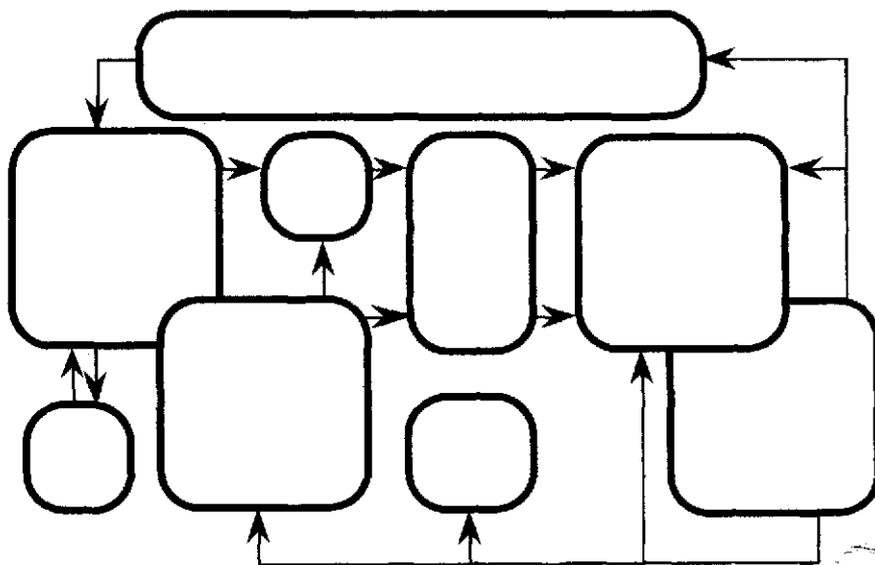




ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS



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



Fascículo VIII: GRUPO REGIONAL DE CONSULTA: INFORME FINAL

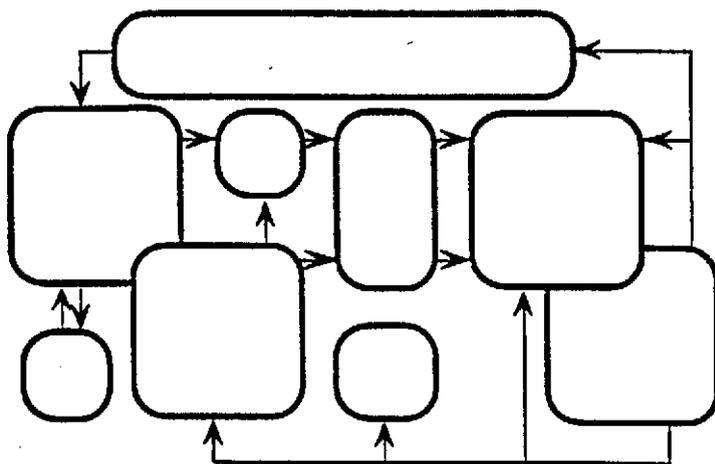
Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 85



ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD  
PROGRAMA DE DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS



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



Fascículo VIII: GRUPO REGIONAL DE CONSULTA: INFORME FINAL

Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 85

CONTENIDO  
\*\*\*\*\*

	<u>Página</u>
I. INTRODUCCION .....	1
1. La Reunión de Consulta .....	3
II. MARCO DE REFERENCIA .....	7
1. Marco Político .....	9
2. Los Servicios de Salud .....	13
3. Capacitación de la Fuerza de Trabajo. Experiencias Nacionales .....	16
III. ALTERNATIVAS PARA UN CAMBIO EDUCACIONAL .....	39
1. Identificación del Contexto (Argentina) .....	41
2. Identificación de Necesidades de Aprendizaje (México) .....	47
3. Proceso Educativo (Brasil) .....	55
4. Monitoreo del Proceso (Honduras, Nicaragua) .....	65
5. Capacitación de Facilitadores (Guatemala, PASCAP) .....	72
IV. BASES PARA UN PROYECTO REGIONAL DE EDUCACION PERMANENTE .....	77
V. BIBLIOGRAFIA DE APOYO .....	81

\*\*\*\*\*

## I. INTRODUCCION



## 1. Sobre la Reunión de Consulta

A lo largo de los siete Fascículos de esta Serie previos a este, 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 colectivo de grupos de varios países y apoyado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, dió por resultado la consolidación y el enriquecimiento técnico de la propuesta original, a base del 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.

Y al final, se llevó a cabo una consulta a un Grupo de Expertos convocado al efecto, que se reunió en Querétaro, México, del 17 al 21 de octubre de 1988.

Este es el Fascículo VIII de la Serie, y ha sido construido con los aportes latinoamericanos expresados y discutidos en esa Reunión; todo el material se presenta aquí como Informe Final de ese evento de consulta.

La Reunión fué organizada por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y la Dirección de Enseñanza de la Secretaría de Salud de México, dependencia esta última que brindó una efectiva colaboración en la organización, y una importante participación en el desarrollo técnico de la consulta con base en la experiencia de trabajo de México, que fué puesta al servicio y para el conocimiento de los grupos nacionales participantes. Además se contó con el apoyo de la Representación OPS/OMS en México, que constituyó un factor importante para la organización y desarrollo del evento.

La Reunión tuvo como propósito "someter a la opinión de un Grupo de Expertos una alternativa de cambio en el modo de abordaje de los problemas de la educación del personal de salud en la Región de las Américas, que permita su desarrollo como proceso de tipo permanente, enmarcado en las estrategias nacionales de salud y que utilice el estudio de los problemas habituales del trabajo de los servicios de salud, como eje central del aprendizaje".

Fueron sus objetivos los siguientes:

- a) Definir el objeto de trabajo de la capacitación del personal en el marco de las estrategias nacionales de salud.
- b) Identificar modalidades diferentes de trabajo en Educación Permanente, mediante la discusión y el análisis de una propuesta de la OPS y de los trabajos actualmente en curso en varios países.
- c) Completar la propuesta educativa planteada por la OPS mediante la discusión de los aportes de seis grupos nacionales de trabajo sobre aspectos críticos de la misma.
- d) Señalar bases para un proyecto regional de capacitación permanente de la fuerza de trabajo en salud de la Región de las Américas para la búsqueda de financiamiento adicional.

## 2. Estructura de la Reunión de Consulta

Para alcanzar el propósito y los objetivos de la Reunión, ésta fué estructurada en base a tres unidades:

Primera Unidad: Elaboración de un marco de referencia a base de:

- Un análisis histórico-político de las tendencias en salud y en educación en el continente;
- Los sistemas locales de salud como marco para la capacitación;

- Análisis de la experiencia de 4 países (Brasil, Colombia, México, Cuba) en el desarrollo de modelos alternativos para la educación de la fuerza de trabajo.

Segunda Unidad: Análisis de una alternativa educacional diferente, a base de la propuesta del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS y de los aportes de grupos nacionales alrededor de áreas críticas del proceso (Argentina, Brasil, México, Honduras, Nicaragua, Guatemala).

Tercera Unidad: Bases para un proyecto regional de educación permanente.

### 3. Integrantes del Grupo de Consulta

El Grupo de Expertos estuvo constituido de la siguiente forma:

José Manuel Alvarez Manilla, Secretaría de Salud, MEXICO  
Ernestina Ardón, INCAP, GUATEMALA  
Rosa Ma. Borrell, Rec.Hum., OPS/Washington, D.C. (Relatora)  
Rodrigo Barahona, Rec.Hum., PASCAP, COSTA RICA  
Francisca de Canales, Univ. Autónoma, HONDURAS (Relatora)  
Roberto Capote, Serv. de Salud, OPS/OMS, Washington, D.C.  
Guadalupe Castillo, Secretaría de Salud, MEXICO  
María Elisa Celis, Secretaría de Salud, MEXICO  
Juan José Ceballos, Ministerio de Salud, CUBA  
Ernesto Díaz del Castillo, IMSS, MEXICO  
Magdalena Duarte, Secretaría de Salud, MEXICO  
Guido Espifeira, Instituto Politécnico de Salud, CUBA  
Jorge Haddad, Rec.Hum., OPS/OMS, Washington, D.C.  
Ligia Juárez, Ministerio de Salud, NICARAGUA  
Carmen Lagrava, Ministerio de Salud, BOLIVIA  
Carlos Linger, Rec.Hum., PASCAP, COSTA RICA  
Hugo Mercer, OPS/OMS, ARGENTINA  
José Paranaguá Santana, OPS/OMS, BRASIL  
Ezequiel Paz, OPS/OMS, MEXICO  
José Quiñónez, GUATEMALA  
Fabio Rangel, Servicios de Salud del Valle, COLOMBIA  
Maria Alice Roschke, Rec.Hum., OPS/OMS, Washington, D.C.  
Javier Santacruz, Secretaría de Salud, MEXICO (Relator)  
Isabel Dos Santos, OPS/OMS, BRASIL  
Carmen Rosa Serrano, Ministerio de Salud, BOLIVIA  
Guadalupe Verdejo, Salud Internac., OPS/Washington, D.C.

