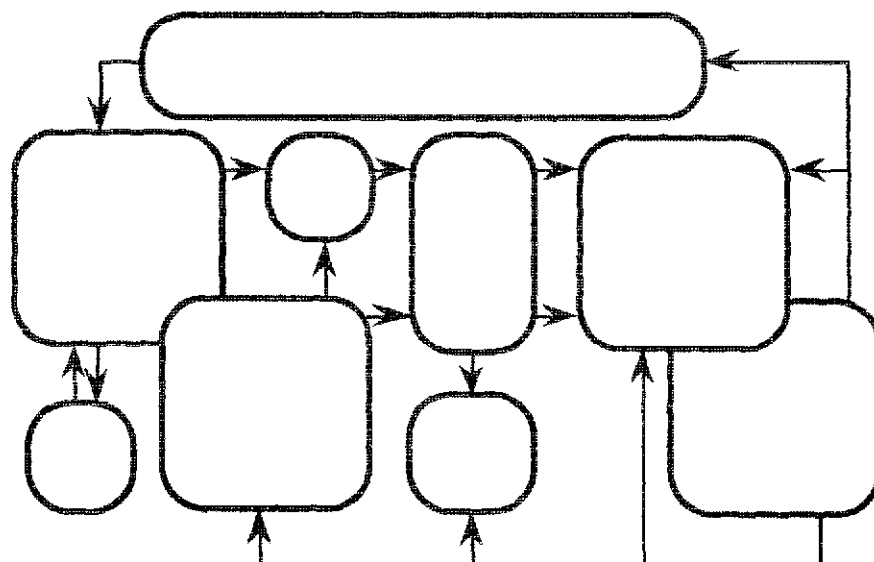




ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD
PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS



Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas



Fascículo X: PROPUESTAS DE TRABAJO EN CONTEXTOS ESPECIFICOS

C.R. Serrano
R. Granados
D. Gutiérrez
G. González
OPS/BOLIVIA

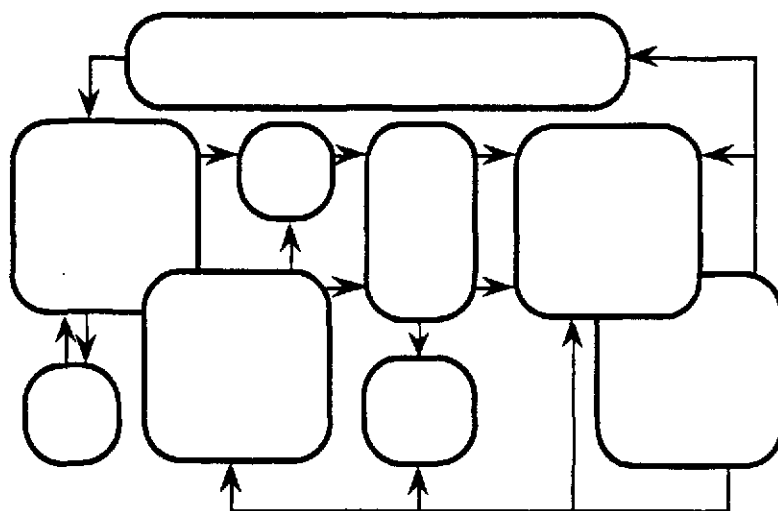
J. Oubiña
J.B. Jardines
J.J. Ceballos
R. Aneiros-Riba
M.M. Serrano
CUBA

L. Ruiz
J. Haddad
J.R. Ferreira
OPS/OMS

Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 87
1991



Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas



L. Ruiz
J. Haddad
J.R. Ferreira
OPS/OMS

Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 87
1991

SOBRE LA ESTRUCTURA DEL FASCICULO

Con este Fascículo se inicia la divulgación de experiencias de trabajo concretas en distintos países y con distintos grupos de trabajo de la Región; se trata de compartir con los que han seguido el estudio de los materiales publicados en esta Serie, diferentes modalidades de aplicación de los marcos y orientaciones conceptuales y metodológicas que han sustentado los contenidos de los nueve fascículos anteriores; dichas modalidades responden a contextos y situaciones variadas, a realidades concretas nacionales y subregionales, y a una gama amplia de situaciones en términos de disponibilidad de recursos.

El material presentado en este Fascículo es el siguiente:

- * Orientaciones para la utilización de las estrategias educativas permanentes en un programa prioritario en la mayoría de los países (Educación Permanente en Epidemiología);
- * Consideraciones adicionales sobre la cuestión de la Investigación en apoyo a procesos educativos, recomendaciones para la organización de una red colaborativa regional y bases para la elaboración de proyectos de Investigación en apoyo a la Educación Permanente iniciada en los países (Informe Final de un Grupo Regional de Trabajo sobre Investigación Educativa);
- * Un ejemplo de ajuste de la propuesta de Educación Permanente de Personal de Salud hacia una situación concreta en un contexto particular (Educación Permanente del Personal de Atención Primaria: El Caso de Cuba), y

- * Un caso nacional (Bolivia) que muestra la organización y preparación para el cambio educacional en los servicios de salud y las Regiones Sanitarias del Ministerio respectivo (Bases para el desarrollo de un proceso educativo permanente en Gerencia de Servicios de Salud).

Otras experiencias serán relatadas en publicaciones posteriores, a medida que vayan desarrollándose; igualmente se incluirán en estas divulgaciones, instrumentos y guías específicas para el análisis de problemas de trabajo y la identificación subsiguiente de necesidades de aprendizaje, para el desarrollo de procesos capacitantes para la administración estratégica en el nivel local, para el monitoreo y seguimiento de los procesos educativos, y para el desarrollo metodológico de la educación en el espacio de los servicios en el nivel local y el regional.

SOBRE LOS AUTORES

Educación Permanente en Epidemiología

LUIZ RUIZ. Asesor Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

JORGE HADDAD. Asesor Regional, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

JOSE ROBERTO FERREIRA. Coordinador, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.

Grupo Regional de Trabajo sobre Investigación Educativa

Es un Informe de Trabajo realizado por un grupo de 25 funcionarios latinoamericanos de los sectores Salud, Trabajo y Educación, reunido en Cuba. La responsabilidad de preparación del Informe Final recayó en el Dr. RAMON SYR SALAS, del Ministerio de Salud de Cuba.

Estrategia para la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de Familia y otros trabajadores de Atención Primaria en Cuba

JOSE OUBIÑA. Pedagogo. Funcionario de las Oficinas del Viceministro a Cargo de la Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

JOSE BAUDILIO JARDINES. Médico, Especialista en Organización y Administración de Salud, Pedagogo. Viceministro a Cargo de la Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

JUAN JOSE CEBALLOS. Médico, Especialista en Laboratorio Clínico y en Organización y Administración de Salud. Director del Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y Medios de Enseñanza (CENAPEM), Area de Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

RAMON ANEIRO-S-RIBA. Médico, Especialista de II Grado en Fisiología. Funcionario de la Dirección de Docencia Médica Superior, Area de Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

MARIA MATILDE SERRANO. Médico, Especialista en Organización y Administración de Salud. Funcionaria de las Oficinas del Viceministro a Cargo de la Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba.

Bases para el desarrollo de un proceso educativo permanente en Gerencia de Servicios de Salud

CARMEN ROSA SERRANO. Médico, Consultor Nacional en Recursos Humanos.

RAMON GRANADOS. Médico, Consultor en Servicios de Salud.

DANIEL GUTIERREZ. Médico, Consultor en Atención Materno Infantil.

GUILLERMO GONZALEZ. Médico, Consultor a Corto Plazo en Administración de Servicios de Salud.

Todos de la Representación OPS/OMS en Bolivia.

Los autores de esta contribución mencionados arriba, hacen del conocimiento del lector, que en el diseño y ejecución de la propuesta de Educación Permanente aquí reseñada, la conducción de la responsabilidad técnica requirió la participación de los siguientes funcionarios de la Dirección Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública de Bolivia.

Mary de Llerena, Directora; Franz Conchari, Verónica Guzmán, Elizabeth Gotret y Rosario Trujillo; Alfredo Calvo, Director de Servicios de Salud, y los Jefes de Programa René Mollinedo, Fanor Nava, Rosario López, Albina Torres, Janeth Aguirre, Gilma Pereira, Willy Pastén y Ruth Calderón. Se agradece la asesoría técnica de los Drs. Jorge Haddad y María Cristina Davini y la Lic. Maria Alice Roschke, de OPS/OMS Washington.

CONTENIDO

	<u>Página</u>
I. EDUCACION PERMANENTE EN EPIDEMIOLOGIA	1
II. GRUPO REGIONAL DE TRABAJO SOBRE INVESTIGACION EN APOYO A PROCESOS EDUCATIVOS: INFORME FINAL	25
III. ESTRATEGIA PARA LA EDUCACION PERMANENTE DEL MEDICO Y LA ENFERMERA DE LA FAMILIA Y OTROS TRABAJADORES DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN CUBA	57
1. Análisis de la Propuesta	61
2. La Estrategia	85
IV. BASES PARA EL DESARROLLO DE UN PROCESO EDUCATIVO PERMANENTE EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA	111

I. EDUCACION PERMANENTE EN EPIDEMIOLOGIA

**Bases para la organización de Programas de Capacitación
en los Servicios de Salud**

**L. Ruiz
J. Haddad
J.R. Ferreira**

**Programa de Desarrollo de Recursos
Humanos, OPS/OMS, Washington, D.C.**

EDUCACION PERMANENTE EN EPIDEMIOLOGIA

Bases para la organización de Programas de Capacitación en los Servicios de Salud

La educación permanente, en general, y la educación permanente de los trabajadores de salud, en particular, plantean en los diversos contextos dos problemas operativos. Si se considera que el conjunto de valores que anima un proceso de enseñanza-aprendizaje (marco conceptual) depende de los patrones de producción y de consumo de la sociedad de la que los actores con capacidad de decisión forman parte, los problemas críticos para su implantación radican en la consideración apropiada de los determinantes de la capacitación (marco referencial) y de las estrategias o metodologías empleadas con propósitos educativos (marco metodológico). En esta perspectiva, se requiere coherencia no sólo entre el marco conceptual que sustenta la educación y la realidad social en la cual ocurre una práctica determinada, sino también entre éstos y el qué y el cómo del proceso educativo, así como entre estos dos últimos.

En lo que concierne al proceso educativo permanente en epidemiología se requiere por tanto un marco de valores compatible con las políticas sociales de las naciones, incluyendo las de salud, un conjunto coherente de contenidos que favorezca la óptima eficiencia y efectividad de la práctica de la salud pública en la misma realidad, y metodologías educacionales apropiadas a los contenidos relevantes para alcanzar los objetivos y metas de los planes y programas correspondientes.

A pesar de la aparente lógica de las consideraciones previas, la experiencia muestra que los esfuerzos para capacitar en epidemiología a los trabajadores generales de salud no han alcanzado el impacto deseado. Es cierto que existen experiencias promisorias en este campo, pero la tendencia a la excesiva teorización, el peso disciplinar en la definición de contenidos, el énfasis en los aspectos

genéricos en desmedro de los particulares en la mayoría de los casos o en la orientación al control de patologías específicas en unos pocos, el cisma marcado entre la academia y la práctica y, la poca consideración de la realidad de los servicios de salud en los procesos de planificación de la enseñanza, han sido los principales limitantes para un mayor desarrollo de este campo de acción.

El trabajo realizado por grupos de trabajadores de la Salud de distintos países ha tenido como propósito la reconceptualización de las prácticas educativas en vista de estas limitantes(1,2,3). La dinámica político-social que caracteriza actualmente a la Región y la fuerte tendencia a reorientar los sistemas de salud con base en el fortalecimiento y desarrollo de los sistemas locales(4), proporcionan nuevas dimensiones y las consiguientes exigencias a la formación y capacitación de recursos humanos.

Dentro de la perspectiva conceptual del modelo de trabajo propuesto por la OPS para reorientar la educación permanente del personal de salud(1) se esbozan a continuación los principales elementos referenciales y metodológicos que, a nuestro juicio, deberían caracterizar a la capacitación en servicio en epidemiología.

Contexto de Trabajo

La crisis de la salud pública en la Región de las Américas derivada del deficiente desarrollo de los sistemas públicos de salud y agravada por la crisis social y económica prevalente, plantea grandes desafíos a los Estados en lo que se refiere a extensión de la cobertura de la prestación de servicios y a la provisión de servicios de calidad apropiada al tipo y severidad de las necesidades e ideales de salud prioritarios de la población.

En la perspectiva regional, la estrategia de atención primaria de salud(3) asumida por los gobiernos del mundo en 1978 y, el desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud(4) como la táctica operativa más importante de la estrategia anterior, aprobada para la Región de las Américas en 1988, constituyen los ingredientes más importantes de la política sectorial en el contexto de las políticas globales de desarrollo nacional. La monitoría y evaluación de las acciones realizadas en la última

década, sin embargo, muestran desafortunadamente que el impacto sobre la situación de la salud de los países es inferior al esperado para alcanzar la meta de salud para todos a fines del presente siglo(5,7).

En años recientes han emergido nuevas situaciones en la realidad social, económica y política de la Región. En lo general, y en un contexto de crisis, se aprecia un mayor crecimiento de los procesos de participación social el cual está aunado a la mayor conciencia política y a la corriente de democratización que se observan en los países de las Américas. Dentro del sector salud, en lo particular, la descentralización está cobrando auge con la decisión de los gobiernos de desarrollar y fortalecer los sistemas locales de salud como un medio para reorientar y transformar los sistemas nacionales de salud. Es claro que estos cambios, al favorecer una participación más activa de la propia comunidad, aumentan el control social y el pedido de cuentas por parte de la población en relación a la idoneidad y al costo-beneficio de las acciones de salud. Esto obliga a aumentar la capacidad resolutive del sistema de servicios, sobre todo en sus niveles más periféricos, y a hacer más adecuadas las prestaciones sociales a la población y al ambiente en concordancia con la situación y tendencias de salud vigentes en cada realidad. Así mismo, tales sistemas locales deberán estar preparados a gerenciar no sólo los recursos públicos, sino también aquellos provenientes de fuentes privadas y de la sociedad como un todo.

Por otro lado, continúa la transición histórica en los perfiles de salud de los países de modo tal que ha convertido a la región en un espectro heterogéneo de realidades, como consecuencia de las diferencias en la situación de salud observadas entre subregiones, entre países y en el interior de un mismo país. Aunque el espectro anterior es casi un continuo, obsérvanse tres grandes categorías de situaciones contrastantes de salud. Aquellas en que la mortalidad por enfermedades no transmisibles es baja y sólo aumenta paulatinamente, la población es relativamente joven, con un alto índice de natalidad, baja esperanza de vida y una carga relativamente pesada de mortalidad infantil y de enfermedades transmisibles. Aquellas en que la proporción de defunciones por enfermedades no transmisibles se encuentra en un nivel intermedio y se incrementa con rapidez, el promedio de edad de la población aumenta a medida

que disminuyen los índices de natalidad, se eleva la esperanza de vida y se controlan las causas de la mortalidad infantil y por enfermedades transmisibles. Y, por último, aquellas con mortalidad por enfermedades no transmisibles relativamente alta, esperanza de vida alta, índices de natalidad bajos y niveles bajos y estables de mortalidad infantil y de la causada por enfermedades transmisibles(5,8).

A ello se agrega el desarrollo de tecnologías de alta complejidad en su mayoría incorporadas en los sistemas de salud de América Latina y el Caribe por fuera de los esquemas débiles de planificación en salud, a lo que se asocia la hegemonía médica, recuperativa, e individual que predominantemente caracteriza el pensamiento y las prácticas de salud en la Región.

En este contexto, la perentoriedad de mejorar el conocimiento de las necesidades e ideales de salud de la población, de darles prioridad en función de su costo-beneficio económico y sobre todo social, de definir mejor los grupos de riesgo, y de aumentar la eficiencia en la utilización de los recursos disponibles así como la equidad de los servicios sociales, exige incrementar el concurso de los principios y métodos de la epidemiología en el intento de proporcionar "inteligencia" a los servicios de salud(9). El proceso de toma de decisiones puede beneficiarse grandemente con la capacidad del enfoque epidemiológico de generar preguntas y de buscar respuestas que conduzcan a la formulación de nuevas preguntas. Esto último caracteriza la sustancia esencialmente investigativa, en el sentido más amplio, de la epidemiología; la complejidad y magnitud de este ejercicio que debe ser permanente variarán con la naturaleza del objeto de estudio, el tipo y grado de estructuración de la pregunta fundamental o la dificultad de la metodología apropiada para enfrentarla.

A pesar de lo anterior, la formación de especialistas en epidemiología y la capacitación en epidemiología de los trabajadores generales de salud han sido poco vigorosas y los limitados esfuerzos en este campo han girado en su mayoría alrededor de propuestas de educación regular o "continua" formuladas unilateralmente por los docentes, con énfasis en la teorización, dentro del marco de los principios y métodos de la disciplina, desvinculadas de los problemas que afectan la práctica de los servicios de salud e

impregnados de una fuerte crítica a los sistemas públicos. Más aún, la capacitación en servicio en Epidemiología ha ignorado lo relativo a la prestación global de servicios a la población y al ambiente o la ha restringido a los aspectos operacionales de los programas de control de patologías específicas. A ello se agrega que la mayoría de los egresados de las instituciones formadoras de recursos no pasan necesariamente a formar parte activa de los sistemas de salud, los cuales influidos por una fuerte mutación en el manejo del poder político, reposan su quehacer en cuadros de personal de alta rotatividad que en gran proporción están insuficientemente capacitados en la teoría y práctica de la salud pública.

La práctica epidemiológica en los servicios ha sido redefinida en los últimos años en cuatro grandes actividades(10,12):

- estudios de situación de salud, sus tendencias y sus determinantes en diferentes grupos de población;
- vigilancia epidemiológica de enfermedades y otros problemas de salud agudos y crónicos;
- investigación causal y explicativa sobre problemas prioritarios de salud; y
- evaluación del impacto en salud de los servicios y otras acciones sobre las personas, medio ambiente y condiciones de vida, y evaluación de tecnologías en función de su seguridad, costo e impacto.

Tales grupos de actividades constituyen importante referencia en la definición de los componentes de los programas de capacitación en servicio en epidemiología, y varios esfuerzos en los últimos años los han tomado en consideración, sobre todo a los dos primeros. No obstante, se precisa poner énfasis en otros aspectos funcionales del sistema de servicios de salud, y tomar en cuenta la heterogeneidad de las situaciones sociales y de salud, la diferente naturaleza de las funciones de los trabajadores (funciones esencialmente epidemiológicas u otras funciones generales o específicas con componente epidemiológico), así como la diversa complejidad de las decisiones o acciones

posibles de ser tomadas o ejecutadas, respectivamente, por ellos. Todos estos aspectos deberían ser tomados en consideración en los futuros programas de capacitación.

Identificación de Necesidades de Aprendizaje

En un contexto social, económico y político determinado, es importante la congruencia entre el modelo administrativo y el modelo de prestación de servicios del sistema de salud y, la idoneidad de este último con la situación social y sanitaria prevalente. De esta congruencia e idoneidad cuali y cuantitativa y de la eficacia, eficiencia, efectividad y equidad de las acciones de salud depende la mayor o menor satisfacción de las necesidades de la población y el mayor o menor acercamiento hacia el logro de los ideales de salud de la sociedad como un todo. Por esta razón, se propone que la planificación del proceso de enseñanza-aprendizaje parta de la identificación y comprensión de los problemas funcionales de los servicios de salud. Entre estos problemas se identificarían aquellos que son susceptibles de mejoría o solución a través de la capacitación y entre estos aquellos que pueden ser influenciados favorablemente por la capacitación en epidemiología.

La perspectiva anterior supone, en lo fundamental, problematización, para lo cual hay que llegar a un consenso sobre lo que se va a aceptar como problema y definir los ámbitos para identificar los problemas de acuerdo al énfasis o direccionalidad deseada del análisis. En la definición de las grandes categorías para identificar problemas funcionales de los servicios de salud merecen consideración aquellas propuestas por Morris hace varios años al referirse a la interacción entre sistema de salud y población: necesidad, demanda, utilización y oferta(9).

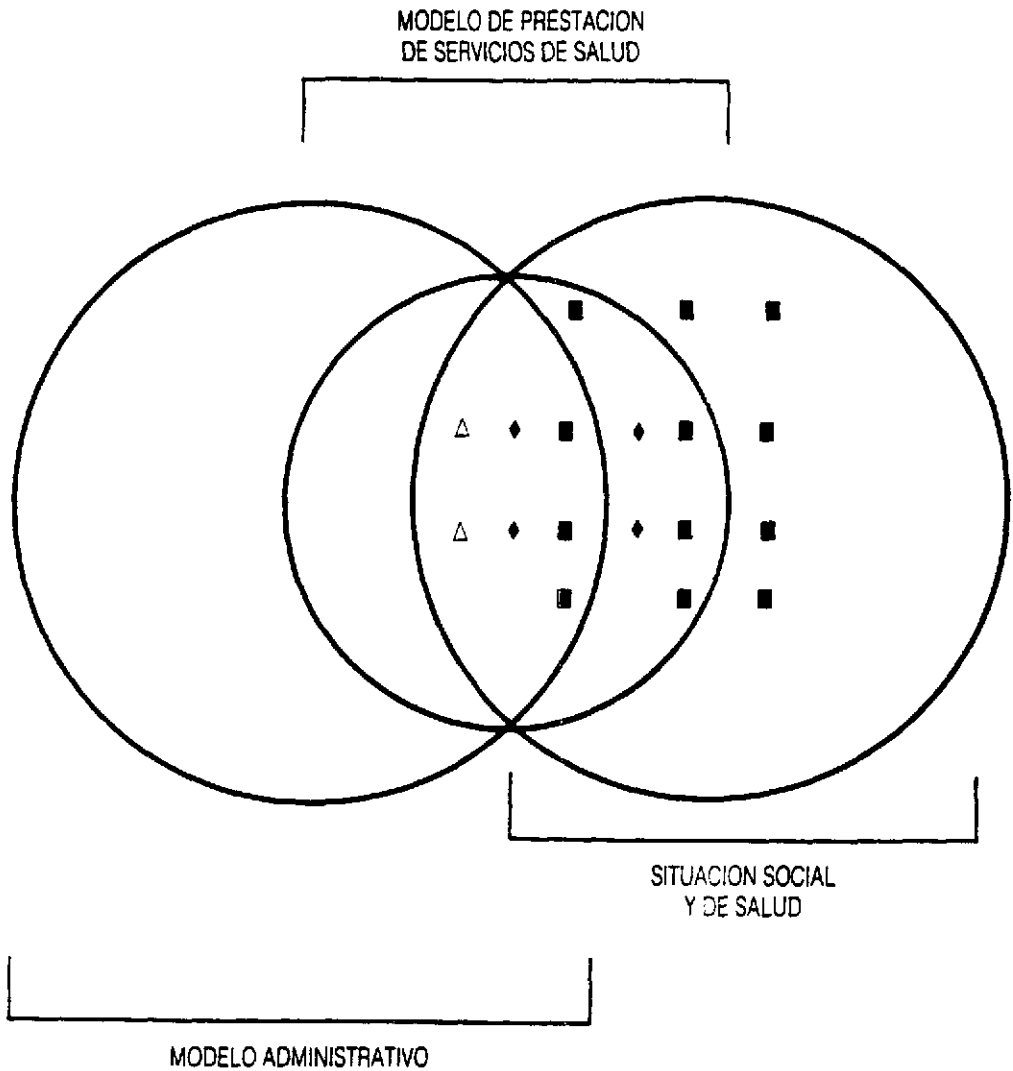
Más recientemente, Bradshaw(13) propuso una tipología de necesidades sociales que refuerza la proposición de dos de las cuatro categorías antes mencionadas. Dentro de la gran categoría de necesidad serían consideradas las necesidades "normativas", es decir aquellas definidas por expertos, las necesidades "sentidas", o sea aquellas percibidas por la población y, las necesidades "comparativas", esto es aquellas inferidas analógicamente como presentes en grupos de población de características similares a las de los grupos en que fueron definidas originalmente. El úl-

timo tipo de Bradshaw, "la necesidad atendida" es la necesidad convertida en acción, y corresponde a una categoría especial que merece ser considerada por separado (incluida en la demanda en el esquema de Morris).

Del lado de la colectividad existen no sólo problemas y necesidades, sino además ideales de salud; en la interfase población-sistema de servicios existen prácticas que reposan en el saber popular; y en el lado del sistema formal supuestamente hay normas y procedimientos que gobiernan la propia prestación de servicios y procesos y mecanismos que vinculan, en el plano de la decisión, el conocimiento o información sobre el sujeto de las intervenciones o acciones con las acciones mismas. Por todo ello es que se proponen tres grandes categorías para la identificación de problemas funcionales del sistema de servicios de salud: su contexto (situación social y de salud), el conjunto de prácticas al que contribuye (modelo de prestación de servicios de salud) y las normas, procedimientos y funciones que subyacen a su acción (modelo administrativo) (Esquema No.1). Entre los problemas identificados hay que segregar aquellos que no son determinados por falta de conocimiento (por ejemplo, económicos) y, entre los relevantes al proceso capacitante en general, los que pueden ser influidos por los alcances teóricos o metodológicos de la epidemiología(9,14,16).

En suma, este abordaje permitiría darle especificidad e idoneidad a las orientaciones generales formuladas para el fortalecimiento de la práctica de la epidemiología, a través de la capacitación en servicio. En lo que se refiere a la situación social y de salud habrá que tomar en cuenta el compromiso social y la historia natural de las necesidades de salud y sus tendencias, en su definición y priorización. La vigilancia epidemiológica debe ampliar su ámbito(17) para poder incorporar diferentes expresiones de la salud, así como la monitoría de las mismas. Estas incluyen daños, exposiciones al riesgo, uso de tecnologías o consumo de productos tecnológicos, e indicadores positivos de la salud en las dimensiones individual y poblacional. La investigación causal(18,19) debe comprender la determinación social de la salud y de sus prácticas(20), pero también el análisis del ambiente interno y externo al sector salud con propósitos de identificar los factores que expliquen las variaciones en sus tendencias en beneficio de la

ESQUEMA 1. Aspectos funcionales del sistema de salud.



- = Problemas/necesidades/ideales de salud
- ◆ = Prácticas de salud
- △ = Normas y procedimientos

construcción inferencial de futuros alternativos y, sobre todo, de la comprensión y anticipación del proceso decisorio. Debe incluir también la comprensión de situaciones de riesgo generadas extrasectorialmente a fin de promover la articulación necesaria para las intervenciones debidas.

En cuanto al modelo de prestación de servicios de salud, se debe preparar para el análisis del tipo de programas o acciones que se ofrecen a la población, así como de los resultados esperados en diferentes espacios y tiempos. La evaluación de las intervenciones en general debería tomar en cuenta además de los aspectos de eficiencia los relativos a la efectividad, impacto y equidad de las acciones(21,24), requiriéndose discriminar las intervenciones orientadas a individuos de aquellas de naturaleza esencialmente poblacional(25). Entre ambas vertientes anteriores, habrá que considerar el análisis de la cobertura real y la satisfacción y características de las personas que solicitan o reciben servicios.

Por último, pensando en el modelo administrativo débense incorporar los contenidos vinculados a la planificación, a la programación en los sistemas locales de salud y a la administración y gerencia de instituciones y programas. Se requiere por tanto generar la aptitud y actitud permanente para generar, ofrecer, difundir, discutir y negociar productos epidemiológicos relevantes y oportunos a las decisiones para la acción y sobre la asignación de recursos. La programación no puede ser vista como un mero instrumento o proceso administrativo sino como el mecanismo conciliador de las tres categorías propuestas. La evaluación de políticas, así como de definiciones, normas, procedimientos y resultados es un potente elemento racionalizador y validador de las decisiones operativas(26,29).

La consideración del uso de estas categorías en lo concerniente a la información permitiría incorporar en la ecuación la temporalidad para la generación de las informaciones epidemiológicas relevantes en función de sus necesidades de uso con propósitos de planificación, ejecución y evaluación de las acciones de salud.

El peso relativo de los contenidos, debe ajustarse en relación al tipo de funciones del personal de salud (epidemiológicas o no), y al nivel de complejidad del sistema donde labora y a la función mayor o menor de liderazgo que desempeña (Esquema No.2).

