mejía trató de los problemas planteados por la fragmentación del proceso de formación y perfeccionamiento y de los efectos desfavorables que ejerce sobre la utilización del personal, situación que, en parte, podría ser mejorada por la educación continua.

A continuación, el Dr. J. V. Pillet, de la División de Recursos Humanos e Investigación, se refirió a la educación continua en el contexto de las políticas de salud en América Latina y el Caribe y destacó las implicaciones que las prioridades y estrategias actuales pueden tener para la educación continua:

1. Extensión de la cobertura. La estrategia más importante está orientada hacia la extensión de la cobertura de los servicios de salud. Para contribuir a que esta propuesta se convierta en realidad, es preciso que la educación continua ayude a alcanzar los objetivos operativos de los servicios de salud y aporte soluciones a los problemas concretos del ejercicio cotidiano de la medicina. Los programas de extensión de la cobertura deben ser acompañados, como complemento indispensable, por activos programas de educación continua destinados al personal que trabaja en las áreas y servicios periféricos.

2. Regionalización de los servicios. La educación continua debe integrarse en la regionalización de los servicios de salud, con frecuencia considerada como la estructura operativa que permite ampliar la cobertura. Para lograr la transformación del actual personal de salud en recursos humanos "regionalizados"--en cuanto a conocimientos teóricos, habilidades y actitudes--los programas de educación continua deben ceñirse a la regionalización de los servicios y, luego, ser encauzados y desarrollados por conducto de los servicios. Para poder hacerlo, la enseñanza continua debe dedicar especial atención a las interacciones existentes en el sistema entre los diferentes niveles de servicios y categorías de personal.

3. Atención primaria. Con respecto a la atención primaria, que es actualmente la prioridad determinante, incumbe a la educación continua la obligación de facilitar a todos los que se dedican directamente a esa tarea los conocimientos necesarios para ofrecer una asistencia de excelente calidad. Al planificar la educación continua para la atención secundaria o terciaria de la salud deberá tomarse siempre la atención primaria como puesto de partida y constante referencia, procurando que el personal de los servicios más especializados tenga una idea bien clara de las necesidades de la asistencia primaria.

4. Participación de la comunidad. Otro destacado aspecto de política en el que la educación continua ha de desempeñar una función fundamental es la participación de la comunidad. Habida cuenta de que esta participación es un proceso que no tiene término medio, el personal de salud debe acostumbrarse a los mecanismos de participación. Para promover ese proceso es indispensable que el personal de salud intervenga en la planificación y ejecución de las actividades encaminadas a su propia formación continua.

5. Limitaciones financieras. Puesto que en la mayoría de los países los programas de educación continua tropiezan con limitaciones financieras, debemos adoptar modalidades y técnicas educativas de bajo costo. Los programas de educación continua deben responder a cada una de las políticas antes mencionadas y, además, su costo directo debe mantenerse limitado. La educación continua ocasionalmente contribuye indirectamente a un aumento de los costos de personal al reforzar una tendencia al alza de los salarios. Por ello la educación continua debe ser considerada como un requisito necesario, pero no como una justificación suficiente para un promoción automática del personal.

Por todas esas razones, la educación continua debe ser concebida como un programa "extensivo", semejante a un proceso educativo permanente de ritmo lento y largo plazo, más bien que como un programa de actividades "intensivas".

## DISCUSIONES

En los debates que siguieron a las exposiciones de la sesión inaugural, se hizo hincapié en la necesidad de realizar investigaciones para explorar los medios de regionalizar eficazmente los servicios, a base de los cuales podrían estructurarse los programas de enseñanza continua. Se sugirió que uno de estos medios podría ser la integración de la docencia y los servicios, y se debatió la relación entre la enseñanza básica y la educación continua.

Se hizo notar que el interés que se acuerda a la educación continua está plenamente justificado y no implica una reducción o sustitución de la formación básica previa. No cabe la menor duda de que, en la mayoría de los países, la enseñanza básica debe continuar siendo objeto de prioridad a los efectos de que los graduados posean la competencia y los conocimientos suficientes para la función que habrán de desempeñar en el servicio. Además, las enseñanzas básicas deben imprimir en el estudiante los hábitos y aptitudes para proseguir el aprendizaje permanente.

Hay que tener presente que, en última instancia, el beneficiario final de la educación continua será la población que recibe los servicios; consideradas desde este punto de vista, las actividades de educación continua deben interpretarse como complementarias de la formación general, y, con el tiempo, la calidad de la asistencia ofrecida dependerá en gran parte de la educación básica y continua combinadas.

El grupo convino en que la educación continua se necesita en cualquier momento de la vida y que debía permitir al individuo desarrollar plenamente sus aptitudes y poner en práctica su competencia y conocimientos en cualquier circunstancia que los exigiera.

Un proceso integral bien equilibrado de educación continua deberá:

- remediar las deficiencias de la enseñanza básica oficial;
- agregar nuevos conceptos y mecanismo de acción;
- vencer las dificultades que surjan y tener aplicaciones que respondan a la orientación de los servicios de salud;
- aunar y utilizar los esfuerzos y posibilidades de los sectores educación y servicios;
- no estar sujeta a incentivos de otra naturaleza, y
- aplicarse a todas las categorías de personal.

Asimismo, el grupo expresó la necesidad de prever, desde un principio, la evaluación de los programas de educación continua y su influencia en la extensión de la cobertura, y examinó los diversos métodos que se emplearían para este fin. Se consideró que la mejor forma de evaluación es el examen crítico por el propio personal de salud individualmente, una vez que haya tenido la oportunidad de verificar la validez de la educación continua en la tarea cotidiana de los servicios.

**EXPERIENCIAS, PROGRAMAS Y POLITICAS**

**DE**

**EDUCACION CONTINUA**

**Presidentes: Dr. P. Piyaratn  
Dr. I. Badran**

### Región del Mediterráneo Oriental

El Dr. Khogali, al presentar la situación general de la Región del Mediterráneo Oriental, recordó que en 1974 se llevó a cabo--como parte de las actividades regionales encaminadas a fomentar la formación de un personal que respondiera a las necesidades nacionales de salud--una encuesta sobre los programas existentes de enseñanza médica superior y continua, y que al año siguiente se convocó una reunión de un grupo de trabajo para estudiar el informe de dicha encuesta.

La encuesta reveló una ausencia casi total de programas organizados en materia de enseñanza continua del personal de salud. Hasta entonces solo se habían realizado actividades limitadas que, además, iban dirigidas a médicos especialistas en lugar de orientarlas hacia los médicos generales, y se concentraban más bien en la actualización que en el mejoramiento de la competencia profesional.

Sobre la base de estos resultados, el grupo de trabajo recomendó que todos los países establecieran sistemas globales de enseñanza continua del personal de salud, y que en estos programas se tuvieran en consideración las necesidades y prioridades nacionales, así como los recursos disponibles.

El informe puso también de relieve la necesidad de una revisión de la enseñanza básica que permitiera a los estudiantes un aprendizaje activo que les capacitara para resolver los problemas de salud de sus respectivos países. También se subrayó la necesidad de preparar publicaciones y material didáctico apropiados, como elemento indispensable del proceso de educación continua.

Por último, el Dr. Khogali se refirió al esfuerzo que venían realizando dos países de la Región para desarrollar programas de enseñanza continua, y presentó a los oradores de Egipto y Sudán, que informarían al respecto.

### Egipto

El profesor Badran dió cuenta de la situación de Egipto y destacó el hecho de que la educación continua ha sido considerada, hasta hoy, como una obligación del médico para mantenerse al corriente de los adelantos en el campo de la medicina. Pero ha llegado el momento de organizar, legislar e institucionalizar los métodos y recursos para la educación continua. En Egipto, esta acción se inició en 1976, y hoy se reconoce el valor de los comités mixtos--universidad y servicios de salud--que fueron creados para compartir ideas y responsabilidades en este esfuerzo. A continuación enumeró los factores que influyen en el progreso de la enseñanza médica continua en Egipto:

1. La existencia de comités mixtos permanentes en los que están representados los servicios de salud y el personal médico.
2. La descentralización de las actividades. En cada provincia, las autoridades de salud y las universidades y escuelas locales de medicina comparten la responsabilidad de la formación del personal y determinan conjuntamente el orden de prioridad.
3. Una vez definido el orden de prioridad, la elaboración de programas corresponde a un grupo mixto, integrado por planificadores, educadores, representantes de los servicios de salud y consumidores.
4. El reconocimiento de la importancia que reviste la educación orientada hacia la comunidad, más bien que hacia el hospital, el espíritu de equipo y la participación del alumno en todo el proceso educativo.

La enseñanza continua en el campo de la medicina debe ser un proceso integrado en la planificación del personal médico, no un cuerpo extraño impuesto, y, como tal, debe ajustarse a la necesidad y capacidad de cada país para subsanar las deficiencias que puedan existir en la enseñanza, agregar nuevos conocimientos teóricos y prácticos y conceptos e introducir un nuevo espíritu en el ejercicio de la profesión. Requiere asimismo una infraestructura apropiada y ha de estar subvencionada por el gobierno y las asociaciones profesionales, puesto que no debe relacionarse con incentivos sino que debe ofrecerse a petición de los interesados.

A título de ejemplo de las interesantes actividades realizadas en Egipto, el Dr. Badran mencionó la creación de seis centros de enseñanza continua en los que el Ministerio de Salud Pública y los profesores universitarios comparten las funciones docentes. Igualmente se han emprendido actividades educativas en 48 servicios rurales y urbanos de atención de la salud, donde los estudiantes, médicos y profesores participan en la enseñanza y el adiestramiento, incluida la educación médica continua. En los nuevos hospitales clínicos se establecieron además servicios de salud pública en los que profesores y alumnos se desenvuelven en un medio relacionado con la comunidad. Por último, como complemento, se organizaron programas educativos por radio y televisión dedicados al personal de salud.

### Sudán

El Dr. Beleil presentó la situación del Sudán, país con una extensión territorial de 2.610.000 km<sup>2</sup> y una población de 20 millones de habitantes, que está en proceso de rápida industrialización. Se ha adoptado un ambicioso programa de asistencia primaria de salud en escala nacional que exige la obligatoriedad de la educación continua para mejorar, en cantidad y calidad, al personal de salud.

La formación de este personal se enfrenta en la actualidad con graves dificultades:

- una escasez general de recursos humanos para la salud, agravada por la distribución desigual del personal que se inclina por el ejercicio privado de la profesión o por el servicio en zonas urbanas; las dificultades de los médicos jóvenes que trabajan solos en el medio rural; la ausencia de coordinación entre el Ministerio de Salud y las universidades; la carencia de material didáctico pertinente; la falta de un proceso de planificación de los recursos humanos centrado en las necesidades del país y la prioridad de la atención primaria.

Entre las actividades de educación continua emprendidas en el Sudán figuran las siguientes:

- a. Establecimiento de un Comité integrado por representantes de los Ministerios de Salud y Finanzas y la Universidad, encargado de planificar y establecer un sistema de evaluación y estudiar las posibilidades de implantar un sistema de carrera y de educación continua que permitan retener al personal de los servicios de salud.
- b. La preparación, mediante cursos de orientación de los graduados en el extranjero, para habituarlos a las condiciones sanitarias del Sudán.
- c. La organización para médicos generales, de cursos de actualización en distintos campos de la medicina.
- d. Reuniones periódicas, convocadas por la Asociación Médica del Sudán, para especialistas en diferentes campos.

A pesar de estos esfuerzos persiste el gran problema de fusionar las complejas y distintas categorías de personal de salud en un equipo eficaz y responsable.

## LA REGION DE AFRICA

### Kenia

El Dr. Gatei describió la educación continua en Kenia, exponiendo en primer lugar ciertos antecedentes.