La coordinación del evento estuvo a cargo de los Drs. José Manuel Álvarez Manilla y Jorge Haddad. La secretaría estuvo a cargo de la Sra. Rina Marcoux del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS en Washington, D.C.; los asuntos administrativos y de apoyo logístico estuvieron a cargo de la Sra. Gemma Cantú de la Serna, la Sra. Judith Álvarez y el Sr. Miguel Enciso, todos de la Dirección de Enseñanza de la Secretaría de Salud de México.

## II. MARCO DE REFERENCIA



1. El Marco Político y la Estrategia de Salud para la próxima década

El primer tema tratado por el Grupo se basó en una presentación del Dr. Ezequiel Paz, de la Representación OPS/OMS en México, en la cual se hizo un análisis histórico de las áreas de prioridad en salud y sus tendencias según los trabajos realizados tanto por los países como por la OPS, en lo relacionado con estrategias y políticas de acción, sobre todo alrededor de la meta social SPT/2000 y de las metas mínimas regionales en salud.

Al analizar las estrategias, se hizo referencia a los problemas de la capacidad operativa del sistema de servicios de salud, entendiéndolo a ésta, en un nivel "micro" como la combinación y el uso de recursos por parte de un establecimiento para la producción de actividades, tales como consultas u hospitalizaciones. En este nivel la capacidad operativa puede ser evaluada por la productividad de los recursos y por la eficiencia del establecimiento en transformarlos en actividades de atención en beneficio de la población que les está adscrita. (¿Qué servicios se producen, en qué cantidad, cuál es el nivel de productividad y efectividad y con qué costos?, son las cuestiones que se deben considerar).

A un nivel intermedio, la capacidad operativa se refiere a la captación de recursos y su distribución entre las unidades productoras de servicios.

Y en el nivel "macro", la capacidad operativa consiste en la formulación de políticas y la asignación de recursos entre prioridades, en términos de problemas y grupos de población. Estas son actividades realizadas por los niveles decisorios y planificadores del Gobierno para todo el país.

Se señaló además las tendencias demográficas observadas y las implicaciones que esto tiene en Salud en la Región; entre éstas, el hecho de que la dinámica poblacio-

nal en la Región seguirá apuntando en el sentido del aumento de la demanda de servicios; es decir, que a la coyuntura económica desfavorable, se une un escenario social en el cual el deterioro de las condiciones de vida de la población deberá generar presiones adicionales sobre la capacidad operativa de los servicios.

Por otro lado, existe un mosaico institucional de aparatos del Estado, en el cual se combinan de maneras distintas los niveles central, local y provincial del Gobierno, y aunque la descentralización y la regionalización hayan estado presentes en el debate y en la práctica regionales recientes, la tendencia dominante en la Región parece apuntar en el sentido contrario, por lo cual se han fortalecido los niveles centrales de los Gobiernos en relación con los periféricos.

Se plantea así la consolidación de los sistemas de seguridad social, con sus recursos y programa de atención de salud. A comienzos del decenio de 1960, la seguridad social en América Latina cubría sólo un 20% de la población, generalmente concentrada en los grandes centros urbanos y vinculada a los sectores más dinámicos y organizados de la economía. Sin embargo, a fines de los años del 70, 174 millones de personas--56% de la población de 16 países latinoamericanos--eran derechohabientes de la atención de salud proporcionada por el seguro social.

Otro factor digno de considerar es que el proceso político del sector salud en la Región, parece dominado por las instituciones y los liderazgos sectoriales; se comprueba una creciente militancia de las organizaciones profesionales y grupos de interés del sector, que presentan sus propuestas como si fueran demandas de grupos sociales más amplios.

Así, la maduración del proceso político sectorial, asegura la participación de los diferentes grupos sociales interesados en los servicios, y es una condición fundamental para convertirlo en un mecanismo viable para la superación de la coyuntura crítica que el sector salud atraviesa actualmente. El aumento de la capacidad operativa de los servicios dependerá entonces, del perfeccionamiento del manejo político de los problemas aquí señalados.

Las informaciones disponibles indican que ha habido en la Región un incremento acentuado en la fuerza de trabajo del sector en relación con la población.

Hay una tendencia marcada del personal profesional hacia la especialización, sin que las decisiones al respecto tengan correspondencia con las demandas del perfil epidemiológico del país; asimismo, la distribución del personal en la mayoría de los países sigue siendo bastante desigual, concentrándose especialmente en las grandes ciudades, en detrimento de las áreas rurales y las regiones menos desarrolladas.

Las condiciones de trabajo de este personal son también muy variadas. En términos generales parece haber una tendencia hacia la reducción gradual de los ingresos de los profesionales, relacionada con la pérdida del poder adquisitivo de grandes sectores de la población.

El subempleo y el desempleo de profesionales de salud implica un grave derroche de los recursos invertidos para su formación. De no cambiar el actual perfil de utilización, esta pérdida podrá incrementarse considerablemente hacia fines del siglo, período en el cual el número actual de las escuelas y el alumnado de medicina deberá, por lo menos, duplicarse.

El cambio más significativo acerca de la fuerza de trabajo sectorial es la creciente transformación de profesionales "liberales" en asalariados del subsector público o del privado, lo cual trae consigo implicaciones importantes para el desarrollo y la operación de los servicios. Pero este cambio no ocurre abruptamente. De hecho, se observa la existencia de formas intermedias de vinculación de los profesionales a los servicios, caracterizadas por combinaciones de la práctica liberal con la asalariada, lo que parece constituir una forma de resistencia al asalaramiento puro.

Otro factor crucial para la capacidad operativa de los servicios en la Región es el financiamiento sectorial. Históricamente, el gasto en salud, hoy equivalente a cerca de 5% del PIB regional, se ha incrementado a tasas superiores a las de la ampliación de la cobertura de los servicios.

Finalmente, los modos de organización, gerencia y participación en la producción de servicios es factor influyente en la capacidad operativa de tales servicios. Se han buscado formas de coordinar el trabajo de las distintas instituciones del sector, pero los obstáculos continúan siendo de difícil superación.

En forma esquemática, se ha planteado que las posibilidades de intervención sobre la organización y la gerencia de los servicios, con vista a aumentar su capacidad operativa, se refieren fundamentalmente a los siguientes campos:

- a) el desarrollo y el perfeccionamiento de la coordinación sectorial en condiciones de pluralismo institucional,
- b) la experimentación y la puesta en marcha de métodos gerenciales adaptados a situaciones de normatización conflictiva y de financiamiento multiinstitucional, así como a las dimensiones y a la complejidad de los servicios,
- c) el fortalecimiento del proceso de descentralización de las decisiones y de la planificación, y
- d) la ampliación del ámbito y de la incidencia de la participación social en el sector.

Para lograr los beneficios de estas áreas de acción, y en el contexto restrictivo y de limitaciones financieras y tecnológicas en que se desenvuelven la mayoría de los países, se han señalado varias posibilidades concretas:

- a) Reorientar conceptual y operativamente las estrategias y el énfasis actual de la capacitación de los recursos humanos, para una acción más efectiva respecto a la utilización y las condiciones de empleo de la fuerza de trabajo sectorial.
- b) Administrar eficazmente el crecimiento y la evolución tecnológica del sector, con base en criterios más estrictos de eficiencia social.

El incremento de actividades de cooperación técnica entre los países, es uno de los mecanismos a implementar en este sentido.

- c) Reducir la inequidad social a base de reordenar las formas de captar y asignar los recursos del sector.
- d) Revisar la organización sectorial y los métodos gerenciales adoptados para la producción de servicios, de acuerdo con la complejidad y las dimensiones de las instituciones de salud. Implícita en esa estrategia está una mayor descentralización decisoria y una más amplia participación social en el sector.

EN SUMA, LA PRESENTACION INICIAL DESARROLLO EL ASPECTO DE POLITICAS DE SALUD, ENFATIZANDO EL HECHO DE LOS FACTORES LIMITANTES Y RESTRICTIVOS QUE OCURREN EN EL MOMENTO ACTUAL, PARA LA INSTRUMENTACION DE ESAS POLITICAS O, INCLUSO, PARA EL DESARROLLO DE LAS ESTRATEGIAS OPERATIVAS CORRESPONDIENTES.

LAS POLITICAS Y ESTRATEGIAS CONFORMAN EL NIVEL AMPLIO, GENERAL, DEL CONTEXTO DE LOS PROCESOS CAPACITANTES. EL GRUPO DE CONSULTA RECONOCIO LA NECESIDAD DE AJUSTAR A ESE CONTEXTO Y SUS IMPLICACIONES, LAS DECISIONES SOBRE LA CAPACITACION DE LA FUERZA DE TRABAJO.