Consideración de Opciones y Formulación de Estrategias

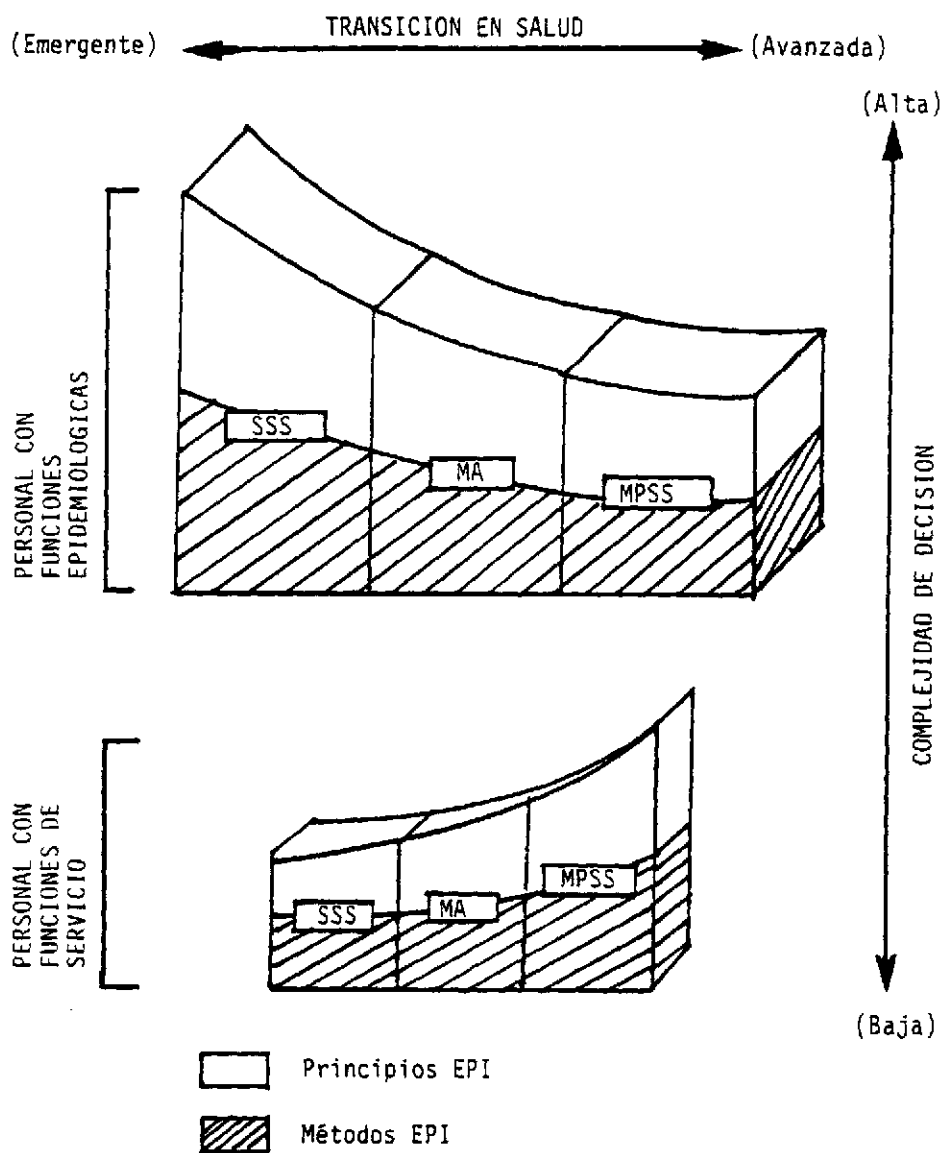
Las decisiones sobre el proceso educativo deberán fundamentarse en cuestiones como las siguientes:

- La capacitación en epidemiología es concebida como "en y para el servicio", es decir no se piensa en los servicios de salud sólo como un laboratorio de aprendizaje sino también y sobre todo como el ámbito para la aplicación inmediata de los resultados de dicho aprendizaje.
- La formulación de las propuestas de capacitación deberá ser hecha paritariamente por profesionales del área de la docencia y del área de los servicios.
- El elemento referencial más importante son los problemas funcionales de los servicios, de los cuales se infieren las necesidades de aprendizaje que pueden contribuir a su solución.
- Las propuestas educativas deben intentar la conciliación de problemas, contenidos y métodos durante todo el proceso (Esquema No.3).
- Las propuestas en discusión, en consecuencia, deben estar orientadas en lo fundamental a los vacíos del conocimiento, ya que se tiene evidencia que muchas funciones epidemiológicas no se realizan no por falta de conocimiento, y por tanto no son solucionables por la capacitación, sino por obstáculos o dificultades que afectan la práctica de la epidemiología o de la salud pública en su conjunto.
- Dado que los usos de la epidemiología no se dan en forma aislada sino que deben interactuar armónicamente con las funciones administrativas y programáticas específicas, las necesidades en estas dos últimas áreas deben ser también tomadas en cuenta en el proceso de formulación.

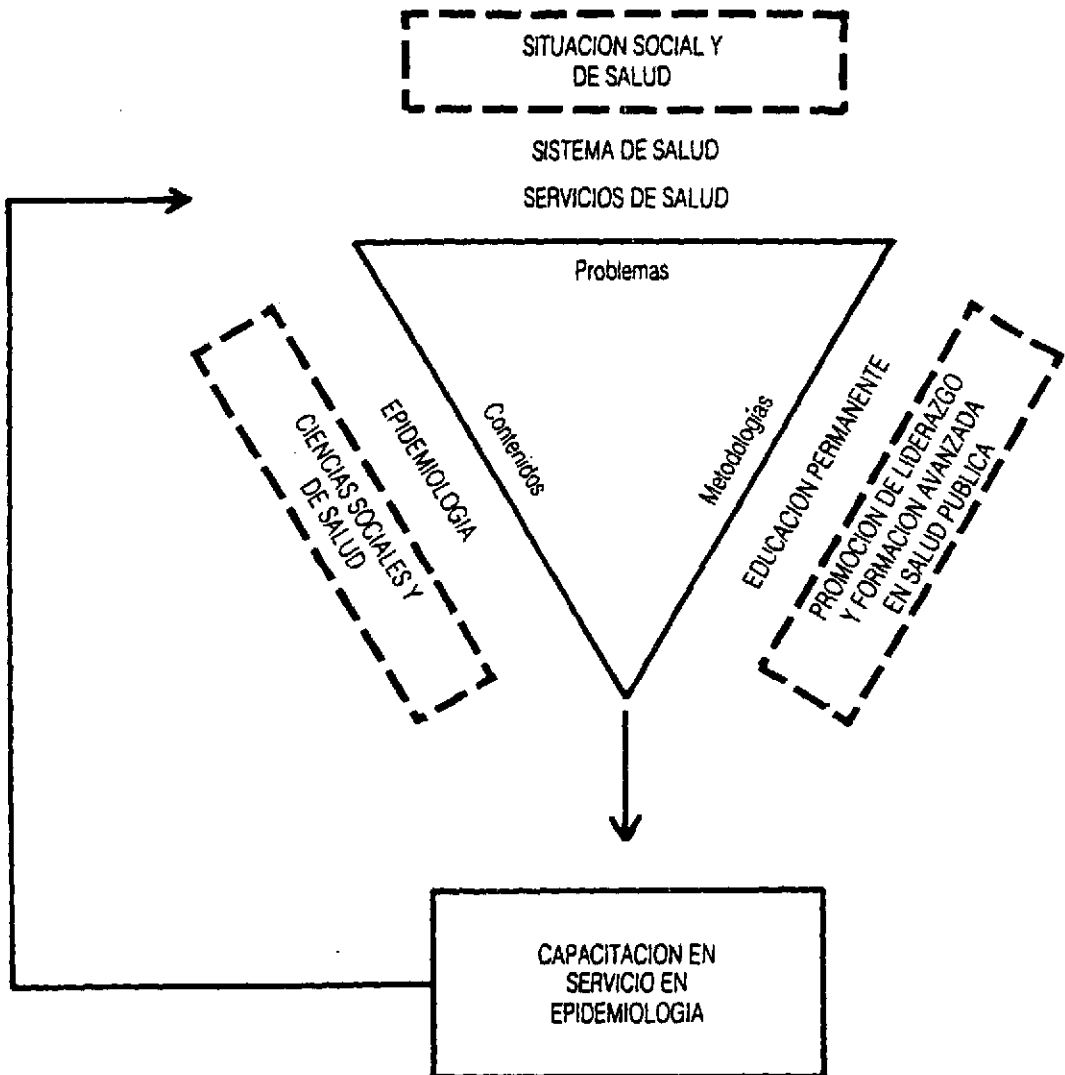
ESQUEMA No.2

CAPACITACION EN SERVICIO EN EPIDEMIOLOGIA

Variables Mayores en la Definición de Contenidos



ESQUEMA No. 3



- Considerando la heterogeneidad de las situaciones de salud inter-subregionales, inter-países e intrapaís, los principios y métodos correspondientes no deben ser enseñados en forma genérica en base a su posible aplicación a cualquier aspecto de la salud, sino en forma específica apropiada a las necesidades o problemas prioritarios del contexto de trabajo.
- La capacitación en epidemiología se orienta a incorporar la actitud, la racionalidad y el enfoque epidemiológicos a los trabajadores generales de salud en el ejercicio de sus diferentes funciones; con los ajustes del caso esto se aplica igualmente al generalista, al especialista en epidemiología, a otros especialistas y al gerente.
- Del mismo modo hay que ajustar las proposiciones educativas a la complejidad diferente de los varios niveles del sistema en que laboran los profesionales de salud.
- Debe tomarse en cuenta que el propósito de cada función epidemiológica expresa la utilidad e importancia de la misma, así como su cronología o frecuencia de uso en los servicios, todo lo cual es importante para tomar las decisiones educacionales correspondientes.
- Debe ponerse énfasis en la selección y capacitación de los responsables o facilitadores del proceso educativo que serán preferentemente trabajadores de los servicios, con el apoyo y cooperación de los docentes y epidemiólogos de las universidades o centros de enseñanza.
- Por último, merece destacarse la necesidad de un enfoque estratégico global a todo el proceso, a fin de no reforzar acríticamente el "status quo" de los servicios en desmedro de las exigencias de una visión prospectiva que incorpore lo tendencial, lo que se desea alcanzar y lo ideal.

Proceso Educativo

Los elementos de la sistematización propuesta por Bordenave(30) en relación con la opción pedagógica de la problematización, que se orienta a crear la capacidad del alumno para detectar los problemas reales y buscarles solución, son válidos para la configuración del modelo educativo implícito en la presente propuesta. Dichos elementos incluyen secuencialmente, la fundamentación teórica (conocimiento pertinente), el cuestionamiento de la teoría conocida, la observación de la realidad (problema), los puntos claves (discriminación de lo irrelevante), la hipótesis de solución y la aplicación a la realidad ("práctica").

Sin embargo, creemos que el partir de la fundamentación teórica conlleva el riesgo de desviación hacia un enfoque disciplinar; además, el cuestionamiento de la teoría conocida antes de observar la realidad conlleva el riesgo de abstracción o de reflexión exclusivamente teórica. Por esta razón, pareciera que los elementos en discusión deberían reordenarse en coherencia con el énfasis en la identificación de problemas como el punto crucial de todo el proceso, tal como se sugiere en el Esquema No.4.

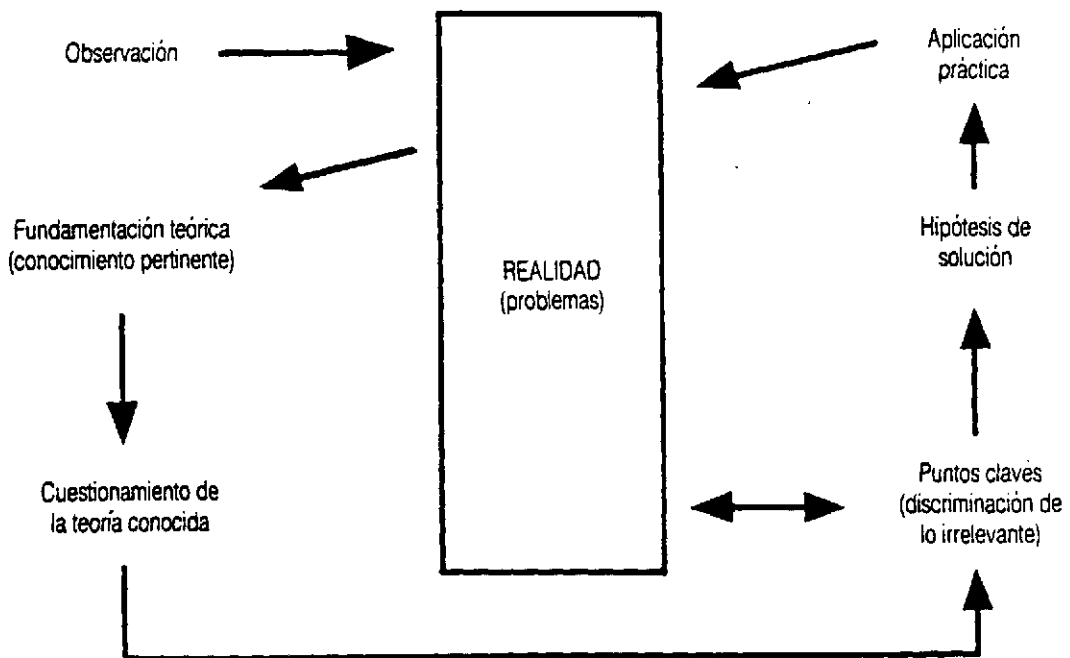
La implantación del proceso educativo resultante no debe perder de vista las exigencias que imponen a la educación permanente, los procesos nacionales de desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud(31, 32). A este fin la capacitación en servicio en epidemiología debe ser armónica con las características o grados de avance observados o esperados en el desarrollo de los SILOS en los diversos contextos, en sus dimensiones político-social (descentralización, participación), jurídico-administrativa (regionalización, desconcentración) o táctico-operativa (intersectorialidad, modelo de prestación de servicios y capacidad administrativa y gerencial).

Evaluación y Monitoría del Aprendizaje

Es fundamental garantizar el seguimiento del proceso de aprendizaje; la supervisión continua del personal expuesto a las actividades de capacitación; la evaluación del proceso educativo con base tanto en cambios en los conocimientos, actitudes o destrezas de los trabajadores de salud como en las funciones de los servicios correspondientes; y,

finalmente, el cuestionamiento de aquellas funciones que son inapropiadas a las necesidades de salud de la población y a la determinación social de la salud y de sus prácticas en cada espacio-tiempo.

ESQUEMA 4. Capacitación en servicio en salud pública. Propuesta de proceso educativo.



Dado que la participación de los discentes en un proceso educativo de esta naturaleza debe ser activa, debe asegurarse la comprensión de los propósitos del proceso capacitante a fin de permitir que parte de la evaluación formativa sea hecha por el discente mismo. Al mismo tiempo deben reforzarse las acciones de extensión de las instituciones formadoras de recursos humanos con el fin de facilitar una mayor integración entre academia y práctica a través de la incorporación de los docentes en actividades de investigación y de servicio propiamente dicho, además de la participación directa en la capacitación y en la evaluación y monitoreo de ésta.

Hay necesidad de establecer un sistema de monitoreo del proceso, paralelo a la secuencia educativa. El monitoreo garantiza dos momentos esenciales del proceso: uno, el de la identificación de discrepancias y deficiencias, y otro, el de la consolidación del aprendizaje mediante la realimentación constante. Requiere de la investigación para obtener datos e indicadores de progreso ante los que deben compararse tanto el rendimiento del trabajador(33) como el cambio institucional que se espera ocurra.

Preparación para promover el cambio educacional

Dado que la definición de lo que es problema en Epidemiología, de cuáles son las categorías más apropiadas para la identificación de problemas, y de cuáles las metodologías educativas más convenientes para contribuir a la solución de problemas a través de la capacitación, son todas áreas de debate y controversia, es conveniente vitalizar los procesos de capacitación basados en la problematización, a través del desarrollo de investigaciones que permitan avanzar en el conocimiento disponible alrededor de estos puntos de dificultad.

Se anticipa que cuando exista suficiente base empírica para las consideraciones aquí esbozadas, será necesario instrumentar a los sistemas locales de salud en mecanismos para la problematización, abordajes y métodos para el estudio de los problemas de los servicios de salud y, en la subsecuente formulación de propuestas de capacitación en servicio en epidemiología apropiadas al estado actual, tendencias y posibles escenarios futuros de la situación social y de salud en el área geográfica de su influencia.

Comentario Final

Teniendo en mente que la práctica de la salud pública sólo puede ser desarrollada a través de la capacitación en la medida que ésta contribuya a la solución de los problemas que afectan dicha práctica, se reitera el planteamiento de que se precisa identificar el conocimiento epidemiológico que sea relevante para la solución de los problemas que en diferentes instancias limitan la oferta de servicios y las prácticas de salud en una sociedad determinada.

Las consideraciones previas se orientan en esta dirección y por este motivo la Organización Panamericana de la Salud pretende promover y apoyar el desarrollo de una línea de investigación-acción en este campo. Este abordaje con criterio "paliativo" o remedial en una perspectiva de corto plazo, de ninguna manera significa abandonar el abordaje con criterio "curativo" en una perspectiva de largo plazo que corresponde a la formación regular, ni la interacción entre ambos. Creemos que a través de un proceso de esta naturaleza será posible fortalecer el uso cabal de la epidemiología en la planificación, ejecución y evaluación de los servicios de salud.

REFERENCIAS

1. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Fascículo I: Propuesta de Reorientación. Fundamentos. Washington, D.C., 1988 (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, No.78).
2. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Fascículo IV: El Proceso Educativo. Souza, A.M.A., Galvao, E.A., Santos, I. y Roschke, M.A. Washington, D.C., 1989 (Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, No.81).
3. Organización Panamericana de la Salud. Salud para todos en el año 2000. Estrategias. Washington, D.C., 1980 (Documento Oficial 173).
4. Organización Panamericana de la Salud. El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud. Tema 5.6 del Programa Provisional. Consejo Directivo de la OPS, XXXIII Reunión. Comité Regional de la OMS, XL Reunión. Washington, D.C., 1988.
5. Organización Panamericana de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas, 1981-1984. Volúmenes 1 y 2, Washington, D.C., 1986 (Publicación Científica No.500).
6. Organización Panamericana de la Salud. Las Condiciones de Salud en las Américas, 1985-1988. Volúmenes 1 y 2, Washington, D.C., 1990 (Publicación Científica No.524).
7. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Análisis de la Situación de Salud y sus Tendencias. La Práctica Epidemiológica en los Sistemas de Servicios de Salud, Educación Médica y Salud, 24(3): 306-320, 1990.

8. Litvak J., Ruiz L., Restrepo H.E. y McAlister, A.: El Problema Creciente de las Enfermedades no Transmisibles, Un Desafío para los países de las Américas. Bol. Of. Sanit. Panam. 103(5), 433-449, 1987.
9. Morris J.N.: Uses of Epidemiology. The Williams & Wilkins, Baltimore, 1964.
10. Organización Panamericana de la Salud. Usos y Perspectivas de la Epidemiología. Documento del Seminario sobre Usos y Perspectivas de la Epidemiología, Buenos Aires, Argentina, 7-10 Noviembre, 1983. Washington, D.C., 1984 (Publicación PNSP/84-47).
11. Organización Panamericana de la Salud y Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública. Segunda Reunión: Sistemas Nacionales de Información y Desarrollo de la Epidemiología Caracas, Venezuela 25 al 29 mayo, 1987. Educación Médica y Salud 22(4): 428-455, 1988.
12. Organización Panamericana de la Salud. La Formación en Epidemiología para el Desarrollo de los Servicios de Salud. XIV Conferencia de la Asociación Latinoamericana y del Caribe de Educación en Salud Pública (ALAESP). Taxco, México, 15-19 noviembre, 1987. Washington, D.C., 1989 (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.88).
13. Bradshaw, J.A.: Taxonomy of Social Needs. In Problems and Progress in Medical Care: Essay on Current Research. Seventh Series. Ed. G. McLacian. Oxford University Press for Nuffield Provincial Hospital Trust. Oxford, 1972.
14. MacMahon, B. and Pugh, T.F.: Epidemiology. Principles and methods. Little, Brown and Company. Boston, 1970.
15. Kleinbaum, D.G., Kupper, L.I., Morgersten, H.: Epidemiologic Research. Lifetime Learning Publications. London, Singapore, Sidney, Toronto and Mexico City, 1982.
16. Rothman, K.J.: Modern Epidemiology. Little, Brown and Company. Boston/Toronto, 1986.

17. Cartwright, A.: Health Surveys in Practice and in Potential: A Critical Review of their Scope and Methods. King Edward's Hospital Fund for London. London, England, 1983.
18. Susser, M.: Causal Thinking in the Health Sciences. Concepts and Strategies in Epidemiology. Oxford University Press. New York, London and Toronto, 1973.
19. Rothman, K.J.: Editor. Causal Inference. Epidemiology Resources, Inc. 1988.
20. Macedo, C.G. de: Declaración de Principios. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1982.
21. Suchman, E.A.: Evaluative Research. Principles and Practice in Public Service and Social Action Programs. Rousell Sage Foundation. New York, 1967.
22. Holland, W.W. (Ed.): Evaluation of Health Care. Oxford University Press. Oxford, England, 1983.
23. Morrison, A.S.: Screening in Chronic Disease. Oxford University Press. New York and Oxford, 1985.
24. Feeny, D., Guyatt, G. and Tugwell, P. Eds.: Health Care Technology. Effectiveness, Efficiency and Public Policy. Institute for Research in Public Policy. Montreal, Quebec, 1986.
25. Rose, G.: Sick Individuals and Sick Populations. Int. J. Epidemiol. 14: 32-38, 1985.
26. Fletcher, R.H., Fletcher, S.W. and Wagner, E.H.: Clinical epidemiology - the essentials. Williams and Wilkins. Baltimore, London, Los Angeles, Sydney, 1982.
27. Dever, A.G.E.: Epidemiology in Health Services Management. Aspen Publishers Inc. Rockville, Maryland. Royal Turnbridge Wells, 1984.
28. Weiss, N.S.: Clinical Epidemiology. The study of the outcome of illness. Oxford University Press. New York and Oxford, 1986.

29. Susser, M.: Epidemiology, health and society. Oxford University Press, New York and Oxford, 1987.
30. Bordenave, L.: La Transferencia de Tecnología Apropriada al Pequeño Agricultor. Rev. Interamericana de Educ. de Adultos. 3(1), 1980. Organización de Estados Americanos.
31. Organización Panamericana de la Salud. Programa de Adiestramiento en Salud para Centroamérica y Panamá (PASCAP). Educación Permanente en Salud. Aportes Conceptuales y Metodológicos para su programación a nivel local. San José, Costa Rica, 1989 (Publicación PASCAP No.21).
32. Haddad J., Linger, C., Paranagua-Santana, J. y Rodríguez-Domínguez, J.: Desarrollo de la Fuerza de Trabajo para los Sistemas Locales de Salud. En: Los Sistemas Locales de Salud. Conceptos, métodos y experiencias (Eds. Paganini, J.M. y Capote-Mir, R.). pp. 260-277. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C., 1990 (Publicación Científica No.519).
33. Haddad, J. Canales F., Turcios, M.I.: Monitoreo y Seguimiento de los procesos de educación permanente, Ed. Méd. y Salud, Vol.23(3), Organización Panamericana de la Salud, 1989.

**II. GRUPO REGIONAL DE TRABAJO SOBRE INVESTIGACION
EN APOYO A PROCESOS EDUCATIVOS
INFORME FINAL**

**R. Syr Salas
Relator General**

GRUPO REGIONAL DE TRABAJO SOBRE INVESTIGACION EN APOYO A PROCESOS EDUCATIVOS

INFORME FINAL

A. INTRODUCCION

La reunión del Grupo de Trabajo Regional sobre Investigación Educativa en Salud, tuvo lugar en Topes de Collantes, Sancti Spiritus, Cuba, del 5 al 9 de noviembre de 1990. Formó parte de un proceso iniciado en mayo de 1985, cuando la Organización Panamericana de la Salud (OPS) convocó a un grupo de consulta, con el propósito de explorar posibilidades y definir prioridades en investigación sobre fuerza de trabajo en salud.

Los antecedentes de este proceso se remontan a 1975, cuando la OPS convoca a un Grupo de Consulta para reunirse en Washington, con el propósito de identificar posibles objetos y espacios de trabajo para la Educación Continua del personal de la salud en las Américas. Se pretendía con ello dar respuesta a la inquietud planteada por los señores Ministros de Salud del continente en Viña del Mar, Chile, en el sentido de buscar nuevas formas de trabajo en capacitación del equipo de salud, necesario para ampliar la cobertura de los servicios de salud, y no solamente a los médicos.

Uno de los productos obtenidos de ese Grupo de Consulta fué la formulación de un Proyecto Regional calorizado por la OPS y posteriormente financiado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional que tuvo una duración de tres años e involucró a ocho países de la Región. Se iniciaron, en este marco, una serie de actividades para organizar sistemas de Educación Continua en los Ministerios de Salud de los países de la Región.

A partir de entonces, quedó sembrada la semilla que generó en distintos grupos de trabajo latinoamericanos, la inquietud por profundizar en el análisis de los problemas de la educación del personal trabajador del sector salud, buscando modos diferentes de acción.

En el devenir del proceso ocurrieron otros hechos, generados por la OPS y con repercusiones en las estrategias de salud del continente. Se detallan a continuación:

* Grupo de consulta para identificar prioridades en investigación sobre personal de la salud: tuvo lugar en Washington en 1985. El grupo identificó como prioridades las siguientes:

- Fuerza de trabajo en salud
- Sociología de las profesiones
- Funciones de producción
- Procesos educativos

* Al mismo tiempo, la OPS comienza a estimular a grupos latinoamericanos para revisar las características conceptuales y metodológicas de la llamada "Educación Continua" en salud; empieza a producirse un trabajo colectivo para la formulación de una Propuesta de Reorientación de la Educación Permanente en Apoyo de los Servicios de Salud, construida con la colaboración de grupos de trabajo de Brasil, Argentina, México, Cuba, Honduras, Nicaragua y Guatemala, que define a la Educación en Salud como "un proceso integral, de tipo permanente, que promueve el aprendizaje alrededor de los problemas habituales del trabajo y que se fundamenta en necesidades de aprendizaje previamente identificados". La propuesta colectiva es presentada a un Grupo de Consulta en Querétaro, México en 1988, que la acepta, amplía y enriquece.

* El tercer hecho influyente en este proceso ocurre en 1986, cuando la Conferencia Sanitaria Panamericana emite el documento sobre Orientaciones y Prioridades de la Cooperación de la OPS con los países para el cuatrienio 1987-1990. Constituye un mandato de los Gobiernos para la Organización, y señala, en el aspecto de los recursos humanos, "la necesidad de identificar nuevas formas de trabajo para el reclutamiento, la formación y la utilización del personal de salud", a tono con las nuevas situaciones y demandas.

* En 1988 los Gobiernos aprueban la propuesta de OPS para proceder a la reorganización de los servicios mediante la descentralización y la organización de sistemas locales de salud (SILOS) y señala como uno de sus componentes esenciales, la capacitación de personal, utilizando para ello al proceso de trabajo como eje central para el aprendizaje.

Sobre la base de estos hechos relevantes: la necesidad de investigar en apoyo a procesos educativos, la demanda por reformular los procesos educativos en los servicios promoviendo la participación de los diferentes actores sociales, la necesidad de dar respuesta al mandato de "buscar nuevas formas para la educación en salud" y la urgencia de impulsar el desarrollo conceptual y metodológico de la educación permanente en el nivel local, constituyen un marco fundamental para incorporar la Investigación Educativa, como instrumento de trabajo en salud, y el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización recogió el reto.

Se formula un Documento Básico de tipo conceptual que es sometido a la consideración de grupos regionales en Cochabamba, Bolivia y Antigua, Guatemala; se estimula, al mismo tiempo, la creación de Grupos Nacionales de Investigación Educativa en Salud, y se plantea la identificación de líneas y áreas de investigación para la construcción de un Proyecto Regional de tipo colaborativo, a ser discutido en esta reunión del Grupo de Trabajo Regional sobre Investigación Educativa en Salud, en Topes de Collantes, Sancti Spiritus, Cuba.