La población de Kenia asciende a unos 13 millones de habitantes, con una tasa neta de crecimiento de alrededor de 3%. Administrativamente el país está dividido en 7 provincias y 41 distritos y comprende diversas tribus con lenguas y culturas diferentes. Las tierras áridas ocupan aproximadamente una tercera parte del país. El 85% de los habitantes residen en zonas rurales y el 50% de la población es menor de 15 años.

El Gobierno ofrece la mayor parte de los servicios curativos y preventivos, así como los de fomento de la salud; el ejercicio privado de la profesión solo existe en servicios curativos urbanos y en escala muy limitada.

La enseñanza general, desde la primaria hasta la universitaria, es función del Ministerio de Educación, incluida la de medicina, que actualmente se ofrece en una escuela única. El Ministerio de Salud tiene a su cargo la formación de enfermeras y otro personal complementario de salud.

El Gobierno de Kenia ha incorporado en el Plan Quinquenal de Desarrollo la enseñanza del adulto, de suerte que para 1983 ya no deberá existir el analfabetismo en ese grupo de población. Será interesante observar el efecto del rendimiento del personal de salud sobre la prestación de servicios cuando hayan mejorado las condiciones sociales y económicas de este personal y cuando haya disminuido el analfabetismo en la comunidad.

Por el momento no se dispone de una educación continua organizada, coordinada o sistematizada para el personal de salud, lo que en gran parte se debe a que las limitadas posibilidades humanas y tecnológicas han estado sistemáticamente sujetas a la prioridad del Gobierno para hacer frente a los problemas inmediatos de la ignorancia, las enfermedades y la pobreza. De todas maneras, ciertos organismos nacionales de salud, la escuela de medicina y algunas personas particulares han organizado cursos, reuniones de trabajo y seminarios para sus propios grupos. Asimismo, el Ministerio de Salud ha introducido cursos diurnos para enfermeras. Estos cursos no son obligatorios ni tampoco se procede a una evaluación inmediata o ulterior de los conocimientos o competencia de los participantes.

La Asociación Médica de Kenia y la Asociación de Médicos y Cirujanos de Africa Oriental, con el respaldo del Ministerio de Salud, celebran conferencias, aunque la asistencia a las mismas es también facultativa. Además, la Asociación Médica de Kenia organiza disertaciones y presenta películas sobre temas de especial interés para los médicos de las zonas urbanas y rurales.

La propia Asociación Médica está proyectando la creación de cursillos, de asistencia voluntaria, sobre los principios elementales de estadística, economía, sociología, epidemiología, administración y comunicaciones, destinados a los médicos interesados en perfeccionar y ampliar su formación. Estos cursos servirán de complemento a las conferencias organizadas sobre temas especiales antes mencionadas. La selección de los temas se relacionará con los problemas de salud comunes a las zonas urbanas y rurales.

En resumen, si bien las asociaciones profesionales y el Ministerio de Salud organizan cursos, reuniones de trabajo y seminarios, se ha previsto una interesante posibilidad, a saber, los cursillos periódicos sobre temas que merecen prioridad; no existe hasta la fecha una enseñanza médica continua coordinada o sistemática.

### Ghana

El Dr. Phillips no se refirió especialmente a la situación concreta de su país, donde se han organizado diversas actividades para los médicos en los principales centros de atención médica, sino que, a base de sus experiencias, destacó la importancia de una acción recíproca de los ministerios y las universidades en los programas de educación continua.

Se justifica el interés de los ministerios de salud en la educación continua, y su participación a este respecto es bien recibida, pero hay que reconocer que en muchos países en desarrollo los ministerios no cuentan actualmente con los recursos necesarios para llevar a cabo programas de esta naturaleza. A menudo, el personal de los ministerios y de los servicios de salud, aun cuando está bien informado de la situación local y desempeña debidamente sus funciones, no puede dedicarse a actividades de educación por falta de tiempo. Puede ocurrir también que no esté familiarizado con los métodos didácticos y no quiera aventurarse al campo de la enseñanza continua.

La universidad podría ser el complemento apropiado, ya que ofrece varios elementos, a saber:

- una opinión autorizada sobre problemas médicos y a veces sobre el orden de prioridad;
- una competencia en planificación y programación de la enseñanza;
- la participación de su profesorado y, en alguna ocasión, de sus alumnos;
- recursos científicos y tecnológicos;
- recursos materiales como instalaciones, laboratorios, infraestructura, bibliotecas y equipo para las investigaciones.

En un país en desarrollo, donde la universidad con frecuencia constituye un centro intelectual y científico importante, prever un programa de enseñanza continua para el personal de salud sin la participación de ese centro docente no se ajusta a la realidad.

### Zambia

El Sr. Chintu ofreció una idea general de la enseñanza continua en Zambia, advirtiendo que las opiniones que expresaba no representaban necesariamente el criterio del Gobierno del país.

La mayoría de las actividades de educación continua están organizadas y dirigidas por asociaciones profesionales como la Asociación Médica de Zambia y la Asociación de Enfermeras de Zambia. El Ministerio de Salud organiza también algunos programas de capacitación en servicio en hospitales y en los niveles provinciales. La Escuela de Medicina, junto con la Asociación Médica de Zambia, ha participado en la organización y realización de actividades de enseñanza continua destinadas principalmente a la profesión médica.

Si bien el Ministerio prepara de vez en cuando programas de enseñanza continua para diversas clases de personal de salud, no se ha establecido una política oficial ni un programa estructurado en relación con ese tipo de enseñanza. Posiblemente ello se debe a que el aumento del personal destinado a la atención primaria y a la dotación de los servicios de atención secundaria y terciaria ocupa un importante lugar en el orden de prioridad establecido por el Gobierno.

Otra de las razones de que la educación continua no se haya desarrollado es que la mayor parte del personal está formado por expatriados que sólo permanecen en Zambia dos o tres años y que tal vez tienen limitado interés en seguir los cursos de educación continua, aun en el caso que estuvieran bien organizados. Y por último, no se dispone de recursos para la educación continua del personal de salud.

No obstante, se prevé que, al aumentar el personal nacional, tendrá que implantarse una firme política de educación continua.

### LA REGION DE EUROPA

El Dr. Wojtczak expuso la situación de la enseñanza continua en los países de la Región de Europa. Los 32 países de EURO están, en su mayoría, muy desarrollados con mediana o alta industrialización. Los que podrían calificarse de países en desarrollo cuentan con sistemas de educación y salud bien organizados. Los sistemas de formación del personal de salud están firmemente consolidados. Las 450 facultades de medicina de la Región son, en su mayoría, independientes de toda influencia gubernamental.

Por lo común, los servicios de salud tienen buena dotación de personal. Los problemas principales son la distribución geográficamente desigual de los servicios y la utilización inadecuada del personal disponible. Las especialidades médicas están muy diversificadas, y existen más de 150 categorías profesionales de la salud.

En la Región de Europa figura una serie de países en los que las funciones legislativas y administrativas están distribuidas entre el gobierno federal y los gobiernos estatales, casi independientes. La mayoría de los países de la Región son también miembros de organismos internacionales o supranacionales que influyen en las actividades de desarrollo de los recursos humanos para la salud.

Además, hay en Europa organizaciones internacionales reconocidas que están empeñadas en la educación continua de las profesiones de la salud. La gran variedad de sistemas políticos, socioeconómicos, de atención de salud y de educación hace que no exista un solo plan o norma de organización de la enseñanza continua. No obstante, pueden identificarse entre los países europeos tres modalidades de organización de esa enseñanza:

1. La educación continua planificada a nivel central, que está organizada o coordinada y financiada por el Gobierno.

El sistema de organización central se encuentra en los países de Europa Oriental donde la educación continua está a cargo del Gobierno. Los ministerios de salud delegan la organización y ejecución de los programas de educación continua en instituciones centrales como el Centro Médico de Educación de postgrado (Polonia) o el Instituto de Educación Médica de Postgrado (Hungría, Checoslovaquia). Estas instituciones utilizan los recursos de las escuelas de medicina y de los institutos de investigaciones médicas para llevar a cabo los programas de educación continua.

También participan en la ejecución de estos programas las ramas especializadas de sociedades médicas y los sindicatos asociaciones de trabajadores de salud.

Las actividades, que están regionalizadas, se ajustan a las necesidades locales del personal de salud. Todos los gastos corren por cuenta del estado, quien también asegura el reemplazo de los médicos gubernamentales. Casi todos los médicos participan en los programas de enseñanza continua, lo mismo que una proporción considerable de otros profesionales de la salud.

2. La educación continua organizada por asociaciones profesionales y sostenida por el Gobierno.

En otros países europeos, donde los programas de educación continua no están controlados por el Gobierno, la iniciativa parte de las asociaciones profesionales. En la mayoría de los países europeos estas actividades se llevan a cabo con el apoyo gubernamental. Las asociaciones profesionales de médicos, odontólogos, enfermeras y otras categorías de personal de salud utilizan los recursos de instituciones docentes, grandes

hospitales y dependencias estatales. Asimismo reciben ayuda de la industria farmacéutica. En ciertos países se reembolsa a los médicos parte de los gastos ocasionados por su participación en la educación continua.

3. La educación continua organizada por asociaciones profesionales o fundaciones privadas y sin ayuda del Gobierno.

Este tipo de enseñanza depende exclusivamente de las mencionadas instituciones quienes ofrecen actividades educativas, mientras la participación se deja a la iniciativa del médico.

En Europa occidental la enseñanza continua de las enfermeras va cobrando un impulso cada vez mayor. Las dirigentes de enfermería reconocen de un modo general la necesidad de esta enseñanza para todo el personal de esta profesión.

Una situación semejante se observa en relación con el personal de higiene del medio y las asistentas sociales pertenecientes a los servicios de salud.

Siguen sin resolver algunos problemas de carácter técnico, tales como las deficiencias de la planificación de la enseñanza, métodos y materiales didácticos así como la pertinencia de la educación existente frente a las necesidades y exigencias de la sociedad. Tampoco se cuenta con normas clínicas y operativas universalmente aceptadas que puedan servir de directrices para la formulación de programas de educación continua.

Por último, tanto los servicios de salud como los educadores están firmemente convencidos de la necesidad de evaluar los efectos de la educación continua sobre la competencia profesional del personal de salud y, oportunamente, sobre la calidad de la atención ofrecida para poder orientar los futuros programas de educación continua.

### Suecia

Otro ejemplo de educación continua en la Región de Europa, concretamente en Suecia, fue presentado por el Dr. Orawa.

Suecia, con una población de 8 millones de habitantes, cuenta con 17.000 médicos y 250.000 funcionarios en los servicios de salud, aparte de un pequeño grupo que se dedica al ejercicio privado de la profesión.

El Gobierno y el Parlamento determinan los objetivos generales de los servicios de salud, por lo común mediante leyes u otras disposiciones, y les asignan subvenciones estatales. Los fondos proceden, en su mayoría, de los impuestos recaudados por los condados, y los 26 consejos de condado asumen la responsabilidad principal de la planificación, financiamiento y prestación de la atención médica.

Los servicios de higiene del medio y otros relacionados con la salud están a cargo de 277 comunidades. El Consejo Nacional de Salud y Asistencia Social es la autoridad gubernamental ejecutora, dependiente del Ministerio de Salud y Asuntos Sociales, y le corresponde la función de integrar, a nivel nacional, las actividades de los condados y las comunidades.

En 1975 el Consejo Nacional adoptó un programa de reestructuración y desarrollo de los servicios de salud. Según este programa, los servicios se organizarían en tres niveles de atención: atención primaria, atención en hospitales de distrito y atención médica regional.