## 2. Tendencias en la organización de los Sistemas de Servicios de Salud y los Sistemas Locales de Salud

Este tema fué desarrollado ante el Grupo de Consulta por el Dr. Roberto Capote Mir, del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud de la OPS. Los puntos sobresalientes de la introducción al tema se resumen a continuación.

Al tratar de la estructura organizativa en los servicios de salud, hay que evitar el tomar de ésta una idea deshumanizada. Esa estructura está integrada por seres humanos y por sus relaciones; hay que contemplarla como constituida por un conjunto de sistemas o subestructuras, de las cuales dos son más importantes: el sistema de hombres y el sistema de tareas, que dan contenido al principio de la división del trabajo. Otros subsistemas tales como el de autoridad, el de comunicación, el de decisiones, el de participación, el de control, el de producción, el financiero y otros, conforman la estructura y la base de la organización de los servicios.

En este marco estructural se desarrolla el proceso administrativo y operativo, en el cual se definen objetivos, se determinan actividades necesarias, se dividen tareas, se ordenan y se asignan a cargos, que luego son atribuidos a personas y regulados de modo tal que se asegure la coordinación de los esfuerzos y el mantenimiento y desarrollo del grupo, en medio de circunstancias cambiantes y de la evolución de los objetivos individuales y colectivos.

Al estudiar una organización, es necesario definir cuál es la unidad de la organización. Esta puede variar según el sistema o estructura que se contempla para el cumplimiento de tareas; así, existen estructuras de personas, (su unidad es el individuo, es decir, cada uno de los trabajadores). Existen también estructuras más complejas, con distintos tipos de unidades que ponen en marcha su funcionamiento integrando a éstas bajo una unidad mayor que es un centro coordinador, de las unidades menores, que suelen recibir el nombre de sección, departamento, u otro similar. En la red de servicios de salud, el sistema constituye la unidad global y el sistema local de salud es la unidad territorial mínima administrativa.

Vistos así, los sistemas locales de salud constituyen una propuesta de división del trabajo dentro de los sistemas nacionales de salud, según la cual, dichos sistemas asumen la responsabilidad de la atención a los individuos, las familias, los grupos sociales, las comunidades y el ambiente; tienen capacidad de coordinar los recursos disponibles ya sean del sector salud o extrasectoriales, de facilitar la participación social y de desarrollarse

dentro del sistema nacional de salud al cual vigorizan y confieren nueva direccionalidad.

Esta situación es un ejemplo en el que la red de servicios constituye una organización: define sus objetivos, identifica sus recursos y determina sus actividades. Pero también se responsabiliza del reordenamiento de sus acciones de mantenimiento interno: la calificación permanente de la fuerza de trabajo pasa a ser su responsabilidad y su obligación, de la misma manera que organiza y programa su presupuesto, sus recursos materiales y sus campos prioritarios de acción.

Al considerar los Sistemas Locales de Salud, el Sistema (la Organización), descentraliza su quehacer en todos los renglones del trabajo; implica la descentralización de las políticas, de la administración, del uso de la tecnología y de la operación de los servicios, que hace delimitado y sistemático los territorios de su jurisdicción incluyendo sus poblaciones y equipos de trabajo requeridos, para el manejo de los problemas en condiciones de eficiencia y equidad.

\*\*\*\*\*

En los últimos 3 años, los países y la Organización Panamericana de la Salud han producido abundante material bibliográfico y documental a propósito de Sistemas Locales de Salud. No insistiremos aquí sobre los temas tratados; pero enfatizaremos en que el proceso de organización de los SILOS conlleva decisiones importantes y trabajos arduos de transformación en las áreas siguientes:

- Conducción del sector
- Desarrollo de la capacidad de administración y gerencia
- Programación local de servicios, con enfoque de riesgo
- Desarrollo de sistemas de información
- Financiamiento de los servicios

- Investigación
- Desarrollo de recursos humanos

El último de los mencionados es esencial para el funcionamiento de los demás; de donde cobra fundamental importancia el análisis, la reorientación y la búsqueda de modos diferentes de trabajo de personal, sobre todo buscando mecanismos para convertir a la capacitación en un proceso permanente, que se lleve a cabo paralelamente al desarrollo de los servicios y programas, y con amplia participación multidisciplinaria. Las estrategias para mejorar la equidad, calidad y eficiencia de la atención de salud constituyen elementos fundamentales para conformar procesos educativos que respondan a estos objetivos. La planificación, el desarrollo educativo y la utilización del personal se deberán llevar a cabo en forma coherente con la estrategia sanitaria de fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud y de los procesos de descentralización. Se deberá enfatizar, por tanto, en los desarrollos de este proceso la difusión entre las instituciones formadoras y utilizadoras del personal. Este proceso educativo permanente deberá además extenderse a la comunidad como otro elemento tendiente a su participación y a la promoción del liderazgo en salud.

3. La reorientación de las formas de capacitación de la Fuerza de Trabajo

Esta etapa de la Primera Unidad se inició con el conocimiento de cuatro experiencias importantes que se desarrollan en la Región de las Américas, desde hace varios años.

La experiencia de MEXICO fué presentada por el Dr. José Manuel Álvarez Manilla de la Secretaría de Salud, el Dr. Ernesto Díaz del Castillo del Instituto Mexicano de Seguridad Social, y la Dra. María Elisa Celis, del Centro de Capacitación de la Secretaría de Salud.

En relación con el trabajo asistencial de la Secretaría de Salud, la misma opera a través de "Jurisdicciones" sanitarias, una en cada Estado del país; cuenta con un sistema escalonado de servicios que parte desde las mismas comunidades hasta el hospital de mayor complejidad en la cúspide de la pirámide.

La capacitación del personal de salud se hace en forma descentralizada en cada una de esas Jurisdicciones, a través de un sistema de "Educación Continuada"; ello implica, entre otras cosas, que la capacitación confronta problemas y situaciones diferentes a los que enfrenta la enseñanza de pre y posgrado, por lo que, obligadamente, los métodos y estrategias que se emplean para abordarla deben ser estructurados sobre criterios psicometodológicos y técnico-sociales diferentes a los escolares. Las situaciones que son particulares de la educación continuada y que la distinguen de otros tipos de educación, se refieren sobre todo a tres características:

- La edad de los educandos. (Generalmente son adultos en edad media, madura y avanzada);
- Las expectativas académicas. (La educación continuada no tiene el atractivo de la extensión de un título profesional o diploma); y
- La disponibilidad de tiempo. (En la educación del personal trabajador no se dispone de tiempo completo para actividades educativas "formales").

Con esos y otros criterios, la Secretaría de Salud de México ha construido un sistema de capacitación de su personal laborante en base a las premisas siguientes:

a) Oportunidad:

La capacitación debe darse en el momento oportuno, es decir, lo más inmediatamente posible al momento en que surge la necesidad educativa. Ello implica que se desarrollará en el mismo sitio de trabajo, en las circunstancias reales que ofrece el ámbito laboral y con los recursos allí disponibles.

b) Individualidad:

Las personas no tienen las mismas necesidades de educación continuada, de donde es necesario determinar en cada individuo sus deficiencias en forma individual con el fin de atender sus necesidades educativas particulares.

c) Continuidad:

Las actividades educativas en los servicios funcionan en forma continua y no en forma discrecional, a base de eventos esporádicos, "programados".

d) Corresponsabilidad:

La educación requiere de la acción participante del trabajador. Esta actitud es condición e insumo indispensable para llevarla a cabo, por lo que la responsabilidad corresponde a todos por igual.

e) Interaccionalidad:

La reciprocidad en la acción entre un supervisor que asume el papel de facilitador, estimulador y un supervisado que asume el papel de aprendiz/trabajador es fundamental para lograr una capacitación eficaz y productiva.

f) Formalidad:

La educación continuada aunque mantenga características de oportunidad y espontaneidad requiere de alguna sistematización, lo cual obliga a su planeación y supervisión. La educación continuada y la capacitación no son menos formales que la educación básica tradicional.

g) Dualidad:

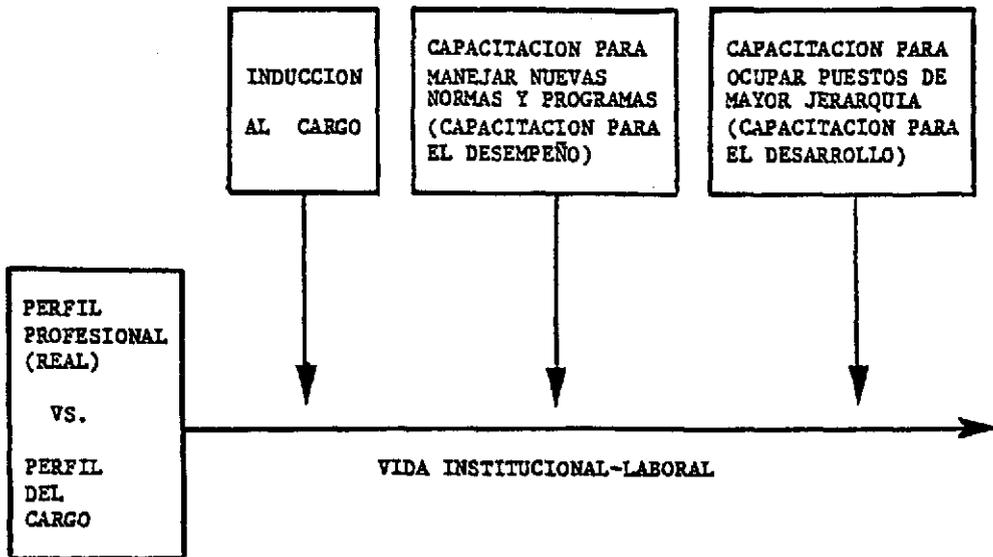
El propósito de la educación plantea como insumo central, los conocimientos y habilidades que ya tiene el trabajador para que este mejore lo que hace cotidianamente en su trabajo y lo proyecte a su grupo o comunidad.