B. PARTICIPANTES

Los participantes de este Grupo de Trabajo Regional fueron los siguientes:

- Adolfo Alvarez, Jefe Dpto. de Capacitación, Ministerio de Salud Pública, Cuba
- Ramón Aneiros, Dpto. Docente y Metodológico, Ministerio de Salud Pública, Cuba
- Plácido Ardanza, Centro Nac. de Perfeccionamiento Médico (CENAPEN), Cuba
- Ernestina Ardón, Inst. de Nutrición de Centroamérica y Panamá, Guatemala
- Ana Jesús Avendaño, Ministerio de Salud, Guatemala
- Moisés Baly, Dir. de Atención Ambulatoria, Ministerio de Salud Pública, Cuba
- Rosa María Borrell, Rep. OPS/OMS, Sto. Domingo, Republica Dominicana
- Juan José Ceballos, Director, Centro Nac. de Perfeccionamiento Médico, (CENAPEN), Cuba
- Violeta Chiu, Directora, Centro Nac. de Perfeccionamiento Técnico (CENAPET), Cuba

- María Cristina Davini, Univ. de Buenos Aires, Argentina; Consultora a Corto Plazo, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos OPS/OMS, Washington, D.C.
- Jorge Haddad, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos OPS/OMS, Washington, D.C.
- Alberto Hatim, Rector, Inst. Superior de Ciencias Médicas de Camagüey, Cuba
- Aleida Izaguirre, Dpto. de Licenciatura en Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas "Julio Trigo", Cuba
- José Baudilio Jardines, Viceministro a cargo de la Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba
- Marisela Juárez, Dir. de Enseñanza, Secretaría de Salud, México
- Boris Klaindorf, Vicedirector, Hospital "Hermanos Ameijeiras", Cuba
- César Lip, Ministerio de Salud, Perú
- Miguel Angel Márquez, Representante, OPS/OMS, Cuba
- Gilma de Ospino, Fac. de Enfermería, Univ. Nac. de Colombia; Presidenta, Asoc. Colombiana de Fac. de Enfermería, Colombia
- Eliana Claudia Otero, Vicedirectora, NUTES, Univ. Federal de Río de Janeiro, Brasil
- José Oubiña, Oficinas del Viceministro a cargo de la Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba
- Rodolfo Peña, Universidad Nacional Autónoma, Nicaragua
- Elia Beatriz Pineda, Coordinadora de Investigación y Docente de la Fac. de Ciencias Médicas de la Univ. Autónoma, Honduras
- Alicia Reyes, Coordinadora, Carrera de Enfermería, Univ. de Chile
- José Rodríguez, Jefe Dpto. Medicina General Integral, Ministerio de Salud Pública, Cuba
- Maria Alice Roschke, Consultora a Corto Plazo, Programa de Desarrollo de Rec. Humanos, OPS/OMS, Washington, D.C.
- Ramón Syr Salas, Jefe Dpto. Docente y Metodológico, Ministerio de Salud Pública, Cuba
- Carmen Rosa Serrano, Univ. Mayor de San Andrés, Asesora Nacional en Rec. Humanos, Representación, OPS/OMS, Bolivia
- María Matilde Serrano, Oficinas de Viceministro a cargo de la Docencia, Ministerio de Salud Pública, Cuba
- Estrella Sierra, Centro Nac. de Perfeccionamiento Técnico (CENAPET), Cuba
- Lytsie Yepis, Centro Nac. de Perfeccionamiento Técnico (CENAPET), Cuba

En esta reunión fué Relator General, Ramón Syr Salas (Cuba) y relatores de grupos Adolfo Alvarez (Cuba), Rodolfo Peña (Nicaragua) y Carmen Rosa Serrano (Bolivia).

C. PROPOSITO Y OBJETIVOS

La organización de este encuentro obedeció a la intención de crear un espacio de estudio e investigación en el campo educativo en salud, que facilitara la revisión y la reorientación de las estrategias educativas que actualmente tienen lugar en los servicios de salud, con miras a transformar la capacitación en un proceso integral, permanente, de tipo estratégico, organizado para dar respuesta a necesidades concretas, y que sea capaz de promover y producir el aprendizaje a partir del proceso de trabajo y sus problemas.

En este marco, los Objetivos de esta reunión fueron los siguientes:

1. Profundizar en las definiciones fundamentales de tipo conceptual sobre Investigación Educativa en Salud, planteadas en el Documento Básico y debatidas en Cochabamba, Bolivia y en Antigua, Guatemala.
2. Analizar críticamente la Propuesta de Reorientación de la Educación Permanente de Personal de Salud, confrontándola con algunas experiencias nacionales, y para identificar áreas de discrepancia operativa entre aquellas y éstas.
3. Preparar una Propuesta por países, para el desarrollo de proyectos de investigación tendientes a apoyar los procesos educativos en curso.
4. Considerar mecanismos alternativos para fortalecer la colaboración entre los países de la Región y la cooperación de otras entidades en términos de recursos para facilitar el desarrollo del trabajo en cuestión.

D. DESARROLLO DE LA REUNION

La reunión se desarrolló fundamentalmente a través de debates realizados por los participantes, que al efecto se organizó en tres grupos. Previo a cada trabajo grupal

se introdujo el tema a tratar, mediante un panel y una presentación introductoria, con el respaldo de los documentos necesarios para el análisis y discusión de las cuestiones sobre las que se deseaba obtener el consenso de cada grupo. El resultado del trabajo grupal se llevó a plenarias, lo que enriqueció el trabajo de la reunión. Además se efectuó una visita de terreno.

Para el inicio de la reunión se buscó proporcionar a los participantes de los elementos esenciales para poder establecer un marco de referencia, partiendo de los momentos críticos seguidos por el proceso de educación permanente en salud desde 1985; las características e importancia de la cooperación internacional en las estrategias de salud; así como el momento cualitativo de la Salud y el Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos en esta etapa de trabajo.

Al inicio de la reunión se contó con intervenciones especiales del Dr. Jorge Haddad, del Programa de Recursos Humanos de OPS, quien estableció un marco de referencia, partiendo de los momentos críticos seguidos por el proceso de educación permanente en salud desde 1985; las características e importancia de la cooperación internacional en las estrategias de salud; así como el momento cualitativo de la Salud y el Proyecto de Desarrollo de los Recursos Humanos en esta etapa de trabajo; del Dr. Miguel Márquez, Representante de la OPS en Cuba sobre las características e importancia de la cooperación internacional en las estrategias de salud y finalmente, del Dr. José Jardines, Viceministro del Ministerio de Salud Pública de Cuba quien abordó el momento cualitativo de la salud pública cubana y las proyecciones de trabajo en el desarrollo de los recursos humanos en Cuba para los próximos años.

Con estas intervenciones se estableció un marco referencial para la Reunión, cuyo primer componente parte de los momentos críticos seguidos por el proceso de educación permanente en salud desde la reunión de un grupo de consulta en Washington en 1975, hasta el trabajo desarrollado en 1985, cuyos hechos más significativos se señalaron en la introducción de este Informe; seguido de la elaboración de una Propuesta de Reorientación de la Educación Permanente (Querétaro, 1988) y los debates y análisis posteriores rea-

lizados por un grupo de consulta en Washington, los grupos nacionales, las reuniones subregionales de Cochabamba, Bolivia (1989) y Antigua, Guatemala (1990).

Se hizo un análisis de las principales áreas críticas en Educación Permanente en base a las cuales puede señalarse como producto esperado de esta reunión, la profundización conceptual de la Propuesta de Reorientación de Educación Permanente de Personal de Salud, el relevamiento de cuestiones críticas de la Propuesta frente a situaciones concretas de los procesos nacionales, la investigación educacional y orientaciones para la operacionalización de un Proyecto Regional con componentes nacionales, y la estrategia colaborativa, así como la identificación de objetivos de estudio y líneas de investigación a nivel regional, primero, y por parte de grupos nacionales posteriormente.

El segundo componente del marco referencial releva los escenarios de la cooperación internacional en las estrategias de salud en América Latina, señalándose que en el mundo de hoy y del mañana, signado por la creciente interdependencia, multipolaridad e internacionalización, hay que tener presente que vivimos y actuamos en el contexto de las crisis económico-sociales, las que repercuten en nuestros países. Se define la crisis, en principio, como la instancia que revela, libera y hace estallar las contradicciones y antagonismos fundamentales en la sociedad, en un país, en la humanidad, y que por ello juega un papel revelador al exteriorizar, manifestar, hacer aparentes, visibles y dimensionables los mecanismos, tensiones y contradicciones que no afloraban, que estaban ocultos. Las crisis las vuelven visibles, tangibles, posibles de ser aprehendidas, conocidas y tratadas científicamente, para dar paso a nuevas etapas del desarrollo continuo y contradictorio de la materia y de las relaciones de los hombres con la naturaleza, y, de los hombres entre sí.

Se hace referencia a la profunda crisis económica en que se halla sumida América Latina y el Caribe, acentuada en la mayoría de los países por el bajo desarrollo de sus fuerzas productivas y la deformación de sus estructuras socio-económicas, que representa y agrava directamente la situación de subdesarrollo en que viven grandes conglomerados humanos, potenciando las terribles carencias que conforman la calidad de la vida en el Tercer Mundo: hambre,

miseria, enfermedad, ignorancia, desempleo, falta de seguridad y desesperanza. Se insiste en que la injusticia económica y social que entraña el abismo que separa las condiciones de vida de los sectores más desarrollados de las sociedades capitalistas de las masas explotadas en el Tercer Mundo, es una afrenta a la conciencia colectiva de la humanidad, sobre lo cual es necesario tomar conciencia. Se concluye, en esta etapa de la Reunión, en que en reuniones de trabajo como ésta se debe tener presente las reflexiones antes expuestas para poder ubicar con mayor precisión los modelos de atención a la salud y de formación de recursos humanos, que necesariamente desborda la atención institucional en los servicios de salud, para proyectarse con carácter multifacético a lo que pasa en la dinámica demográfica y en cuestiones como la migración, distribución del ingreso, alimentación y nutrición, educación, vivienda, medio ambiente, derecho al trabajo y empleo, descanso y acceso a los bienes culturales, artísticos y deportivos. Que comprender esta situación y luchar por disminuir las desigualdades en las condiciones de vida, requiere un enfoque integral, interdisciplinario, intersectorial y de profunda sensibilidad entre países ricos y pobres, para contribuir a "un nuevo orden económico internacional" más humano y más justo.

Se señala que la ayuda internacional, conocida como asistencia, colaboración o cooperación, tiene distintos significados y se modifica en su expresión según las condiciones políticas e histórico-sociales de los países y regiones del mundo. Que a pesar de las buenas intenciones expresadas en múltiples acuerdos y convenios internacionales, en la práctica es frecuente observar acciones de países más desarrollados y de instituciones financieras internacionales de tratar de imponer condiciones a los países receptores más débiles incrementando así los lazos de dependencia. Y que la ayuda internacional así canalizada, ligada a incentivos económico-financieros puede tratar de convertir el conocimiento, su transmisión y aplicación, en verdaderas mercancías.

En las últimas décadas se ha desarrollado la teoría y la práctica de la Cooperación Técnica entre Países (CTP), lográndose acuerdos entre diversos países, en la Asamblea General de las Naciones Unidas y en otros organismos internacionales; así se reconoció en 1975 como objetivos básicos

de la cooperación técnica entre los países en desarrollo "... la promoción de la capacidad nacional y colectiva de los países en desarrollo para valerse de medios propios y el aumento de la capacidad creadora de esos países para resolver esos problemas del desarrollo". En 1977, la Declaración de Kuwait estableció que "... la cooperación técnica entre los países en desarrollo en su imperativo histórico dimanante de la necesidad de un nuevo orden internacional, es un proceso conciente, sistemático y políticamente elaborado con objeto de crear una estructura de vínculos múltiples entre los países en desarrollo. La Conferencia de las Naciones Unidas sobre Cooperación Técnica entre los Países en Desarrollo, celebrada en Buenos Aires, Argentina en 1978, dejó expresa constancia que las distintas formas de cooperación internacional debe basarse en "... el estricto respeto de la soberanía nacional, la independencia económica, la igualdad de derechos y la no ingerencia en los asuntos internos de las naciones, cualquiera sea su dimensión, su nivel de desarrollo y su sistema social y económico". La Conferencia Internacional sobre Atención Primaria en Salud (Alma Ata, URSS, 1978), que marcó un hito aún no superado al establecer la estrategia global para cumplir la meta social de Salud para Todos en el Año 2000, en su Declaración Final expresa que "... el logro de la salud para el pueblo en un país interesa y beneficia directamente a todos los demás países." e hizo un llamamiento "... a las organizaciones internacionales, a los organismos multilaterales y colaterales, a organizaciones no gubernamentales, a los organismos de financiación, a todo el personal de la salud y al conjunto de la comunidad mundial, a promover la atención primaria de salud y dedicarle mayor apoyo técnico y financiero, sobre todo en los países en desarrollo". En 1984, la XXX Reunión del Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud, aprobó los lineamientos para la promoción de la cooperación tanto técnica como económica en el sector salud (CTPD/CEPD), compartiendo la convicción de que ello constituye un mecanismo fundamental para el logro de esta meta social.

A continuación se señalan algunos elementos conceptuales sobre la CTP y sus formas básicas: reciprocidad, intercambio y contribución; así como lo que ello significa en las Organizaciones del Sistema de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Incluye las necesidades de un adecuado

sistema de información; define el término "capacidad" como el conjunto de conocimientos prácticos, destrezas y experiencias que los países en desarrollo han acumulado en el curso de sus esfuerzos para conseguir el progreso; y el vocablo "necesidades" como el caso del país en desarrollo que trata de hallar soluciones para los problemas que encuentra y busca para ello las capacidades apropiadas en otro país en desarrollo.

Por último se hace referencia a las perspectivas de la cooperación en salud en los países de la América Latina y el Caribe, exponiendo los lineamientos generales siguientes:

- Tanto los países desarrollados como los que permanecen en el subdesarrollo se interrelacionarán en magnitudes crecientes, lográndose acuerdos más integrales en la cooperación técnica y financiera.
- Las acciones de instituciones y organizaciones estatales, las de la seguridad social, las privadas y las no gubernamentales solidarias deberán combinarse y complementarse si se quiere ser justo y eficaz en salud.
- Los proyectos de cooperación técnica y financiera internacional en salud deben estar insertos en las políticas sociales y de desarrollo integral de los países solicitantes. Para ello las instancias orgánicas de cooperación externa de los Ministerios de Salud deberán fortalecerse e interrelacionarse mejor con las entidades de planificación social. Además estos proyectos deben estar bien definidos y orientarse más específicamente a problemas de mayor prioridad en poblaciones más desprotegidas.
- La promoción de acciones de cooperación técnica entre países en desarrollo es un camino vigente en la búsqueda de la solidaridad, la justicia social y la paz. No obstante, también es importante intensificar la cooperación bilateral y multilateral entre diferentes países y organizaciones con la condición fundamental de hacer respetar y defender la dignidad nacional y la autodeterminación de los pueblos.

Un tercer componente de este marco inicial estuvo constituido por una información acerca de la situación de salud en Cuba, referida a algunos indicadores de salud, enfermedades de declaración obligatoria, presupuesto de la Salud Pública cubana y recursos materiales y humanos, señalándose que algunas de las cifras mencionadas sólo son comparables con las de los países desarrollados, y cómo estos resultados se han logrado gracias al desarrollo socioeconómico alcanzado en el país a partir del triunfo de la Revolución en 1959, a pesar del bloqueo a que ha estado sometida la Isla en los últimos 30 años.

En estas condiciones, el estado cubano plantea como momentos de impacto en la calidad de los servicios de salud la aplicación del Programa del Médico y la Enfermera de la Familia, así como el Programa de Desarrollo de las Especialidades; y más recientemente el desarrollo de la Biotecnología, la Industria Farmacéutica y la fabricación de equipos médicos.

Se enfatizó en la importancia que se le da en Cuba a la integración docente-asistencial-investigativa (IDAI). En este contexto se puede señalar que el elevar la calidad de la docencia impacta favorablemente la calidad de la asistencia y que al propio tiempo, la realización de investigaciones científicas en salud, integra y transforma a su vez la docencia y la asistencia. De ahí la necesidad de priorizar un alto nivel científico, ético y moral en los Recursos Humanos de la Salud, para lo cual es imprescindible el continuo perfeccionamiento de los profesionales, técnicos y obreros calificados de la salud. Se señaló que en noviembre de 1989 se efectuó un Taller Nacional de Perfeccionamiento, en el cual se constató que no obstante existir un conjunto de antecedentes positivos, la relación costo-beneficio no ha sido adecuada, toda vez que gran parte del perfeccionamiento se ha realizado a través de cursos teóricos, con el empleo de métodos pasivos, que no han respondido siempre a las necesidades del Sistema Nacional de Salud y en muchos casos la selección de los participantes no ha sido la más eficiente. De ahí la necesidad del cambio de enfoque educativo hacia propuestas que privilegien la Educación Permanente en Salud, de donde el valor intrínseco de la Propuesta de Reorientación de la educación elaborada por varios países de la región, con el respaldo del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y su aplicación a las condiciones concretas de cada país.

Es de vital importancia, en el análisis de los procesos educativos vigentes, enfatizar en aspectos tales como el desarrollo e investigación de las formas concretas de utilización del proceso de trabajo en los servicios de salud como eje para el aprendizaje; la consideración como objeto principal de transformación, del trabajo en los servicios y los procesos educativos en función de la calidad de los servicios y la formación de recursos humanos; el cambio de los enfoques esquemáticos, pasivos y transmisivos en los procesos educativos actuales, a través de modificar el papel del educador, de mero transmisor al de un verdadero promotor o facilitador del aprendizaje.

Bajo estos enunciados de la Propuesta de Educación Permanente, se ha evaluado cómo aplicar los componentes del modelo en la propia realidad cubana: el contexto, y dentro de él la integración docente-asistencial-investigativa y el análisis a nivel de las salas hospitalarias, consultorios del médico de la familia, entre otros, considerando estos últimos como elemento ultramicroestructural; la identificación de necesidades de aprendizaje, teniendo en cuenta los conocimientos a perfeccionar y el grado de motivación y nivel de concientización de los recursos humanos de la salud en la función que realicen; los procesos educativos, tomando como eje de transformación el proceso de trabajo y la conversión de los profesores, de simples transmisores a facilitadores del aprendizaje; y por último el monitoreo y el seguimiento a través de la supervisión y la investigación educacional. El análisis se centró en el Proyecto de Desarrollo hasta el año 2000 de la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de la Familia y Otros Trabajadores de la Atención Primaria en Cuba.

Como resultado de este análisis, el Ministerio de Salud de Cuba considera que la propuesta es una alternativa importante para el salto cualitativo que Cuba plantea dar en los próximos años en formación de recursos humanos lo que constituye un espacio de incalculable valor para el desarrollo de investigaciones educacionales en salud, ya que se plantea una reformulación de los procesos pedagógicos, y las alternativas metodológicas, lo que demanda un amplio programa de estudios e investigaciones en el campo educacional.

1. Area de Trabajo: Análisis de la propuesta de reorientación de la educación permanente en salud, confrontada con las estrategias nacionales. Identificación de aspectos comunes y diferencias. (Panel introductorio, trabajo grupal y plenaria).

La Lic. Gilma de Ospino (Colombia) hace una presentación relacionada con el Proceso de Educación Permanente en Enfermería en Colombia.

Plantea la justificación de la educación continua sobre la base del descontento por la calidad de la prestación de los servicios de salud así como por la mayor conciencia sobre el derecho a la salud que tiene la población. Como respuesta a esto se requiere una mayor responsabilidad y compromiso del personal de salud, así como la participación de la comunidad en la solución de sus necesidades. En este contexto, la educación permanente debe ser parte del sistema de salud, el sistema educativo y la investigación; es decir, es un compromiso de todos para poder mejorar la calidad de servicios, el desarrollo de recursos humanos y el proceso de trabajo. Resume las principales características de la educación continua: su inicio y retorno está en la identificación y solución de problemas de salud, superar las barreras de edad y tiempo, requiere de la intersectorialidad y la interdisciplinariedad, tiene necesidad de procesos de seguimiento y control para el cambio y por último debe responder a cuatro preguntas básicas: ¿Para qué?, ¿Quién?, ¿Cómo? y ¿Cuándo? se va a utilizar la educación permanente.

Señala como objetivo general del trabajo "Facilitar el desarrollo de los sistemas de Salud, mediante estrategias educativas para mejorar la prestación de los servicios de salud" y como objetivos contributorios, mejorar la atención al usuario, desarrollar investigaciones teniendo en cuenta el proceso de trabajo, y desarrollar procesos de supervisión teniendo en cuenta la asesoría y estímulo al trabajador y el compromiso con la institución. El desarrollo del programa incluye la gestión, supervisión, el uso de diferentes medios y la investigación, teniendo en cuenta en este último eje la solución de problemas generados en el proceso de trabajo. El eje investigativo plantea los siguientes objetivos: fortalecer la infraestructura investigativa en enfermería, mediante la concentración y concerta-

ción de esfuerzos; popularizar y democratizar la investigación, la ciencia y la tecnología, e identificar polos de desarrollo de la investigación en enfermería.

Señala que la metodología en la educación continua debe ser variada, participativa y permanente; debe estimular el auto-aprendizaje y ser pertinente a las necesidades personales y laborales del personal de Salud. Como elementos que sustentan la operacionalización de la educación continuada, incluye las decisiones de tipo político y el diagnóstico de necesidad en los aspectos administrativos, científicos, técnicos, humanos y de recursos.

Concluye su exposición planteando que previo diagnóstico se requiere en una primera instancia establecer decisiones políticas, que permitan la formulación de objetivos y prioridades, así como la consecución de recursos. En una segunda instancia, el desarrollo del proceso y finalmente su aplicación.

La Dra. Carmen Rosa Serrano (Bolivia) inició su participación brindando información sobre la situación actual en su país, desde el punto de vista de sus características socio-económicas y de la situación de la salud. Abordó a continuación la situación del sistema de salud en cuanto a la oferta de servicios, el financiamiento, el objeto del gasto y los recursos. Al analizar la situación del personal de salud en el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública señaló que una parte prioritaria de los recursos humanos se encuentran ubicados en áreas urbanas, tanto en el subsector de la Salud Pública como en el de la Previsión Social.

Luego, señaló que la educación continua se ha caracterizado por tener predominantemente un enfoque médico, por ser dependiente de programas verticales, por estar dirigido a personal de niveles central y regional, por no estar basado en el trabajo de los servicios, por la escasa capacitación de los equipos docentes y por la aplicación casi exclusiva de metodologías de transmisión.

Sin embargo el Ministerio de Salud recientemente ha elaborado un conjunto de lineamientos que constituyen "la situación deseada", con categorías tales como el nivel de salud, las políticas del Ministerio de Previsión Social y

Salud Pública, las prioridades nacionales, las estrategias de acción, y las políticas de recursos humanos. Alrededor de estos parámetros, la Dirección Nacional de Recursos Humanos ha formulado un ambicioso programa de Educación Permanente con el propósito de "Desarrollar procesos educativos que puedan mantener en forma dinámica la capacitación, asegurar la competencia y propiciar la adecuación del personal de salud a las necesidades sociales de salud, la evolución de los servicios y la adaptación a nuevos conocimientos y tecnologías."

La respuesta a alcanzar requiere de un proceso de desarrollo del Ministerio de Prevención Social y Salud Pública, a través de un proceso de reorientación institucional y de un proceso de educación permanente. El proceso de reorientación institucional requiere que tenga lugar a nivel nacional, regional y local sobre la base del reforzamiento de la infraestructura, la descentralización, el desarrollo de SILOS y la gestión social. En el proceso de educación permanente se incluyen dos componentes: uno estratégico, el otro estructural. En el primero de ellos se incluyen cuatro principios: descentralización, participación, supervisión e investigación educativa. En los componentes estructurales se incluyen la capacitación de facilitadores del proceso educativo, el desarrollo de procesos educativos para personal institucional y comunitario, y la producción de material educativo. La comparación de la situación deseada con la situación actual lleva a la detección de problemas cuyo análisis de las causas y la detección de necesidades, permite elaborar propuestas de solución, su planificación y programación de acciones que a través de monitoreo y evaluación se realimente el proceso. El análisis de las causas origina necesidades de mayor información y por ende el desarrollo de investigaciones empleando metodologías tradicionales y participativas.

Finalizó su exposición señalando algunas posibilidades para el desarrollo de investigaciones puntuales en el área de gerencia de servicios de salud:

- conducción política
- organización y estructura de los diferentes niveles
- cómo se llega de la política a la planificación y a los proyectos?
- relaciones centro-periferia

- operativización de la descentralización
- aspectos de la conducción técnica y operativa, e
- implementación de la gestión social

Señaló además temas para la investigación educacional en el contexto de los servicios de salud de Bolivia, entre ellos:

- dinámica de los talleres
- factores facilitadores y restrictivos para la educación permanente en salud
- evaluación del desempeño del facilitador
- análisis de la práctica y características de los servicios
- características y demandas de los trabajadores
- sistema de monitoreo, seguimiento y supervisión capacitante en los procesos educativos del nivel local

El Dr. José Oubiña (Cuba) presentó la "Estrategia de Cuba para la Reorientación de la Educación Permanente del Médico y de la Enfermera de la Familia y Otros Trabajadores de la Atención Primaria en los Sistemas Locales de Salud". Inició su intervención señalando los cambios que se han experimentado en su país a partir de 1959 en el orden socio-económico y dentro de ellos en la esfera de la salud pública, y el vuelco producido en la atención de salud a partir de la aplicación del modelo de atención basado en el médico y la enfermera de la familia. Su ponencia abarcó la valoración de la propuesta de reorientación de la educación permanente elaborada por la OPS, el señalamiento de áreas críticas identificadas en la realidad cubana, y la presentación del Proyecto "Salto Cualitativo" como estrategia a seguir en la búsqueda de alternativas de solución y como contribución de Cuba a la conformación de un proyecto de investigaciones educacionales en apoyo a la educación permanente.

El ponente realizó un análisis axiológico de la propuesta en cuatro dimensiones: sistémica, epistemológica, política, económica y social, y finalmente la pedagógica. Se valoró la validez de la propuesta adaptándola a las condiciones concretas de la realidad cubana y la necesidad de nuevos caminos en la educación del personal de salud.

Señala que dentro de las áreas críticas identificadas, en el componente del contexto, se trata de cómo profundizar, cómo perfeccionar y cómo avanzar más en la integración docente-asistencial-investigativa. En la identificación de las necesidades de aprendizaje, lo esencial es identificar de manera puntual en la prestación de servicios, mediante la supervisión y la investigación las deficiencias en los conocimientos, en las habilidades, en el sentido de responsabilidad, en la conciencia que tiene el trabajador de sus limitaciones congoscitivas en las ciencias de la salud o en el manejo de sus responsabilidades profesionales; en la conciencia del compromiso moral, ante el encargo que la sociedad ha puesto en sus manos. En cuanto a los procesos educativos, se señaló lo relativo a la unidad de los procesos de trabajo en los servicios y los procesos educativos: investigar cómo se produce su articulación; cómo desarrollar metodologías didácticas que tomen el trabajo y la problematización de los servicios como eje de aprendizaje intelectual y transformación de la personalidad; cómo desarrollar métodos pedagógicos productivos de activación, independencia y creatividad. En el monitoreo y seguimiento acota la especial importancia que tiene la relación de subordinación entre el nivel de dirección y la base. Finalmente, plantea la necesidad de capacitación pedagógica del personal docente en salud.

La ponencia destacó que para dar respuesta a la educación permanente del médico y la enfermera de la familia se decidió emprender un "Proyecto de Desarrollo hasta el año 2000 de la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de la Familia y Otros Trabajadores de la Salud de la Atención Primaria en los Sistemas Locales de Salud", cuyo fundamento esencial está en la necesidad de producir cambios en los procesos educativos de modo que queden insertos en los servicios de salud, cuya problematización se convierte en el eje fundamental del aprendizaje y de la transformación de los trabajadores de salud y de los propios servicios. Se señalan tres ejes metodológicos: la educación en los servicios, los nuevos enfoques en los procesos educativos y la investigación educacional en salud.

Luego de las presentaciones introductorias se provocó el debate entre los participantes, que condujo a las siguientes consideraciones finales:

La concepción de un proyecto regional de educación permanente parte de la realidad de puntos de partida diferentes en cada país, dadas las diferencias contextuales que se aprecian en cada uno de ellos. Estas diferencias varían de unos a otros, de acuerdo a sus características particulares; no obstante, se identifican aspectos y procesos que en mayor o menor medida son comunes a la mayoría de los países de la región.

La insuficiencia de los conocimientos del personal para el desempeño de sus cargos, la obsolescencia de esos conocimientos, conducen a una utilización y expectación insuficiente de los recursos materiales disponibles, determinando descontento e insatisfacción en la comunidad sobre los servicios de salud que se les brinda. Esta situación, entre otras, determina la necesidad de cambios que conduzcan al perfeccionamiento del sistema que en algunos casos se limitan a los factores de sus recursos humanos y en otros exige de profundos cambios estructurales.

Es criterio general, que en todos los casos, las necesidades de perfeccionamiento nacen y convergen en el lugar donde se detecta el problema.

Es igualmente opinión generalizada que el concepto de educación permanente lleva implícito el componente supervisión/monitoreo. En todos los casos es necesario determinar para qué, cómo, a quién y cuándo se hace necesario desarrollar programas de educación permanente y en todos debe desarrollarse sobre la base del contexto en que ocurra y previo el diagnóstico y determinación de sus reales necesidades.