Asimismo se estableció una planificación nacional que ya viene funcionando desde hace cinco años, y que consta de lo siguiente: a) un plan general nacional para los 20 ó 30 años próximos, b) planes de los consejos de condado para un período de 10 a 15 años, que son objeto de revisiones quinquenales y c) planes quinquenales de los consejos de condado que se revisan anualmente. La atención primaria ocupa un importante lugar en el orden de prioridad, lo mismo que la asistencia a largo plazo, el cuidado de los ancianos y la atención psiquiátrica. Por eso, la disponibilidad de médicos está controlada por un sistema de asignación de internos y residentes por zonas geográficas y especialidades.

La enseñanza continua es una de las obligaciones del empleador, en este caso los consejos de condado; cada uno de ellos ofrece programas para grupos mixtos de personal y para profesiones específicas. Por lo regular, los programas se formulan en cooperación con el personal o sus representantes. Un estudio realizado en 1975 reveló que el promedio anual de horas de educación continua proporcionada a los funcionarios y participantes era de 36 y 116, respectivamente (sin contar las reuniones de personal y otras actividades limitadas a una clínica o centro de salud). Los consejos locales desembolsaban para esa enseñanza 400 millones de coronas suecas (EUA\$90 millones), lo que equivale a un 3% de los sueldos totales. Ahora bien, en este estudio la educación continua se definía en términos muy amplios, y cabe suponer que con una definición más restringida, estas cifras quedarían reducidas a la mitad.

En lo que se refiere a los profesionales de la medicina (médicos, fisioterapeutas y odontólogos), la educación continua está organizada por asociaciones y sociedades profesionales, sindicatos, autoridades públicas nacionales y empresas privadas. En medida creciente, este tipo de actividad es objeto de un meticuloso examen por un comité especial en el seno de la Federación de Consejos de Condado, que también organiza cursos en varios campos.

El Comité Nacional de Enseñanza Superior, que es el que otorga el reconocimiento oficial de los especialistas y médicos generales, ha propuesto la institución de un organismo nacional coordinador y supervisor que se encargaría de la enseñanza continua de los médicos.

En resumen: Actualmente se llevan a cabo numerosas actividades; los profesionales universitarios disponen de una educación continua de buena calidad, pero en lo que concierne a otro personal, dedicado a la atención primaria y a la atención de largo plazo, esta enseñanza sigue siendo insatisfactoria.

La participación en la educación continua es optativa, pero se observa una creciente tendencia a convertirla en parte del servicio.

Se estima que, para mejorar esta situación, los programas que en la actualidad están parcialmente coordinados a nivel regional, deberían ser integrados y sistematizados a nivel nacional.

## REGION DE ASIA SUDORIENTAL

### Tailandia

Los problemas de personal de salud con que se enfrenta Tailandia son no solo cuantitativos sino también cualitativos, según afirmó el Dr. Prapont Piyaratn. Se considera que la enseñanza continua sería un procedimiento eficaz para mejorar la calidad de los recursos humanos. Hoy, muchas instituciones, en especial las dependencias del Ministerio de Salud, las universidades y distintas asociaciones profesionales, ofrecen un gran número de cursos organizados.

Las actividades docentes están divididas en cuatro grupos: 1) cursos para la obtención de un título o diploma; 2) cursos de actualización; 3) supervisión sistemática, y 4) reuniones técnicas o seminarios.

Estas actividades están dirigidas a categorías específicas de personal de salud, en particular a los profesionales.

El desarrollo y mejoramiento de un sistema de educación continua en Tailandia tropieza con innumerables problemas, entre los cuales figuran los siguientes:

1. Falta de datos básicos para la planificación; las diversas actividades patrocinadas por las diversas instituciones no responden a los problemas de personal del país.
2. El plan nacional de desarrollo de recursos humanos para la salud no es todavía adecuado, lo que contribuye a la ineficacia de los programas de educación continua a largo plazo.
3. La falta de normas uniformes sobre la formación, perfeccionamiento y gestión del personal, por lo cual es casi imposible estandarizar la enseñanza continua en el campo de la salud.

4. La ausencia de políticas más globales y la escasa aceptación de las políticas existentes en relación con la formación y perfeccionamiento del personal de salud, en particular las de educación continua.
5. La comunicación deficiente entre quienes prepararán el personal y quienes lo utilizan, lo que se traduce en una planificación y aplicación de sistemas de enseñanza continua fuera de la realidad.
6. La ausencia de conocimientos técnicos y experiencia en tecnología educativa, lo que limita el rendimiento y la eficiencia de los programas.
7. Una estructura inadecuada para la gestión de programas de enseñanza continua de todas las categorías de personal.

#### Canadá

El Dr. Laramée presentó un informe sobre el programa de educación continua para los médicos en Canadá.

En el Canadá hay aproximadamente 40.000 médicos, 17.000 especialistas y 6.000 internos y residentes y alrededor de 20.000 médicos generales. La razón total médico/habitantes es actualmente de 1/578. Con arreglo a la Constitución del país, las autoridades federales inspeccionan y coordinan las actividades de salud a nivel nacional, pero su ejecución corresponde en gran parte a las provincias.

Las asociaciones médicas de cada provincia se encargan de mantener al día la competencia de los médicos mediante la educación media continua (EMC).

En la mayoría de las provincias, el colegio médico tiene autoridad para controlar o supervisar la calidad del ejercicio de la profesión médica. Pero en su mayor parte los colegios provinciales no han implantado una política de renovación periódica de la licencia para ejercer o se niegan a utilizar la educación continua como criterio para la renovación de esa licencia. Sin embargo, en 1980 la provincia de Manitoba exigirá comprobación de participación a la EMC a tal efecto.

Los grupos que intervienen en la enseñanza continua son casi los mismos en todas las provincias, a saber, las universidades locales, escuelas de medicina, sociedades médicas, personal médico y hospitalario y otros grupos médicos.

La coordinación de las actividades de EMC se lleva a cabo en distintos planos y por medio de mecanismos diferentes dentro de cada provincia. Seguidamente el Dr. Laramée describió en detalle los sistemas de educación continua de Colombia Británica, Alberta, Saskatchewan, Manitoba, Ontario, Provincias Marítimas, Terranova y Quebec, concentrándose en las funciones del colegio médico las normas actuales en cuanto a la EMC y la renovación de la licencia para ejercer la profesión, los grupos que participan en la organización de actividades, los mecanismos de coordinación y las peculiaridades de cada programa provincial.

Asimismo expuso ciertos puntos valiéndose de ejemplos tomados de los programas de EMC de Quebec, donde las funciones de las asociaciones profesionales son tal vez más manifiestas que en otras provincias.

En Quebec, los médicos han de observar normas de máxima calidad en el ejercicio de su profesión, teniendo en cuenta su situación local y los recursos disponibles. La supervisión de la calidad de la atención médica está organizada a base de la evaluación por los propios colegas, de la que pueden emanar recomendaciones en el sentido de que los interesados participen en la EMC, en programas generales o individuales. También existen disposiciones que obligan a los médicos que han dejado de ejercer la profesión por cierto tiempo a recibir actualización para poner al día sus conocimientos. Pero esencialmente se considera que la EMC es una responsabilidad y obligación del individuo en un proceso de aprendizaje permanente.

La estructura, objetivos y posibilidades de los programas de educación continua para otros grupos de personal de salud, como enfermeras o técnicos, son semejantes a los de la EMC.

El expositor terminó diciendo que el sistema de educación continua del Canadá es indudablemente complejo y costoso y que no debería ser tomado como modelo sin un previo análisis de las ventajas esperadas y de los recursos disponibles.

#### Estados Unidos de América

El Dr. Hatch y el Dr. Moritsugu expusieron la situación de la enseñanza continua en los Estados Unidos. El Dr. Hatch señaló que los servicios de salud ocupan el tercer lugar entre las mayores industrias del país; les corresponde el 8% de la fuerza laboral. Sus funcionarios ascienden a 5 millones y cuentan con un personal sumamente especializado.

Las profesiones de la salud están bajo la jurisdicción de los estados, y el sistema de atención médica es casi una empresa privada. La falta de una coordinación general de la educación continua en escala nacional crea una gran confusión. Una de las características de las

actividades de educación continua es que están patrocinadas de manera individualista por asociaciones profesionales, centros médicos, instituciones benéficas, fabricantes e instituciones de atención de la salud y se dedican a su respectivo personal. Algunas asociaciones están estableciendo sistemas de reconocimiento de las enseñanzas recibidas. No existen datos sobre el total de la educación continua ofrecida en el país, ni de los costos que representa, que se consideran elevados.

La educación continua está financiada principalmente por los propios profesionales. Los contenidos reflejan el interés de las actividades.

Se viene observando un interés entre los profesionales y entre el público por una capacitación permanente. Las asociaciones estatales y profesionales están solicitando que se exija un reconocimiento de la educación continua como requisito para obtener la renovación de la licencia para el ejercicio de la profesión. Si bien en 1975 establecieron este requisito 19 profesiones, no se vislumbra ninguna tendencia particular al respecto.

El Gobierno Federal, a consecuencia de la prioridad concedida a los grupos desfavorecidos, ha aumentado su financiación directa de los servicios de salud, y, por lo tanto, se observa un creciente interés en la calidad de la atención ofrecida. Por eso, están recibiendo apoyo financiero una serie de actividades relacionadas con la educación continua, por ejemplo, los estudios para determinar las funciones y obligaciones (delineación de funciones), normas generales para el establecimiento de planes de estudios, material para la autoevaluación y materiales para la educación continua.

Es importante para el futuro una definición de la educación continua y distinguir perfectamente entre los programas encaminados a garantizar un rendimiento de un profesional y un nivel de competencia aceptable y los programas dedicados a la enseñanza superior o especializada que sigue al nivel profesional básico. La dependencia federal pertinente ha publicado varios informes que contienen recomendaciones para reformar y mejorar la educación continua.

A continuación el Dr. Moritsugu presentó un informe detallado sobre la educación continua de los médicos (EMC) en los Estados Unidos de América. El Servicio de Salud Pública considera que la EMC constituye uno de los elementos para obtener una competencia constante. El concepto se encuentra en fase de desarrollo y maduración.

La Asociación Médica Americana (AMA) ha establecido una clasificación de la EMC, extensamente reconocida y titulizada, que consta de seis categorías de actividades:

- La enseñanza de la Categoría I puede adquirirse en instituciones reconocidas por la AMA. Los programas de EMC aprobados por esa Asociación abarcan cursos regionales, ciclos de conferencia, etc. y consultorios con medios visuales.

- En la Categoría II están comprendidas enseñanzas ofrecidas por instituciones no reconocidas por la AMA.
- Las incluidas en las Categorías III y IV pueden obtenerse presentado publicaciones y preparando exposiciones.
- En la Categoría V figura la capacitación individual mediante métodos de autoinstrucción, audiovisuales, lectura de revistas o autoevaluación.
- La Categoría VI se obtiene mediante experiencias de aprendizaje de reconocido valor.

El reconocimiento que otorga la AMA se basa en la comprobación de actividades que equivalen por lo menos a 150 horas de enseñanza recibidas a razón de una hora semanal durante los tres años anteriores. Además, se requiere un mínimo de 20 horas anuales de enseñanzas pertenecientes a la Categoría I.

Las fuerzas determinantes que moldean la educación médica continua son los intereses de las organizaciones que sostienen los programas y los deseos de los participantes que pagan por las enseñanzas, y no una evaluación objetiva de las necesidades.

En 1978-79, la AMA informó que 1.576 instituciones y sociedades patrocinaban o co-patrocinaban 8.795 cursos de EMC. De estos cursos, 3.144 o sea el 36% del total, eran auspiciados por 123 escuelas de medicina, y el 31% se ofrecía en hospitales sin afiliación, incluidos los gubernamentales.

Las 22 juntas de especialidades médicas han establecido una política de renovación del certificado profesional. Diecisiete de ellas han fijado las fechas en que se implantará esta renovación y cinco ya la han hecho obligatoria.

En 21 estados se requiere la EMC para seguir siendo miembro de la sociedad médica del estado y en 24 estados es legalmente obligatorio para registrar la licencia de ejercicio de la profesión.