Por otra parte, incorpora nuevas habilidades y conocimientos, tanto procedentes de la experiencia de otros, como aquellos que son producto del desarrollo científico y tecnológico actual.

En consecuencia, en el contexto de la Secretaría de Salud de México, la capacitación se instrumenta a base de un conjunto sistematizado de acciones cuyo propósito es habilitar al trabajador para el desempeño de tareas y procedimiento específicos (inducción al cargo); así como para

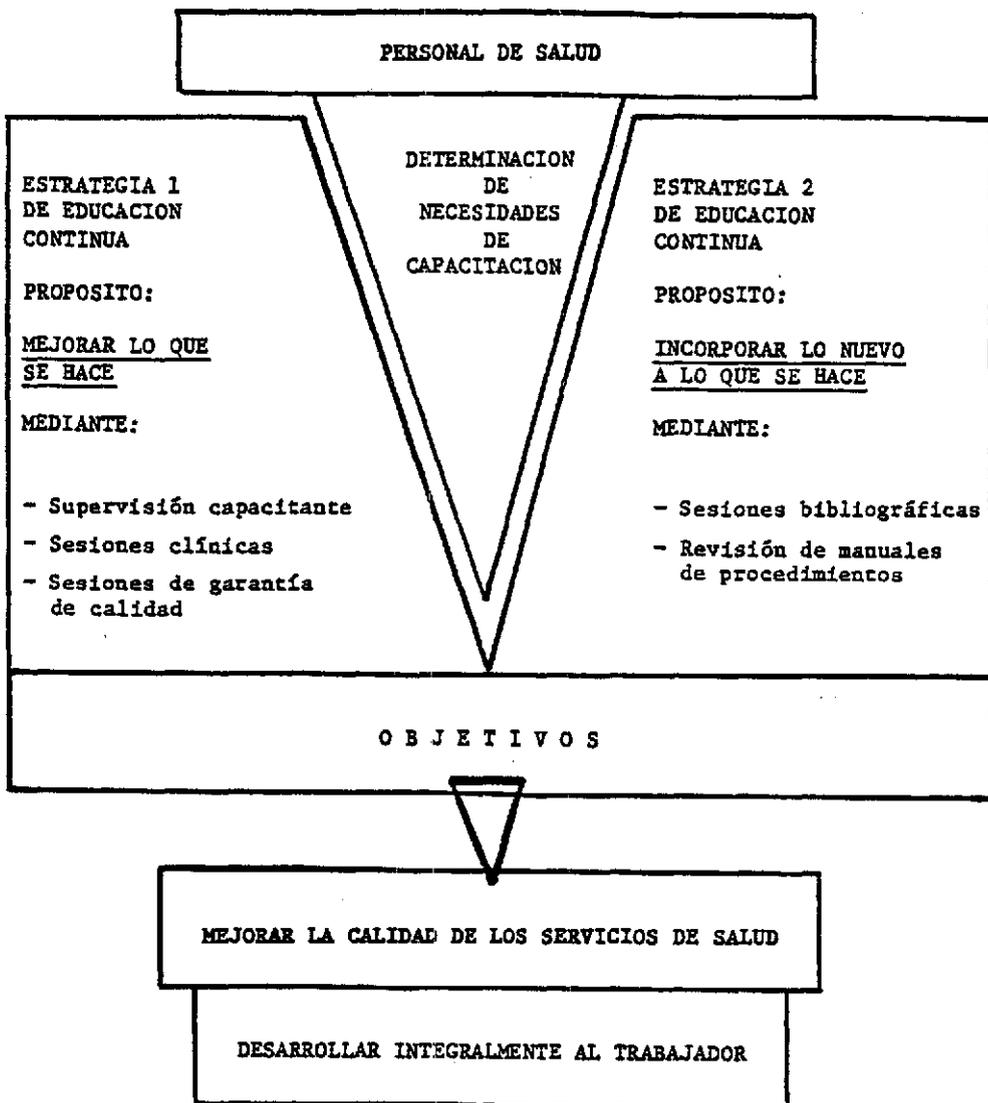
capacitarlo para el desempeño de su labor o para prepararlo en la realización de nuevas funciones y tareas que implican un grado mayor de complejidad y responsabilidad.

En el esquema que sigue se observa como la educación continuada incluye un conjunto de acciones que se aplican como un continuo a lo largo de toda la vida laboral del personal de salud dentro de una institución. Ello se logra, en este modelo metodológico mexicano, a través de la supervisión capacitante, las sesiones clínicas y de discusión, las sesiones de garantía de calidad y las sesiones de revisión de material bibliográfico pertinente.



Agregado a eso, el ponente señaló que la capacitación está ligada al proceso asistencial cotidiano, de allí que es un proceso continuo y permanente. Las acciones de capacitación están así presentes a lo largo de la vida laboral del personal de salud, aunque generalmente se harán evidentes en momentos específicos (inducción, capacitación para el desempeño y capacitación para el desarrollo).

Un planteamiento educativo de esta naturaleza implicó un desarrollo metodológico importante cuyos elementos básicos se esquematizan así:



Se puede observar que son las necesidades de educación continuada del personal de salud, el sustrato fundamental sobre el cual se estructura la metodología. De no existir estas necesidades tampoco tendría sentido la existencia de una metodología para su atención. Tal circunstancia llevó a que se introdujera una técnica en la cual, mediante una supervisión personalizada, el diagnóstico de necesidades de educación es automático ya que se expresa por aquellas dificultades que un individuo manifiesta para desempeñar sus funciones y tareas profesionales, y con base en ellas, allí mismo se aplica de inmediato una estrategia de capacitación apropiada para cada caso particular.

Además de las labores de las jurisdicciones de salud, la Secretaría de Salud de México desarrolla sus funciones de capacitación de personal a través de un Subsistema de Capacitación y Desarrollo del Sector Salud que cuenta con la participación de distintas instancias sectoriales, y aporta la base de sustentación jurídica y administrativa de los procesos de capacitación de personal del Instituto Mexicano del Seguro Social y de otras instituciones del sector, todas las cuales desarrollan amplios programas de educación continuada, sistematizada en las distintas unidades y establecimientos a lo largo y ancho de la República Mexicana.

\*\*\*\*\*

La experiencia de BRASIL fué introducida por la Lic. Isabel Dos Santos, del Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud en Brasilia; las experiencias del Proyecto a Larga Escala para la formación de personal de nivel medio fué presentada como el esfuerzo de un país para calificar y legitimar su fuerza de trabajo de nivel intermedio, empleada en el sector salud, y que carece de formación específica. Y en el contexto de esta Reunión, se presentó además como ejemplo de una alternativa política para resolver el problema de la cualificación profesional del personal de salud de nivel medio.

Al abordar el problema del personal de salud de nivel medio y auxiliar empleado en los servicios de salud del país, se señaló que existen actualmente cerca de 300 mil trabajadores empleados en los servicios de salud sin cualificación específica. Estos trabajadores desempeñan

funciones del más diverso tipo, desde las administrativas generales hasta procesos asistenciales en las áreas de enfermería, nutrición, odontología, medios diagnósticos y fisioterapia, así como acciones sobre el medio ambiente (saneamiento y vigilancia sanitaria). Este contingente representa aproximadamente el 50% de la fuerza de trabajo en salud en el país y asume un trabajo específico sin una valorización social e institucional justa. En el plano social estos trabajadores no poseen la identidad de una categoría profesional, haciendo difícil su organización en entidades de clase; en cuanto al plano institucional, su inserción en los planes por cargos y carreras es precaria.

Por otra parte, a lo largo de los tiempos el proceso de educación en el país marginó del sistema escolar a una gran parte de la población, que anualmente se incorpora a la PEA (población económicamente activa), y busca trabajo en distintos sectores de la actividad económica; es sabido que en momentos de crisis y recesión de la economía el sector salud se vuelve uno de los empleadores más activos; en consecuencia estos trabajadores forman parte de la población marginada que no tuvo ningún acceso al sistema formal de educación pero consiguió empleo en el sector.