Constituye requisito indispensable un mayor compromiso individual del trabajador de la salud y conciencia de su deber social; paralelamente debe existir la voluntad política para el cambio. Todo proyecto de educación permanente debe conciliar las necesidades e intereses particulares del trabajador de la salud, con los institucionales y los de la comunidad.

Se estima que la pasividad y falta de creatividad del personal de salud es causa y efecto de su obsolescencia e influyen en esta situación vicios y deformaciones que surgen en su etapa de formación de pregrado y aún desde antes.

Una respuesta a esta situación puede ser la investigación en apoyo a procesos educativos, que puede convertirse en el eje y motor impulsor capaz de romper el estatismo y revertir la situación de la educación permanente e incluso de la educación de pregrado; su influencia sobre los servicios de salud podrá determinar transformaciones en los sistemas de salud que faciliten el cumplimiento de su función social.

Por último la educación permanente debe conceptualizarse no sólo como una lucha por la actualización teórica y práctica del trabajador de la salud, sino también su preparación anticipada para su enfrentamiento al desarrollo prospectivo del sistema.

El contenido de este panel fué intensamente debatido en cada uno de los grupos, y las cuestiones tratadas fueron sometidas a debate general, en plenario, con el resultado siguiente:

Los grupos vieron la necesidad de reanalizar la conceptualización de la educación permanente, su amplitud y profundidad, y cómo ella se inserta en el trabajo del servicio.

Así surge la necesidad de ir desarrollando elementos operativos, instrumentales y metodológicos que permitan su aplicación en el servicio.

También se expresó la preocupación de que el proceso de educación permanente, por sí solo, no es capaz de generar un cambio en el sistema; aunque al revalorizar el estado crítico del contexto, el proceso educativo permite generar espacios de reflexión, discusión y concientización que conllevan un efecto movilizador hacia la necesidad del cambio a efectuar en el propio sistema.

Además, que el proceso educativo debe partir de la identificación de las necesidades, en función de la salud de la población, de forma integral, compatibilizando las necesidades normativas del servicio con las necesidades vitales de los trabajadores de la salud, en el propio proceso de trabajo de los servicios y la comunidad.

Que el seguimiento y monitoreo de la educación permanente es necesario operacionalizarlos a lo largo de todo el proceso educativo, teniendo en cuenta los múltiples factores que inciden en la calidad de los servicios y que se realicen en los propios SILOS de forma continua.

Que el trabajo educativo permanente no puede continuar siendo un trabajo de actualización de conocimientos, ya que ello conlleva una acción pretérita; y que se hace necesario que además de partir de una imagen prospectiva, le demos al trabajador de la salud las herramientas de trabajo para que pueda mantener un proceso de autoaprendizaje y de producción de conocimientos, a través de la investigación.

A continuación se analizaron las experiencias de los diferentes países participantes, identificando los aspectos comunes y las diferencias más significativas, entre ellas las siguientes:

- Cada propuesta parte del principio de su propio contexto, de donde surgen los principales problemas identificados.
- La conceptualización de la investigación como eje integrador de la asistencia-docencia y como un método capacitante, que a su vez posibilita evaluar la calidad del producto y su impacto social.
- Las diferentes propuestas incluyen la participación colectiva intrainstitucional, multifactorial, intersectorial y con la comunidad, como el eje estratégico fundamental de la educación permanente.
- Todos concuerdan en los principales aspectos metodológicos del proceso pedagógico a desarrollar.
- Todas las propuestas coinciden en la necesidad de generar un proceso de motivación y concientización a nivel local (microlocalizado), que es donde se enfrentan los problemas cotidianos del quehacer en salud, en todo tipo de contexto.
- Que la universalidad y equidad de los procesos de educación permanente, conllevan la necesidad de establecer diferentes adecuaciones a las prioridades que surgen de cada contexto particular.

- Que las estrategias presentadas no son buenas ni malas en sí mismas y su selección estará en correspondencia con las realidades y necesidades de cada país.

Estas consideraciones aquí expuestas permitieron a los grupos arribar a la conclusión de que al elaborar el Proyecto Regional de Investigaciones Educativas en Salud, deberá tenerse presente:

- La voluntad política o los espacios de tolerancia política que han de reflejar las realidades particulares de cada contexto,
- que la propuesta sea pertinente en términos de factibilidad y viabilidad,
- la direccionalidad del proceso de cambio a ejecutar, partiendo de la imagen-objetivo que contemple su proyección prospectiva, y
- dejar la libertad que permita abordar las particularidades de cada contexto.

2. Area de Trabajo: Delimitación del objeto de trabajo de la investigación educativa en salud. El proceso de trabajo y la identificación de problemas y necesidades. (Introducción teórica, trabajo grupal, revisión documental y plenaria).

Las Lics. María Cristina Davini y Maria Alice Roschke desarrollaron en forma conjunta, y a modo introductorio para la discusión grupal ulterior, diferentes aspectos relacionados con la delimitación del objeto de trabajo de la investigación educativa en salud, el proceso de trabajo y la identificación de problemas y necesidades.

En primer lugar abordan cómo situar el proceso de educación permanente dentro del proceso de trabajo; qué significa esta expresión, aspecto que no ha sido totalmente aclarado.

El objeto de transformación son los propios servicios. La tendencia predominante hasta hace poco tiempo, que señala que la educación permanente va encaminada hacia la actualización y al perfeccionamiento, ha sido progresivamente sustituida por la que enfoca los procesos educativos hacia el cambio del propio servicio y de la práctica de trabajo, tanto en su componente técnico como social.

Al analizar el proceso de trabajo en salud hay que tener en cuenta la direccionalidad técnica y el trabajo cooperativo. El primero de ellos indica el conjunto de "saberes" y "saber hacer" dentro de una categoría ocupacional determinada, mientras que el trabajo cooperativo implica la realización dentro del proceso de un trabajo conjunto, con relaciones tanto horizontales (las distintas ocupaciones), como verticales (los diferentes niveles jerárquicos). Por otra parte, no puede olvidarse que este proceso tiene lugar "dentro" de una institución, la cual impregna este proceso de sus propios conflictos y características.

Las expositoras señalan que estos aspectos cobran particular importancia toda vez que al situar la educación permanente dentro del proceso de trabajo, es necesario que al actuar sobre la direccionalidad técnica se tenga en cuenta el trabajo cooperativo y en definitiva lograr una modificación de la institución. Para ello es necesario tomar en consideración, al propio tiempo, que el sistema de salud, así como las políticas de salud (más o menos explícitas) tienen su propia direccionalidad, lo que imprime los criterios generales de cambio.

Un elemento que debe puntualizarse es la desmotivación que tiene lugar, en mayor o menor cuantía, en diferentes contextos nacionales, entre los recursos humanos de la salud. En tal sentido la aplicación de "modelos de intervención energética", en contraposición a "modelos de intervención normativa", pueden contribuir a su solución.

Finalmente, Roschke y Davini remarcaron la especificidad del trabajo investigativo en educación. La investigación educacional no es igual a la investigación en salud, toda vez que tiene otro objeto y por tanto puede tener otras metodologías, además de las tradicionales, que aborden aspectos más cualitativos: etnográficas, participativas,

investigación-acción; aunque se desarrollan en una estrecha interrelación y cuya finalidad es la propia calidad del servicio.

El contenido de esta introducción, así como el documento que le sirve de base, fueron intensamente debatidos en cada uno de los grupos, y las cuestiones tratadas fueron discutidas en el debate general, en plenario, arribándose a las conclusiones siguientes:

Los grupos enfatizaron diferentes aspectos de lo abordado, en cuanto al desarrollo del proceso educativo a través del proceso de trabajo y su pertinencia en la investigación educacional en salud.

Dos de los grupos centraron su discusión en las características del proceso del trabajo y del proceso de intervención educativa, que permita desarrollar la creatividad y capacidad intelectual del individuo, el colectivo y la institución.

El modelo energético motiva al pensamiento creador, ya que hace que el sujeto sea motor de su propia acción de cambio; sin que ello excluya la direccionalidad que le imprimen las políticas y normativas establecidas por la institución, siempre atendiendo a la flexibilidad y dinamismo en la aplicación de estos modelos.

El tercer grupo analizó los aspectos de la investigación educacional en el proceso de trabajo en el servicio, arribándose a las conclusiones siguientes:

- La investigación educacional es un proceso que deberá estar integrado a cualquier proceso de intervención en los servicios. Se vuelve específico en el momento que aborda el proceso educativo. El proceso de la investigación educacional es único; en la práctica, se integra con la investigación en el campo de la salud y la investigación de servicios de salud; no está desligado de la administración de este proceso, ni del quehacer propio de los servicios.

- La investigación en el campo educativo acompaña a cada uno y todos los momentos de la educación permanente; es un eje integrador, pero también posibilita la realización de investigaciones puntuales.
- La investigación educacional en sí misma, puede estar en función de un fin, cuando se realiza dentro de un sistema educativo (universidad, escuela); pero también está en función de un medio dentro del proceso de educación permanente, ya que ésta es una estrategia para mejorar la calidad de los servicios.
- La investigación en el campo educacional puede utilizar cualquier tipo de métodos investigativos, desde los tradicionales hasta los participativos.

El grupo conceptualizó el poder educativo de la investigación, que está en relación directa con el componente participativo del método.

Así mismo el grupo definió el proceso educativo, objeto del conocimiento de la investigación educativa, como un método de intervención para lograr un cambio intencional a través de una serie planificada de acciones, que van desde la definición de políticas educacionales, hasta la evaluación del propio proceso, pasando por los distintos momentos del mismo.

3. Area de Trabajo: Consideración de estrategias operativas: mecanismos alternativos para establecer la cooperación interpaíses en investigación educacional en apoyo a procesos educativos permanentes. Bases y lineamientos para la formulación de un proyecto regional. (Presentación de proyectos nacionales, trabajo grupal y plenaria).

Como introducción a esta área de trabajo, las delegaciones de Brasil, Cuba, Chile, Guatemala, Nicaragua, México, Perú y República Dominicana presentaron un resumen del trabajo de investigación educacional en salud que están desarrollando o que se proponen desarrollar en sus respectivos países. En esta sesión no presentaron sus respectivos informes las delegaciones de Bolivia y Colombia, ya que sus estudios sirvieron de base al panel introductorio de la primera área de trabajo de esta reunión.

En los debates grupales consecutivos a estas presentaciones iniciales se fueron analizando los diferentes aspectos que de común o no tenía cada uno de los proyectos nacionales. Las cuestiones tratadas fueron llevadas al debate general, en plenario, arribándose a las siguientes conclusiones:

CONCLUSIONES

A. El grupo consideró que el Proyecto Regional de Investigación Educativa en Salud tendrá como eje conductor la producción y diseminación de conocimientos para resolver áreas críticas seleccionadas como prioritarias, en el proceso de educación permanente en los servicios de salud, cuyo fin último será contribuir a mejorar la calidad de los servicios de salud y a la transformación de la práctica en salud.

B. Se identificaron como líneas de investigación educativa para iniciar al trabajo acordado, las siguientes:

1. El estudio del contexto como premisa para la identificación de necesidades de la educación permanente
 - 1.1 Analizar las políticas de desarrollo de recursos humanos y de salud y, sus implicaciones para el desarrollo de procesos educativos permanentes en el marco del trabajo.
 - 1.2 Desarrollar alternativas estratégicas para el análisis de los contextos nacional y local y la programación de la educación permanente.
 - 1.3 Evaluar y desarrollar diseños metodológicos para identificar problemas en el proceso de trabajo en salud, que determinen necesidades de aprendizaje y de educación.
2. La integración docencia-servicio-investigación
 - 2.1 Analizar los factores que obstaculizan y/o favorecen los procesos de integración.
 - 2.2 Desarrollar, evaluar y validar mecanismos y estrategias para propiciar y perfeccionar el proceso de integración.

2.3 Desarrollar y evaluar nuevas metodologías de trabajo en la integración docencia-servicio.

2.4 Analizar cómo la investigación educativa contribuye a la integración docencia-servicio.

3. Desarrollo metodológico del proceso educativo

3.1 Replantear metodologías alternativas en el proceso de trabajo, comprometidas con la transformación de la práctica de trabajo, en sus componentes técnicos y sociales.

3.2 Validar distintas metodologías de transformación en la capacitación de facilitadores.

3.3 Estudiar diferentes modalidades innovadoras de la organización del contenido y de la producción de materiales educativos del proceso educativo, de acuerdo a los ejes de trabajo de los servicios.

3.4 Buscar instrumentos que propicien la participación social en la educación de los recursos humanos en salud, engarzados en los procesos de trabajo en los servicios.

4. Educación permanente, aprendizaje y proceso de trabajo en salud

4.1 Identificar los cambios que produce la educación permanente en el proceso de trabajo de los servicios.

4.2 Identificar mecanismos para articular el aprendizaje con la producción en los servicios.

4.3 Establecer metodologías que favorezcan la direccionalidad técnica y el trabajo colectivo en el servicio.

4.4 Analizar los procesos a través de los cuales el trabajador de la salud integra el conocimiento y lo refleja en su quehacer diario.

5. Monitoreo, seguimiento y evaluación del proceso de educación permanente y su impacto en la calidad de los servicios

- 5.1 Profundizar el concepto de calidad de los servicios de salud.
- 5.2 Desarrollar metodologías alternativas para evaluar la calidad de los servicios desde distintos componentes: la visión institucional, del usuario y del propio técnico de la salud.
- 5.3 Buscar técnicas y procedimientos de monitoreo permanente del aprendizaje que posibiliten la intervención durante el desarrollo del proceso educativo para consolidar dicho aprendizaje e introducir cambios tanto en el propio proceso educativo, como en el proceso de trabajo.
- 5.4 Desarrollar y validar los diferentes indicadores, que permitan monitorear y evaluar el desarrollo del proceso educativo, su producto e impacto en la calidad de los servicios.

C. Sugerir para la implementación del Proyecto Regional de Investigación Educativa en Salud las estrategias siguientes:

- 1. Establecer la investigación como eje integrador de la vinculación docencia-servicio.
- 2. Identificar el potencial y los recursos críticos para el proceso en cada país.
- 3. Promover y fortalecer la cooperación técnica entre los países de la región.
- 4. Desarrollar la coordinación inter e intrainstitucional en cada país.
- 5. Promover la transferencia e intercambio de conocimientos, tecnologías e información, en forma ágil y sistemática entre los países, así como la cooperación técnica entre países.

6. Plantear una coordinación permanente regional, como una instancia facilitadora del Proyecto Regional.

7. Organizar la capacitación necesaria para la conducción del Proyecto Regional.

D. Propuestas y sugerencias para el Proyecto Regional

1. Preparar un Proyecto Regional de Educación Permanente e Investigación Educacional tomando como base las recomendaciones de los grupos de trabajo consultados en Querétaro, Cochabamba, Antigua Guatemala y Topes de Collantes.

2. Promover la asesoría y cooperación técnica y metodológica entre los grupos de trabajo nacionales para brindar apoyo, así como para transmitir y confrontar experiencias y avances, a fin de contribuir al desarrollo más equilibrado de la educación permanente en apoyo a las estrategias sanitarias acordadas por los Gobiernos.

3. Fortalecer el desarrollo de los Programas Nacionales de Investigación Educacional en Salud y promover la incorporación de todos los países de la Región de las Américas al Proyecto Regional.

Los participantes proporcionaron áreas de investigación y perfiles de proyectos con diferentes grados de desarrollo, para ser considerados en el marco del Proyecto Regional.

3.1 Perfiles de Proyecto ya preparados

- Metodologías para la educación permanente en salud: formación de auxiliares de enfermería en servicio (Argentina).
- Evaluación de la calidad de la asistencia en salud (Brasil).
- Educación permanente y la investigación en enfermería (Colombia).
- Experiencias de aplicación integral de la educación permanente del médico y la enfermera de la familia y otros trabajadores de atención primaria en los sistemas locales de salud (Cuba).

- Metodologías para abordar áreas de transformación de los servicios de salud (Chile).
- Supervisión, monitoreo y evaluación de procesos de educación permanente en el sector salud (Guatemala).
- La investigación y la integración docencia-servicio. Experiencia en varios estados de México (México).
- Monitoreo, seguimiento y evaluación de la educación permanente en salud de la fuerza de trabajo en un municipio docente-asistencial (Nicaragua).
- Evaluación de los programas de educación permanente para médicos pasantes. Impacto en el primer nivel de atención (República Dominicana).

3.2 Propuestas a ser consideradas por los países para posibles Proyectos:

- Monitoreo y evaluación del proceso de educación permanente y su impacto en los servicios locales de salud (Bolivia).
- Elaboración de indicadores e instrumentos para el monitoreo y seguimiento del aprendizaje en proceso de educación permanente en 3 Regiones de Salud (Honduras).
- Educación permanente y políticas nacionales de Salud (Perú).

4. Establecer subproyectos conjuntos de investigaciones educacionales en salud entre varios grupos y países, que permita el desarrollo de áreas de interés específicos, mediante experiencias comparativas, cuya articulación inicial se hará utilizando criterios tales, como vecindad geográfica, similitud en las estrategias de salud o identificación con algunas de las líneas de investigación expuestas anteriormente en ese Informe. En una primera aproximación se citaron como grupos colaborativos para esta primera fase, los siguientes:

- Brasil, Argentina y Perú: cuestiones relativas al proceso educativo en los servicios de salud;

- Brasil y Cuba: proceso de trabajo en el nivel primario de atención;
- México y República Dominicana: integración docencia-servicio;
- Nicaragua, Honduras, Guatemala y Bolivia: monitoreo y seguimiento del proceso de aprendizaje en los servicios de salud; y
- Chile y Colombia: identificación de necesidades de aprendizaje.

Estos acuerdos se difundirán también en los países que no participaron en la Reunión procurando estimular su interés y eventual incorporación al proyecto.

E. Recomendaciones finales

1. Aprobar por consenso lo planteado en este relato final, como bases para la elaboración de un Proyecto Regional de Investigación Educativa en Salud, que posibilite el desarrollo del proceso de educación permanente y contribuya a mejorar la calidad de los servicios de salud.
2. Que la OPS, previa consulta con los países, constituya un grupo técnico, con el fin de elaborar las guías y sus instructivos para la formulación de los proyectos nacionales, que contenga los requerimientos de los organismos, instituciones o países patrocinadores.
3. Asegurar la continuidad del trabajo realizado por el Grupo de Trabajo Regional en esta Reunión, mediante la consolidación de los Programas Nacionales de Investigaciones Educativas en Salud, empleando los canales existentes y con el apoyo financiero de la OPS, que posibilite ulteriormente el establecimiento de una Red de Cooperación para la ejecución del Proyecto Regional.
4. Estudiar en cada uno de los países, alternativas y opciones para integrar dicha Red de Cooperación para las investigaciones educativas en salud, mediante la cual puedan diseñarse propuestas de trabajo e intercambio de experiencias, contribuyentes a la construcción de un conocimiento científico, que sustente las propuestas pedagógicas innovadoras que se impulsan en el continente, sobre todo en los sistemas locales de salud (SILOS).

**III. ESTRATEGIA PARA LA EDUCACION PERMANENTE DEL
MEDICO Y LA ENFERMERA DE LA FAMILIA Y OTROS TRABAJADORES
DE LA ATENCION PRIMARIA DE SALUD EN CUBA**

J. Oubiña
J.B. Jardines
J.J. Ceballos
R. Aneiros-Riba
M.M. Serrano
CUBA

CONTENIDO

Página

Primera Parte: Análisis de la Propuesta	61
I. Introducción	63
II. Análisis axiológico de la Propuesta de	69
Reorientación de la Educación Permanente en Salud	
1. Dimensión Sistémica de la Propuesta	70
1.1 Enfoque sistémico	70
1.2 Componentes sistémicos de la Propuesta ..	72
1.2.1 El Contexto	72
1.2.2 Identificación de Necesidades	73
de Aprendizaje	
1.2.3 Proceso Educativo	75
1.2.4 Monitoría y Seguimiento	78
del Proceso	
2. Dimensión Epistemológica	79
2.1 La propuesta y la producción de	80
conocimiento y el desarrollo de la ciencia	
3. Dimensión política, económica y social	82
4. Dimensión pedagógica	83
Segunda Parte: La Estrategia	85
I. Areas Críticas Identificadas en la	87
Realidad Cubana	
1. Contexto	89
2. Identificación de Necesidades	93
de Aprendizaje	
3. Proceso Educativo	95
4. Monitoría y Seguimiento	96

Continuación ...

	<u>Página</u>
II. Proyecto "Salto Cualitativo"	96
1. Fundamentos	96
2. Objetivos	100
3. Recursos	100
4. Componente de "Investigación en Apoyo	100
al Proceso de Educación Permanente	
5. Estrategia para la aplicación y	103
desarrollo del proyecto	
III. Conclusiones	104
Bibliografía	107

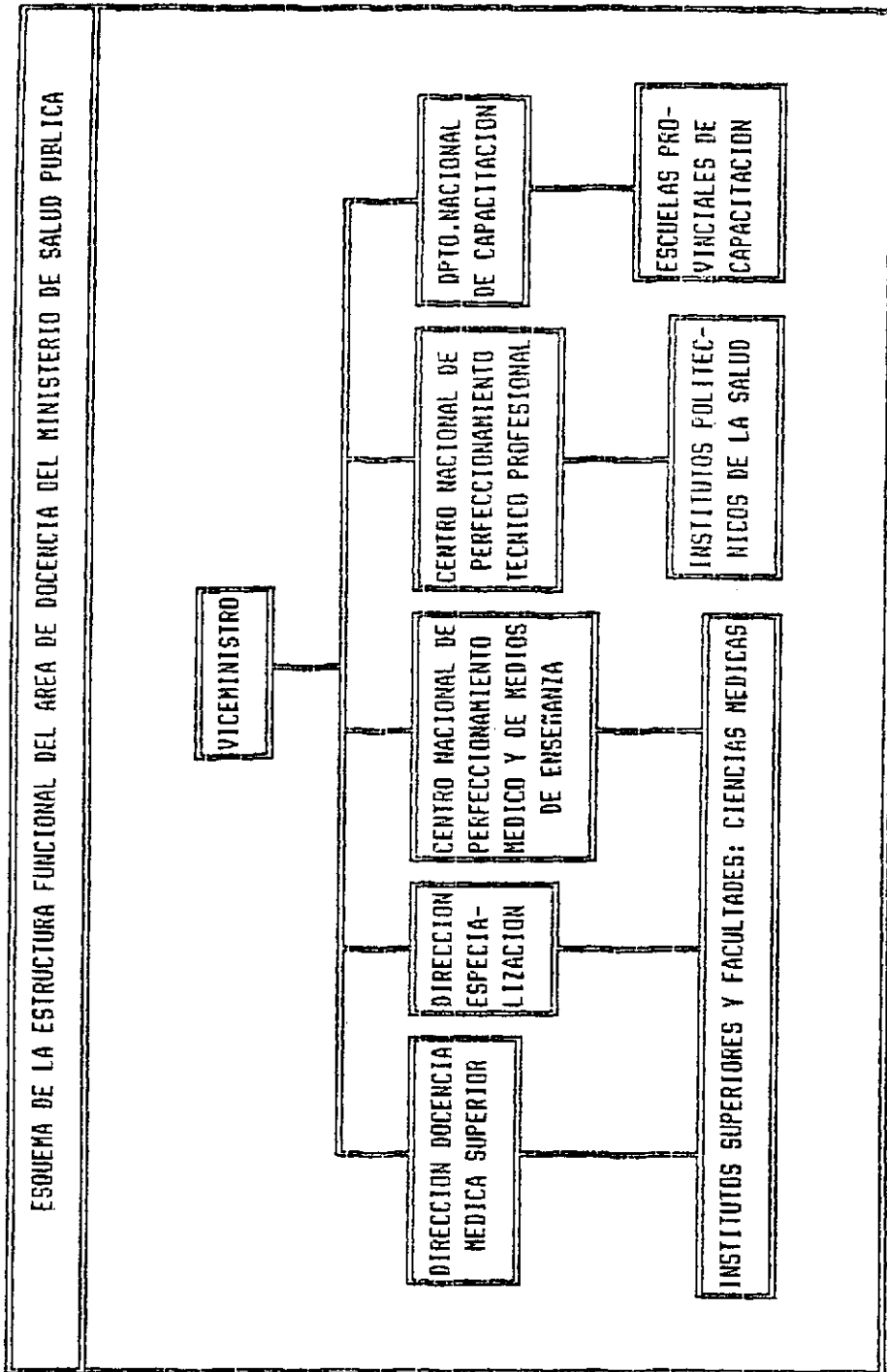
Primera Parte: Análisis de la Propuesta

I. INTRODUCCION

El propósito de este trabajo es hacer una evaluación integral de la Propuesta de Reorientación de la Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas del Programa de Desarrollo de los Recursos Humanos de la OPS y analizar las áreas críticas que han servido de base al "Proyecto de Desarrollo hasta el año 2000 de la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de la Familia y Otros Trabajadores de la Atención Primaria", (Proyecto "Salto Cualitativo") y su estrategia, como contribución nacional al desarrollo de la cooperación latinoamericana en investigaciones educacionales en Salud y a la conformación de un Proyecto Regional de Investigaciones Educativas en Apoyo a la Educación Permanente.

A partir del triunfo de la Revolución y durante las décadas de los 60 y los 70, como parte de los profundos cambios políticos, económicos y sociales que se produjeron, se estructuró y consolidó un Sistema Nacional Unico de Salud, uno de cuyos componentes es el Subsistema de Desarrollo de los Recursos Humanos. Dentro de este, el Sistema de Educación Médica del Ministerio de Salud Pública está estructurado funcionalmente de la forma reflejada en el Esquema No.1. El Subsistema de Perfeccionamiento de Personal del Sistema posee una amplia infraestructura, integrada por el Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y Medios de Enseñanza (CENAPEM), encargado de dirigir el proceso de perfeccionamiento de los profesionales de la salud, de forma permanente; el Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico Profesional (CENAPET) encargado de la formación y educación continuada de enfermeras y técnicos de la salud; el Departamento Nacional de Capacitación, responsable de la formación, perfeccionamiento y superación cultural de los profesionales y técnicos no formados por el Sistema Nacional de Salud, y del resto de los trabajadores auxiliares del sistema; la Facultad de Salud Pública, encargada de la formación y perfeccionamiento de los especialistas en Organización y Administración de Salud, Bioestadística e Higiene y Epidemiología.

ESQUEMA No.1



El subsistema de perfeccionamiento se apoya además en la red de instituciones docentes, docente-asistenciales e investigativas, investigativas, el sistema de información de Ciencias Médicas y las unidades y empresas de producción y comercialización acreditadas para la docencia que existen en todo el país.

El CENAPEM como centro rector del Perfeccionamiento tiene además la responsabilidad de aplicar la propuesta de reorientación de la Educación Permanente ajustada a las condiciones concretas de Cuba para el perfeccionamiento del Médico y la Enfermera de la Familia y a otros trabajadores de atención primaria a nivel de los Sistemas Locales de Salud (SILOS).

Durante la década de los 80 se plantearon nuevos enfoques en el campo de la salud coincidentes con cambios profundos en el contexto económico, político y social de Latinoamérica, con dos rasgos comunes: la crisis económica con el pesado fardo de la deuda externa presente en todos los países de la Región y la creciente conciencia latinoamericana de la necesaria unidad para enfrentar la búsqueda de alternativas y soluciones a los agudos y complejos problemas del desarrollo.

Durante ese período se producen en Cuba, en el campo de la salud, cambios de enorme significación: se realiza un profundo análisis de los servicios de salud; se hace un estudio diagnóstico de la educación médica, como base para conformar una estrategia para la formación de los recursos humanos en el sector; se diseñan nuevos currícula, se establece un proceso para garantizar las condiciones mínimas para el ingreso de los estudiantes de Ciencias Médicas, y se elabora un Programa de Desarrollo de las Especialidades Médicas Hasta el Año 2,000 (hasta hoy se han priorizado 39 de las 54 especialidades reconocidas oficialmente).

En 1984 se produce un vuelco en la atención de salud, con la materialización de las ideas promovidas por la alta dirección del país en el sentido de establecer, de manera experimental, en la barriada de Lawton, en Ciudad de La Habana, el nuevo modelo de atención basado en el médico y la enfermera de la familia que rápidamente se generaliza y se convierte en la columna vertebral de todo el sistema nacional de salud. Este médico, con la enfermera, atiende

una población entre 600 y 700 personas; tiene un consultorio y vivienda en la circunscripción político-territorial en que viven las familias de las cuales él es "guardián de la salud". Sus acciones priorizan la promoción de salud, la prevención de las enfermedades, el tratamiento de las nosologías propias de la atención primaria y la rehabilitación que no requiera atención especializada. El médico y la enfermera de la familia tienen responsabilidad en acciones psicológicas, sociales, higiénicas y epidemiológicas. Participan en la atención del individuo, de las familias y de la comunidad, y están vinculados a un Policlínico, que mantiene nexos con hospitales clínico-quirúrgicos, pediátricos y ginecoobstétricos, cuyos especialistas realizan las interconsultas de los casos que les remite el médico de la familia. En el Policlínico la unidad funcional está dada por el Grupo Básico de Trabajo, integrado por médicos y enfermeras de la familia y otros trabajadores de atención primaria, así como por especialistas de Medicina Interna, Pediatría, Ginecoobstetricia y un psicólogo, que participan como personal docente en las actividades de educación continua y en la formación de los médicos de familia (residentes) como especialistas de Medicina General Integral (especialidad establecida a partir de 1985)(4,5,6).