La coordinación está a cargo del Comité de Enlace de la EMC, integrado por representantes de la AMA, la Asociación Americana de Hospitales, la Federación de Consejos Médicos Estatales, el Gobierno Federal y el público. La coordinación entre el Gobierno Federal y las asociaciones profesionales puede calificarse como una relación de igualdad más bien que de dirección.

La participación financiera del Gobierno Federal en los servicios de salud necesita de normas nacionales para la EMC. Además, es necesario delinear perfectamente los objetivos de las partes interesadas en la EMC y obtener más información para llegar a una definición teórica de la función de la EMC.

### Bolivia

En su exposición del Plan Nacional de Salud de Bolivia, el Dr. Paredes manifestó que la extensión de los servicios de salud, especialmente en el medio rural, es objeto de particular atención. Se ha concedido prioridad a los programas de formación del personal para fortalecer el Servicio Nacional de Salud. Por consiguiente la educación continua de ese personal reviste importancia para el mejoramiento de la prestación de servicios.

El objetivo general del Proyecto de Educación Continua de Bolivia consiste en desarrollar un programa dirigido al personal de salud que habrá de participar en la extensión de la cobertura de los servicios. Para concretar, el primer año del proyecto se dedicará a su preparación y al ensayo de material didáctico; en el segundo, se procederá a la enseñanza continua del personal de salud de las provincias de Oruro y Cochabamba: 533 auxiliares, enfermeras y médicos distribuidos en 112 servicios rurales que atienden a una población de 760.000 habitantes. Y al tercer año el proyecto se extenderá a otras zonas del país.

El programa se concentrará en la atención primaria y empleará las técnicas educativas asequibles al personal y a las comunidades rurales y, posiblemente, hará uso de los idiomas quechua y aimará. Se procurará respetar por todos los medios los valores culturales de la población.

El Ministerio de Salud es responsable por la ejecución del proyecto por conducto de su Departamento de Recursos Humanos. Se han creado comités coordinadores centrales y regionales, así como los servicios operativos locales.

El presupuesto del proyecto cuenta con 106.000 dólares del Gobierno Nacional, 80.000 dólares procedentes de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, y apoyo técnico y financiero de la OPS.

Periódicamente el proyecto se someterá a evaluaciones internas nacionales y a otras de la CIDA/OPS.

Con arreglo a las indicaciones dadas durante el segundo y tercer años, en este último se procederá a una evaluación global para extender el programa a otras regiones del país.

### Colombia

Según informó el Dr. Jiménez, la Asociación Colombiana de Facultades de Medicina viene llevando a cabo programas de educación continua para los médicos desde 1965. Estos programas se extendieron posteriormente a los odontólogos, enfermeras, dietistas y personal auxiliar.

En la política de desarrollo de los recursos humanos para la salud está incluida la formación y el mejor uso del personal mediante actividades de enseñanza continua. De conformidad con esta política, se definieron los objetivos de la enseñanza continua para el mejoramiento de los servicios, ampliación de la cobertura, desarrollo profesional y difusión de la información biomédica.

En 1978 los programas de enseñanza continua abarcaban a un 3% del personal con formación académica contratado por los servicios públicos. Estos programas iban dirigidos a tres clases de servicios, a saber: la atención del individuo, la atención de la comunidad y la protección del medio ambiente, y contaban con la participación del personal profesional, intermedio y auxiliar de salud. En la ejecución de estos programas colaboraron las instituciones académicas y el personal de los servicios de salud.

El desarrollo de programas de educación continua se basa en una infraestructura que se extiende desde los servicios locales de salud hasta los servicios especializados de nivel nacional. Se han asignado a cada nivel de esta infraestructura determinadas funciones, tales como la identificación de las necesidades de educación continua, la determinación de las prioridades, la preparación de programas, el ajuste a las políticas y normas, y las actividades de ejecución y evaluación. Corresponde a la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud Pública la coordinación nacional de los programas de educación continua.

La División dedicaba el 8% de su presupuesto (aproximadamente 400.000 dólares) a los programas de educación continua. Los servicios locales sufragaban los gastos de transporte de los participantes en cursos, y las instituciones académicas se hacen cargo de los costos de viaje del profesorado.

En 1980 el programa de educación continua se ampliará gracias a la asignación en el presupuesto nacional de otros fondos procedentes de la OPS/OMS y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional. Además, se ha aprobado una ley en virtud de la cual los servicios locales están obligados a participar en el financiamiento del programa, y se ha establecido un proyecto de tecnología educativa con el objeto de introducir nuevos métodos.

#### Cuba

Después de presentar interesantes estadísticas que muestran el constante mejoramiento de la salud en Cuba, el Dr. Llorens subrayó la importancia de coordinar todas las actividades de formación de personal

que se desarrollan en el seno del Ministerio de Salud Pública. En esta estructura, la educación continua está perfectamente integrada con la formación pregrado y posgrado y la vida laboral del personal de salud.

El Dr. Llorens se concentró en los aspectos médicos y educativos, ya que los referentes a la organización se presentarían más adelante en el curso del seminario. Hoy, transcurridos cinco años de actividades progresivas, los programas de educación continua están virtualmente al alcance de todo trabajador de salud.

Los médicos tienen acceso a un programa anual de actividades, conferencias, cursos y seminarios en su lugar de trabajo, en la capital o en los distritos. Las materias ofrecidas son muy diversas y abarcan la mayoría de los avances en el campo clínico y de la salud pública.

El personal de enfermería puede elegir entre nueve programas de enseñanza posbásica, tales como los de administración, neonatología, cuidados intensivos, anestesia, etc. que se ofrecen durante el año en forma de educación continua. Programas semejantes están a disposición de los técnicos, en los campos de radiología, radiofísica, laboratorio, saneamiento, administración o docencia.

El personal auxiliar y complementario puede también participar en actividades educativas organizadas por cada hospital o centro de salud.

Los objetivos de los programas varían, ya que algunas actividades se limitan simplemente a la "actualización" de los conocimientos; otras, denominadas de "complementación" tienen por objeto preparar al alumno en un nuevo campo; el "adiestramiento en servicio", instrucción esencialmente práctica, está supervisada por un tutor; en cambio la "especialización" es en gran parte teórica y permite obtener un título o diploma.

En 1978 el Programa de Educación Continua llegó a un momento culminante, con 16.651 actividades destinadas a 103.056 médicos y otros profesionales y 15.493 actividades para 151.633 miembros del personal de enfermería y técnico.

En los próximos años en lugar de incrementar el volumen de actividades, que ya han alcanzado la cobertura total del personal de salud, el programa se orientará hacia el mejoramiento de la calidad de la docencia, se explorarán nuevos métodos didácticos y se establecerá un sistema de evaluación que permitirá un reajuste constante del programa a las necesidades de la población, sujetas a rápidos cambios.

### Ecuador

El Dr. Egas describió el programa de educación continua del Ecuador, que es uno de los componentes del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. La División correspondiente, que forma parte de la Dirección General de Planificación de la Salud, se encarga de la ejecución del programa.

Los programas actuales de enseñanza continua en el Ecuador son los siguientes:

- Programa nacional para graduados;
- Programa nacional de internados rotatorios, íntimamente relacionado con el anterior;
- Programa de investigaciones y educación continua para el personal profesional y auxiliar de odontología;
- Programa de capacitación de enfermeras profesionales y auxiliares de enfermería, que consiste en la celebración de reuniones anuales de una semana, para actualizar los conocimientos y analizar los problemas de orden técnico y administrativo, y
- Programa permanente para la capacitación de parteras empíricas a cargo de una enfermera y un obstetra, con el fin de formar equipos provinciales que lleven a cabo esta actividad.

Además, el Ministerio de Salud Pública, con el propósito de integrar las actividades de capacitación en la regionalización de los servicios de salud, ha adoptado un proyecto experimental de educación continua del personal de salud.

Los objetivos del proyecto consisten en organizar y aplicar un sistema regionalizado de servicios; mejorar la calidad de la prestación de servicios y actualizar y aumentar los conocimientos médicos y administrativos del personal de salud.

Con ese fin, se llevará a cabo en los próximos años una labor experimental en tres regiones rurales: Pichincha, Guayas y Azuay. El Ministerio de Salud, la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional y la OPS han firmado un acuerdo de cooperación para la ejecución del proyecto, que tendrá un presupuesto de unos \$80.000, además de la financiación nacional.

Se proyecta realizar: (a) actividades de investigación sobre las necesidades de la comunidad y sobre la capacitación requerida del personal, (b) preparar modelos de programación de las enseñanzas para su

aplicación en áreas seleccionadas, y (c) iniciar en todas las áreas la formulación y ejecución de un plan regional de educación continua para un total de 1.200 trabajadores de salud.

La ejecución de todo el programa de educación continua estará bajo la responsabilidad de comités coordinadores nacionales y provinciales, formados por representantes de los servicios de salud, profesores de las escuelas de ciencias de la salud y funcionarios del Departamento de Recursos Humanos e Investigaciones del Ministerio de Salud Pública.

### Guatemala

El Dr. Barrios dió cuenta de la experiencia obtenida en la "autoinstrucción dirigida" que se utiliza en Guatemala para la preparación de auxiliares de enfermería. Este programa permite a las auxiliares encargadas de los centros rurales de salud--y que no han tenido capacitación formal--seguir un programa didáctico sin dejar su lugar de trabajo.

Las 840 auxiliares de todo el país que participan en el programa reciben una serie de módulos de autoinstrucción. Las participantes aprenden individualmente con el módulo correspondiente, y la instructora de enfermería de distrito les da explicaciones y consejos y evalúa su aprovechamiento. El programa abarca los aspectos siguientes: principios de enfermería materno-infantil, planificación de la familia, primeros auxilios, tratamientos simples, saneamiento del medio, administración, nutrición y participación de la comunidad. Las alumnas que completan el programa obtienen un título oficial de auxiliares de enfermería. Este método, que en la actualidad se emplea para la "instrucción remedial", se utilizará en el futuro para los programas de educación continua de estas auxiliares y se extenderá a otras categorías del personal rural.

Es un método que no solo permite el aprendizaje individual sino que también da uniformidad a los procedimientos que se emplean en todas las regiones del país. Además su costo es bajo, tiene flexibilidad y requiere pocas inversiones.

El Dr. Barrios se refirió también a los problemas encontrados hasta la fecha.

Asimismo, describió el procedimiento de evaluación de las enseñanzas que consiste en exámenes escritos y prácticos a cargo de la supervisora. Expertos nacionales, con la orientación de la OPS, están preparando los módulos y manuales necesarios que se utilizarán para consolidar la instrucción.

No existe todavía una coordinación entre las actividades de los Ministerios de Salud y Educación, pero se está tratando con todo empeño de conseguirla. Únicamente las escuelas de enfermería participan en el desarrollo del programa.

Con el fin de completar este programa y extenderlo a otras categorías de personal, los ministerios han firmado un acuerdo con la Organización Panamericana de la Salud y la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional referente a un proyecto trienal de educación continua del personal de salud.

### Honduras

La Licenciada Mojica describió la planificación y ejecución de un programa de educación continua en Honduras, con el objeto de reforzar la extensión de la cobertura. Hizo una breve exposición del sistema de salud, su regionalización y niveles de atención, con sus correspondientes categorías de personal, que constituyen características específicas del sistema de salud del país.

El orden cronológico de la preparación del programa se ajustó a las recomendaciones formuladas por los servicios de planificación, educación y ejecución del nivel central y, siguiendo el mecanismo de descentralización, se constituyeron grupos docentes en ocho regiones sanitarias del país que se encargan de organizar las actividades.