A pesar de esta falta de cualificación específica, este grupo desempeña en el proceso colectivo de trabajo en salud acciones de naturaleza compleja, que exigen capacidad, de observación, juicio y decisión; en este sentido, no son simples auxiliares a los que se les ha asignado un papel adicional, sino que están encargados de funciones esenciales del trabajo productivo del sector primario y secundario; surgen así las cuestiones de productividad y calidad: incremento de la productividad del sector como un todo, por una parte, y baja eficiencia y eficacia, por otra, con el consiguiente riesgo inmediato para los usuarios.

Por otro lado, la sociedad brasilera busca consolidar un proyecto de democratización del sistema de salud, como resultado de un proceso de crítica y reflexión sobre la práctica hegemónica que venía siendo consolidada desde hace largo tiempo, y que, principalmente en las últimas décadas, se orientaba hacia un sistema fragmentado y elitista que privilegiaba a grupos y fortalecía la privatización del sector. En este proyecto, conocido como Movi-

miento de Reforma Sanitaria Brasileira, se presenta un sistema único de salud enmarcado en los principios de universalización, equidad, integralidad, descentralización y participación popular, que concibe a la salud como derecho de los ciudadanos y deber del Estado. Para alcanzar estos principios, el país ha considerado necesario reorganizar las estructuras institucionales con los objetivos de integrar instituciones, y regionalizar y jerarquizar la red asistencial.

Para el avance de este proyecto político y el alcance de sus principios y objetivos se vuelve imperativo poner en acción estrategias políticas que puedan recuperar todos los componentes infraestructurales del sistema de salud, y dentro de estos, la cuestión de la cualificación de los trabajadores en general y del personal de nivel medio y primario en particular. Esto sólo puede lograrse a través de acciones específicas de cualificación.

En ese contexto, conformado por un planteamiento político claro, inmerso en toda una realidad brasileira actual, el país enfrentó el problema mencionado a base del desarrollo de un vasto programa de capacitación, de tipo permanente y ejecutado en la realidad de los servicios de salud. Se le llamó "Proyecto de Larga Escala". Este, como propuesta política, no puede ser visto como un proyecto con una estructura y organización de planteamientos rígidos; cada unidad federada que lo implementa guarda y mantiene su organicidad. Así los elementos de apoyo hacen parte del desarrollo de estructuras permanentes destinadas al servicio y al apoyo educativo, que a partir de una orientación doctrinaria común y de aspectos legales estatales y federales asumen las características específicas de sus áreas respectivas de trabajo. El Proyecto ha requerido del apoyo de un centro formador, la Escuela Técnica de Salud, pero esencialmente, de la preparación de instructores/supervisores, y la elaboración de materiales de instrucción pertinentes al proceso y al tipo de propuesta pedagógica.

En el momento actual, este tipo de organización y estructura educacional garantiza:

- la enseñanza multiprofesional;
- la centralización de los procesos de administración escolar;

- la descentralización de la ejecución curricular;
- la utilización de profesionales del nivel superior de la red de servicio como instructores; y
- el acceso del personal empleado o en vías de ingreso al sector, como aprendices.

Las estructuras de apoyo en el momento están siendo organizadas por cada unidad federada, y se constituirán en espacios organizados para el desarrollo de materiales de instrucción y la búsqueda de conocimientos para el avance de los procesos de cualificación en el área de salud.

Sin embargo, la práctica del proyecto Larga Escala ha constatado que el momento fundamental lo constituye la utilización plena, como instructores, de profesionales del nivel superior empleados en la red de servicios. Para el ejercicio coherente de la función docente, de acuerdo con la propuesta metodológica, se hacía necesario prepararlo según los principios de la propuesta, lo que, en último análisis implicaba romper con patrones y concepciones educacionales bastante arraigados en estos profesionales. De este modo concebimos un programa de capacitación pedagógica integral que a través de la reflexión crítica de la práctica pedagógica, busca construir una nueva forma de actuar. A partir de esta capacitación, la propia práctica de su trabajo como facilitador se encarga de consolidar una nueva forma de enseñar. La práctica constató igualmente que la inserción de profesionales del nivel superior en los servicios de salud del país, en condición de supervisores, se distancia de los aspectos técnicos específicos en diversas categorías profesionales, y como resultado de esto, que el dominio de conocimientos y habilidades específicos necesitaba de acciones de recuperación y complementación.

Toda esta preocupación vino a asegurar la concepción básica de que la función docente en el personal del nivel superior es inherente a la función del supervisor en el proceso colectivo de trabajo en salud. Entendemos como supervisor o facilitador, a aquel profesional que organiza y controla el proceso de trabajo del conjunto de profesionales de su área específica y que, cuando es necesario, asume inclusive aspectos de asistencia directa. Así se evita la institucionalización de la dicotomía entre los

instructores (también llamados "docentes") y los prestadores de servicios, porque esta dicotomía hace no viable la propia propuesta metodológica de integración del aprendizaje en el servicio del proyecto Larga Escala. En síntesis, se trata de una concepción integral de la práctica profesional del nivel superior articulada colectiva y específicamente para la consecución de los objetivos de la reforma sanitaria brasilera.

La instrucción en el trabajo se apoya necesariamente en materiales apropiados. En general, los materiales educativos en salud en general son escasos. Incluso los programas más tradicionales señalan la carencia de este apoyo didáctico, la baja calidad del existente, y su limitada pertinencia en términos de áreas temáticas, así como su distribución reducida. Para el proyecto Larga Escala esta situación constituye un área crítica y se presenta como un desafío de promover la producción de materiales que puedan apoyar el proceso metodológico. Estamos aún en una fase bastante artesanal, enfrentando esta cuestión. Algunos grupos constituidos con el objetivo de desarrollar materiales de instrucción enfrentan dificultades técnicas, metodológicas y financieras. Las dificultades técnicas surgen de la complejidad de recortar todo conocimiento que informa sobre una determinada práctica; las dificultades metodológicas incluyen el problema de adaptar el lenguaje y la forma a distintos niveles de abstracción de los alumnos, y las financieras surgen, en un país extenso como Brasil, como consecuencia de la movilización y transporte de facilitadores o participantes en encuentros y jornadas.

En cuanto a los aspectos metodológicos, la propuesta pedagógica procura viabilizar la instrumentación de contenidos en forma participativa y ante situaciones y ámbitos concretos.

Entendemos a los trabajadores de nivel intermedio en el área de salud de Brasil como adultos provenientes de estratos populares, marginados del sistema formal de educación, pero, a pesar de esto, hombres social e históricamente determinados, con capacidades cognoscitivas y, por tanto, aptos para construir conocimientos y habilidades específicos para la formación plena de su ciudadanía. En consecuencia la dimensión política de la estrategia puede expresarse como "viabilizar la formación para la ciudadanía"

plena a través de la legitimación social de su práctica y su cualificación específica".

Para ser congruente con esa intencionalidad política se impone el uso de una metodología coherente. Partiendo del supuesto de que la interacción entre el sujeto y el objeto del proceso de aprendizaje está intermediada por estructuras cognoscitivas (esquemas de asimilación desarrollados por Piaget), conceptos y estructuras mentales en relación con la inserción cultural y social del sujeto, tomamos sus formas de aprender como un elemento fundamental.

En suma, se presenta una experiencia de capacitación de personal del sector salud en Brasil, que es permanente, multidisciplinaria y enmarcada en una realidad concreta. Para ello se ha contado esencialmente con una infraestructura esencialmente de servicios. La organización de estos servicios, en el marco del movimiento de reforma sanitaria, debe ser considerada a partir de la concepción del proceso de trabajo colectivo y específico que responda a las necesidades de la población, que tenga su base en las finalidades de integralidad, equidad, universalidad y resolutividad. Para esto es necesario articular el conocimiento y la tecnología disponibles de acuerdo con las posibilidades de la realidad económica para garantizar el alcance de los objetivos propuestos. En este contexto hay que considerar el trabajo asociado y el papel de cada uno de los trabajadores de este colectivo, destacándose el papel del supervisor como agente integrador.

Solamente con la decisión política de organizar servicios que tengan en cuenta las cuestiones señaladas, es que se aseguran las condiciones concretas para el desarrollo del proceso metodológico; ¿cómo se podría, de no ser así, construir conceptos sobre práctica de inmunizaciones si sólo se cuenta con servicios que no disponen de instrumentos y agentes biológicos para la aplicación de dichas inmunizaciones? El trabajador-alumno del proceso de cualificación en el proyecto Larga Escala solamente avanza en la construcción del conocimiento, en las condiciones concretas de su práctica profesional.