Este modelo es un reto para la búsqueda de alternativas en el desarrollo de los recursos humanos y, sobre todo, para la educación permanente tanto del residente en formación como del especialista de Medicina General Integral que alcanzará un volumen muy considerable de graduados en poco tiempo, y de todo el personal que integra el equipo de salud en atención primaria.

Por el impacto que está ejerciendo y seguirá ejerciendo sobre el Sistema Nacional de Salud y por la transformación cualitativa de los propios servicios y de los procesos de desarrollo de personal que demanda, la introducción del nuevo modelo de atención primaria basado en el médico y la enfermera de la familia se puede considerar como el hecho más trascendente de la historia de la Salud Pública en Cuba.

Otra decisión de la década de los 80, es la creación en cada provincia de las instituciones educativas (Escuelas Provinciales de Capacitación, Institutos Politécnicos de la Salud y Facultades de Ciencias Médicas) que garanticen el

desarrollo de los recursos humanos necesarios para el funcionamiento de los servicios de salud de todos los sistemas locales de salud (SILOS) de la provincia.

Todo el pueblo está envuelto en un proceso de perfeccionamiento de la sociedad: el proceso de rectificación de errores y tendencias negativas que se desencadena a partir de la segunda mitad de la década de los 80, cuya manifestación concreta, en el campo de la salud, es la lucha constante por la elevación de la calidad y la eficiencia de los servicios que se prestan a la población.

Si en Cuba se puede hablar de cobertura universal de los servicios de salud y de la cobertura universal del desarrollo de los recursos humanos para los servicios de salud; si se han logrado indicadores comparables a los alcanzados por países desarrollados ¿por qué se plantea una transformación de las prácticas de salud y de las prácticas educativas? ¿por qué se acoge la Propuesta de Reorientación de la Educación Permanente?

Se pueden aducir muchas razones para responder a las interrogantes planteadas, pero todas ellas pueden sintetizarse en dos; la primera es de orden cualitativo ya que se trata del desarrollo en niveles superiores de los servicios de salud mediante la integración real de los procesos educativos a dichos niveles. Por otra parte, las deficiencias señaladas en los países latinoamericanos sobre lo que se ha conocido como Educación Continua, están presentes también en Cuba en lo que se refiere al limitado impacto ejercido sobre la calidad de los servicios de salud y en el orden económico, a la no coherencia entre los recursos materiales, humanos y financieros dedicados a la Educación Continua y su resultado en términos de cambios y transformaciones positivas en las prácticas de salud y en las prácticas médicas.

Una segunda razón es la completa generalización a todo el país en los próximos años del nuevo modelo de atención primaria basado en el médico y la enfermera de la familia; ello conlleva aspectos cualitativos como los cambios estructuro-funcionales que se producirán en los otros niveles de atención. Por otra parte, se plantean nuevos problemas que constituyen un reto para el proceso educativo cuyo espacio es el propio servicio de salud, incluyendo el

consultorio del médico y la enfermera de la familia y otros trabajadores de la atención primaria. Esto impone nuevas prácticas de salud y nuevas formas de práctica médica en la atención secundaria y terciaria. Será necesario profundizar a través de la investigación educacional en el campo de la atención primaria de salud al individuo, a la familia y a la comunidad; la aplicación de enfoques epidemiológicos; el desarrollo del método clínico-epidemiológico en la atención primaria, en la promoción de salud, en la prevención de las enfermedades, en la terapéutica y en la rehabilitación. La búsqueda y desarrollo de nuevos modelos y enfoques metodológicos y la estructuración de una teoría pedagógica en Salud, cuyo objeto de estudio es el proceso integral de desarrollo de los recursos humanos, lo que a su vez, demandará especial atención a la investigación educacional para el planteamiento y elección de alternativas de los procesos educativos en los servicios de salud que privilegien la problematización como eje del aprendizaje continuo del personal de salud.

Debe añadirse a esto el reto que significa la atención a la educación permanente de gran masa de especialistas y técnicos, en forma coherente con el Programa de Desarrollo hasta el año 2000 de las treinta y nueve especialidades priorizadas.

Por todas estas razones se ha trabajado en la elaboración de un Proyecto de Desarrollo hasta el Año 2000 de la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de la Familia y otros trabajadores de la Atención Primaria ("Salto Cualitativo"). Es esencial desarrollar e investigar las formas concretas de utilización del proceso de trabajo en los servicios de salud como eje del aprendizaje, considerado como objeto único de transformación tanto el trabajo de los servicios como los procesos educativos en función de la calidad de éstos y de la formación del recurso humano.

Luego de esta introducción, procedemos a continuación a hacer una valoración crítica de la Propuesta. En la segunda parte se expone la estrategia de Cuba para la generalización de la Educación Permanente en Salud, o sea, la búsqueda de alternativas coherentes y pertinentes a la solución de los problemas identificados en el proceso de desarrollo de recursos humanos que demanda el Sistema Nacional de Salud; la adopción y adaptación de la Propuesta

Regional de Educación Permanente e Investigación Educacional es la contribución del país al esfuerzo por crear una Red Regional de Investigación Educacional en Salud en Apoyo de la Educación Permanente, y para la formulación de un Proyecto Regional que la sustente.

II. ANALISIS AXIOLOGICO DE LA PROPUESTA DE REORIENTACION DE LA EDUCACION PERMANENTE DEL PERSONAL DE SALUD EN LAS AMERICAS

Como resultante de un largo proceso de análisis y evaluación de la educación continua a partir de la Reunión de Expertos celebrada en Washington, D.C., EE.UU. en diciembre de 1975 y de la verificación de los logros y limitaciones de las formas de trabajo en Latinoamérica, y ante la necesidad de garantizar la capacitación constante de la fuerza de trabajo en salud, se elaboró la Propuesta de Reorientación de la Educación Permanente del personal de salud en la Región de las Américas en agosto de 1987, con el estímulo orientador del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud.

Transcurrido un trienio, se hace necesario someterla a un análisis axiológico para poner en relieve de manera integral sus valores, retos y perspectivas. Se intenta aquí hacer una contribución al conjunto de aportes y enriquecimientos realizado en los análisis y desarrollos teóricos de grupos de educadores en Ciencias de la Salud y en las aplicaciones prácticas a través de distintos proyectos de Educación Permanente de muy diversa magnitud en distintos países de América.

La Propuesta mencionada fué sometida a un análisis crítico en Cuba y contrastada con los problemas identificados en el país, en la realidad de los servicios de salud y de la formación, el perfeccionamiento, y la educación continua o permanente de los recursos humanos. Esta propuesta ha sido sometida a un análisis axiológico o valorativo, premisa indispensable para su adopción y adaptación a las condiciones concretas de la realidad cubana.

En este análisis se consideran cuatro dimensiones: la sistémica, la epistemológica, la política-económica-social, considerada en su unicidad y la pedagógica.

1. Dimensión Sistémica de la Propuesta

Antes de entrar en la consideración misma de esta dimensión se hace necesario fijar el punto de partida en cuanto a los métodos científicos. Se reconoce la existencia de tres tipos de métodos científicos de la investigación de la realidad: los métodos más generales que se corresponden con la dialéctica y se aplican a la naturaleza, la sociedad y al propio pensamiento; los métodos científicos generales que se aplican a la investigación del objeto en más de una ciencia, los métodos científicos particulares que se emplean en determinada ciencia como ocurre con el método deductivo de demostración utilizado en las matemáticas.

Una orientación metodológica en la ciencia, surgida ante la necesidad de su propio desarrollo, de salto epistemológico, como diría Bachelard, es el enfoque sistémico estructural que se aplica en variadas ciencias para el estudio de objetos complejos naturales o artificiales(10).

1.1 Enfoque Sistémico

Según Orushev, el enfoque sistémico se presenta como la forma concreta de aplicar la dialéctica al estudio de un objeto en una ciencia particular dada(11). En esto radica su enorme valor para el conocimiento (valor gnoseológico) y para la producción del conocimiento y construcción del saber (valor epistemológico, cienciológico). El surgimiento del enfoque sistémico fué una reacción contra los enfoques simplistas, reduccionistas en la ciencia, dominantes en los siglos XVII, XVIII y XIX. Realmente estos enfoques responden al nivel de desarrollo de la ciencia y contribuyen a ese desarrollo, pero en un momento determinado agotaron sus posibilidades heurísticas: era necesario el salto epistemológico(12,13).

Hoy se desarrolla el enfoque sistémico y se aplica profundamente a muchas ciencias y pese a algunos criterios en contra, tiene logros fructíferos no sólo en las ciencias naturales sino también y, muy significativamente, en las ciencias sociales(14). La filosofía ha hecho una gran contribución a la elaboración del enfoque sistémico para el desarrollo de sus métodos y procedimientos, pues puso de manifiesto la sistematicidad de la dialéctica objetiva y la

dialéctica subjetiva(15), el carácter sistémico de los objetos, fenómenos y procesos del mundo real y del pensamiento teórico que lo refleja. Se utiliza la metodología en el sentido de la teoría que explica el objeto de estudio conjuntamente con los métodos de conocimiento y transformación de dicho objeto elaborados con el concurso de la teoría y de la práctica: los métodos son formas de estudiar el objeto en sus características esenciales. Estos métodos se auxilian de procedimientos que son aproximaciones sucesivas de características no esenciales y nos permiten dejar al descubierto lo esencial del objeto por la vía de la discriminación.

El enfoque sistémico es la aplicación concreta de la dialéctica al estudio y transformación de un objeto considerado como sistema. Son sus principios básicos los siguientes:

- * Se parte de un objeto de estudio y transformación considerado como sistema, es decir, una totalidad integral.
- * El sistema se diferencia como conjunto íntegro del eco-sistema o medio externo que lo rodea, esto es, el contexto.
- * Hay una diferenciación entre el sistema y los elementos que lo integran como unidades básicas, como componentes ontológicas.
- * El sistema tiene una estructura, es decir, un orden de relaciones internas entre los elementos que lo componen.
- * El sistema intercambia información con el medio externo.
- * El sistema funciona con una finalidad, tiene una dirección o gobierno.
- * El sistema tiene propiedades que no están presentes en cada uno de sus elementos, ni en su suma o yuxtaposición.

- * Todo sistema puede considerarse subsistema de otro sistema de orden superior y pueden identificarse en su seno subsistemas componentes.
- * El enfoque sistémico produce conocimiento, teoría, y constituye un instrumento para transformar la realidad reflejada en el sistema.

1.2 Componentes Sistémicos de la Propuesta

La propuesta, tanto en su versión inicial(16), como en su versión elaborada(17) se presenta como un sistema íntegro, una totalidad integral, que muestra diferenciadamente sus elementos componentes. Se da en un ecosistema o contexto. Tiene una estructura, esto es, un conjunto de elementos con determinadas relaciones intra e intersistémicas. Funciona con la finalidad de asegurar la capacitación permanente del personal de salud. Se transmite información con una entrada (input) y una salida (output). Está inserto en un sistema de orden superior dado por el subsistema educativo o el sistema nacional de salud y la propia sociedad concreta de los países latinoamericanos.

El carácter sistémico de la propuesta radica en que después de formular una posición teórica frente a la cuestión planteada de la educación continua del personal de salud de la Región, propone un sistema de educación permanente que teóricamente da respuesta a siete problemas planteados y una estrategia de cambio con un abordaje multilateral en el que se conjuntan enfoques novedosos y diversos del complejo proceso pedagógico en su integración con los servicios de salud.

Se plantean como componentes del modelo propuesto: el contexto, la prospectiva, la identificación de necesidades, opciones y estrategias, el proceso educativo, el monitoreo y seguimiento del proceso y la capacitación de los conductores del proceso. Analicemos cada uno de ellos a la luz de los aportes de distintos grupos latinoamericanos contribuyentes.

1.2.1 El Contexto

Una contribución muy valiosa a este subsistema o componente del sistema de Educación Permanente de Personal de Salud propuesto es la contenida en el Fascículo II de la

Serie(18). Sus autores conforman un grupo argentino que ha hecho un esfuerzo concreto de análisis de la situación general de su país; pero aunque el contexto nacional pueda diferir de un país a otro, lo importante es la metodología de análisis, la valoración de los criterios de interpretación que puedan ser aplicables en distintas situaciones. Resulta útil la distinción hecha de tres niveles del contexto: el nivel general, el intermedio y el específico; (macro, intermedio o micro, según señala otro grupo consultado(19)).

El grupo argentino hace un análisis exhaustivo y profundo de las propuestas de educación del personal de salud como proceso permanente y se apoya en la investigación realizada por Vidal en 23 países con 155 programas de Educación Permanente(20). Se profundiza en el proceso de toma de decisiones, clave de las políticas de salud.

En el análisis del contexto, para nosotros, lo más valioso está en que enmarca e interconexiona los restantes componentes para dar consistencia al sistema; se justifica la consideración de niveles macro, intermedio y micro, pero consideramos válida la preocupación expresada por algunos en el sentido de incluir un cuarto nivel en el análisis del contexto, referido a los servicios de salud (sala de un hospital, área de salud en la atención primaria, entre otros)(19). Son los servicios de salud el espacio natural y el ámbito para el desarrollo de procesos educativos permanentes (véase al respecto la propuesta de Cuba en la segunda parte de este análisis).

1.2.2 Identificación de Necesidades de Aprendizaje

En la Serie de Fascículos mencionada, autores de México y Colombia desarrollan aportes teóricos y prácticos muy importantes sobre este componente de la Propuesta(21). Ellos plantean la necesidad de definir qué debe entenderse por necesidades de aprendizaje: necesidad "normativa", necesidad "sentida", necesidad "expresada", necesidad "comparada". Se plantea la existencia de dos planos, uno, los requerimientos de los servicios de salud y, otro, los requerimientos de educación de la fuerza de trabajo en su conjunto y de cada trabajador en particular.

Se aborda la investigación para la identificación de necesidades mediante un programa de investigaciones sobre situación de salud; políticas educacionales y salud, características de los servicios, condiciones de la práctica y el conocimiento y características y demandas de los trabajadores. Cada uno de estos rubros se abre en acápites a su vez generan otros temas de investigación.

Se propone el modelo de Le Boterf modificado(21), en el cual hay una primera fase de capacitación del grupo facilitador en metodología de la investigación participativa; una segunda fase en que se conforman los grupos de investigación a nivel local; una tercera fase en la que se hace el reconocimiento del contexto; una cuarta fase para profundizar en el estudio del problema, sus formas de representación, su análisis crítico y reformulación, y una quinta fase en la que se visualiza un panorama nuevo, de distintas opciones. El proceso no concluye aquí, pues surgen nuevos problemas y se repiten las fases descritas en un verdadero proceso permanente e iterativo.

Para los propósitos de este análisis, resulta necesario destacar la siguiente afirmación: "La educación, como proceso social, está articulada a instancias político-ideológicas y económicas que determinan su fundamentación teórica y sus modalidades pedagógicas (el subrayado es nuestro), las que a su vez, adquieren concreciones según el contexto social donde tenga vigencia". Y sigue: "En ella (se refiere a la experiencia colombiana) se vivenció un proceso de educación participante, en el que los trabajadores de salud (conformados por diversas disciplinas, profesiones y cargos) fueron progresivamente definiendo sus necesidades de nuevos saberes a través del análisis del entorno estudiado y sus problemas particulares" y continúa: "La realidad de la cual parten los trabajadores de la salud está marcada por una serie de incidencias y tradiciones, y por un pasado que refleja y arrastra el sello particular del modelo educativo prevalente. Se trata de entrar a trabajar con esa dura realidad que se explicita en las formas de pensar, de relacionarse, de expresarse, de convivir que tienen los trabajadores de salud en todos y cada uno de los escenarios donde se desempeñan. Es partir de la contradicción de profesiones hegemónicas, de visiones biologicistas y de prácticas fundamentadas en el afán de lucro, propias de la sociedad que así las ha avalado; es

por ello que uno de los momentos de mayor dificultad lo constituye la fase inicial o de "ruptura". Lamentablemente como se señala: "En este contexto la experiencia mostró avances exclusivamente (el subrayado es nuestro) en el proceso educativo en sí pero las posibilidades de incidir en la realidad estudiada fué objetivamente imposible". Es decir, como se apuntó en la Reunión de Querétaro, los logros obtenidos se produjeron al interior del proceso educativo y de la calificación individual y grupal, pero no produjeron cambios en los servicios de salud(19).

Estos resultados sustentaron la afirmación de que los procesos educativos como "espacios" aislados no garantizan la transformación de los servicios de salud. La clave esencial de todo este movimiento de educación permanente en Latinoamérica, según nuestra apreciación, está en lograr una verdadera integración docente-asistencial-investigativa (IDAI). Dicho de otra forma, la transformación de los servicios de salud en espacios donde se realicen de manera unitaria las acciones de promoción, de prevención, de diagnóstico, de tratamiento, de rehabilitación; el proceso de formación y superación permanente del personal de salud y la producción de conocimientos y estructuración de "saberes" y "saber hacer" mediante las investigaciones epidemiológicas, básico-biomédicas, médico-sociales y educacionales.

1.2.3 Proceso Educativo

Es un componente crucial del modelo propuesto. En él radica la dialéctica del cambio para el cambio. No habrá cambio en los servicios de salud si no hay cambio en la formación y educación permanente del trabajador de la salud. No se puede dejar de estar de acuerdo con Roschke y Casas cuando señalan: "Sin embargo, el problema de la integración real de los recursos humanos en los distintos niveles de prestación de servicios de salud que incorpora la participación, el análisis, la discusión y la investigación no se resolverá mientras el sistema de salud no propicie en la práctica educativa y en la práctica de salud el logro de objetivos que promuevan el análisis de la realidad del hombre y su contexto histórico y social, así como el desarrollo de la crítica como instrumento de análisis de la realidad... Finalmente es fundamental esclarecer que el proceso educacional no puede ni debe ser considerado un momento

particular de la práctica en salud. El proceso educacional, por ser interdisciplinario, ocurre en el interior mismo de la práctica profesional. Toda acción de salud tiene un componente educativo, además de los de prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades".(22)

Sin embargo, si no cambiamos los procesos educativos y mantenemos los modelos tradicionales seguirán reproduciéndose las prácticas de salud tradicionales a que hace referencia Ferreira: "El proceso educativo en sí no ha logrado producir a través de la formación profesional, una transformación de las prácticas de salud y especialmente de la atención médica. Por el contrario se ha observado una influencia a la inversa: la estructura de la práctica médica representa el factor hegemónico que ha determinado en cada contexto, el patrón que reproduce la educación médica"(23).

En el Fascículo I de la Serie mencionada(17) se dedica gran atención al proceso educativo: se plantean los logros a alcanzar en este proceso, las características presentes en las distintas alternativas metodológicas, la consideración del trabajo habitual como eje del proceso educativo, los problemas del trabajo y los fundamentos pedagógicos basado en un nuevo papel del educador como "facilitador", y el carácter problemático real del aprendizaje (en el nexo problema-reflexión-acción).

En el Fascículo IV de la Serie, el grupo brasileño aborda el proceso educativo. En él se analiza "una alternativa metodológica no hegemónica en el contexto de un proyecto político de transformación de los servicios de salud" (24). Se trata de la búsqueda de un compromiso de universalidad y equidad, que permita atender las necesidades de atención de salud en conformidad con el perfil epidemiológico correspondiente, y a partir de las determinaciones históricas y sociales en que se insertan esos servicios. Se analiza con profundidad y coherencia teórica el proceso de producción de los servicios de salud, mostrando la semejanza de los servicios de salud con el proceso de producción industrial y analizando las categorías de trabajo cooperativo y direccionalidad técnica: las autoras explican la dimensión horizontal y vertical de la organización de los servicios de salud, para pasar luego a las relaciones con los procesos educativos. Es nuestro criterio que estos

enfoques constituyen valiosas contribuciones al desarrollo teórico de la propuesta con importantes implicaciones prácticas en el orden pedagógico, que por otra parte, también han sido señalados por otros autores que estudian estas cuestiones(25).

En este sentido, también ha merecido consideración el estudio del trabajo como factor educativo, con la problematización de la práctica como su eje central, alrededor del que se desarrollan las categorías mencionadas de la metodología estudio-trabajo en sus interrelaciones dialécticas: aprendizaje, grupo, trabajo, proceso intelectual, programa de trabajo; debe señalarse que los planteamientos de Davini sobre el proceso educativo constituyen un reto al estudio-reflexión, a la acción y a la investigación educacional en salud.

Se considera necesario sin embargo, señalar los inconvenientes de un enfoque simplista y reduccionista del proceso educativo y de las funciones del educador. Preferimos hablar de proceso pedagógico como aquél en que se produce la formación y transformación de la personalidad de los participantes en dicho proceso: docentes y discentes. Este proceso presenta múltiples dimensiones de las cuales deben ser resaltadas las dimensiones filosófica, sociológica, psicológica y la praxeológica. El educador, el docente, el facilitador, debe partir de una concepción del mundo, de una teoría del conocimiento, de lo ontológico, lo gnoseológico y lo epistemológico, en su unidad dialéctica. Debe tener una concepción del hombre y de la sociedad, de la posición del hombre en las relaciones sociales (dimensión sociológica); debe partir de una teoría coherente de la personalidad y del aprendizaje (dimensión psicológica); de un sentido de la práctica, formación y transformación del hombre en el interior del grupo, del colectivo (dimensión praxeológica). No se trata solamente de orientar, estimular, ayudar o facilitar los procesos cognoscitivos, sino también los procesos integradores de las estructuras y subestructuras de la personalidad.

El proceso pedagógico, independientemente de las modalidades en que se produzca, como todo proceso, es un de-cursar sujeto a leyes, y como tal resulta sumamente complejo, especialmente cuando se produce en el trabajo mismo, ya que en él se cumplen leyes de muy diversa naturaleza: económicas, sociales, políticas, psicológicas y pedagógicas.

1.2.4 Monitoreo y Seguimiento del Proceso

El último componente que consideraremos en el modelo propuesto es el de su monitoreo y seguimiento, cuya característica esencial es estar presente en todos y cada uno de los componentes del modelo; no es una etapa, sino una parte inherente a todo proceso educativo en los servicios de salud. Este componente fué desarrollado en el Fascículo V de la Serie por un grupo bipaís, de Honduras y Nicaragua(26).

En el mismo se hacen consideraciones conceptuales y operativas tales como su carácter permanente, identificación de necesidades y definición del producto que se espera, la construcción de indicadores y creación de una base informativa; la utilización de diversas técnicas y metodologías de supervisión e investigación; los actores forman dos subgrupos: trabajadores-aprendices y trabajadores-facilitadores; se propone la ejecución de acciones correctivas sobre las deficiencias detectadas en el aprendizaje; se analizan el trabajo y los servicios como ejes y ámbitos del aprendizaje, así como la pertinencia de los procesos educativos para promover dicho aprendizaje. Se reflexiona sobre el momento diagnóstico y el de realimentación, así como las alternativas de acción: los criterios de factibilidad, oportunidad, pertinencia y disponibilidad de recursos para la selección de alternativas de trabajo como la supervisión y la investigación de tipo participativo.

El aporte se completa con el crucial problema de los indicadores que constituyen los criterios cuantitativos y cualitativos (válidos, fiables, sensibles y flexibles), que deben estar necesariamente presentes en los propios indicadores que se construyan. Finalmente sugiere una muy útil metodología de seis pasos para la construcción de indicadores, la cual requiere en algunos momentos recurrir a investigaciones sencillas, rigurosas y factibles: incluyen la caracterización del problema de trabajo, la identificación del producto final, la definición de los distintos elementos del indicador, la formulación del indicador, la incorporación al indicador de elementos para indicar factores de factibilidad o limitadores del aprendizaje, y la planificación operativa del proceso de medición del aprendizaje en el que se aplicarán los indicadores construidos. El Fascículo concluye con una exposición de aspectos operacionales de la realimentación del proceso educativo.

Antes de concluir el análisis de los componentes del modelo propuesto, debemos señalar de manera crítica tanto los elementos positivos como algunos insuficientes; resulta muy positivo para la argumentación del carácter sistémico del modelo la interconexión entre los componentes, la apertura para profundizar en el análisis del contexto y sus implicaciones sobre el proceso de aprendizaje. Igualmente, es un elemento positivo el considerar lo referido a Monitoreo como su carácter presente desde el inicio, continuo y permanente en todo el proceso educativo propuesto; será necesario recoger experiencias de aplicación, instrumentar investigaciones clásicas, etnográficas, participativas e institucionales o de acción para acumular resultados sobre estrategias viables para la ruptura de la resistencia y para elaborar generalizaciones teóricas que fundamenten las prácticas educativas transformadoras de los servicios de salud ulteriormente.

2. Dimensión Epistemológica

Es esencial la claridad en la interpretación correcta del significado de la propuesta. Se trata de hacer la valoración epistemológica de un modelo de Educación capaz de sustituir los enfoques tradicionales de la llamada Educación Continua en Salud. Se trata de interpretar en su esencia lo que se quiere decir por "Educación Permanente".

Se suele considerar como sinónimos los términos gnoseología, epistemología y teoría del conocimiento (el primero fué puesto en boga por la filosofía marxista y se utiliza más en los países europeos; "epistemología" tiene mayor utilización en Inglaterra y Estados Unidos de Norteamérica; la tradición alemana emplea "teoría del conocimiento" con igual significado; resulta conveniente establecer algunas distinciones diferenciadoras, sin ignorar lo común de los tres términos)(27,28).

La gnoseología, lo gnoseológico, es lo referido a la relación entre los dos elementos ontológicos surgidos en una cortadura del ser de la realidad: el objeto y el sujeto. Esto es, objeto y sujeto son categorías gnoseológicas; la gnoseología explica esta relación cognoscitiva entre el objeto y el sujeto para poner al descubierto el papel determinante de uno u otro, según la posición filosófica que se adopte.

La teoría del conocimiento se sustenta en las consideraciones de las propias categorías de objeto y sujeto, de su relación con la realidad, su base ontológica, sus interrelaciones como categorías gnoseológicas, sus principios y sus nexos con las formas del pensamiento, esto es, sus relaciones con la lógica, constituyen la esencia de la teoría del conocimiento. Debe señalarse aquí como principio, que toda teoría del aprendizaje intelectual tiene como fundamento de manera implícita o explícita una teoría del conocimiento y toda teoría de la enseñanza (didáctica) tiene como fundamento una teoría de aprendizaje basada en una manera dada de concebir el conocimiento.

La epistemología tiene a nuestro juicio, un rango superior; es la teoría del conocimiento científico: conocimientos estructurados en sistemas de saber. Tiene como propósito central la producción del conocimiento, su disseminación y su aplicación. Es en cierto modo la teoría de la ciencia, aborda la estructura de ésta y se emparenta, en esta época de desarrollo extraordinario, del aumento inusitado del volumen de los conocimientos científicos, de impacto de la revolución científico-técnica, con la cienciaología y la cienciometría. Las bases de la ciencia, su producto, están ejerciendo una influencia creciente en la vida cotidiana de las personas, de sus relaciones, de la producción industrial, de los servicios y de los intercambios de todo tipo, incluyendo los informacionales. Según nuestro punto de vista jerarquizamos gnoseología, teoría del conocimiento y epistemología dentro de un contexto unitario de las Ciencias de la Salud, así como el desarrollo de recursos humanos, en su acepción amplia, incluye su planificación, su formación, su utilización y su mantenimiento.

2.1 La propuesta y la producción de conocimiento y el desarrollo de la ciencia

La Propuesta de Reorientación de la Educación Permanente es en sí misma una producción de conocimiento, es una contribución al aumento del saber en un campo muy necesitado de esta contribución: el desarrollo de los Recursos Humanos de Salud que podrá devenir en el futuro en una rama científica o convertirse, como ha sido planteado(29,30), en objeto de una Pedagogía de las Ciencias de la Salud.