Este programa tiene la peculiaridad de que ofrecerá enseñanza continua a diversas categorías de personal, ya que participarán en él 120 vigilantes de salud, 60 representantes de salud de la comunidad, 720 parteras tradicionales, 800 auxiliares sanitarios, 1.200 auxiliares de enfermería y otros técnicos y profesionales. El contenido de la educación cubre una gran variedad de materias, desde la participación de la comunidad, mantenimiento, archivos médicos, administración hasta la epidemiología, nutrición, asistencia médica básica, atención maternoinfantil y otras temas médicos.

El programa se beneficiará de una buena infraestructura educativa establecida en años anteriores por la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud, que prepara instructores y supervisores, así como material didáctico adaptado a las condiciones locales. Esta infraestructura presta el apoyo educativo necesario para llevar a cabo las actividades de capacitación dentro de la estructura de los servicios.

Aunque el programa está financiado principalmente con fondos nacionales, recibe apoyo de fuentes internacionales. El reciente acuerdo con la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional y la Organización Panamericana de la Salud permitirá ampliar el programa y explorar nuevos métodos de educación continua.

En el debate que siguió a esta exposición, se hizo hincapié en la necesidad de incluir personal de los servicios en los grupos docentes regionales y se puso de relieve el hecho de que las actividades de educación continua corrigen en gran parte las deficiencias de la formación básica de diversas categorías de personal, especialmente en lo que concierne a las nuevas actividades que requiere el programa de extensión de la cobertura.

### Jamaica

El Dr. Goldson contestó negativamente a la pregunta de si Jamaica poseía un programa de educación continua coordinado y bajo la dirección central. Pero esta respuesta necesitaba aclaración. En efecto, en Jamaica se viene llevando a cabo, desde hace bastante tiempo, una serie de actividades de educación continua que abarca a diverso personal de salud. Sin embargo, muchas de estas actividades, aunque se desarrollan sin interrupción y con cierta coordinación, no constituyen lo que podría calificarse de programa permanente, coordinado y bajo una dirección central.

Las actividades se desarrollan en:

1. Las instituciones de formación de personal de salud;
2. Las asociaciones profesionales;
3. Las organizaciones privadas, y
4. Las instituciones educativas del Ministerio y su dependencia de Adiestramiento en Servicio, como parte de sus programas regulares que cubren una gran diversidad de campos.

Jamaica ha adoptado una nueva política sanitaria. Actualmente, los servicios primarios de salud basados en la comunidad, y que incluyen la planificación de la familia, reciben prioridad. Se ha formulado un plan quinquenal de salud, así como una estrategia para la reorganización de los servicios. Se establecieron cuatro regiones sanitarias que constarán de cuatro niveles de atención. Se ha creado una Unidad de Planificación y Evaluación, y la actual Unidad de Adiestramiento en Servicio se está ampliando para convertirse en una Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos.

Todo miembro del equipo de salud debe considerar que los demás son igualmente importantes y que desempeñan funciones equivalentes, aunque distintas. Ello exigirá una modificación de las funciones, relaciones y obligaciones de las diversas categorías de personal. El personal de salud debe adquirir constantemente nuevos conocimientos y ninguno de los miembros del equipo debe realizar sistemáticamente tareas que pueden ser desempeñadas con la misma competencia por otros miembros menos preparados. De ahí que la educación continua deba considerarse únicamente como un aspecto de todo el ciclo continuo del proceso de formación/utilización del personal.

A los efectos de atender las necesidades de atención primaria de la salud, se están ampliando o introduciendo programas de formación básica. Como primer paso, se preparó y se está llevando a cabo un programa de dos años, destinado a satisfacer las necesidades primordiales del servicio. Las necesidades de capacitación fueron identificadas por miembros de personal que asistieron a seminarios nacionales y fueron luego diseadas y elaboradas a nivel de Parroquias. La mayor parte de la formación suele ofrecerse a este nivel, utilizando la experiencia local.

Se está tratando con todo empeño de desarrollar un enfoque de trabajo en equipo para la atención de la salud de la comunidad que permita aprovechar al máximo las aptitudes y mejorar la competencia de las diversas categorías de personal.

### Nicaragua

El Dr. Rivas describió la organización del sector salud en Nicaragua y los esfuerzos que se vienen realizando para mejorar la coordinación de las actividades de este sector. El Instituto Nicaragüense de Recursos Humanos para la Salud (INRHUS) tiene a su cargo, entre otras tareas, la planificación, formación y educación continua del personal de salud. Es un organismo creado y financiado por las cuatro instituciones principales del sector salud.

El Instituto ha prestado apoyo a programas de formación básica de auxiliares, personal de enfermería y técnicos y, en lo que se refiere al adiestramiento durante el servicio, ha emprendido un programa de formación para jefes de servicio, directores de hospitales de distrito, jefes de centros de salud y administradores. Este programa de ocho meses se organizó de manera que los participantes se reunieran en la capital y luego procedieron a trabajos sobre el terreno en su respectivo lugar de destino. Se estima que, si se lograra reducir los costos, esta primera experiencia podría utilizarse para otros grupos de personal de salud.

Otra interesante actividad es la iniciada por la Facultad de Medicina de León, donde un grupo de dedicados profesores participan voluntariamente en la educación continua de médicos rurales de todo el país. La Facultad envía con anticipación material escrito a los participantes y luego los docentes efectúan una visita para discutir de los problemas médicos con los grupos de profesionales locales. Poco a poco se va despertando un creciente interés por parte de esos médicos en participar en la identificación de sus propias necesidades y en la ejecución del programa, ya que se les estimula a asumir la responsabilidad de su propia educación continua.

Se espera que, si las circunstancias lo permiten, esta clase de experiencias podrán reproducirse para otras categorías de personal y, de esta manera, lograr una asistencia integrada para toda la población del país.

## República Dominicana

La Licenciada Maldonado hizo una exposición de los programas previstos de enseñanza continua que podrían incorporarse en las actividades generales de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) para el desarrollo de recursos humanos.

La población del país asciende a cinco millones de habitantes, 60% de los cuales residen en zonas rurales. La SESPAS tiene 15.000 funcionarios de los cuales 2.600 son médicos, 400 enfermeras profesionales, 2.500 auxiliares de enfermería, 300 sanitarios, 150 bioestadísticos, 150 educadores de salud y 5.000 administrativos. También prestan servicio en la SESPAS 3.143 promotores de la salud, 141 auxiliares rurales, 165 educadores de las comunidades y 8 supervisores que están integrados en el Servicio Básico de Salud. Los servicios que ofrece las SESPAS se basan en la política nacional y planes de acción vigentes para la extensión de la cobertura, mediante una regionalización que cubre seis regiones y cuatro niveles de atención. En la República Dominicana hay siete universidades donde se forman médicos, enfermeras y otros profesionales.

La SESPAS ofrece cuatro tipos de formación para el desarrollo de los recursos humanos: 1) enseñanza continua en administración, medicina preventiva, odontología, educación sanitaria, métodos didácticos, supervisión y tecnología médica y farmacéutica; 2) adiestramiento del personal técnico y auxiliar que ingresa en el servicio, cambia de funciones o recibe un ascenso; 3) formación del personal contratado para el servicio pero que no tiene experiencia, por ejemplo, en saneamiento del medio, estadística, rayos X o registros médicos, y 4) preparación de auxiliares de enfermería, promotores de salud rural y educadores de la comunidad. El personal de las tres primeras categorías recibe las enseñanzas en seminarios, talleres, reuniones técnicas y cursos mediante becas al exterior. Los programas se basan en las necesidades del servicio y en las necesidades de empleados y la instrucción se ofrece a nivel nacional y regional. Los fondos de que dispone la SESPAS para el desarrollo de recursos humanos proceden del presupuesto nacional, de la OPS/OMS/PNUD, OPS/OMS/CIDA y préstamos de la AID y el Banco Internacional de Reconstrucción y Fomento.

Se espera que el convenio sobre educación continua del personal de salud, que próximamente firmarán las SESPAS y la Organización Panamericana de la Salud, con aporte financiero de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional, permitirá establecer en dos de las cinco regiones del país un programa permanente asequible a todo el personal de salud rural.

## Venezuela

El Dr. Villalobos expuso la situación de Venezuela. El país está dividido en 20 estados y tiene una población de 13 millones de habitantes, el 65% de los cuales viven en zonas urbanas. Además de los servicios del Ministerio de Sanidad y Asistencia Social, varias instituciones autónomas prestan atención de salud. Asimismo se viene observando un aumento de la atención médica privada.

Venezuela cuenta con 17 escuelas de medicina para la formación del personal de salud. La promoción anual de médicos oscila entre 1.000 y 1.200. Se ha iniciado además un programa para la creación de otras escuelas de medicina. El Ministerio de Educación lleva a cabo los programas de formación del personal paramédico.

Por influencia de las escuelas de medicina, se introdujo la educación continua de médicos y enfermeras diplomadas. En 1968, el Ministerio de Sanidad y Asistencia Social introdujo un programa de educación continua que contaba de 18 cursos ofrecidos durante un período de tres años, con una cobertura bastante completa de las distintas disciplinas. Pese al resultado satisfactorio de esa experiencia, la educación continua carece de una política, así como de coordinación entre las diferentes instituciones, uniformidad y regularidad.

La Asociación Venezolana de Facultades de Medicina ha perfeccionado el programa de formación continua de los médicos. A juicio de la Federación Médica Venezolana, la educación continua merece prioridad, y el Gobierno está interesado en emprender un programa nacional en los servicios de salud.

Este interés mostrado por los médicos, los servicios de salud y las esferas académicas hace pensar que pronto se instituirá un programa sistemático. Llegado el momento, será muy valiosa para Venezuela la experiencia y los conocimientos adquiridos por otros países.

**DISCUSIONES TECNICAS**

**Presidente: Dr. J. Barrios**

### DISCUSIONES TECNICAS

Se reservó, en la agenda del Seminario, un tiempo para el estudio de algunas experiencias concretas y de algunos problemas técnicos que plantea la Educación Continua del personal de Salud.

Los problemas escogidos para ese examen representan una diversidad de campos, desde el marco conceptual de la educación continua en distintos medios socioculturales, modalidades de organización, tendencias de la investigación sobre educación permanente hasta los métodos de formación del personal.

Algunas de estas experiencias no son directamente aplicables, en el momento actual, a la mayoría de los países; fueron incluidas, sin embargo, por su posible contribución a la orientación de la educación continua.

### El contexto de la enseñanza médica continua. Un modelo analítico

El Dr. Sutter describió un experimento de la Asociación Americana de Escuelas de Medicina sobre análisis, planificación y pronóstico de la Enseñanza Médica Continua (EMC).

A los efectos de conocer los múltiples factores que afectan a la EMC y la compleja interacción entre estos factores, se preparó un modelo matemático.

Se trata de un instrumento de simulación por computación concebido para analizar soluciones alternativas referentes a la EMC. Puede ser interrogado por el usuario para ensayar opciones "qué ocurriría si..." e implica el empleo de 300 supuestos, cada una de las cuales tuvo que ser formulado, analizado, cuantificado y, a veces, validado.

Lo primero que se requiere para elaborar un modelo de esta naturaleza es la identificación de los factores clave que pueden influir en la calidad del rendimiento médico, en presencia o ausencia de la EMC, tales como:

- a) Las características de los médicos (motivación, tipo de ejercicio de la profesión, eficacia, integridad, exactitud, volumen de trabajo, producción, consultas a servicios superiores, etc.).
- b) Características de los servicios de salud disponibles (instalaciones o equipo, etc.).
- c) Características de la EMC (métodos y medios didácticos, condición obligatoria o voluntaria, renovación de licencias, EMC esporádica o periódica, aprendizaje permanente, etc.).

En segundo lugar, es preciso cuantificar con la máxima precisión todos los factores. Esta operación permite al diseñador conocer mejor el efecto relativo de los distintos factores. Igualmente hay que formular y cuantificar las relaciones entre los factores.