El supervisor, como profesional de nivel superior, cumple en este escenario, como ya ha sido señalado, un papel relevante en la integración de la asistencia, porque

es seguramente el principal actor del proceso de organización de los servicios, una vez que domine el conocimiento y la tecnología. Siendo así, debe, en este proceso, facilitar la construcción del conocimiento en el personal de nivel medio y primario no solamente como conductor del proceso metodológico sino necesariamente como modelo de práctica profesional. Por lo tanto, consideramos imprescindible también la decisión política de ubicar a estos facilitadores en números proporcionales a la cantidad de aprendices (tanto en cantidad como en calidad).

Finalmente, deseamos enfatizar que el proyecto Larga Escala no es una sucesión de etapas o metas que se cumplen de forma sucesiva y aislada, sino un proceso dinámico que se construye día a día como parte de una lucha por la democratización en una realidad social concreta, donde la cualificación es el elemento básico para habilitar a un grupo de trabajadores y, al mismo tiempo, asegurar la mejoría de la calidad de la atención a la que la población de nuestro país tiene derecho.

\*\*\*\*\*

La experiencia de CUBA fué expuesta por los Drs. Juan José Ceballos y Guido Espifeira. En esa exposición se hizo referencia a la vasta gama de logros del sistema de educación continua puesto en práctica en Cuba, ya conocido por la mayoría de los miembros del grupo de consulta; pero se enfatizó en los siguientes aspectos:

- a) Contexto del proceso educativo cubano;
- b) Mecanismos para la identificación de necesidades de educación continuada;
- c) Naturaleza del proceso capacitante; y
- d) Propuestas de trabajo para el futuro.

El marco contextual en el que se lleva a cabo el proceso capacitante del personal que labora en salud está señalado por los lineamientos políticos que emergen del Gobierno Revolucionario Cubano, así como de las resoluciones que fijan los lineamientos y derroteros del proceso, al más alto nivel y en forma quinquenal. El control de las enfer-

medades transmisibles, la vigilancia epidemiológica, la salud de madre y niño, la protección al anciano, los asuntos relativos al saneamiento del medio, y la atención a las enfermedades crónicas constituyen elementos fundamentales del panorama sanitario cubano.

El rol del personal de salud es fundamental en los logros alcanzados hasta ahora por Cuba, y se espera que continuará siendo de igual peso e importancia en los años por venir. De allí la preeminencia que el Gobierno otorga a los procesos capacitantes en salud, como una de las formas de preservar el recurso humano formado para trabajar en el sistema.

Derivadas de esa política quinquenal, de las prioridades en salud y de las necesidades expresadas a nivel provincial y local surgen las demandas de capacitación. Las vías por las que esas demandas llegan a los organismos de decisión educacional son dos: una, la que emerge de las organizaciones populares de salud y que sigue un curso ascendente hasta llegar al nivel provincial, donde son transformadas en objetivos educacionales; otra, la que parte del nivel superior para fines de discusión con los organismos populares de base; es en esta forma, altamente participativa, que son identificadas las áreas-problema que constituyen la base de los procesos capacitantes; son los comités provinciales y locales de educación continuada los encargados de transformar estas necesidades en cuerpos curriculares, técnicos y administrativos.

En lo que se refiere a los procesos capacitantes, en el nivel profesional todas las unidades de servicio de nivel central, provincial y local tienen responsabilidad en la actualización y refrescamiento periódico de su personal. Al nivel central, las direcciones de docencia médica superior y de nivel intermedio proveen los insumos metodológicos, incluyendo la capacitación técnica de los responsables de los programas educativos, la difusión amplia de material bibliográfico y la producción de material audiovisual abundante, sobre las distintas áreas temáticas señaladas para ser cubiertas durante el año.

El programa de educación continuada que se prepara anualmente en todas las provincias y para todos los niveles de personal incluye un importante componente de capacita-

ción pedagógica para los responsables de los distintos programas educativos; la dirección de docencia superior y la de nivel medio cuentan en su personal técnico con metodólogos especializados que se incorporan a los equipos docentes de las provincias, hospitales e institutos politécnicos.

La educación continuada del personal profesional está a cargo del Viceministerio de Docencia del Ministerio de Salud de Cuba; en cuanto al personal técnico medio algunas de las acciones de educación continuada están asignadas a los institutos politécnicos de la salud que funcionan en todas las provincias del país.

En la actualidad el Viceministerio de Docencia estudia la institucionalización del año sabático para los profesionales de la salud; pero el concepto cubano de año sabático se centra esencialmente en la necesidad que los profesionales tienen de dedicar un año entero (cada determinado número de años) al estudio tranquilo, a dedicación exclusiva y a profundidad de sus distintas ramas de trabajo. En el futuro, el año sabático será obligatorio para todo el personal y se incorporarán a sus beneficios otros técnicos de la salud, además de los médicos.

Como complemento al año sabático el Gobierno Cubano ha creado un Centro de Perfeccionamiento ubicado en un edificio que cuenta con aulas, bibliotecas, laboratorios, salas de cómputo, salas de autoinstrucción, y 23 pisos para alojamiento de los profesionales en goce de su año sabático.

\*\*\*\*\*

Finalmente, se solicitó al Dr. Fabio Rangel la exposición de una experiencia diferente, que tiene lugar en la región del Valle del Cauca, en Colombia. Se trata de una experiencia educativa dirigida a equipos de salud del nivel local, en una perspectiva de Atención Primaria.

La complejidad del proceso Salud-Enfermedad en su determinación múltiple (biológica, psicosocial y cultural) y la magnitud de los problemas por resolver, cuyo abordaje impone límites a la acción sanitaria, exige del Sector Salud su incorporación efectiva al proceso de participación social, que siendo progresivo y dinámico obliga a transfor-

mar la práctica en los términos de su fundamentación filosófica, de su proposición programática y del marco de las relaciones del personal de salud entre sus propios miembros, con otros sectores técnicos y con las comunidades.

La educación se perfila entonces como base fundamental del cambio previsto y demanda la interacción de las instituciones formadoras del recursos humano y de aquellas prestadoras de servicios, para que a través de la constante aproximación y actualización del conocimiento se propicie la generación de un nuevo quehacer en salud.

Y es en ese contexto que se enfoca la experiencia que se expone a este Grupo de Consulta, y que NO es un ejercicio que se lleva a cabo a nivel nacional, sino que ha sido conformado en un ámbito reducido, localizado en la región del Valle del Cauca. Ocurre en una Unidad de Servicios Regionalizados, dentro de la actual organización del Sistema Nacional de Salud, que aglutina niveles locales de atención. La Unidad Regional se configura como el ente Administrativo y Técnico que garantiza la ejecución de planes y programas, conforme las políticas de Salud del Sistema; así mismo representa el nivel intermedio (o secundario) de prestación de servicios y punto de referencia de los niveles locales en cuanto a la Atención Médica curativa; depende jerárquicamente del Servicio Seccional, el cual corresponde a la repartición geopolítica de los Departamentos.

Para el año 1984, fecha en la que se pone en marcha el programa educativo, la Unidad Regional de Roldanillo (Departamento del Valle del Cauca) había alcanzado algunos desarrollos significativos, en la disposición de su organización hacia los rumbos de la atención primaria. Desde 1980, identificadas las características de la población en cuanto a su composición (40.50% correspondiente a la población infantil y 44.86% correspondiente a la población en edad reproductiva y económicamente activa), en cuanto a su distribución (69.20% asentada en la zona rural y el 30% restante agrupado en las cabeceras municipales), en lo relacionado con su perfil de salud (definido por la presencia de riesgos típicos de condiciones ambientales y económico sociales deficitarios) y así mismo analizadas las características de la oferta de servicios de salud de corte hospitalario fuertemente institucionalizado, se propicia la

gradual desconcentración de la actividad sanitaria mediante el fortalecimiento de las Unidades Primarias de Atención ubicadas en veredas y barrios, y la conformación de equipos multidisciplinarios inducidos para desempeñarse en el ámbito comunitario, en el área de influencia de los tres niveles locales que componen la Unidad Regional (Municipios de Roldanillo, Bolívar y el Dovio). Estos equipos fueron integrados por funcionarios de atención a las personas y atención al ambiente, superando la distancia existente entre ambos; así mismo fue incorporado a ellos el nivel decisorio de la institución de tal forma que fuera posible dar respuesta a las inquietudes surgidas en la interfase con las asambleas de vecinos, punto de despegue de procesos de participación comunitaria. Simultáneamente, los directivos inician la contactación y motivación de otros sectores acreditados en la región, especialmente el sector de Educación y el de Fomento y Desarrollo Agropecuario, con el fin de integrar un frente común, y concertar acciones en el terreno; experiencias de información y educación sanitarias fueron puestas en función con el ánimo de fortalecer la disposición de los líderes y desarrollar habilidades de comunicación en los agentes de salud. El equipo ha podido ejercitarse en un esforzado trabajo extramural de ambiciosas proyecciones, mediante una serie de expediciones multi-sectoriales a los confines de la zona de influencia, en donde habitan comunidades de indígenas y colonos.