En el informe final de la Reunión del Grupo Regional de Consulta, celebrada del 17 al 21 de octubre de 1988, se dice: "A lo largo de los siete Fascículos de esta Serie previos a éste, se ha proporcionado abundante información técnica y científica generada alrededor de una propuesta de trabajo para reorientar la educación de la fuerza de trabajo que labora en el sector salud. Este esfuerzo regional, producto del trabajo del colectivo de grupos de varios países y apoyado por el programa de desarrollo de los Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, dio por resultado la consolidación y el enriquecimiento teórico de la propuesta original, a base de estudio por parte de cada grupo nacional involucrado, de áreas críticas del proceso planteado. La propuesta se nutrió igualmente de las experiencias de trabajo que ya estaban en marcha en distintos países"(19).

La propuesta es en primer lugar, el resultado de un análisis crítico de la situación existente en cuanto a la educación continua en salud en la Región, que era totalmente insatisfactoria según se planteó en la Reunión de Consulta de 1975(7). Su punto de partida es un problema de enorme volumen cuantitativo, pues se trata de los centenares de miles de trabajadores involucrados en la prestación de servicios de salud, y a la vez de trascendente significación cualitativa, ya que están en juego la cobertura y la calidad de los servicios de salud de los países de Latinoamérica. Hay consenso en la Región en que la aplicación de la Propuesta para el logro de cambios positivos en los servicios de salud en función de una distribución más equitativa de éstos requiere de una voluntad política de los gobiernos de los países, de conceder prioridad real a la Salud Pública. Si no existe esa voluntad política de dedicar recursos materiales, financieros y humanos a la atención de salud de los pueblos no habrá cambios en las prácticas de los servicios y no se eliminarán la tradición elitista, hegemónica, de una atención de salud dicotómica: una de calidad relativamente alta para minorías, y otra para mayorías, de baja calidad, que es otra forma de desigualdad social, a la vez que una agresión a la calidad de la vida.

La propuesta y la contribución de los grupos nacionales al incorporar la reflexión sobre sus componentes ha significado un enorme caudal científico acumulado en el campo de las ciencias de la salud.

Pero indudablemente el campo mayor de contribución, desde el punto de vista epistemológico, es el reto lanzado por la propuesta en relación con la investigación educacional en Salud, no sólo determinado por las alternativas del modelo teórico para enfrentar problemas identificados, sino por los propios problemas epistemológicos implícitos en la instrumentación de la propuesta. Ello redundará en una teoría científica de gran amplitud y profundidad en la comprensión de los procesos pedagógicos de la educación permanente y en un sólido fundamento de una Pedagogía de las Ciencias de la Salud como ciencia integral, inherente al desarrollo de sus recursos humanos, cuyo objetivo central debe ser la transformación en sentido cualitativo de los servicios de salud, mediante procesos educativos insertos en los propios servicios.

3. Dimensión política, económica y social

Otro aspecto del análisis axiológico de la Propuesta es su significación política, económica y social para América Latina. Aunque en el momento del discurso se requiere empezar por uno u otro de estos elementos en realidad lo político, lo económico y lo social son inseparables: lo político y lo económico como síntesis reflejada en el bienestar del hombre.

Latinoamérica, dispersa, fraccionada, se enfrenta a una situación de crisis económica que se hace más crítica y se convierte en la gran barrera para la búsqueda de alternativas y soluciones que den respuesta a las necesidades sociales y, en particular, a las necesidades de salud de las grandes mayorías poblacionales de la Región. Por eso, en el orden político está en primerísimo lugar la unidad latinoamericana en el análisis de los problemas económicos y sociales, variados y complejos, en la búsqueda de soluciones y en el enfrentamiento a los problemas y las fuerzas que obstaculizan su desarrollo (unidad no significa subordinación de unos países a otros, sino comprensión mutua de las posibilidades y las limitaciones de todos). Entendida así, hay necesidad de fortalecer la unidad latinoamericana para el desarrollo y para la independencia económica, única base real de la independencia política; tal unidad política es el único camino para enfrentar la crisis económica condicionada por la deuda externa y por el desigual intercambio del orden económico internacional vigente.

La crisis se refleja en los recortes presupuestarios y por ende, en la cobertura de los servicios de salud. En el orden social se presentan grupos poblacionales sin acceso a servicios básicos: expresión de falta de equidad en el orden cuantitativo.

La propuesta es un recurso de esperanza ante el cuadro planteado. Es una contribución a la unidad latinoamericana de las políticas de salud frente a las serias limitaciones económicas y financieras para darle solución a los agudos problemas sociales entre los cuales están los de la salud. La racionalidad de la propuesta permite una mayor efectividad, eficiencia y eficacia de los servicios de salud, cuestiones a colocar en el centro de las preocupaciones de la economía de la salud.

Sin embargo, a pesar de la intención de la propuesta de educación permanente de reducir la brecha entre los servicios de salud a que aspiran y tienen derecho los pueblos, y la atención real, diferenciada, que reciben, está presente la necesidad insoslayable de la voluntad política de los gobiernos de darle un tratamiento privilegiado a la salud de sus pueblos. Esta es, para nosotros, la clave del problema planteado, que no es sólo un problema técnico, sino en primer lugar, un problema político.

4. Dimensión Pedagógica

La Propuesta es un modelo teórico del proceso pedagógico para la educación permanente de personal de salud. Dada la concepción, estructura y funcionamiento del modelo, su papel es altamente significativo no sólo para la producción de los procesos educativos, sino también para la de los servicios(24).

Al plantear como elemento esencial de la educación permanente el desarrollo de los procesos educativos en los propios servicios de salud, al utilizar como eje de aprendizaje la problematización de los servicios, la acción educativa en el espacio de los servicios de salud implica la transformación cualitativa de éstos.

Con una sólida fundamentación se teoriza sobre la lógica de la producción de servicios de salud para mejorar la calidad de la vida de la población; esto requiere com-

prender los conceptos de trabajo cooperativo y direccionalidad técnica. A la luz de estos conceptos se requieren determinadas consideraciones en el proceso educativo: evidentemente hay dos elementos comunes tanto al trabajo cooperativo como a la direccionalidad técnica y son, por un parte, la motivación como impulso en respuesta a necesidades sentidas y por otra, el compromiso social en respuesta al encargo social del trabajador de la salud. Estos dos elementos deben estar presentes en la producción de los servicios de la más alta calidad. Los procesos pedagógicos deben desarrollarse para alcanzar elevados grados de motivación y compromiso social del trabajador de la salud. Desde el punto de vista de la significación pedagógica de la propuesta debe señalarse en primer lugar la valoración de las opciones pedagógicas señaladas por Bordenave(31); se requiere además de investigaciones en cuestiones educacionales en salud para la fundamentación teórica de la llamada pedagogía de la problematización(31).

Por otra parte, la propuesta estimula a investigar los procesos de aprendizaje en los servicios, de las estrategias andragógicas del aprendizaje de los adultos y las alternativas o estrategias de enseñanza de la educación permanente(32).

El desarrollo de proyectos de investigación en los países de la Región, la elaboración de Proyectos colaborativos de Investigación Educacional en Salud, contribuirán a la estructuración de una sólida ciencia de la educación en salud que señale el camino para el desarrollo de la Educación Permanente. Se plantea una reformulación de los procesos pedagógicos, lo que demanda un fuerte programa de investigaciones educacionales para encontrar respuesta a múltiples interrogantes que han acompañado a la ciencia pedagógica desde sus orígenes y a otras más recientes, propias de los problemas presentes en el desarrollo de recursos humanos de salud.

Segunda Parte: La Estrategia

INTRODUCCION

En el marco del análisis presentado, y en la situación concreta cubana relatada, se plantea ahora la estrategia de Cuba para el desarrollo de la Educación Permanente en Salud. Esta estrategia parte de la voluntad política de dar una alta prioridad a la Salud Pública, de ofrecer a todo el pueblo una atención de salud de la mejor calidad. La puesta en práctica del nuevo modelo de atención primaria basado en el médico y la enfermera de la familia y su impacto transformador en todo el Sistema Nacional de Salud constituyó la premisa básica de la estrategia seguida para el desarrollo de recursos humanos en salud. Como primer paso se procedió a identificar las áreas críticas en cada uno de los componentes estructurales que plantea la propuesta; un segundo momento de la estrategia cubana fue el diseño y puesta en marcha de un proyecto de desarrollo centrado en el eslabón fundamental, desde mediados de la década de los ochenta, del sistema de salud en Cuba: el médico y la enfermera de la familia, eje de la atención primaria de salud. Una característica del Proyecto "Salto Cualitativo" es el componente de investigación educacional en salud; y un insumo importante para ello son los resultados iniciales del Estudio Prospectivo de la Educación en las Ciencias de la Salud en Cuba, iniciado hace dos años.

I. AREAS CRITICAS IDENTIFICADAS EN LA REALIDAD CUBANA

Se exponen a continuación los principales problemas identificados en nuestra realidad dentro de cada uno de los componentes del modelo propuesto, que fundamentan la voluntad política de producir un cambio en los procesos educativos y adaptar a nuestras particularidades el modelo de Educación Permanente que se ha analizado antes.

En los primeros estudios de la Propuesta y los análisis empíricos realizados sobre la experiencia del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, acumulada durante tres décadas en el sector, y las comparaciones entre el mo-

delo teórico de la Propuesta y la Política de Salud definida para la década final del siglo, se han identificado algunas áreas críticas que requieren de una reflexión teórica profunda mediante la investigación educacional en salud, que trascienda el marco tradicional de la Pedagogía.

Cada una de estas áreas críticas identificadas presentan uno o varios problemas o conjunto de problemas, que requieren un abordaje sistémico, integral, cuyas alternativas de solución no siempre se encuentran, dada su complejidad o el peso tradicional de los modos establecidos de acción. Es mediante la investigación científica que se pueden definir y resolver estos problemas en las siguientes áreas críticas: el contexto, que plantea la integración docente-asistencial-investigativa; la identificación de necesidades de aprendizaje vinculadas al desarrollo del trabajo y del compromiso social del trabajador de la salud; el desarrollo de un proceso educativo dirigido a la transformación cualitativa de los servicios de salud, mediante la combinación coherente de acciones educativas formales, no formales e informales; en este caso, el enfoque, la organización y la metodología deben ser producto del estudio y la investigación en busca de la internalización conceptual y el desarrollo metodológico; para el caso, un aspecto que necesita de mucho análisis es la capacitación pedagógica de los docentes o facilitadores(31), de un significado crucial para una verdadera transformación de los procesos educativos. Finalmente el monitoreo, seguimiento y evaluación del aprendizaje y de los procesos educativos que ocurren en los servicios desde el nivel nacional hasta los niveles locales. En esta Propuesta de trabajo adquiere especial relieve el desarrollo de estrategias y métodos de enseñanza y de evaluación de la calidad del recurso humano formado o desarrollado mediante la educación en el trabajo de los servicios de salud.

Las áreas críticas identificadas son verdaderos problemas o conjuntos de problemas de carácter concreto, práctico, que demandan alternativas de solución, búsqueda de vías para romper las barreras que obstaculizan el desarrollo de los servicios y de los procesos educativos en su necesaria "unicidad". No son problemas teóricos, porque en la teoría hay consenso, aunque siempre habrá enriquecimiento conceptual y producción de teoría. Incluso para emprender investigaciones educacionales en apoyo a la educa-

ción permanente es necesario precisar y concretar los problemas identificados, lo que se logrará en la medida que se culmine la investigación y estudio prospectivo de la educación en las Ciencias de la Salud en Cuba, según la metodología puesta en práctica hace 3 años.(34)

1. Contexto

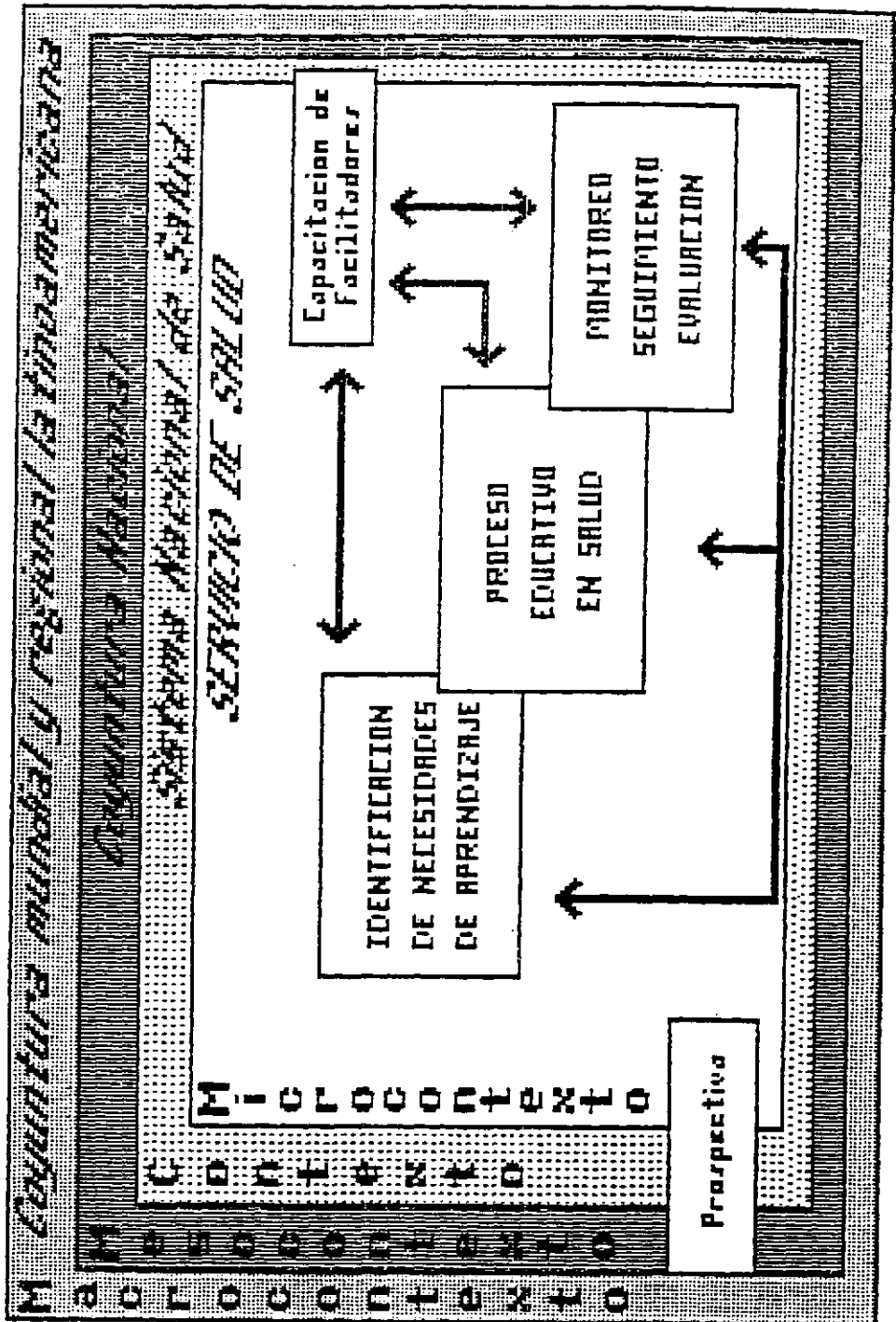
Antes de iniciar una discusión acerca de las áreas críticas, es oportuno sugerir la representación gráfica original del modelo, y confrontarlo con las modificaciones que se adjuntan (Esquema No.2) y que resuelven algunas insuficiencias de la gráfica original, sobre todo en relación con los diferentes niveles a considerar en el análisis del contexto.

El Macrocontexto comprende la coyuntura mundial y la coyuntura regional latinoamericana, como dos subestructuras bien diferenciadas. Aquí deben considerarse como elementos fundamentales las condiciones económicas, políticas y sociales. Son significativos para nuestro país los cambios ocurridos en la Europa del Este, la crisis del Golfo Árabe-Pérsico; para lo regional está la deuda externa, la demanda de un nuevo orden económico internacional, las tendencias integracionistas de mercados comunes en áreas de la región, la tendencia hacia la unidad latinoamericana.

El Mesocontexto, dado por la coyuntura nacional. Aquí se trata de las condiciones económicas, políticas y sociales del país. Tienen significado el bloqueo a que está sometida Cuba, el proceso de rectificación de errores y tendencias negativas, las condiciones de período especial en tiempo de paz y la priorización dadas a la educación y a la salud, así como la posición resuelta de trabajar, aún en las condiciones más difíciles por el desarrollo y el socialismo.

El Contexto propiamente dicho, lo identificamos como el Sistema Nacional de Salud. Se trata de las políticas de salud definidas por el país incluyendo la dedicación de recursos materiales, financieros y humanos necesarios a la prestación de servicios con énfasis en la promoción de salud, la prevención de enfermedades y con un enfoque multi e interdisciplinario y epidemiológico. Políticas científicas encaminadas al desarrollo de la Biotecnología, la industria

Esquema No.2



farmacéutica y de equipos, mediante la investigación y la producción. Políticas de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud dirigida al fortalecimiento de la descentralización de la formación, la utilización y la educación permanente del personal de salud.

Son determinantes los cambios en las prácticas médicas bajo el impacto del médico y la enfermera de familia y la utilización creciente de profesionales de las Ciencias Sociales en la atención de salud. La universalización de las prácticas investigativas en todos los centros o unidades docentes, asistenciales e investigativas del Sistema Nacional de Salud y las transformaciones que se están operando en las prácticas educativas en formación, en la educación postgraduada y la educación continua o permanente del personal de salud. Todos estos elementos conforman el contexto a nivel nacional, a nivel provincial, a nivel municipal y a nivel local del Sistema Nacional de Salud.

El Microcontexto (esencia de esta proposición) está definido por los servicios de salud, que pueden ser el consultorio del médico y la enfermera de la familia, las consultas y otras instalaciones de un policlínico, las salas o servicios de un hospital o clínica estomatológica que es donde realmente se debe realizar el proceso educativo permanente que responda a necesidades de aprendizaje identificadas y donde tienen lugar el monitoreo, el seguimiento y la evaluación.

El desarrollo de la educación permanente con visión estratégica tiene que apoyarse en estudios prospectivos que contemplen todos los niveles contextuales y la preparación de personal con los nuevos enfoques pedagógicos de la educación permanente, capacitación que se debe planificar y ejecutar a nivel del sistema nacional de los servicios de salud.

Para nuestro país, para su situación real, de lo que se trata es cómo profundizar, cómo perfeccionar, cómo avanzar más en la integración docente-asistencial-investigativa (IDAI). En Cuba, la salud y la educación para la formación y el perfeccionamiento de sus recursos humanos están en un solo sector. No están separados. Sin embargo, existen algunas fisuras de orden organizativo, práctico, en los distintos niveles del Sistema Nacional de Salud que deben ser

resueltos para lograr la integración óptima. Se propone el fortalecimiento de las estructuras organizativas que facilitan y estimulan la IDAI, entre ellas las Facultades de Ciencias Médicas y las Direcciones Sectoriales de Salud a nivel provincial. La investigación científica, tanto la biomédica como la educacional es un instrumento poderoso para que la facultad universitaria se integre a los programas de atención en los niveles primario y secundario.

Se fortalecerán las experiencias de integración básico-clínica en curso, con la incorporación de docentes de Ciencias Básicas--mediante la investigación biomédica--a programas prioritarios de Salud como la atención materno-infantil, las neurociencias, la medicina tradicional y la producción de anticuerpos monoclonales. Se preparan acciones de investigación educacional para evaluar el impacto de las investigaciones biomédicas en la IDAI como fundamento de la tesis de que la investigación constituye un eje fundamental de la integración docencia-servicio.

Se ha revisado el Plan de Investigaciones del area docente(35), después de la Reunión del Grupo de Consulta sobre Investigación Educacional de Guatemala, en la que participó Cuba, para que los problemas que requieren del desarrollo de investigaciones educacionales a cargo de equipos multi e interdisciplinarios se enfoquen a contribuir a la IDAI; el proyecto "Salto Cualitativo" ya mencionado tiene un fuerte componente investigativo en la atención primaria, encaminado entre otros propósitos a desarrollar la IDAI. Esto a nivel macroestructural.

A nivel microestructural, en los servicios del nivel primario, secundario y terciario el personal de salud se organiza en equipos o grupos básicos de trabajo que desempeñan acciones de promoción de salud, de prevención de enfermedades, de diagnóstico, de terapéutica y de rehabilitación en el consultorio, en el policlínico, en la clínica estomatológica o en el hospital. En el servicio, sala, laboratorio, consulta, cuerpo de guardia, policlínico, consultorio o domicilio, el grupo básico de trabajo desempeña acciones de formación y de investigación. Se procura que el grupo básico de trabajo refleje la pirámide docente-asistencial-investigativa, en una estructura jerárquica, según categorías docentes y científicas. De este modo, y sobre el principio de la unidad de acciones docentes, asis-

tenciales e investigativas, todos aprenden de todos, en una educación integral que atiende tanto los aspectos técnicos del trabajo como a la cooperación mediante la división interna del trabajo docente-asistencial-investigativo y sobre la base de un modelo educativo horizontal.

El grupo básico de trabajo toma como eje del proceso pedagógico los problemas de los propios servicios de que forma parte y "construye" con sus acciones docentes-asistenciales-investigativas en que se manifiesta la unicidad del objeto de trabajo, de la formación y de la investigación.

2. Identificación de Necesidades de Aprendizaje

En las condiciones concretas de Cuba son aplicables los tipos de necesidades expuestas en el Fascículo III de la Serie mencionada (necesidades normativas, necesidades sentidas, necesidades expresadas y necesidades comparadas). Pero también son relevantes dos situaciones esenciales presentes en el sistema de salud: por un lado, un fuerte programa de desarrollo hasta el año 2000 de las especialidades, al que ya se ha hecho referencia; y por otro lado, la irrupción creadora y transformadora del médico y la enfermera de la familia, viadores de un vuelco radical en el modelo de atención primaria y en toda la estructura y la función del sistema de salud. En ambas situaciones será necesario desarrollar métodos eficaces, de sólido fundamento para identificar necesidades normativas; pero aún más importante es identificar necesidades sentidas y expresadas que se vinculen al desarrollo de la motivación por el trabajo (motivos, aspiraciones, intereses que mueven a los trabajadores de la salud para el desempeño de sus funciones) y cómo esta motivación se corresponde con un alto grado de compromiso social dado el encargo que la sociedad en su conjunto deposita en los trabajadores de la salud. Poco significaría, en el proceso educativo en los servicios satisfacer las exigencias de la direccionalidad técnica del trabajo y de las relaciones intragrupales, interpersonales en el trabajo cooperativo a los que aluden Souza y colaboradores(24), si no se logra una responsabilidad ética y deontológica ante los bienes más preciados del hombre: la salud, el bienestar y la vida.

Sin embargo, este componente de la Propuesta plantea algunos problemas críticos en nuestro caso, que son sometidos a examen: lo esencial es identificar de manera puntual en la prestación de servicios, mediante la supervisión y la investigación, las deficiencias en los conocimientos, en las habilidades, en el sentido de responsabilidad, en la conciencia que tiene el trabajador de sus limitaciones cognitivas en las ciencias de la salud o en el manejo de sus responsabilidades profesionales, y en la conciencia del compromiso moral contraído con la sociedad.

La identificación de necesidades, capital contribución de la propuesta, tiene que responder a la estructura de la morbilidad, al dominio de las principales causas de mortalidad, a la construcción de indicadores cuantitativos y cualitativos que expresen el estado de salud de la población a nivel del país y en el ámbito de trabajo en que se desempeña el médico, el colectivo o grupo básico de trabajo: a nivel de la provincia, del sistema local de salud, del hospital, de la clínica estomatológica, de los servicios de atención secundaria o terciaria, del policlínico, del centro de higiene y epidemiología, del sector de salud a nivel primario y por supuesto, a nivel del consultorio del médico y de la enfermera de la familia.

Se trata de encontrar métodos que estimulen la necesidad individual y colectiva de la actualización en su preparación integral para darle respuesta a los cambios de salud y que contribuyan a provocar cambios positivos en los servicios que presta.

Esta identificación de necesidades de aprendizaje está estrechamente relacionada con el proceso educativo que se construye a partir de ellas. Debe entenderse "Necesidades de Aprendizaje" en un sentido amplio, que incluya la transformación de la personalidad del trabajador, lo que amplía el espectro con necesidades intelectuales, actitudinales, emocionales y volitivas. Hay un campo inmenso de investigaciones para la identificación de necesidades de aprendizaje y transformación de la personalidad del médico y la enfermera de la familia y de otros trabajadores de la atención primaria.

3. Proceso Educativo

Existen múltiples problemas críticos en este componente de la Propuesta, que son cuestiones para ser tratadas mediante estudios e investigaciones educacionales: uno es el relativo a la "unicidad" de los procesos de trabajo en los servicios y los procesos educativos: investigar cómo se produce su articulación, y no su yuxtaposición; cómo se puede desarrollar metodologías didácticas que tomen el trabajo y la problematización de los servicios como eje de aprendizaje intelectual y transformación de la personalidad; cómo desarrollar métodos pedagógicos productivos de activación, de independencia y de creatividad; cómo combinar la educación formal con la no formal y la informal; cómo articular el modelo horizontal de la relación docente-discente con el modelo vertical de la pirámide docente-asistencial-investigativa reflejada en el grupo básico de trabajo o equipo de salud; cómo desarrollar la enseñanza tutorial en el interior del grupo básico de trabajo; cómo combinar las técnicas de evaluación formativa, sumativa y de desempeño profesional; cómo instrumentar la enseñanza a distancia para el médico y la enfermera de la familia en zonas montañosas, entre otros.

Para completar el análisis de los procesos educativos en el contexto cubano hay que hacer una referencia a la capacitación pedagógica del personal docente en Salud; ello plantea una confrontación de ideas entre lo viejo y lo nuevo: se trata de rescatar los elementos positivos de la tradición pedagógica universal, latinoamericana y cubana y de modificar concepciones e ideas que han predominado por mucho tiempo entre el personal docente de las Ciencias de la Salud. Se debe enfrentar la compleja tarea de cambiar estas concepciones mediante la capacitación de este personal en los nuevos enfoques de la Educación Permanente y, sobre todo, lograr una comprensión de la necesidad del cambio en el papel del profesor, del docente, que deja de ser la única fuente válida de saber y que debe convertirse en un "facilitador" del proceso de aprendizaje y de transformación de la personalidad del discente en su propio ámbito de trabajo. Habrá que desarrollar técnicas de capacitación nuevas para aplicarlas a la propia capacitación de los docentes. No es posible olvidarse de la tercera de las tesis de Marx sobre Feuerbach en la que plantea la necesidad de que el educador sea educado(36).

4. Monitoreo y Seguimiento

En el contexto cubano detallado, adquiere especial importancia un problema crítico en nuestras condiciones que es la relación de subordinación entre el nivel de dirección y la base. Un ejemplo de esto es el Sistema Local de Salud a nivel de municipio, en que el sectorial de salud del Gobierno Municipal participa en el control y seguimiento de los procesos educativos y en los servicios de salud de atención primaria (policlínicos y consultorios del médico y la enfermera de la familia); la Facultad de Ciencias Médicas dispone de un Departamento de Medicina General Integral que se encarga del monitoreo y control del proceso educativo en los policlínicos y consultorios (IDAI). Pero el monitoreo, seguimiento y evaluación efectiva radica en el grupo básico de trabajo, cuyos integrantes responden por los servicios y por los procesos educativos. Esta es una condición favorecedora para el monitoreo, del aprendizaje, siempre que se encuentren las fórmulas organizativas óptimas, por lo que hay que investigar las relaciones de coordinación, organizativas y de supervisión más efectivas y eficientes.

Problema crítico también es la construcción de indicadores cuantitativos y cualitativos que contemplen el proceso único de la asistencia, la docencia y la investigación, según las particularidades de Cuba y la posibilidad de establecer comparaciones entre nuestra situación y la de otros países de América Latina y el Caribe. Estos son espacios propicios para un vasto programa de investigación.

II. PROYECTO "SALTO CUALITATIVO"

Se plantea la reorientación de los procesos educativos como esencia del Proyecto de Desarrollo hasta el año 2,000 de la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de la Familia y Otros Trabajadores de la Atención Primaria en los Sistemas Locales de Salud, que por la significación que tiene para los cambios en los servicios de salud y en los procesos educativos que se desarrollan en ellos ha sido denominado "Salto Cualitativo"(37).

1. Fundamentos

La estrategia de desarrollo hasta el año 2,000 de la Salud Pública en Cuba tiene como objetivo lograr una cober-

tura universal de los Servicios de Salud, con la más elevada calidad y la plena satisfacción de la población en los servicios que recibe.

En función de este objetivo se ha trabajado en el incremento y fortalecimiento de las Facultades de Ciencias Médicas, los Institutos Politécnicos de la Salud y las Escuelas Provinciales de Capacitación y de la infraestructura asistencial; la docencia es parte fundamental del trabajo normal de prácticamente todas las unidades del Sistema.