El tercer paso consiste en ensayar la precisión, pertinencia y sensibilidad del modelo en simulaciones a corto, mediano y largo plazo.

Los resultados obtenidos hasta ahora con simulaciones repetidas indican la importancia de la autoevaluación del médico, de las actividades de aprendizaje autodirigido, de los hábitos de aprendizaje permanente y del mejoramiento de la competencia del médico en relación con el paciente.

Y a la inversa, ciertas alternativas, como la implantación de la EMC obligatoria o un aumento masivo de las actuales actividades, revelaron un mayor costo sin un mejoramiento significativo de la calidad de la atención de la salud.

Para concluir, el Dr. Sutter señaló las limitaciones de un modelo de simulación de este tipo. Su utilidad principal es un conocimiento mejor o más completo de la EMC. Otra ventaja es la posibilidad de ensayar las consecuencias de varias opciones sin necesidad de perder tiempo y dinero en pruebas reales. Asimismo la identificación de los campos que requieren investigación es un subproducto muy importante del modelo. Por consiguiente, puede servir para abordar la cuestión de la EMC de una manera más ajustada a la realidad. También puede ser un útil medio didáctico para los planificadores de la EMC, decanos y profesores de medicina.

La presentación de este modelo suscitó un animado debate sobre sus distintos aspectos y utilidad. Se hizo notar que no se trataba de un dispositivo para la evaluación, sino de un medio para comprender mejor el marco conceptual y el contexto de la educación continua. Se señaló asimismo que el modelo mide los resultados de la EMC no solo en función de una mayor competencia teórica, sino también en lo que se refiere al rendimiento y la calidad de la atención del paciente.

En conclusión, se consideró que si bien el modelo se concibió para ser utilizado en medios más avanzados, puede tener un valor universal.

### Organización de un programa nacional de educación continua

El Dr. Llorens presentó un estudio sobre la organización, logística y administración del programa nacional de educación continua del personal de salud de Cuba.

En este programa, la organización debe ceñirse a la consecución de los objetivos educativos específicos. En el Ministerio de Salud Pública se creó un departamento, dependiente del Viceministro de Enseñanza e Investigación, que presta apoyo administrativo y ofrece orientación metodológica al programa. Corresponden al Departamento las funciones de planificar y programar, organizar y controlar la ejecución de las actividades.

Se estableció asimismo una unidad en cada provincia y se designó a una persona para cada hospital, policlínica o centro de salud que, voluntariamente, sirva de enlace.

Desde el inicio, se advirtió la necesidad de completar y actualizar la información estadística sobre el personal de salud y de organizar y mantener al día un fichero central en el que figuren todos los trabajadores sanitarios.

Para identificar las necesidades hubo que examinar el plan nacional de salud y complementar esta información con aportes directos del personal de las provincias. Se dispuso además que varias juntas de especialistas asesoraran respecto a la identificación de las necesidades y la determinación del orden de prioridad.

En consulta con todos los servicios provinciales y locales, se prepara entonces un programa anual, que una vez aprobado, se da a la publicidad con el fin de atraer participantes.

La unidad de control, a su vez, se encarga de seleccionar y preparar a los instructores, así como de implantar normas y directrices que garanticen la coherencia y uniformidad del contenido y métodos de enseñanza en todo el país.

Gran parte del programa es ejecutado a nivel provincial y local, pero el servicio central ofrece apoyo logístico y provee material didáctico y científico. El Departamento de Educación Continua prepara impresos, diapositivas, audiocassettes y videocassettes para la televisión, que se distribuyen a las provincias.

Como se trata de una operación que abarca 30.000 actividades anuales, con más de 300.000 participantes de todo el país, se requiere además una firme infraestructura administrativa que garantice la comunicación con las provincias, la divulgación de material, el anuncio de los programas, el registro de los participantes, el control de las materias cursadas y la adjudicación de calificaciones y títulos.

Aunque el programa, en su mayor parte, se lleva a cabo en las provincias, requiere un presupuesto central estable. La mayoría de las inversiones se dedican a dos rubros principales: a) equipos para la preparación de material gráfico, fotográfico y audiovisual y a la utilización de este material en las provincias y b) la producción o adquisición, almacenamiento, reproducción y diseminación de información biomédica en forma de libros, revistas y otros impresos. En los gastos fijos figuran los sueldos del personal permanente, servicios por contrato con otras instituciones, viajes y alojamiento de los participantes, profesores, etc.

Aparte de sus funciones normales, el Departamento de Educación Continua desempeña con frecuencia otras tareas, tales como servicios de asesoramiento o consulta y la supervisión de las actividades del programa y de otros afines.

Para terminar, el orador mencionó dos aspectos que desde ya exigen un mayor tiempo del personal:

- . La implantación de un sistema que permita evaluar, por un lado, las propias enseñanzas y, por otro, el efecto que los nuevos conocimientos teóricos y prácticos y actitudes pueden ejercer sobre la atención médica.
- . El desarrollo de actividades de investigación incorporadas en el programa de educación continua. Habida cuenta de que la mayoría de los programas de esta naturaleza en todo el mundo acaban de iniciarse y carecen de experiencia a largo plazo, es indispensable que un programa de la magnitud del que se acaba de describir obtenga retroinformación por medio de investigaciones educativas.

### Diferentes enfoques en los programas de educación continua

La Sra. Sigaud Lent examinó los diferentes educativos empleados en algunos de los proyectos que lleva a cabo el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES) de Río de Janeiro. Advirtió que si bien estos proyectos se refieren más concretamente al adiestramiento en servicio del personal de salud, el enfoque y los métodos utilizados son aplicables a la educación continua.

La ejecución de una serie de proyectos sobre el terreno permitió determinar perfectamente la función y las limitaciones de la tecnología educativa en cualquier proceso docente en general y en la enseñanza continua en particular.

En un primer programa, de formación de administradores de servicios de salud en las zonas periféricas de Río Grande do Sul, se empleó para la programación un método denominado "análisis de tareas para determinar el comportamiento". Este método permitió la preparación de una serie coherente de módulos autodidácticos que luego se enviarían periódicamente a los participantes. Aunque el método resultó interesante no logró, en este caso, estimular una buena participación del personal.

A continuación de esta experiencia, el Programa de Preparación Estratégica del Personal de Salud (PPREPS) emprendió diversos proyectos en varios estados, al mismo tiempo que iba mejorando los procedimientos educativos:

En el Estado de Bahía, uno de los proyectos del PPREPS llevó a cabo un adiestramiento de auxiliares dentales. Se utilizaron folletos semanales y formularios para evaluaciones por escrito que se distribuyeron por los servicios de salud. Este método, que no implicaba la intervención de los participantes en la fase de programación, solo obtuvo una modesta participación en la ejecución.

Otro proyecto del PPREPS, en Minas Gerais, comenzó sobre el terreno con una evaluación del rendimiento del personal y del efecto del adiestramiento en servicio utilizado hasta el momento. Esta evaluación, junto con las subsiguientes discusiones de grupo, estimularon cambios radicales en la planificación y ejecución de programas de formación, tales como la descentralización de los recursos y una mejor participación del personal de las zonas periféricas en la programación y desarrollo de esos programas.

En el Estado de Piauí se emprendió un proyecto destinado a agentes de saneamiento y auxiliares rurales que tropezó con ciertas dificultades debido a que el personal de enfermería, que se encargaba de la supervisión, se había formado en hospitales y no estaba preparado para enseñar o supervisar al personal rural en actividades que casi desconocía.

La programación educativa se hizo mientras se procedía a una "recapitación" de las supervisoras de enfermería en medio rural. El producto final fue un programa de enseñanza continua creativo y participativo para el personal rural.

El proyecto de Tecnología para la Enseñanza de Enfermería evolucionó por una progresiva descentralización de la producción del material didáctico. En una primera fase, el CLATES produjo material de alta calidad pero uniforme para todas las escuelas de enfermería. En la segunda fase, cada escuela adaptó a sus condiciones locales el material preparado por el CLATES, y en la tercera fase, que es la actual, todas las escuelas elaboran su propio material con la asistencia del Centro, o sin ella, de acuerdo con la situación y necesidades locales, con lo cual consiguen una mejor participación de los profesores y alumnas.

Fundándose en estas experiencias, el CLATES llegó a las conclusiones siguientes:

- La tecnología educativa no debe constituir simplemente un instrumento para intensificar la "eficacia interna" de la "enseñanza", sino que ha de responder a las necesidades reales de los educandos facilitándoles los medios para una participación plena.
- Hay que evitar que el empleo de la tecnología educacional imponga un predominio de la forma sobre el contenido, lo que limitaría la educación a los campos en que puede aplicarse una determinada serie de estas técnicas.
- La tecnología tampoco debe convertir a los participantes en simples "repetidores".
- Es preciso que los educadores de nivel central y los instructores de nivel local estudien y establezcan conjuntamente la tecnología, la que entonces se convierte en un enlace entre los dos.
- El éxito de los programas de educación continua radica en la máxima participación de las personas interesadas en la planificación, ejecución y evaluación de las actividades.
- No puede dejarse de lado la realidad de los servicios de salud, sus problemas y sus dificultades ni dejar su personal sin adiestramiento mientras no se haya elaborado un programa de formación ideal. Los programas de educación continua deben partir de la situación existente, sin esperar unas condiciones ideales. La tecnología de la educación, aun con sus mejores métodos, no puede encubrir la realidad a la cual precisamente debe servir. Los cambios de forma o las innovaciones metodológicas no siempre contribuyen a renovar o desarrollar a los individuos, pese a la

impresión que quisieran crear. Es más, la complejidad de ciertos métodos--concebidos en el seno de la tecnología pura--constituye un obstáculo, en lugar de una ayuda, para resolver los problemas reales. Con frecuencia el material didáctico está "deformado" por conceptos y conocimientos improcedentes para la situación local. Estos "falsos conocimientos" a menudo han desvirtuado el verdadero sentido de la educación en los programas de formación de personal de salud.

### Educación médica continua autodirigida

El Dr. Desrosiers presentó algunas consideraciones metodológicas referentes a un ensayo de educación continua autodirigida que se está efectuando en el Canadá.

Los médicos del Canadá, como ya se ha indicado en el curso de la reunión, tienen acceso a diversos programas de educación continua. Pero, por lo común, son las asociaciones médicas las que preparan estos programas, y su ejecución está a cargo de especialistas o profesores universitarios.

Se da el caso--como en la provincia de Quebec--de que los médicos generales han sentido la necesidad de programas de educación continua concebidos especialmente para contrarrestar el aislamiento en que viven algunos de estos profesionales.

Con el fin de definir su propia educación continua y organizar sus propios programas, los médicos generales emprendieron un experimento autodirigido que se desarrolló en etapas sucesivas que consistieron en:

#### 1. Adoptar criterios de eficacia de la enseñanza médica continua

Esta enseñanza, para ser provechosa, debe reunir los requisitos siguientes:

- estar materialmente al alcance de todos los médicos generales en el propio lugar donde ejercen la profesión;
- constituir una actividad ininterrumpida;
- estar adaptada, en cuanto a contenido y método, a las necesidades del médico general, y referirse especialmente a las materias que con más probabilidad le servirán para su trabajo cotidiano;
- estar organizada a base de la participación constante de los que siguen el programa.

#### 2. Sustituir el "saber" por el "saber hacer"

Se encomendó a los médicos generales que establecieran programas educativos ajustados a sus necesidades locales. Cuando el personal docente de la localidad resultaba insuficiente, se invitaba a profesores de otras regiones.

Esta educación continua de carácter local unió más estrechamente a los médicos generales y profesores y permitió discutir problemas que se plantean todos los días en el ejercicio de la profesión. Si bien la transmisión de "conocimientos" sigue siendo una de las finalidades de la educación continua, este nuevo procedimiento le ha añadido una nueva dimensión: "saber hacer", es decir, dominar las técnicas y prácticas de acción directa.