Estos desarrollos entran dentro del marco del convenio de integración docente-asistencial formulado entre la Universidad del Valle (Departamento de Medicina Social) y el Servicio de Salud; e hicieron evidente para la Unidad Regional y para la Universidad, la necesidad de configurar una alternativa de Educación Continuada que permitiera aproximar los elementos necesarios para la reorientación de los servicios y la redefinición de los cometidos del personal de salud.

El Proceso Educativo: Está insertado en el quehacer cotidiano de los servicios con el fin de no interrumpir la marcha normal de los programas; esto implicó para la Unidad Regional un ajuste de sus horarios y la programación de sesiones semanales periódicas; para la Universidad, implicó disponer a sus docentes para un ejercicio extramural dirigido a personal en plena actividad laboral y con distintos niveles de formación académica, lo que representaba una ex-

perencia poco común. Considerándose que el proceso educativo debería afianzarse en la realidad propia del entorno, en el cual el personal de salud desarrolla sus funciones, se elaboraron los contenidos educativos con base en la selección de temas que los funcionarios de los servicios consideraron de particular interés, los cuales se organizaron en Unidades Teórico-Prácticas, así:

- a) Estrategia de atención primaria. (Unidad Introdutora)
- b) Epidemiología. (Sobre todo el uso del método epidemiológico como herramienta de trabajo)
- c) Administración en salud.
- d) Educación Comunitaria. Desarrollada a través de 3 etapas fundamentales, en comunidades y grupos en programas especiales de Salud Pública;
- e) Participación Comunitaria. Que tiene por objeto racionalizar el potencial de los habitantes y sus organizaciones para intervenir de manera activa y deliberante en el proceso de su desarrollo. Identifica las características que ha tenido la Participación Comunitaria en el contexto nacional y permite revisar la oferta de los servicios en el marco del modelo económico social prevalente.
- f) Metodología de investigación. De manera explícita y en contraposición a la figura del investigador distanciado de la realidad objeto del estudio, propone la labor investigativa como medio permanente de conocimiento y transformación, tras la búsqueda de soluciones a problemas concretos del funcionamiento de los servicios y en donde los investigadores son sujetos actuantes. Introduce a los estudiantes en los elementos del método para el reconocimiento del problema, formulación de hipótesis, observación y análisis, enfatizando en conceptos de investigación participativa.

- g) Tecnología de Programas. En forma participativa se efectúa una revisión crítica de los modelos de programas innovadores formulados a nivel universitario, que se apoyan fundamentalmente en la extensión de coberturas, a través de la delegación de funciones y el diseño de técnicas y procedimientos simplificados.

La Propuesta Pedagógica: Partimos de considerar la Educación Continua como un proceso dinámico permanente articulado a un contexto general de una realidad específica, donde los factores sociales, económicos, culturales y políticos están ligados a la prestación de los servicios y determinan el perfil de enfermedad típico del área; sobre esta base, la pedagogía se apoya en la comunicación de doble vía que permite el aprendizaje mutuo del docente y del estudiante acerca de la dinámica de los factores enunciados.

Sobre la base de una relación horizontal a través del diálogo e instrumentada mediante el análisis de problemas observados en el trabajo cotidiano, los miembros del equipo de salud pudieron confrontar su desempeño individual e intercambiar sus conocimientos, en un clima en el que se intentó superar diferencias de rango o profesionalismo.

Los fundamentos pedagógicos de resumen así:

- Estímulo a la capacidad de reflexión mediante la participación individual y colectiva, organizada y sostenida.
- Fomento de la creatividad y sentimientos de solidaridad dentro del grupo.
- Aproximación del conocimiento a través de las experiencias vividas y de la realidad local.
- Reinvidicación del diálogo como parte del proceso educativo.

La metodología se diseñó de tal forma que permitiera concretar la fundamentación anotada, incluyendo dinámicas grupales por medio de la utilización de juegos, elaboración de materiales de estudio, interpretación de material vi-

sual, estudios de caso referidos a la experiencia individual y grupal; exposiciones docentes breves para la precisión de conceptos e investigaciones de campo seleccionadas a partir de los temas tratados en las Unidades Educativas y que representaban el componente de aplicación práctica de los mismos.

TODO EL PROCESO DE DESARROLLO SIGUIENDO LAS ETAPAS DEL METODO DE EDUCACION ACTIVA-PARTICIPATIVA, EN LA SECUENCIA SIGUIENTE:

- RECUPERACION DE LA PERCEPCION SUBJETIVA DE LAS DISTINTAS CATEGORIAS DE PERSONAL INTEGRANTES DEL EQUIPO;
- COLECTIVIZACION DEL CONOCIMIENTO OBTENIDO, BUSQUEDA DE PUNTOS COMUNES Y CATEGORIZACION;
- PROBLEMATIZACION O CONFRONTACION Y ANALISIS CRITICO;
- INSTRUMENTACION O INCORPORACION DE NUEVOS CONOCIMIENTOS NECESARIOS Y; FINALMENTE
- REINTERPRETACION O TRANSITO HACIA LA ACCION TRANSFORMADORA DE LA REALIDAD ESTUDIADA.

El personal de salud, integrado por profesionales médicos, enfermeras, odontólogos, ingenieros sanitarios y administradores, por técnicos de enfermería, estadística y laboratorio y por promotores de salud y saneamiento, en número de aproximadamente 100 personas organizadas en grupos interdisciplinarios, tuvo la oportunidad de expresarse libremente, valorándose su intervención y estimulando la capacidad de producción de ideas de cada uno, lo cual disminuyó sensiblemente la reserva característica para manifestar la opinión que es observable cuando se confrontan auxiliares, técnicos y promotores, con profesionales.

El grupo docente de manera deliberada hubo de nivelar o ajustar su discurso, de tal manera que los conocimientos presentados tuvieran igual accesibilidad y provocarían igual grado de interés para agentes de salud con distintos grados de capacitación en el sistema formal. Si bien no todos los docentes habían tenido experiencias de este tipo, no fué difícil su adaptación al proceso.

Resultados: La experiencia de educación participante orientada a la atención primaria ha tenido vigencia ya por tres años, durante los cuales adquiere solidez el hábito del estudio integrado al trabajo y se fundamenta una conciencia de la necesidad de actualización constante del saber, en el personal de salud.

Los logros obtenidos se situaron más a nivel del interior del proceso educativo y de la cualificación individual y grupal, pero no se proyectaron hacia la reorientación de la prestación de servicios, por razones de índole estructural todavía pendientes de superar.

Con relación a la Unidad Regional de Salud, la actividad educativa dirigida exclusivamente al llamado equipo de Atención Primaria, no catalizó la distancia existente entre este personal y el del Nivel Secundario de Atención conformado por especialistas médicos y paramédicos de las áreas clínicas, con funciones netamente hospitalarias.

Hubo sin embargo un sensible adelanto en la integración y consolidación del equipo, lo que estaba establecido como un objetivo educacional de capital importancia. Cada uno de los miembros reconoció el valor del desempeño de los otros, relevándose particularmente el trabajo del personal auxiliar y promotor, generalmente subestimado con relación al trabajo del profesional. Se interpretó la perspectiva del cambio como un cometido de esfuerzos reunidos y se identificó la complementariedad de los saberes de distintos grados de complejidad en la escala de jerarquías y asignación de responsabilidades.

El desarrollo de la capacidad crítica y analítica se percibió cada vez que los individuos y los grupos fueron profundizando su reflexión y adquiriendo la capacidad para cuestionar el saber impuesto. La superación de las categorías reduccionistas de análisis y el reconocimiento de la múltiple determinación de los fenómenos sociales, amplió el horizonte, generando la inquietud por indagar y ahondar en las fuentes de nuevo conocimiento. Surgió también, paralelamente, un grado de conciencia social que motivó la búsqueda de mejores condiciones de vida para los sectores más marginados de la población.

Desde el punto de vista del trabajo práctico resultante de la acción educativa, se potenció la capacidad del grupo para desarrollar investigaciones articuladas a cada una de las unidades de instrucción; el trabajo de campo realizado en el ámbito de la comunidad, incorporó el marco histórico, social, político, económico y cultural del acontecer comunitario; esto se expresó en forma de estudios sobre el perfil de salud (como complemento a la Unidad de Epidemiología), y la formulación preliminar de un Plan de Salud para la Unidad Local (como complemento al módulo de administración), así como el montaje de modalidades y metodologías no formales de trabajo educativo.

Creemos que la experiencia confirma la viabilidad y el beneficio indiscutible de la actividad educativa permanente y de los métodos de educación-participativa dirigidos al personal de salud en servicio, pero consideramos que es necesaria una mayor voluntad de la decisión para que se integren de manera definitiva, como política general, en el derrotero del desarrollo de los servicios de salud, del desarrollo de sus recursos humanos y del mejoramiento de su capacidad operativa.