Un factor esencial para alcanzar esta meta en el año 2,000 lo constituye el establecimiento en la década del 80 de un programa dirigido al desarrollo de la atención primaria en salud, mediante la incorporación de un nuevo modelo basado en el Médico y la Enfermera de la Familia.

Para caracterizar este nuevo modelo de atención primaria puede decirse que se realizan acciones dirigidas a garantizar la promoción de salud, la prevención de enfermedades, el diagnóstico y tratamiento de las nosologías más comunes en la atención primaria y la rehabilitación integral, con el apoyo directo de la comunidad y con un enfoque bio-psico-social e higiénico-epidemiológico. Para el año 2,000 el país tendrá 25,000 médicos e igual número de enfermeras incorporadas a este modelo.

Teniendo en cuenta la estructura de los Sistemas Locales de Salud (SILOS) considerados como el eslabón del SNS donde se garantizan las estrategias de acciones preventivo-curativas que tienen como eje fundamental la Atención Primaria de Salud, el nuevo modelo del Médico y la Enfermera de la Familia, se ha organizado en territorios que se corresponden con los municipios definidos en la división político-administrativa del país.

El fundamento esencial de este Proyecto está en la necesidad de producir una serie de cambios en los procesos educativos de modo que queden insertos en los servicios de salud cuya problematización se convierte en el eje fundamental del aprendizaje y de la transformación de los trabajadores de la salud con el propósito estratégico de elevar la calidad y eficiencia de la atención primaria de salud a toda la población cubana.

El Subsistema de Perfeccionamiento que tendrá como centro rector el Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico (CENAPEM), ha formulado un Plan de Perfeccionamiento que responde a las necesidades planteadas por los cambios tecnológicos en las prácticas médicas, por la introducción de tecnologías avanzadas, por el programa de desarrollo de las especialidades en el año 2,000, por la capacitación en procesos educativos permanentes del personal docente y por el Sistema Unico de Preparación de los Cuadros del Estado (SUPSCER). El CENAPEM es el encargado de ejecutar y coordinar el Plan de Perfeccionamiento indicado, todo ello en función de mejorar la calidad de los servicios de salud con una plena satisfacción de la población.

A nivel de los SILOS el plan de perfeccionamiento comprende los 169 municipios incluyendo el municipio especial Isla de la Juventud en que territorialmente está dividido el país. En este nivel se irán modificando las formas tradicionales del perfeccionamiento y se irán produciendo transformaciones consecuentes con la reorientación de la Educación Permanente en la misma medida en que se pongan en marcha los proyectos de investigación-acción que se desarrollarán a partir de 1991-1992. Entendemos la Educación Permanente como el proceso de aprendizaje constituido por un conjunto de experiencia que lo promueven y que está presente durante toda la vida del profesional y que tiene como núcleos fundamentales el trabajo en los servicios de salud y la participación consciente y activa.

Tomando en cuenta el Plan Estratégico de la Salud Pública cubana hasta el año 2,000, que comprende entre otros aspectos, el nuevo modelo de atención primaria con el médico y la enfermera de la familia, el crecimiento de las instituciones de los diferentes niveles de atención y el programa de desarrollo de las especialidades, se ha preparado el Proyecto de Desarrollo hasta el año 2,000 de la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de la Familia y otros trabajadores de la atención primaria.

La ejecución de este proyecto se desarrollará en torno a tres ejes metodológicos fundamentales: educación en el servicio, el proceso educativo permanente y la investigación educacional en salud.

Educación en el servicio. En esta modalidad el personal de salud no se desvincula de su puesto de trabajo y utiliza las técnicas pedagógicas de la problematización alrededor de las situaciones concretas que enfrenta el trabajador en el desempeño de sus funciones. De esta manera se obtiene un aprendizaje enmarcado en la propia realidad del servicio de salud y de la comunidad. Ello implica dos pasos fundamentales: por un lado, la identificación de las necesidades de aprendizaje para derivar los contenidos educativos, (a las que nos referiremos más adelante), y por otro, la capacitación de los equipos de facilitadores locales en los nuevos enfoques y técnicas de la educación permanente.

Proceso Educativo Permanente. El segundo eje metodológico se refiere a profundizar las acciones educativas que apoyan consolidan y fortalecen el aprendizaje logrado en el servicio; en otras palabras, se hace uso de la capacidad de autoaprendizaje que cada trabajador tiene, sin límite de tiempo. Entre las técnicas que se utilizarán estarán incluidas el estudio de módulos de autoinstrucción y la amplia gama de técnicas de educación a distancia; esta última tiene una indicación específica, para los casos en que haya una gran dispersión geográfica del médico y la enfermera de la familia.

Investigación Educacional en Salud. En la propuesta que se hace en este proyecto se parte del principio de una estrecha integración de la asistencia, la docencia y la investigación. Esta integración se hace efectiva mediante el proceso permanente de monitoreo y seguimiento que tiene dos momentos: el momento diagnóstico, en el que se recopila información sobre el progreso de la acción educativa, y el momento de realimentación en el que se complementa, fortalece y se consolida el aprendizaje en aquellas áreas en la que se detecta un aprendizaje insuficiente(38). Las fuentes principales para el monitoreo está dado en primer lugar por el análisis de los problemas habituales de los servicios de salud en que trabaja el Médico y la Enfermera de la Familia y en segundo lugar por los resultados de la supervisión que es realizada por los propios profesores que atienden a los médicos de familia y enfermeras de la familia y por las autoridades locales del SNS, entre otros.

2. Objetivos

Es objetivo General del Proyecto, "contribuir al desarrollo y transformación del Sistema de Perfeccionamiento de los recursos humanos de salud con un enfoque de Educación Permanente que lo haga más eficiente y efectivo".

Los objetivos específicos contemplan la introducción progresiva de nuevos métodos y estrategias en el proceso educativo del Perfeccionamiento basados en la Educación en los Servicios, el desarrollo de Investigaciones Educativas de Salud a nivel de SILOS seleccionados en varias provincias, en áreas urbanas y rurales para la identificación de necesidades y aplicación integral del modelo propuesto de Educación Permanente, la generalización de la aplicación del nuevo modelo de Educación permanente del Médico y la Enfermera de la Familia en los SILOS del país, y el equipamiento de la infraestructura tecnológica docente para la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de la Familia.

3. Recursos

El subsistema cuenta con una red de Centros Docentes Asistenciales Investigativos de dedicación total o parcial al perfeccionamiento de los trabajadores de la salud, los que se muestran en el Cuadro No.1, de acuerdo con el Informe Anual correspondiente a 1989 del Ministerio de Salud Pública. EL SNS cuenta con 290,799 trabajadores que constituyen la Fuerza de Trabajo del sector (ver Cuadro No.2).

4. Componente de Investigación en Apoyo al Proceso de Educación Permanente

El segundo objetivo del Proyecto "Salto Cualitativo" se refiere al desarrollo de investigaciones educativas en salud. Este componente tiene una enorme importancia, tanto para la producción de conocimientos y la organización del saber científico como contribución a una teoría pedagógica específica del campo de las Ciencias de la Salud, como desde el punto de vista práctico para introducir, desarrollar y generalizar el modelo de educación permanente pertinente a las condiciones concretas de Cuba(32).

Cuadro No.1

RED DE INSTITUCIONES EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (diciembre, 1989)	
Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y Medios de Enseñanza	1
Centro Nacional de Perfeccionamiento Técnico y Profesional	1
Institutos Superiores de Ciencias Médicas	4
Facultades de Ciencias Médicas	22
Facultades de Estomatología	4
Facultad de Salud Pública	1
Institutos Politécnicos de la Salud	56
Escuelas Provinciales de Capacitación	16
Institutos Nacionales de Investigación	12
Centro Nacional de Información de Ciencias Médicas	1
Centros Provinciales de Información de Ciencias Médicas	15
Hospitales	263
Policlínicos	420
Consultorios del Médico y la Enfermera de la Familia	7 046
. Sector urbano	5 161
. Sector Rural	954
. Montaña	856
. Cooperativas Agropecuaria	75
Clínicas estomatológicas	163
Bancos de Sangre	23
Centros Provinciales de Higiene y Epidemiología	14
Centros Municipales de Higiene y Epidemiología	134
Hogares Maternos	148
Hogares de Ancianos	153
Hogares de Impedidos Físicos	23
Centro Nacional de Electromedicina	1
Centros Provinciales de Electromedicina	15

Cuadro No.2

RECURSOS HUMANOS EN SALUD (diciembre, 1989)	
Profesores de diferentes categorías	
Personal dirigente	6 103
Personal de enfermería	12 225
Técnicos Medios	64 510
Médicos	49 848
Estomatólogos	34 752
Otros profesionales	6 482
Trabajadores no técnicos ni profesionales	6 021
	129 186

Estas investigaciones abren espacios para la aplicación de nuevos enfoques del proceso educativo, en función de necesidades de aprendizaje identificadas y del monitoreo y seguimiento permanentes del proceso.

Se plantean dos temas de investigación: uno sobre experiencias de aplicación de métodos para la determinación de las demandas de capacitación según grado de motivación y compromiso de los trabajadores de la atención primaria de salud, a ser desarrollado inicialmente en las provincias de Las Tunas y Sancti Spiritus; y el otro sobre experiencias en el desarrollo integral de la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de la Familia, que se desarrollarán en las provincias de Pinar del Río y Cienfuegos.

5. Estrategia para la Aplicación y Desarrollo del Proyecto

La estrategia planteada para el desarrollo del Proyecto comprende dos momentos, uno preparatorio y otro de ejecución.

La etapa preparatoria ha incluido visitas y discusiones con funcionarios del Programa de Desarrollo de los Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, análisis de la Propuesta de Educación Permanente y toma de una posición ante ella, como base para conformar una voluntad política de implementación de la Educación Permanente del personal de salud en Cuba, participación en Grupos de Consulta y de trabajo en Querétaro y en Guatemala organización y desarrollo de talleres nacionales de trabajo para conceptualizar e identificar alternativas metodológicas para la Educación Permanente de Personal de Salud en Cuba, toma de decisiones sobre la necesidad de reorientar las investigaciones educacionales según lo acordado en Antigua, Guatemala y conformar un Plan Integral de Investigaciones Educativas en Salud en apoyo de la Educación Permanente de Personal de Salud en cuatro áreas, apoyo e impulso a los Estudios Prospectivos de la Educación en Salud en Cuba, y finalmente, la elaboración del Proyecto de Desarrollo hasta el año 2,000 del Perfeccionamiento del Médico y la Enfermera de la Familia y Otros Trabajadores de la Atención Primaria en los Sistemas Locales de Salud a que nos estamos refiriendo.

La etapa de ejecución ha incluido la constitución del Grupo Central para la conducción del Proyecto "Salto Cualitativo", que inició su actividad revisando y analizando el Proyecto en sí, el análisis de los Fascículos de la Serie Educación Permanente de Personal de Salud, así como la bibliografía complementaria, la coordinación con las autoridades políticas, administrativas, y docentes de las provincias y los SILOS seleccionados para el Proyecto, y la revisión de las regulaciones y normas de los servicios e instituciones docentes se han constituido Grupos de Trabajo locales en los SILOS seleccionados, se han desarrollado talleres de capacitación pedagógica de facilitadores y otro personal participante en las actividades educativas, así como de capacitación en metodología de la investigación educacional en salud; se ha fortalecido los Departamentos de Medios de Enseñanza, repografía y producción de materiales impresos en las instituciones docentes y se han hecho los ajustes requeridos por el modelo educativo propuesto. La generalización del modelo ajustado requerirá de la elaboración de una estrategia para el período 1996-2000, de acuerdo con las variantes que ocurran en el contexto y políticas de salud.

III. CONCLUSIONES

1. Existe la voluntad política de adoptar la modalidad de Educación Permanente adaptada a las condiciones concretas de Cuba en el desarrollo de los recursos humanos de salud y, particularmente dirigida al médico y la enfermera de la familia y otros trabajadores de la atención primaria en los sistemas locales de salud.
2. Se han estudiado y valorado los elementos positivos y las limitaciones que a nuestro juicio, al menos desde el punto de vista de nuestra realidad, tiene la Propuesta de Reorientación de la Educación Permanente formulada por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS.
3. Se han identificado los problemas críticos dentro de cada uno de los componentes sistémicos de la Propuesta que están presentes en la realidad de nuestros servicios y de nuestros procesos educativos.

4. Se ha formulado un proyecto de desarrollo y la estrategia para la aplicación de la Educación Permanente en lo que constituye a nuestro juicio el elemento fundamental de nuestro Sistema Nacional de Salud: el médico y la enfermera de la familia.

BIBLIOGRAFIA

1. CASTRO, F.: Conclusiones en el Claustro Extraordinario de Profesores del Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (11 de junio de 1982), Editora Política, La Habana, 1982, p.41.
2. CASTRO, F.: Clausura del Claustro Nacional de Ciencias Médicas (Abril 16, 1983), Editora Política, La Habana, 1983, p.17.
3. CASTRO, F.: Discurso de Clausura, Encuentro Nacional de Estudiantes de Medicina (Mayo 5, 1984), Palacio de las Convenciones, La Habana, 1984, pp.25-30.
4. Programa de Trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, El Policlínico y el Hospital. Dirección de Atención Ambulatoria, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1986, pp.1-22.
5. Programa de Especialización de Medicina General Integral. Sistema Docente. Dirección de Especialización, Area de Docencia, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1989, pp.3-16.
6. Experiencia Cubana del Médico de la Familia. Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1987, pp.2-9.
7. LLORENS, J.: Educación Permanente en Salud, Posibilidades y Limitaciones. Educación Médica y Salud, 20(4) pp.514-515, 1986.
8. GUERRA DE MACEDO, C.: Política de Recursos Humanos en Salud. Educ. Médica y Salud, 20(4) pp.415-422, 1986.
9. HADDAD, J.: Desarrollo Educativo en Salud. Perspectivas para el año 2000. Educación Médica y Salud, 20(4) pp.451-456, 1986.

10. BACHELARD, G.: La Formación del Espíritu Científico. Siglo XXI, Buenos Aires, 1975, pp.12-20.
11. ORUDSHEV, Z.M.: La Dialéctica como Sistema. Editorial de Ciencias Sociales, La Habana, 1978, pp.22-45.
12. KANT, Emmanuel.: Crítica de la Razón Pura. (2 tomos), Juan B. Bergua. Madrid, 1970, Buenos Aires, 1950, pp.366-444.
13. HEGEL, J.F.G.: Introducción a la Historia de la Filosofía. Aguilar, Buenos Aires, 1965.
14. BERTALANFFY, Ludwig von. Concepción Biológica del Cosmos. Edic. de la Univ. de Chile, 1973, pp.141-151.
15. ENGELS, Federico. Anti-Duhring. Ediciones Pueblos Unidos, Montevideo, 1961, pp.401-408, La Habana, 1963.
16. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud. Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Propuesta de Reorientación. OPS, Washington, D.C., Agosto 24, 1987, pp.5-36.
17. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.78, Educación Permanente de Personal de Salud: Fascículo I, OPS, 1988, pp.9-58.
18. MERCER, H., Brito, P., Vidal, C. y Vuegen, S.: El Contexto de los Procesos Capacitantes. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.79, Educación Permanente de Personal de Salud: Fascículo II, OPS, 1988, pp.15-38.
19. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.85, Educación Permanente de Personal de Salud: Fascículo VIII, OPS, 1989, pp.44-75.
20. VIDAL, C.: La Educación Permanente en Salud en América Latina. Educ. Médica y Salud, 20(4) pp.504-505, 1986.
21. ALVAREZ MANILLA, J.M., Santa Cruz, J. Arango, Y. Casas, M.E., Rangel, F.: Identificación de necesidades de aprendizaje. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.80, Educación Permanente de Personal de Salud: Fascículo III, OPS, 1989, pp.2-37.

22. ROSCHKE, M.A. y Casas, M.E.: Contribución a la Formulación de un Marco Conceptual de Educación Continua en Salud. Educación Médica y Salud, 21(1) p.8, 1987.
23. FERREIRA, J.R.: La Integración de los Servicios, la Docencia y la Investigación en la Atención Primaria de Salud. Presentado en el Seminario Internacional de Atención Primaria en Salud, La Habana, 1986. (documento mimeografiado).
24. ALMEIDA SOUZA, A., Galvao, E., Dos Santos, I. y Roschke, M.A.: El Proceso Educativo. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.81, Educación Permanente de Personal de Salud: Fascículo IV, OPS, 1989, pp.7-38.
25. DAVINI, M.C.: Bases Metodológicas para la Educación Permanente del Personal de Salud. Publicación No.19 de la Representación de la Organización Panamericana de la Salud en Argentina.
26. CANALES, F. de, Turcios, M.I. y Haddad, J.: Monitoreo y seguimiento del aprendizaje. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.82, Educación Permanente de Personal de Salud: Fascículo V, OPS, 1989, p.8-50.
27. ABAGNANO, N.: Diccionario Filosófico. Edición Revolucionaria, La Habana, 1966.
28. FROLOV, I.T. Diccionario Filosófico. Editorial Progreso, Moscú, 1984.
29. JARDINES, J.B. y Oubiña, J.: Investigaciones en el Desarrollo de los Recursos Humanos de Salud en Cuba, 1990. Trabajo presentado en la Reunión Subregional del Grupo de Trabajo Sobre Investigación en Apoyo de Procesos Educativos en Salud, Antigua, Guatemala, Abril 23-27, 1990.
30. OUBIÑA, J. y Jardines, J.B.: Estrategia de Cuba para la Reorientación de la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de la Familia y Otros Trabajadores de la Atención Primaria en los Sistemas Locales de Salud. Trabajo presentado en la Reunión del Grupo de Trabajo Regional Sobre Investigaciones Educativas en Salud, Topes de Collantes, Cuba, Noviembre 5-9, 1990.

31. DIAZ BORDENAVE, J.: Algunos Factores Pedagógicos. En: Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.84, Educación Permanente de Personal de Salud: Fascículo VII, OPS, 1989, pp.29-41.
32. Informe Final del Taller Nacional de Nuevos Enfoques del Perfeccionamiento Médico en Cuba. Centro Nacional de Perfeccionamiento Médico y Medios de Enseñanza (CENAPEM), La Habana, Noviembre 13-15, 1989.
33. QUIÑONEZ, J. y Rodas, I. de: Capacitación de los Responsables del Proceso Educativo. En: Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.83, Educación Permanente de Personal de Salud: Fascículo VI, OPS, 1989, pp.8-22.
34. FERREIRA, J.R.: Análisis Prospectivo de la Educación Médica en América Latina. Educación Médica y Salud, 22(3) pp.242-309, 1988.
35. Plan Integral de Investigaciones del Area de Docencia, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1990 (mimeo).
36. MARX, C.: Tesis sobre Feuerbach. En: Obras Escogidas de Marx y Engels, Editorial Progreso, Moscú, pp.24-26.
37. Proyecto de Desarrollo hasta el Año 2000 de la Educación Permanente del Médico y la Enfermera de la Familia y Otros Trabajadores de la Atención Primaria en los Sistemas Locales de Salud. CENAPEM, Area de Docencia, Ministerio de Salud Pública, La Habana, 1990 (mimeo).
38. DAVINI, M.C., Pineda, E.B. y Roschke, M.A.: Investigación en Apoyo a Procesos Educativos Permanentes. En: Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.86, Educación Permanente de Personal de Salud: Fascículo IX, OPS, 1990, pp.1-31.

IV: BASES PARA EL DESARROLLO DE UN
PROCESO EDUCATIVO PERMANENTE
EN GERENCIA DE SERVICIOS DE SALUD EN BOLIVIA

C.R. Serrano
R. Granados
D. Gutiérrez
G. González
Representación OPS/OMS
en BOLIVIA

A. INTRODUCCION

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública ha priorizado como lineamientos de la presente gestión de Gobierno en el Plan de Supervivencia y Desarrollo Infantil y Salud Materna, la descentralización y el fortalecimiento de los servicios de salud, la gestión social y la atención de la mujer y el niño.

Las políticas definidas para estos propósitos son:

- Recuperar el rol rector del Ministerio de Salud, en la normatización, supervisión y evaluación.
- Establecer un modelo sanitario que garantice la universalidad, equidad y calidad de los servicios, con la participación social e intersectorial.
- Garantizar el financiamiento y el funcionamiento del sistema, mediante una política de inversiones físicas, y la reorientación de las asignaciones financieras nacionales, regionales y locales, así como de la ayuda internacional.
- Garantizar la accesibilidad física, cultural y económica, mediante el desarrollo de la red de servicios básicos, la racionalización de los servicios hospitalarios y de los costos del sistema.

Para lograr estos cambios definidos por el Ministerio, se hacía necesario contar con una propuesta de capacitación del personal que consiga reorientar los procesos educativos que se han utilizado en el programa con miras a lograr recursos humanos adecuados a las necesidades de la población y a los nuevos lineamientos de las políticas de salud. Esto suponía la redefinición conceptual de los programas de Educación Continua que estaban en vigencia desde hace mucho tiempo, la identificación de alternativas de nuevos modelos de trabajo pedagógico, y la existencia de

los recursos humanos adecuados para conseguir esos cambios. El inicio de un proceso capacitante para difundir el uso de metodologías educativas no convencionales coincidió con la preocupación ministerial creciente, al haberse detectado áreas carenciales en la capacitación para el personal de salud, entre las cuales las más importantes tenían que ver con la capacidad gerencial de los servicios de salud, los conocimientos y habilidades necesarias para llevar adelante el proceso de descentralización, y los conocimientos específicos en relación con la atención de salud. De donde, la coyuntura fué utilizada para incluir la gerencia de los servicios de salud como contenido del proceso educativo, que siendo la necesidad más prioritaria a resolver, pudiera permitir a la vez, explorar un nuevo modelo pedagógico para la capacitación. El Ministerio decidió entonces conjugar el proyecto de educación permanente con el proyecto de capacitación gerencial en servicios materno-infantiles.

B. ANALISIS DE SITUACION (CONTEXTO)

El análisis de las condiciones actuales de salud en Bolivia, muestra como principales características:

- Elevadas tasas de morbi-mortalidad infantil y materna.
- Baja esperanza de vida al nacer.
- Inequidad en la distribución de los recursos.
- Dispersión de recursos y actividades entre las diferentes agencias públicas y privadas.
- Un modelo de gestión centralizado y un modelo de atención asistencial y curativo.
- Inequidad del sistema de servicios en la organización y en la oferta de servicios, con una desarticulación y completa autonomía de los servicios hospitalarios.
- Una cobertura legal que alcanza a un 70%, con una cobertura real que llega sólo al 30%.

- Los problemas organizacionales del sistema de salud se refieren sobre todo a los subsistemas administrativos de información, insumos y suministros, referencia y contrareferencia, monitoría y evaluación.
- La participación social se da en la fase de ejecución de algunos programas, pero la población no ha participado realmente en forma cogestionaria en la atención de la salud.
- La fuerza de trabajo del sector se concentra en los niveles secundario y terciario de atención, con personal técnico y auxiliar con elevados índices de empirismo, y en permanente recambio. El personal comunitario, al no ser parte de un proceso educativo permanente, se ha convertido en un receptor pasivo de contenidos de programas de salud, sin una visión global de los servicios, y sin los elementos que le permitan participar de manera crítica en las acciones de salud.
- La regionalización actual coloca a los servicios de salud en tres niveles de atención y de administración: el nivel central con las distintas dependencias normativas; el nivel regional, constituido por las 12 Unidades Sanitarias; y el nivel local. Constituido por los 94 Distritos Sanitarios urbanos y rurales; éstos a su vez conformados por áreas de salud, y sectores.

El Problema de la Capacitación del Personal

Los programas de Educación Continua surgieron en las Instituciones de Salud del país desde 1978, a partir de la inquietud de los médicos. Después de la creación del Departamento de Recursos Humanos e Investigación, en 1978, dentro del Ministerio de Salud, estas actividades se desarrollaron sin una sistematización que les diera organicidad, con duplicación de esfuerzos y sobreposición de acciones de capacitación. En general, estas acciones estaban destinadas a personal de nivel central y regional, mientras que la mayoría del personal de nivel local (distrito, área y sector) permanecían sin oportunidades de crecimiento y desarrollo, sobre todo el personal administrativo y de servicio. El enfoque de equipo era muy débil y se realizaban

entrenamientos llevando al personal fuera de su medio de trabajo y concentrándolo en las ciudades y en los servicios, que no siempre semejaban las condiciones habituales de trabajo. Los grupos docentes se constituían en el nivel central, produciéndose un escaso desarrollo de la capacidad docente de las Unidades Sanitarias y los Distritos. La capacitación utilizaba en líneas generales, una metodología tradicional de transmisión del conocimiento, incidiendo sobre todo en los aspectos teóricos, y poca relación con las funciones y actividades que cumple el personal en su puesto de trabajo.

En esas condiciones, el Ministerio se dió a la búsqueda de opciones para el desarrollo de procesos educativos no convencionales, costeables por el país y coherentes con las estrategias de salud y la política gubernamental que señala como prioridad en salud, la reorientación del Ministerio, con componentes tales como regionalización, descentralización, reforzamiento de la infraestructura, desarrollo de los Distritos (SILOS) y de la gestión social.

Marco Teórico

El Proceso de Educación Permanente se diseñó a partir de dos componentes esenciales: la capacitación en gerencia de servicios de salud, y la capacitación de grupos regionales y locales en el manejo de metodologías educativas apropiadas.

Con estos dos elementos se pretendía conseguir a nivel nacional, regional y local, cambios en la estructura, el funcionamiento, los conocimientos y el desempeño del personal de salud, para lograr una mejor prestación de servicios a la comunidad y modificar las prácticas y las condiciones de salud de la comunidad; el desarrollo de la fuerza de trabajo del sector forma parte del proceso de fortalecimiento de los servicios de salud, que hace énfasis en el desarrollo de los Sistemas Locales de Salud y en el reforzamiento del proceso de descentralización. Estratégicamente, la descentralización de los servicios conlleva también una descentralización de las acciones educativas.

Desde la elaboración del Plan de Recursos Humanos en 1983, el Ministerio de Salud considera como Recursos Humanos para la Salud "a aquellas personas que asumen el compromiso de trabajar en favor de la salud de la población. Se incluyen así las personas y grupos organizados formal o informalmente, con distintos grados y formas de conocimiento y habilidades, del sector o de otros sectores y de la comunidad, que participan en actividades dirigidas a un proceso global e integral de atención de la salud".

El Ministerio ha identificado a la educación del personal, como un proceso tendiente a lograr el mantenimiento dinámico de la capacitación, para asegurar la competencia y adecuación del personal de salud, de tal manera que responda a la evolución de los servicios, las necesidades sociales de salud de la población, a las nuevas tecnologías en salud, y a las necesidades personales de crecimiento y desarrollo del personal de salud.

Y se consolida la decisión ministerial al respecto, señalando como premisas las siguientes:

- * El proceso educativo del personal de salud es permanente, se desarrolla durante toda la vida laboral y útil del trabajador de salud.
- * Se debe promover el aprendizaje a partir del análisis de los problemas cotidianos del servicio y sus causas, y formular alternativas de solución dentro de esa realidad concreta.
- * El proceso de aprendizaje es colectivo, interdisciplinario, en "equipos", ya que las acciones de salud son desarrolladas por equipos, con participación de todos los actores sociales, usuarios y beneficiarios. Los facilitadores de este proceso son también equipos conformados por personal de salud de los propios servicios.
- * La capacitación del personal no es un componente adicional al trabajo diario; es inherente al desarrollo del mismo, y está ligado al desarrollo de los servicios; debe tener un componente administrativo que garantice el logro progresivo de objetivos y metas, y permita su monitoreo y seguimiento, así como su evaluación.