3. Avanzar del concepto de "calidad de la atención" al de "calidad del servicio"

Se instó a los médicos generales a que organizaran sus servicios de manera que todos los grupos de la sociedad tuvieran acceso a una atención constante. En consecuencia, se crearon nuevas necesidades de educación continua y, por eso, los programas educativos organizados por los médicos generales se centraron sobre la atención prestada a grupos de población desatendidos. Así pues, la educación continua ha dejado de estar orientada exclusivamente hacia el "acto médico" para extenderse al "servicio médico". Del mismo modo se ha ampliado el concepto de "calidad de la atención" que ya no se define solo en función de excelencia científica sino también de equidad y eficacia.

4. Evolucionar de la "curación de enfermedades" al "fomento de la salud"

Se prepararon programas educativos en zonas anteriormente mal atendidas; se hizo hincapié en la organización de servicios médicos y, luego, los programas ya no se limitaron, por ejemplo, a la medicina industrial o a la geriatría, sino que expandieron su ámbito a campos más amplios, como la protección de la salud en el trabajo y la gestión del problema de la vejez.

5. Establecer un nuevo concepto de responsabilidad en la educación continua

De conformidad con la nueva definición de educación continua, es el propio profesional quien determina sus necesidades y elige los medios y métodos para perfeccionar su formación. No puede delegar en otros esta responsabilidad, lo que constituye uno de los principios fundamentales de la educación del adulto. Pero en cambio puede compartir con otros colegas la obligación de aprender, utilizando en ciertos casos asesoría de organismos exteriores, los que solamente desempeñan una función asesora con respecto a la obligación que contrae el médico.

6. Pasar de la participación a la dirección

Ya se hizo mención de que, a partir de 1963, los médicos generales y los médicos de familia han ido asumiendo funciones de educación continua a nivel local y regional. A nivel central, estos facultativos han ofrecido colaboración a las universidades en lugar de oponerse a la actuación de estos centros docentes en la educación continua. Asimismo insistieron en tener representación en los comités de programación de la educación continua.

7. Comprender las funciones de las distintas organizaciones

Una vez determinadas las responsabilidades, obligaciones y funciones del médico general, hay que definir claramente el papel que

corresponde a las principales entidades involucradas en la educación continua.

- a) El estado debe fomentar la educación continua mediante acuerdos y convenios;
- b) Las asociaciones médicas deben informar a los médicos de las deficiencias identificadas en la atención médica y aconsejarles acerca de lo que necesitan en cuanto a su formación permanente;
- c) Las universidades han de poner a disposición de los médicos sus recursos y mejorar la competencia docente de sus profesores en materia de educación continua;
- d) La Federación de Médicos debe fomentar, mediante asistencia técnica, profesional y financiera, una mejor organización de los programas de educación permanente instituidos por los propios médicos generales y médicos de familia.

Una vez determinados claramente los puntos que anteceden, se procedió a la organización del programa. En el momento presente, siguen en marcha actividades y programas y, después de varios años de experiencia, la evaluación revela los siguientes resultados:

- La organización y los métodos didácticos son muy satisfactorios; existe buena concordancia entre el contenido de la educación continua, las condiciones de la práctica médica y las necesidades percibidas, y se percibe un aumento en la motivación y en la participación por los programas de educación continua.

### Educación continua y cambios de comportamiento

La Lic. Cardaci de la Universidad Autónoma Metropolitana de México, unidad de Xochimilco, presentó algunos comentarios sobre una investigación personal realizada a través del programa PLADES/NIDES actividad regional patrocinada por la Organización Panamericana de la Salud y la Fundación Kellogg, cuya finalidad consiste en estimular la integración de los servicios de salud y la enseñanza.

La Lic. Cardaci se refirió principalmente al supuesto muy común de que el aprendizaje es un proceso lineal por el cual un alumno que se encuentra motivado, en cuanto logra vencer un obstáculo, procura adquirir más conocimientos, con lo cual cambia de actitud. Por lo tanto la función del educador es: a) motivar al alumno y b) facilitarle el aprendizaje, orientándole en la complejidad del contenido.

Pero la experiencia obtenida en proyectos de educación sanitaria de la comunidad o de formación de personal auxiliar indica, por el contrario, que el comportamiento del individuo que aprende está motivado por las esperanzas personales y sociales, y que el obstáculo no reside en la complejidad de los temas sino en la resistencia interna al cambio. Por consiguiente, el proceso de aprendizaje no es lineal sino recurrente, por episodios de captación, crisis, rechazo y constante reestructuración de los esquemas mentales. Los nuevos conocimientos, antes de que puedan asimilarse, deben pasar por un proceso de generalización y socialización.

De ser así, se pondría en tela de juicio la eficacia de los episodios docentes esporádicos en comparación con un proceso ininterrumpido de educación continua, en el entendido de que el propio proceso de aprendizaje está constantemente reorientado y reestructurado. Para la orientación de los programas de educación continua, parece indispensable una mayor investigación de las causas de la diferencia entre lo que en atención primaria, el personal de salud "sabe" y lo que el personal "hace".

Otra importante conclusión de las investigaciones realizadas es la estrecha relación entre la formación continua del personal de atención primaria y la educación sanitaria de la comunidad: al parecer, una actitud participativa del personal en la vida de las instituciones de atención de salud es un requisito previo para la participación de la comunidad. Sin embargo, hasta la fecha, la participación del personal en los servicios de salud y la participación de la comunidad en la atención primaria han sido aceptadas como conceptos teóricos, pero raramente se han observado en la práctica.

En el futuro, un proceso de educación continua realmente participativo podría representar un importante paso en ese sentido, así como un fructífero campo de investigación.

### Análisis de los resultados de la educación continua

El Dr. Suárez Ojeda de la OPS presentó el procedimiento de evaluación de la educación continua utilizado en Neuquén, provincia meridional de la Argentina, que por sus condiciones socioeconómicas, unidas a las características climáticas y geográficas, acusaba una elevada tasa de mortalidad infantil.

El proyecto se basó en la hipótesis de que la educación continua de los médicos permitiría mejorar la salud del niño. Aunque hubo cierta participación del escaso personal de enfermería, el Programa de Educación Continua iba dirigido a los médicos que, en la Argentina, llevan casi todo el peso de la atención de salud: médicos generales locales, residentes de medicina general, otros residentes y pediatras asignados a hospitales.

Después de un minucioso estudio de la atención de la salud, se preparó y desarrolló un programa de educación continua a largo plazo, de intensidad mediana pero a ritmo constante. Se emplearon varios medios didácticos, como lecturas, conferencias, discusiones, visitas de especialistas y rotaciones por servicios pediátricos.

Si bien no cabe la menor duda de que un reforzamiento de la regionalización de los servicios de salud y el apoyo técnico del Hospital Infantil de Buenos Aires favorecieron al programa, este, en cambio, no recibió ayuda económica externa de origen nacional o internacional para suplementar los recursos locales de los que dependía enteramente.

Transcurridos cinco años de funcionamiento, se procedió a la evaluación del programa, siguiendo los criterios establecidos desde el principio:

- a) Cambios en los indicadores de la mortalidad-morbilidad.
- b) Incidencia de enfermedades seleccionadas, identificadas como "tracers", tales como afecciones agudas de las vías respiratorias, sarampión, tos ferina o poliomielitis.
- c) Modificaciones de la conducta y el rendimiento de los médicos aislados (pediatras o médicos generales), cobertura, diagnóstico, envío de pacientes a la consulta pertinente, exactitud, integridad y conformidad de la actuación con las normas aceptadas.
- d) Modificaciones institucionales en hospitales y centros de salud: número de consultas externas, normas de tratamiento, desarrollo de las comunidades, reuniones de personal, auditorías médicas, uso de publicaciones, servicios de urgencia, envío de pacientes a servicios superiores y creación de unidades para casos de alto riesgo.

Pese a las dificultades surgidas--falta de una planificación sanitaria global, movilidad del personal, escasez y uso impropio de los recursos, métodos didácticos a veces anticuados--los resultados prácticos

fueron significativos y muy alentadores: la mortalidad infantil se redujo de 74 a 41 por 1.000 (aun teniendo en cuenta el mejoramiento de la notificación); la mortalidad neonatal también descendió de 36 a 22 por 1.000, y la mortalidad neonatal tardía de 38 a 19 por 1.000. Igualmente mejoraron notablemente los indicadores y "tracers". Las visitas de consulta externa se triplicaron, las altas hospitalarias aumentaron en un 60% y todos los demás criterios indicaron considerables cambios en los servicios, en los médicos y en el comportamiento de los pacientes.

Pero fuera del éxito de este proyecto particular, hay que señalar que, cuando no se interpone la complejidad de la atención y otros factores (cambios de orden económico, movilidad de la población), se puede medir el efecto de la educación continua del personal, siempre que se hayan establecido criterios de evaluación simples pero precisos desde la planificación del programa.

### La educación permanente como incentivo de la investigación sobre la enseñanza

El Dr. Fernández describió las tendencias actuales en educación y en particular de la educación permanente, a fin de que las cuestiones que se planteen al establecer la educación continua del personal de salud puedan relacionarse y compararse con la evolución general de las ideas en otros campos de la educación.

El Dr. Fernández señaló que, a través de la historia, el hombre no ha dejado de aprender en ningún momento, con escuelas o sin escuelas, con enseñanza formal o sin ella, y que hoy debería ser posible revivir y utilizar esta capacidad de aprendizaje.

La educación permanente ha heredado de sus antecesores una serie de aspiraciones sociales y éticas que se reflejan en la definición de la "educación del adulto" formulada por la UNESCO: El proceso "...en virtud del cual los adultos perfeccionan sus aptitudes, enriquecen sus conocimientos, mejoran su competencia técnica o profesional o adquieren una nueva orientación para un desarrollo global del individuo..."

Estos ambiciosos objetivos pueden alcanzarse por medio de los principios educativos básicos de la andragogía, según los cuales la educación continua debería:

1. ser concebida y puesta en práctica respondiendo a las necesidades y a las experiencias del adulto;
2. confiar en la capacidad del adulto para progresar individual y socialmente;
3. adaptarse a la vida de trabajo y a las características individuales del adulto;
4. garantizar la participación del adulto y la comunidad en todas las decisiones relacionadas con el proceso educativo;
5. contribuir al desarrollo económico y social de la comunidad entera;
6. reconocer como parte del proceso educativo todas las formas de organizaciones colectivas, y
7. reconocer que todo adulto, por su experiencia, es portador de una cultura que le permite aprender y enseñar.

Sin embargo, cuando la educación permanente se va institucionalizando progresivamente, al aplicar estos principios a la realidad, éstos son a veces sesgados de acuerdo con las metas específicas de cada programa o institución.

En estas condiciones las universidades han encontrado en la educación continua una manera de actualizar y complementar sus programas y de fortalecer su compromiso con los ideales democráticos de la divulgación de la educación. Por eso, han emprendido numerosos programas de educación continua y han realizado investigaciones sobre la educación permanente.

El examen de las investigaciones que se vienen llevando a cabo sobre la educación permanente en varias disciplinas--psicología, sociología, antropología y educación--revela diversas tendencias:

- Las investigaciones sobre educación aplicada, como es el caso de la educación permanente, no pueden utilizar los procedimientos cuantitativos ni la precisión matemática sin aceptar limitaciones y simplificaciones excesivas. Se observa una tendencia creciente entre los investigadores a explorar nuevos campos y nuevos métodos para estudiar la educación permanente y su contexto social.
- La educación permanente, una vez que el investigador ha dominado estas limitaciones autoimpuestas, puede ser un campo de estudio sumamente fructífero, en particular con respecto a:
  - la busca de soluciones prácticas a los problemas que plantea la educación continua;
  - el establecimiento de "formas autónomas" de educación;
  - la identificación de las vías naturales o ancestrales de la enseñanza/aprendizaje;
  - la utilización del acervo de experiencias del adulto, y
  - los problemas de la inevitable institucionalización de la educación continua y la salvaguardia, en este proceso, de los generosos principios que inspira esa modalidad educativa.