El Proceso de Capacitación en Gerencia de Servicios de Salud

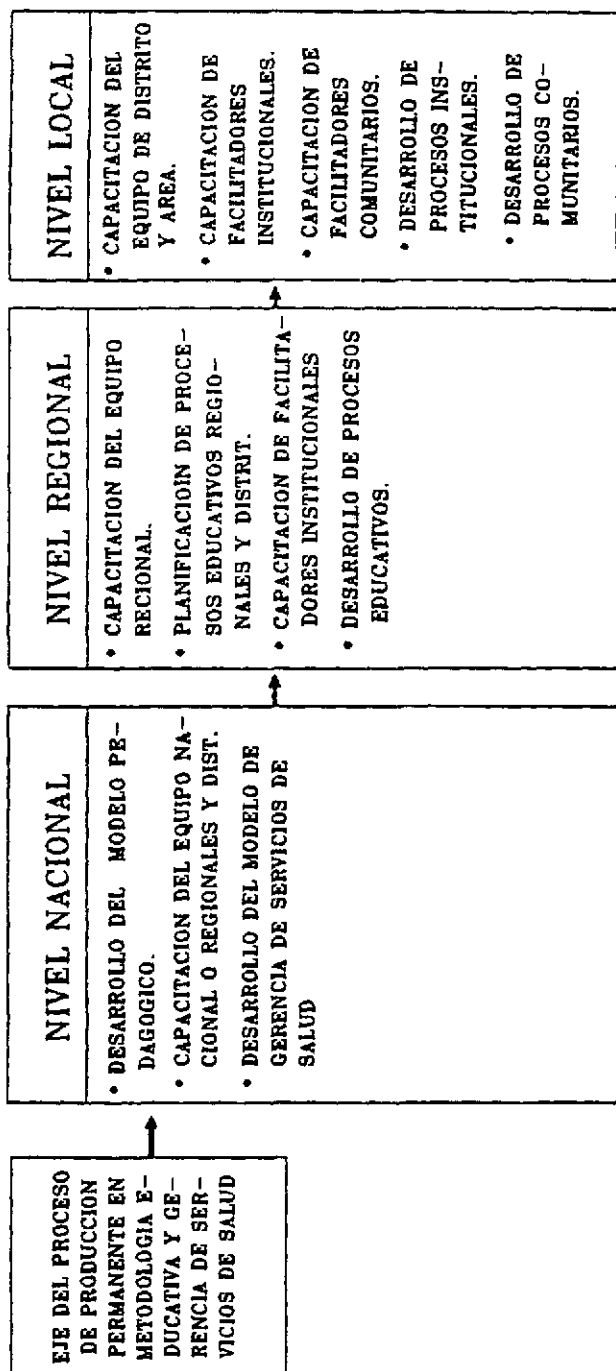
El proyecto de capacitación gerencial responde a los requerimientos de capacitación necesarios para atender el proceso de reformas que impulsa el Ministerio, así como a las implicaciones que se derivan de los objetivos y metas de la Política Nacional de Salud. Esto ha requerido, en primera instancia, la aplicación de enfoques estratégicos para la planificación y análisis situacional, así como su vinculación con la gerencia por operaciones y el desarrollo de mecanismos de control que se relacionen directamente con el manejo estratégico de los distintos recursos que se utilizan. Se considera pertinente combinar este enfoque con los aportes teóricos y metodológicos de otras escuelas del pensamiento administrativo, principalmente en lo que se refiere al manejo de grupos al interior de las organizaciones de salud, en las que el recurso humano se constituye en el eje central del proceso de prestación de servicios. En consecuencia, el proceso se estructuró con el propósito de contribuir a mejorar el nivel de salud de la población y apoyar el proceso de reorientación del Sistemas de Salud hacia el desarrollo de la regionalización, la descentralización, y la gestión social, mediante el desarrollo integral de la capacitación del trabajador de salud, que posibilite elevar la calidad de la atención que brindan los servicios de salud.

En ese marco, el Ministerio tiene como objetivos alcanzar el desarrollo de un proceso de educación permanente en los tres niveles de atención (el central, el regional y el local), promover la organización de equipos conductores del proceso en el nivel central y en cada Unidad Sanitaria, capacitar a estos equipos en los aspectos metodológicos pertinentes, y en gerencia de servicios de salud, desarrollar un proceso de capacitación de los facilitadores en cada Distrito así como en la comunidad, reforzando la educación comunitaria en salud. Al mismo tiempo se procederá al desarrollo de procesos de investigación en apoyo al proceso educativo que será modificado gradualmente.

En relación con la operacionalización del proceso vale la pena resaltar que el eje del proceso de educación permanente, (tanto en los aspectos metodológicos como en los técnico-sustantivos de gerencia de los servicios de

salud), se desarrolla en los tres niveles del sistema de salud: nacional, regional y local, con las siguientes características: en el nivel nacional, se toman decisiones en cuanto al modelo pedagógico, y el modelo de gerencia de servicios deseado; igualmente se realiza a este nivel la capacitación de los conductores/facilitadores del nivel nacional; en el nivel regional, se lleva a cabo la capacitación del equipo regional de facilitadores, así como la planeación de los procesos educativos regionales y distritales, la capacitación de los facilitadores institucionales, y el desarrollo de los procesos educativos correspondientes; finalmente, en el nivel local, que es el más importante, se desarrollarán la capacitación de los equipos de Distrito y de Area, la capacitación de los facilitadores institucionales, la capacitación de los facilitadores comunitarios, y el desarrollo de los procesos educativos institucionales y comunitarios.(Ver Cuadro No.1)

CUADRO No.1



C. LA IDENTIFICACION DE NECESIDADES DE APRENDIZAJE

En otro nivel de decisiones estratégicas se partió del hecho de que el personal que ocupa cargos de responsabilidad y gerencia en los tres niveles administrativos y de atención cumple 4 tipos de funciones: 1) administrativas y de gerencia, 2) de investigación, 3) de entrega directa de servicios a la comunidad, y 4) funciones educativas. Independientemente del tipo de cargo se espera que se mantenga una proporción de actividades administrativas y de gerencia igual en todos los cargos y niveles. El Ministerio ha definido, por otra parte, el modelo objetivo de las funciones mencionadas arriba, así como las características generales del perfil del Gerente de Servicios de Salud y del Facilitador del Proceso de Educación Permanente.

La detección de las necesidades de aprendizaje en los equipos regionales se llevó a cabo utilizando técnicas conocidas, tales como el sondeo, entrevistas con personal de nivel central (jefes de programa), personal de nivel regional (jefes de programas) y al nivel local mediante una guía dirigida. El equipo pedagógico de la Dirección de Recursos Humanos realizó también una encuesta que comprendía varios parámetros de desempeño de los servicios, y sobre todo de la labor educativa realizada en cada uno de los servicios. Esto fué realmente un trabajo de investigación operativa que fué realizado en tres Distritos urbano-marginales y rurales de la Ciudad de La Paz.

La identificación de demandas y necesidades en Gerencia de servicios de salud, requirió también de una investigación operacional, a través de encuestas entre el personal del nivel nacional, regional y local, (90 personas), con el objeto de completar la revisión documental y verificar la factibilidad del proceso en sus distintos niveles, de acuerdo a la dinámica institucional.

El enfoque teórico de la propuesta, puso énfasis en un eje de la Gerencia Estratégica, partiendo de una planificación estratégica situacional, su vinculación con la gerencia por operaciones y el desarrollo de mecanismos de control que se relacionen directamente con el manejo estratégico de los distintos recursos que se utilizan en salud.

Se definieron las funciones de planificación, ejecución y control en relación a los niveles de decisión política, de dirección y operativos, así: para el nivel político: de planeación, (fijar objetivos y prioridades institucionales, formular políticas sectoriales e definir estrategias y planes, aprobar el presupuesto, y orientar los procesos de cambio); de ejecución, (señalar el modelo de atención, de gestión y los niveles de delegación de autoridad, aprobar reglamentos y normas, establecer los mecanismos de coordinación inter-sectorial, aprobar la estructura de cargos, dirigir el proceso de evaluación de las políticas); de control (evaluar el desarrollo de las políticas y estrategias, aprobar los sistemas de evaluación institucionales, determinar las demandas y necesidades para la reformulación de planes y programas: evaluar la eficiencia, eficacia y equidad de la institución).

De igual manera se detectaron necesidades en el nivel de Dirección, con base en funciones de planeación, (proponer políticas, planes y programas, operacionalizar lineamientos políticos, establecer modelos de programas de intervención, formular normas y procedimientos para orientar las intervenciones, entre otras); de ejecución, (viabilizar técnicamente las estrategias de desarrollo, regular funciones y responsabilidades, coordinar inter-sectorialmente las acciones de apoyo a los programas institucionales, y desarrollar al recursos humano y los procesos de cambio que se esperan de él); de control (evaluar el impacto de las políticas de salud, actualizar normas y procedimientos, establecer y desarrollar sistemas de información y vigilancia epidemiológicas: establecer subsistemas de evaluación de la eficiencia, eficacia y equidad del sistema de salud; evaluar resultados de las intervenciones y proyectos institucionales.

Y en el nivel operativo, las funciones de planeación incluían la identificación de problemas prioritarios en el territorio, la adecuación de las estrategias nacionales vinculando los objetivos locales a los regionales y nacionales, fijando metas concretas, definiendo estrategias de intervención, adecuando normas y desarrollando procedimientos y métodos de trabajo para la realización de actividades y para la identificación de necesidades de recursos; de ejecución (disponer los recursos de acuerdo a su realidad y en función del modelo, coordinar intersectorialmente y or-

ganizar las acciones de fomento, promoción y recuperación de la salud, administrar los recursos, asignar tareas y funciones específicas; capacitar el personal, negociar en los conflictos) de control (evaluar el cumplimiento de normas y procedimientos, supervisar el desarrollo técnico-administrativo y evaluar la calidad de los servicios, indagar el grado de satisfacción de la población y revisar el rendimiento y utilización de los recursos).

D. EL PROCESO EDUCATIVO

El proceso educativo se concibe como inherente al proceso de trabajo, ocurre en el interior mismo de la práctica profesional, y por consiguiente no requiere estructuras diferentes o exclusivas para "docencia".

La opción seleccionada privilegiaba la utilización de alternativas metodológicas que promueven el aprendizaje en el trabajo, participativas, con enfoque multidisciplinario y de equipo, permitía la utilización de metodologías convencionales, hacía uso de los recursos y facilidades existentes en el lugar; y se basó en las necesidades de los servicios.

La metodología utilizada se inscribe en los principios de la Educación de Adultos, privilegiando la pedagogía problematizadora, el uso de la pregunta, la relación educativa de tipo horizontal, el fortalecimiento del trabajo grupal y la utilización del diálogo como parte del proceso de adquisición de conocimientos. El aprendizaje se ha promovido a través del estudio de los problemas, definiéndolos, analizando sus causas, formulando alternativas de solución, y programando las acciones necesarias para resolverlos, manteniendo una línea permanente de monitoría y evaluación.

Desde esta perspectiva, el proceso de capacitación en gerencia de servicios de salud hizo uso de una propuesta pedagógica basada en la problematización, pero alternando ésta (y fortaleciéndola) con métodos dinámicos de transmisión de conocimientos, así como el desarrollo de habilidades en el manejo de técnicas específicas de manejo cotidiano. En términos operacionales, esto significa que el Ministerio se enfrentó al reto de desarrollar un proceso educativo en el cual se parte de las percepciones empíricas

de los participantes, acumuladas a partir de la práctica institucional, pasando por el análisis sistematizado de los problemas a través de la incorporación de nuevos conocimientos, hasta conducirlos a niveles de comprensión y abstracción sobre el manejo de los problemas de salud.

En esta experiencia, el sujeto educativo institucional lo constituyen todas las categorías de personal existentes (profesional, técnico, auxiliar, administrativo y de servicio) en la medida en que cada uno de ellos tiene grados variables de responsabilidad en la solución de los problemas de salud. El proceso educativo deberá tener momentos de especificidad para una categoría de personal determinada y momentos de generalidad para varias categorías, de acuerdo a la índole del problema a resolver.

El sujeto educativo comunitario es el personal voluntario adscrito a los servicios, que desarrolla actividades de salud (responsables populares de salud, promotores, parteras empíricas). El objeto de transformación y el contenido del proceso de Educación Permanente se refiere a la capacitación en el modelo educativo y en Gerencia de Servicios de Salud.

Las metodologías que privilegiaban la participación, propiciaron que en el desarrollo de los trabajos grupales y las sesiones colectivas, se diera oportunidad para el intercambio de experiencias y conocimientos, y al mismo tiempo la posibilidad de abrir nuevos caminos a la construcción de un pensamiento científico, no sólo en el plano teórico e ideológico, sino en el plano metodológico y técnico.

La Preparación para el Cambio Educativo

Incluyó tres momentos fundamentales:

- * La discusión de propuestas, opciones, alternativas y modalidades, tuvo como propósito que las distintas instancias del Ministerio (nivel político, nivel regional y nivel local) internalizaran la naturaleza del problema, consideraran los recursos, posibilidades, riesgos, tradiciones, costos y efectividad, y seleccionaran una opción. Esto se llevó a cabo mediante una serie de talleres, encuentros y debates en los distintos niveles, que tuvieron al final una amplia participación de los distintos actores.

- * El fortalecimiento de la capacidad de la Dirección Nacional de Recursos Humanos para que pudiera conducir el proceso de Educación Permanente decidido; con el apoyo de la Organización Panamericana de la Salud, el equipo central de la Dirección discutió las opciones pedagógicas disponibles y tomó la decisión que consideró apropiada; en términos de recursos, se dotó, mediante contratación, de un equipo pedagógico constituido por profesionales de experiencia y conocimiento en este campo específico.
- * La conformación de grupos encargados de orientar y asegurar la marcha del proceso: facilitadores del proceso educativo, promotores del aprendizaje, tanto en el nivel central (con participación de los programas técnicos del Ministerio coordinados por la Dirección de Recursos Humanos), como en el nivel regional. Hay ya experiencias iniciándose en algunos distritos, para el nivel local. Se procedió igualmente a dotar a dichos grupos de una capacitación tanto en los contenidos técnicos del programa específico inicial (Gerencia), como en los aspectos puramente educacionales y pedagógicos.

Definición del Perfil del Facilitador del Proceso de Aprendizaje

Se definió como Facilitador a "toda persona que sea capaz de orientar, apoyar, condicionar y contribuir a asegurar la calidad, la pertinencia y la direccionalidad del proceso educativo. Está inmerso en la problemática de salud, y genera, gestiona, aprende y a través de su acción en el grupo, posibilita el planteamiento de opciones de solución y transformación conjuntos".

Se definieron las características de personalidad e ideológicas del Facilitador, los requisitos de formación, y los conocimientos, habilidades y actitudes necesarias para desempeñar esas funciones:

- Características de Personalidad: capacidad y habilidad creativa, capacidad para interpretar situaciones y reconocer e interpretar reacciones individuales, capacidad de análisis crítico, flexibilidad y amplitud de criterio, compromiso real con el desem-

peño de sus funciones, actitud proclive al enriquecimiento mutuo, y solidaridad en el trabajo en equipo.

- Requisitos de formación: conocimientos relativos a la Educación de Adultos, al proceso de Educación Permanente, conocimiento y dominio de técnicas pedagógicas, experiencia de trabajo en el campo de la salud, y buen nivel técnico en el área de su trabajo.
- Características de desempeño en el trabajo: capacidad para tomar decisiones; habilidad para el manejo administrativo y para movilizar recursos humanos buscando su coordinación; capacidad de apoyo al grupo y de incorporar su trabajo de facilitador al quehacer diario; buenas relaciones de trabajo.
- Características técnicas: conocimientos, habilidades y actitudes que le permitan lograr procesos de reflexión individual y colectiva y que promuevan una actitud de auto-aprendizaje en los participantes; detección de necesidades de aprendizaje en forma participativa; planificar y programar actividades educativas; capacidad de ejecutarlas, coordinarlas, y evaluarlas, en forma participativa.

Participantes: Jefes de programa de nivel central de las 12 Direcciones Nacionales del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Jefes de Programas de Movilización Social y Recursos Humanos de la Unidad Sanitaria de La Paz y docentes de la Maestría en Salud Pública.

E. CAPACITACION DE LOS FACILITADORES

Se desarrolló UN Taller de Metodología Educativa en 10 días (60 horas) con una estructura que contemplaba 3 fases: de motivación y reflexión, de teorización y adquisición de elementos teóricos de aprendizaje, y una tercera de producción. A continuación se realizó el Taller sobre Gerencia de Servicios de Salud, para los mismos participantes, con 60 horas de duración, el contenido surgió del perfil de funciones y se organizaba en dos fases: de motivación y de análisis general del proceso de gerencia. El contenido específico del mismo incluía discusiones sobre

SPT-2000, los Sistemas de Salud y la Necesidad de su Reorientación en el Contexto Actual; Estrategias de Transformación de los Sistemas Nacionales de Salud, Gerencia de Servicios de Salud, Planificación, Gerencia Estratégica y Ejecución, Organización de los SILOS, Gerencia de los Recursos, y Evaluación y Control de los Servicios de Salud.

La evaluación mostró que el nivel de aceptación y asimilación de los contenidos y la valoración de los participantes fué adecuada para los objetivos y propósitos que se habían fijado para los talleres. Un punto crítico en este proceso lo constituía la articulación de la capacitación en los aspectos metodológicos educativos que se han descrito hasta ahora, con el aprendizaje de los contenidos sustantivos de Gerencia. En esta línea de preocupación de los 48 participantes en el taller para el nivel nacional, se escogieron 16 personas que tenían condiciones aproximadas al perfil del facilitador. La idea central es que estos facilitadores se conviertan en reproductores del proceso educativo a nivel regional y local. Para lograrlo se pensó en proseguir el proceso de aprendizaje a través de un trabajo grupal por comisiones durante un lapso de dos meses, entre la realización del Taller Nacional y del Taller Regional. Se conformaron 4 comisiones de trabajo, con asignación para producir elementos básicos sobre asuntos críticos como éstos:

- a) la presentación de un estudio de caso sobre una Unidad Sanitaria tipo.
- b) una propuesta de modelo de gestión social.
- c) una propuesta de modelo de planificación-programación local.
- d) una propuesta de modelo de desarrollo de los Distritos (SILOS). En ese tiempo, también se realizó para el grupo de 16 facilitadores otro taller de reforzamiento sobre Metodología Educativa.

Con ellos se realizó una revisión sobre el papel de los Facilitadores durante el Taller Regional de Gerencia, y fueron definidas las siguientes actividades:

- Hacer una revisión exhaustiva de la bibliografía sustantiva del taller. Conocer el caso problema y manejarlo en toda su dimensión, para poder servir de apoyo al trabajo de los grupos.
- Revisar las guías de discusión que fueron preparadas para el trabajo de los grupos, tratando de resolverlas previamente al desarrollo de dichas sesiones.
- Participar en las sesiones de grupo como un elemento orientador en los aspectos teóricos, metodológicos y técnicos, de tal manera que sin cortar la creatividad de los grupos induzcan la sistematización de los conocimientos y el desarrollo de habilidades.
- Hacer aportes que motiven las discusiones en los grupos y en las plenarios.
- Llevar un registro de la participación, de la discusión de los distintos integrantes de su grupo y servir como catalizadores para aquellos que no estén participando al ritmo de la media del grupo.
- Reunirse diariamente con el coordinador técnico para discutir las incidencias del trabajo de los grupos y proponer ajustes al trabajo educativo.

Se analizó ampliamente la conveniencia de realizar la capacitación en Metodología Educativa en forma conjunta con la de Gerencia de Servicios de Salud, para funcionarios y jefes de programa del nivel regional.

Después de una amplia discusión, se consideró que dado que estos funcionarios sólo podrían estar alejados de sus funciones por un máximo de 8 días, era conveniente realizar la capacitación en forma separada. Por consiguiente, se realizó un taller de Metodología Educativa en cada Unidad Sanitaria, y un solo Taller Regional de Gerencia de Servicios de Salud para jefes de programa de las Unidades Sanitarias.

El Proceso Educativo en el Nivel Regional

En el nivel regional se siguió la misma secuencia, iniciando con 7 talleres sobre Metodología Educativa para la capacitación de los facilitadores de siete Unidades Sa-

nitarias y de las instituciones hospitalarias (200 funcionarios). El desarrollo de los talleres siguió el mismo contenido y metodología propuestos para el Taller Nacional.

El Taller Regional sobre Gerencia de Servicios respondió al perfil de funciones delimitadas para los gerentes de este nivel y su contenido incluyó el enfoque epidemiológico, la situación sanitaria del territorio; la planificación y programación local; la conducción del nivel local; la organización y funcionamiento de los sistemas locales de salud; la participación social e inter-sectorial en la toma de decisiones, y el control y la evaluación. La metodología utilizada, si bien privilegió la pedagogía problematizadora como su eje conductor, también utilizó otras metodologías y técnicas para la transmisión de conocimientos y desarrollo de habilidades prácticas. La duración del mismo fue de 48 horas, y contó con la asistencia de 76 personas y con el trabajo de 8 facilitadores. Al final del curso se hizo una evaluación individual, grupal y colectiva, en la cual se consideró que el taller tuvo una adecuada calidad técnica, permitió alcanzar los objetivos, y a través de las evaluaciones individuales se percibió un adecuado nivel de asimilación de los contenidos.

F. PERSPECTIVAS PARA EL TRABAJO FUTURO

Análisis de los Resultados Obtenidos

El proceso descrito líneas arriba que hasta la fecha ha llegado sólo al nivel regional, muestra algunos aspectos para analizar:

- a) El proceso realizado en talleres fuera de sus áreas de trabajo permitió sensibilizar a los jefes de programa del nivel regional y nacional hacia nuevas formas de organización del trabajo en formación, capacitación y gerencia, lograr que piensen en una nueva forma de conducción del componente de capacitación en sus programas, y que conciban el proceso de trabajo con los niveles inmediatos inferiores bajo su autoridad, con una mejor predisposición hacia la descentralización, tomando en cuenta nuevas formas de gerencia.

Por consiguiente, el proceso sólo ha alcanzado un nivel de sensibilización y promoción de una nueva forma de trabajo pedagógico y en gerencia de los servicios de salud, entre los jefes de programa de ambos niveles.

- b) Los facilitadores necesitan una mayor profundización en aspectos metodológicos y operativos del proceso educativo, por lo cual es muy importante pensar en procesos especiales de formación de facilitadores seguidos de trabajo práctico en el servicio en forma supervisada. El proceso de formación de facilitadores, en cada institución de cada nivel, es el que se visualiza como el más adecuado para implementar la nueva forma de organización educativa, ligada al quehacer cotidiano de los servicios, y basada en los problemas que surgen del trabajo concreto, y de las necesidades de desarrollo personal de los recursos humanos de salud en cada institución.
- c) El proceso de Educación Permanente concebido como un trabajo integral dentro del servicio, no puede ser operativizado en forma de cascada, debido a que los facilitadores no han sido expuestos a un proceso de reflexión y de cambio de actitudes.

Lineamientos para el Desarrollo del Proceso en el Nivel Local

Una vez concluidas las etapas del proceso de Educación Permanente a nivel nacional y regional, en las que se han colocado las bases necesarias para la comprensión de la necesidad de elevar a corto plazo la capacidad de operación del Sistema de Salud, se hace necesario ahora establecer un nuevo marco de referencia del proceso de Educación Permanente. Hay que tener en cuenta algunas variantes ocurridas en la situación actual, en relación con la situación inicial analizada.

El proceso de reorientación y reorganización del Sistema de Salud, muestra como datos positivos, el evidente ajuste de la estructura gubernamental, que permite una mayor direccionalidad y coherencia a la actuación del Ministerio. Se ha tenido un avance significativo en los mecanismos de regulación de la captación y administración del

financiamiento institucional, lo que se refleja en una mayor racionalidad del gasto y mayor respaldo a las acciones de salud. El reordenamiento en cuanto a la concepción y práctica del subsistema de planificación y los avances que se tienen en cuanto a la implementación de los subsistemas, permitirán a corto plazo el desarrollo de mecanismos más efectivos de racionalización para la toma de decisiones en todos los niveles del Ministerio. Los proyectos de ampliación y mejoramiento de la infraestructura física, permitirán dar mejores condiciones al sector público en cuanto a su oferta de servicios.

Para el seguimiento de la situación actual cuentan también, como variantes contextuales, algunos aspectos negativos. Para el caso, aún no se consigue revertir la situación de la red hospitalaria en lo que respecta a su papel en el conjunto de la prestación de servicios, pues prevalece la lógica de la atención privada e individual; persisten problemas en cuanto a la efectivización de la política de recursos humanos que permita una mejor distribución y administración de los mismos; los avances del desarrollo del proceso de descentralización son aún limitados, lo que limita los ajustes más importantes en el plano operativo y que junto con la limitación de recursos, agregan dificultades que limitan la solución de los problemas.

No existe un criterio único sobre lo que debe ser el desarrollo del Distrito Sanitario y su proceso operativo. Prevalece la idea de que el Distrito se reduce al espacio institucional de oferta de servicios propios de salud, lo que se traduce en un comportamiento operativo que resta posibilidades de solución a los problemas, al no incluir otros recursos que puedan existir en la comunidad adscrita; ello crea limitaciones adicionales para la toma de decisiones oportunas ante eventos coyunturales. En cuanto a la cuestión financiera, es importante destacar que los Distritos laboran con un déficit importante de financiamiento de las acciones de salud, lo que ha conducido a tomar decisiones locales en relación a este punto, como el cobro de los servicios, que deberían responder a criterios de manejo contable, y formas concretas de orientación sobre el uso y la finalidad de los recursos obtenidos mediante este mecanismo.

Situación del Proceso Educativo en los Distritos

En relación con el nivel de conocimientos sobre Gerencia de Servicios de Salud en el personal de los Distritos de Salud, se coincidió en que tanto en relación con el dominio de una metodología educativa como de conocimientos de Gerencia, dicho nivel es limitado, dada la formación previa y las escasas posibilidades del Ministerio de mejorarlo; pero por otra parte no existe una necesidad expresada de capacitación en este sentido por parte de los Directores de Distritos porque perciben su labor actual como algo transitorio que concluirá a corto plazo, pues la mayoría de ellos se encuentran realizando su año de provincia.

Esto nos lleva a otorgar un mayor grado de pertinencia al marco conceptual del que parte el Proyecto de Educación Permanente en Metodología Educativa y Gerencia de Servicios de Salud. Es importante tener presente que el proceso de desarrollo del nivel local se materializa por la combinación de sus dos componentes básicos: la estructura operacional de los servicios y las capacidades y potencialidades de las personas que están involucradas en dichos procesos. El primero se refiere al desarrollo de las estructuras, procedimientos y normas de conducción y administración de los servicios, y el segundo se constituye por los conocimientos, habilidades y actitudes que éstos deberían poseer para cumplir con los roles que demanda la misión que ha sido definida institucionalmente. Esto se tiene que adquirir y desarrollar tanto en el proceso mismo de la práctica, como a través de procesos de capacitación dentro y fuera de los servicios, que puedan conducir a transformaciones de la práctica.

Dentro de este marco, la opción más adecuada parece ser la de definir un perfil educacional para los gerentes de este nivel que incluya no sólo los contenidos de metodología educativa y gerencia de servicios de salud, sino también aquellos que se deriven de las necesidades de la implementación del Distrito y de la capacidad de resolución de problemas de salud de la población. La metodología educativa se constituye en un instrumento que puede ser utilizado con cualquier tipo de contenido; es deseable en consecuencia, que la tecnología seleccionada tenga la flexibilidad suficiente para permitir su adecuación a distintos contenidos y a distintos estilos de aprendizaje.

En ese sentido la propuesta pedagógica de la problematización, asociada a una amplia participación y a la articulación con las incidencias del trabajo de los servicios y las acciones específicas de los programas, parece ser lo indicado.

El Ministerio de Previsión Social y Salud Pública ha definido además, la creación de un Grupo de Investigación en apoyo de los procesos educativos en desarrollo, para identificar en forma apropiada las características deseables de la metodología educacional en cuestión. Las acciones de investigación en ese sentido no han sido iniciadas al momento de escribir este trabajo, que es una comunicación preliminar sobre un caso concreto de aplicación de la propuesta de reorientación de la Educación Permanente. Resultados futuros serán objeto de publicaciones ulteriores.

BIBLIOGRAFIA

1. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, Dirección Nacional de Recursos Humanos. Educación Permanente para el Personal de Salud. 1989. Mimeo.
2. Serrano, C.R.; Granados, R.; Gutiérrez, D. y Llerena, M.: Proyecto de Capacitación Gerencial. Modelo del Proceso Capacitante. 1990. Mimeo.
3. Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nos. 78, 80, 81, 82, 83. Educación Permanente de Personal de Salud en las Américas: Alvarez Manilla, J.; Santacruz, J.; Souza, A.; Galvao, E.; Dos Santos, I.; Roschke, M.A.; Canales, F.; Turcios, M.I.; Haddad, J.; Quiñónez, J. y Rodas, I. Organización Panamericana de la Salud, 1988, 1989, 1990.
4. González, Guillermo G.: Proceso de Capacitación Gerencial en Servicios de Salud. OPS/OMS. 1990. Mimeo.
5. Guzmán, V.; Gotteret, E. y Trujillo, R.: Perfil del Facilitador-Monitor. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Dirección Nacional de Recursos Humanos. 1990. Mimeo.
6. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Dirección Nacional de Recursos Humanos. Programas del Curso Nacional y Regional de Gerencia de Servicios de Salud. 1990. Mimeo.
7. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Dirección Nacional de Recursos Humanos. Taller de Metodología Educativa para Facilitadores de Nivel Nacional y Regional. Informe de Trabajo. 1990. Mimeo.
8. González, Guillermo G.: Informes de Consultoría Períodos 22-7 al 31-8 y 21-10 al 20-11. OPS/OMS. 1990. Mimeo.