**SESIONES DE TRABAJO**

## SESIONES DE TRABAJO

### Coordinación del Proyecto Regional de Educación Continua para el Personal de Salud de las Américas

Con el fin de examinar la orientación de los proyectos de educación continua en la Región de las Américas, se reunieron los participantes de los países latinoamericanos.

Más concretamente, los representantes de los siete países--Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, Guatemala, Honduras y la República Dominicana--que participan en el Proyecto Regional, discutieron con representantes de la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA) y con miembros del personal de la OSP las modalidades de los proyectos de países que ya están en marcha: planes de operaciones, procedimientos uniformes de programación y preparación de presupuestos y criterios de evaluación.

Si bien el apoyo financiero de este proyecto se limita a los siete países mencionados, se acordó que todos los demás podían asociarse al proceso científico y técnico que originara el proyecto, y que la OPS estimulara aún más los mecanismos de cooperación técnica entre los países en desarrollo, a los efectos de compartir los beneficios previstos de estas actividades. Los participantes de Jamaica, Venezuela y Nicaragua expusieron sus intereses, y el grupo decidió explorar la posibilidad de obtener medios de cooperación técnica y financiera para ampliar el Proyecto.

Las deliberaciones se concentraron en cuestiones técnicas y administrativas:

1. La identificación de las necesidades comunes entre los programas de los diversos países: de cooperación técnica en materia de organización de la educación continua, tecnología de la educación, subvenciones y becas para la formación de personal y equipos.
2. La utilización de los recursos disponibles en los países y de los que podrían apoyar en una forma u otra, a los programas de los países interesados.
3. La identificación de otros recursos disponibles que podrían contribuir al desarrollo de programas de educación continua, tales como el Centro Latinoamericano de Tecnología Educativa para la Salud (CLATES), el PPREPS, la Biblioteca Regional de Medicina, los proyectos NIDES y el PASCCAP.
4. La modalidad y el contenido de un próximo curso, ya que una de las necesidades más apremiantes es la formación de instructores para los programas de educación continua.
5. La investigación de los objetivos de la enseñanza continua y las perspectivas a largo plazo del proyecto, aunque la limitación del tiempo solo permitió un breve examen de estas cuestiones.

Coordinación de las distintas Regiones de la OMS en materia de educación continua

La sesión de trabajo fue presidida por el Dr. Mejía y se dedicó a los temas siguientes:

a) Coordinación entre las diversas Regiones de la Organización Mundial de la Salud en materia de educación continua

El Dr. Mejía recordó la Resolución WHA27.31 de la Asamblea Mundial de la Salud sobre enseñanza continua y las diversas actividades subsiguientes a esta resolución y, seguidamente, hizo una exposición minuciosa del Programa a Mediano Plazo de Formación y Perfeccionamiento del Personal de Salud aprobado por la Asamblea Mundial.

Los participantes de las distintas Regiones dieron cuenta de las actividades en marcha y de las proyectadas. Las diferentes condiciones de desarrollo de los servicios de salud, las estructuras políticas y operativas, la falta de uniformidad en el seno de las regiones y entre ellas, no permiten recomendar un plan único de coordinación. Convendría constituir en ciertas regiones comités de coordinación de la educación continua, mientras en otras, no parece necesario establecer un organismo regional coordinador. Se hizo notar que en muchos países se da prioridad a la formación de personal suficiente antes de implantar un sistema de educación continua. Algunos oradores pidieron el apoyo de la OMS para establecer un intercambio de material didáctico y de información apropiados, a fin de reducir al mínimo la pérdida de tiempo y dinero. Se señaló asimismo la necesidad de reuniones interregionales periódicas.

El Dr. Mejía terminó diciendo que, como los programas interregionales son bastante nuevos, la forma en que se organicen los sistemas regionales e interregionales de cooperación técnica entre países en desarrollo (CTPD) tendrá que depender de la organización en el seno de las Regiones de la OMS y de los países interesados, conforme a las recomendaciones de una próxima reunión de la OMS sobre este tema, como parte de las Discusiones Técnicas de la Asamblea Mundial.

b) Guía operativa para el desarrollo de un sistema de educación continua del personal de salud

La Srta. Matheson hizo la presentación del segundo tema y expuso brevemente los antecedentes del proyecto de guía en consideración. Al principio se pensó destinar la guía exclusivamente al personal de enfermería, pero luego se acordó extenderla a todo el personal de salud. Añadió que la educación continua debe considerarse como parte de la utilización de los recursos humanos para la salud.

En el curso del debate se hizo referencia al formato que debería tener la guía y a ciertos aspectos del glosario que contiene. También se examinaron algunos de los diagramas preparados para presentar en forma gráfica el concepto de educación continua y el lugar que corresponde a la política de evaluación, planificación, programación y ejecución de programas de educación continua.

## DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

Presidente: Dr. Phillips  
Dr. Goldson.

## DISCUSIONES Y CONCLUSIONES

El último día de la reunión se dedicó a una discusión libre en la que se examinaron diversos aspectos de la enseñanza continua:

### A. Alcance de la educación continua

Está fuera de duda que la educación continua debería extenderse a todo el personal de salud, y que la presencia o ausencia de una formación previa, acreditada o no por un diploma o título, no altera en ningún sentido la naturaleza del proceso de educación continua.

En realidad, la educación continua del personal de salud es más bien una modalidad que una entidad separada. La modalidad es el producto de dos elementos: a) La capacidad y el deseo de aprender del personal de salud y b) una organización o mecanismo estructural permanente que, mediante programas de educación continua, presta apoyo al personal de salud.

### B. Objetivos de la educación continua

En el debate que se desarrolló sobre el tema se identificaron dos objetivos:

- El perfeccionamiento científico o técnico (médico o no médico) del personal de salud--en lo que concierne a conocimientos teóricos y prácticos y actitudes--para la función que concretamente le corresponda en el grupo de salud.
- El desarrollo humano del individuo--cultural, intelectual y social--recomendado por la UNESCO.

El perfeccionamiento científico/técnico y humano del personal es indispensable para una mayor eficacia de los servicios de salud y para mejorar la calidad de la atención ofrecida. Este mejoramiento de la eficacia y de la calidad de los servicios, obtenido gracias a la educación continua, debe responder a su vez a las necesidades de salud de la población.

Si bien los participantes llegaron a un acuerdo acerca de estos dos objetivos, se expresaron varias opiniones que reflejaban distinto orden de prioridad, en cuanto a la importancia que puede concederse a los aspectos profesionales, humanísticos y sociales de la educación continua, según las condiciones respectivas de los países.

### C. El lugar que corresponde a la educación continua en el proceso de desarrollo de recursos humanos para la salud

Algunos de los participantes en la sesión, cuyos países experimentan una grave escasez de personal, plantearon la cuestión de si

realmente había llegado el momento de conceder esa prioridad a la educación continua, cuando la formación básica seguía siendo objeto de principal preocupación. Contestando a la inquietud expresada, se afirmó que los programas de educación continua no desplazan ni, en muchos casos, pueden sustituir a la formación profesional básica. Se reiteró, además, que esa educación solo puede brindar los resultados previstos si se lleva a cabo en la estructura de los servicios de salud y si constituye un elemento integrado del proceso global de formación y perfeccionamiento del personal de salud: planificación, educación y utilización de este personal.

D. La responsabilidad por la educación continua

Puesto que varios de los oradores hicieron hincapié en que la educación continua es una responsabilidad individual de los trabajadores de salud, el grupo consideró que esta opinión merecía ser aclarada. Se admitió, en principio, que la educación continua, como proceso de desarrollo, ocurre entre adultos y que la responsabilidad de obtenerla incumbe principalmente a las personas interesadas en ella. En ciertos casos este principio rige sin limitaciones (graduados universitarios, zonas urbanas, países industrializados), mientras que en otros (personal auxiliar, zonas rurales o personal aislado) sería irrisorio imponer esta responsabilidad al individuo sin destacar la que corresponde a los servicios de salud, es decir, la de proporcionar programas de educación continua a todo trabajador de salud. Sin excepción alguna, la responsabilidad no se deposita "exclusivamente" en el individuo y es compartida por los servicios de salud, empleadores, asociaciones profesionales, universidades e instituciones docentes. En estas condiciones, el trabajador de salud está obligado a buscar y utilizar la educación continua, y los servicios deben ofrecer esa educación o prestarle su apoyo.

E. Función de la universidad

Se debatió la función de la universidad y otras instituciones docentes en la educación continua y se consideró esencial por las siguientes razones:

- a) La universidad suele ser la institución mejor dotada para proporcionar los medios de un proceso educativo global;
- b) La universidad es responsable a lo largo de la formación básica de inculcar a los alumnos los hábitos de un aprendizaje permanente;
- c) La universidad tiene posibilidades científicas, técnicas y generalmente didácticas para cooperar en los programas de enseñanza continua;
- d) Por último, esta institución parece ser el mejor lugar para evaluar objetivamente los programas de educación continua con métodos simples o complejos, según la situación del país.

F. Evaluación de la educación continua

Los programas de educación continua, independientemente del lugar en que se lleven a cabo, requieren evaluaciones para justificar los recursos que se les asignan. Hoy día se reconoce la dificultad de determinar los efectos que esa educación pueda tener sobre la calidad de la atención de salud, porque hay muchos otros factores que intervienen. De todos modos, hay que desarrollar urgentemente métodos sencillos para evaluar la producción y el resultado de los programas de educación continua.

## RECOMENDACIONES

## RECOMENDACIONES

En las exposiciones hechas durante las sesiones y en la discusión libre que tuvo lugar el último día de la reunión, se siguieron las directrices contenidas en la Resolución WHA27.31, Resolución XXIII de la XIX Conferencia Sanitaria Panamericana, Resolución XXVI del Comité Ejecutivo de la OPS. Los participantes de común acuerdo llegaron a varias conclusiones:

1. De conformidad con los principios ya aceptados y reconocidos por las organizaciones internacionales, todos los miembros del personal de salud tienen la obligación y el derecho de acceder a una educación continua y a un desarrollo individual. Incumbe a los servicios de salud la responsabilidad de convertir ese derecho en realidad, ofreciendo educación continua o los medios para obtenerla a todos los trabajadores de salud.
2. La coordinación nacional de los programas de educación continua para las distintas categorías de personal de salud requiere la creación, en cada país, de un organismo coordinador o comité asesor en el que estén representados los organismos gubernamentales de salud, los principales proveedores de atención médica, las asociaciones profesionales y los docentes de las facultades de ciencias de la salud u otras instituciones de formación.
3. Es preciso asegurar la cooperación de las universidades y otras instituciones docentes para formar un personal ya preparado para participar en un aprendizaje permanente y en la provisión de los componentes científicos y de investigación de los programas de educación continua.
4. A los efectos de prestar apoyo y mantener los programas de educación continua, todos los países deberían establecer una infraestructura de recursos bibliotecarios, documentación y tecnología de la educación. Asimismo, la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud han de continuar colaborando con los países interesados en la preparación y diseminación de información biomédica, en la producción de material didáctico pertinente y en el desarrollo de una tecnología educativa apropiada para los programas de educación continua.
5. La OMS y la OPS deben, asimismo, incrementar su asistencia a los países interesados, para lo cual podrían explorar posibles fuentes de recursos y garantizar que todos los programas de extensión de la cobertura de los servicios posean un elemento de educación continua para el personal de salud involucrado.
6. Es necesario que la OMS y la OPS estimulen y apoyen el desarrollo de métodos simples de evaluación para determinar los efectos de la educación continua del personal de salud sobre la calidad de la atención que recibe la comunidad.