\*\*\*\*\*

Para finalizar esta etapa, se hizo un análisis de la propuesta de Reorientación de la Educación del Personal de Salud en la Región de las Américas, tal como ha sido preparada por la Organización Panamericana de la Salud, confrontándola con las cuatro experiencias nacionales presentadas al Grupo de Consulta. Se hizo evidente la diversidad de formas operativas con que pueden irse desarrollando estos cambios necesarios en el campo de la actividad educativa. En resumen:

El contexto de los procesos educativos forma la base racional para las decisiones técnicas y metodológicas del proceso educativo; su conocimiento e interpretación por parte de los actores sociales del mismo, son elementos críticos; y ello se evidencia claramente en las cuatro experiencias presentadas, sobre todo en las de Brasil y Cuba.

La necesidad de identificar las necesidades de aprendizaje fué evidenciada claramente, con base en los distintos niveles del contexto, en las experiencias de México y Colombia.

Las opciones metodológicas para instrumentar el proceso educativo son múltiples y variadas; la selección de una alternativa se fundamenta en criterios de viabilidad, factibilidad y pertinencia; y dentro de éstas, son fundamentales la decisión política y la capacidad técnica de los responsables para introducir opciones que representen realmente un cambio educativo; las experiencias presentadas corroboraron lo anterior, ya que cada una de ellas fundamenta su presentación en estrategias educativas de lo más variado, desde los modelos formales y estructurados (el caso de México y Cuba) hasta los menos estructurados, más espontáneos y participativos (la experiencia brasilera y la regional del Valle en Colombia). Pero todas ellas coherentes con su contexto y con los principios políticos y criterios de factibilidad reales.

\*\*\*\*\*

#### 4. Discusiones grupales

El grupo consideró relevante analizar el papel de los procesos capacitantes en el desarrollo de los servicios, de salud y en la sociedad misma, concluyendo que es importante reconocer que la educación permanente por sí sola no tiene la fuerza suficiente para realizar la transformación de los servicios de salud, pero si se desarrollan procesos de transformación, la educación debe aprovechar coyunturas y participar en los procesos preparando el recurso humano para poder fortalecer los procesos de cambio. Por lo tanto, estas acciones deben desarrollarse simultáneamente con los procesos de desarrollo en los servicios de salud, replanteando el papel de los recursos humanos en términos de una correlación o coincidencia con las exigencias de esa transformación, las expectativas de la población y la eficiencia de su función social.

En este sentido sí es factible concebir la educación como base fundamental del cambio, propiciando la generación de una nueva práctica de salud a través de una constante aproximación a la reflexión, actualización y generación del conocimiento.

No obstante, se plantea que una nueva revisión de la Educación Continua pasa por el reconocimiento de la misma como un "espacio", que por sí sola no garantiza la trans-

formación de los servicios, pero que dependiendo de las coyunturas de cada país, podrían apoyar en mayor o menor grado, el proceso de transformación deseado.

Este "espacio" tendrá que definir si su objetivo filosófico fundamental es "apoyar la transformación de los servicios" o "promover la extensión de cobertura" únicamente.

Implica pues, una definición del objeto de trabajo de la educación, a partir de un análisis contextual de cada realidad, y referido a los aspectos sociales, económicos y políticos, y no sólo a los aspectos pedagógicos.

Dentro de esta propuesta de análisis, se considera importante abordar el problema de los recursos humanos en salud tomando en consideración aspectos tales como:

- a) El papel del Estado dentro de las políticas sociales de un país, así como la caracterización de las políticas de bienestar, y
- b) El rol de la sociedad civil: ¿cómo ésta es capaz de llevar a la discusión política sus propias demandas?

Como estrategias para su implementación, el grupo sugiere:

- a) Utilizar las concepciones y el pensamiento estratégico tratando de identificar siempre las diferentes fuerzas que componen el sistema, e
- b) Incorporar una moción de análisis sobre el significado operativo de "transformación" de los servicios, y manteniendo esta reflexión a lo largo de todo el proceso.

### III. ALTERNATIVAS PARA UN CAMBIO EDUCACIONAL



1. La identificación del contexto de los procesos educativos

1.1 Inducción al tema, Dr. Hugo Mercer, Argentina

Toda estrategia orientada a la oferta de servicios de salud eficaces y eficientes coloca en el orden del día la necesidad de desarrollar un sistema nacional de Educación Permanente descentralizado. Este sistema deberá basarse en las necesidades educativas para mejorar la situación de salud. Este es el mensaje esencial y el compromiso que subyace en la meta SPT-2000. Implica, entre otras premisas, la necesidad de replantear la concepción de la educación y los procesos pedagógicos que se aplican en el sector salud.

Se denomina educación permanente o continua al tipo de educación en la que se destaca el carácter de actualización del fenómeno educativo y el hecho de que el proceso no finalice y sea duradero. La educación permanente pretende lograr los siguientes objetivos dentro de una organización:

- Estar presente en todo momento de la carrera de un profesional.
- Proyectarse más allá de la sala de clase o de la escuela.
- Rebasar su acción más allá del sistema escolar.
- Reconocer la posibilidad de ejercer funciones educativas a otros organismos y agentes sociales, además de la escuela y el profesor.

El conocimiento se origina en necesidades o problemas sociales dentro de un proyecto histórico. La programación para alcanzar un saber es sinónimo de programas para alcanzar un modo de resolver un problema o necesidad social.

El conocimiento puede alcanzar validez y reconocimiento sin que importe el origen o el modo de adquisición.

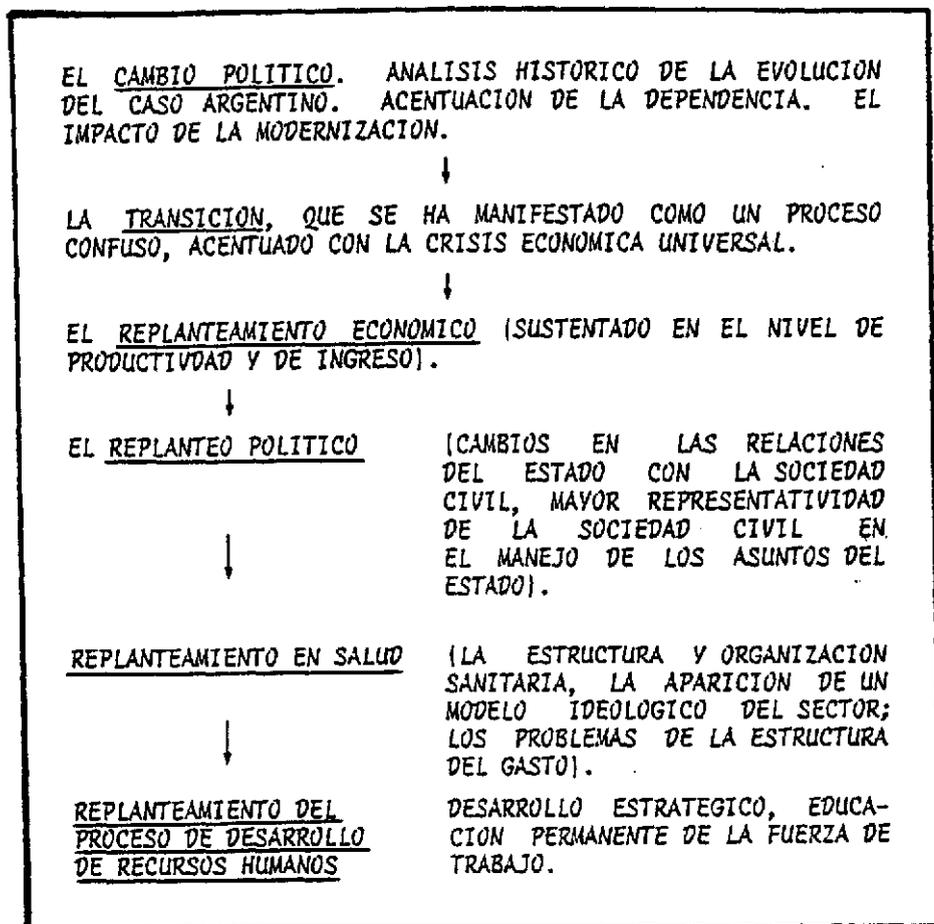
La actuación de un trabajador puede ser el punto de partida de su saber real, verificable, que determine o programe su aprendizaje subsiguiente. La situación opuesta se da cuando el profesor comienza donde él supone que los estudiantes saben.

Este tipo de educación permanente--sin divorcio del trabajo y de la producción en salud--ligada a los servicios y a la práctica donde están inmersos los profesionales, constituye un factor de transformación de dicha práctica de salud, al incorporar nuevos conocimientos y prácticas para solucionar problemas biológicos y sociales.

En síntesis, se afirma que la educación del personal de salud, concebida como proceso permanente, promueve el desarrollo integral de los trabajadores del sector, utilizando el espacio, el contexto y la cotidianeidad del trabajo y el análisis y resolución de los problemas reales, corrientes y prevalentes, como los instrumentos y las situaciones más apropiadas para el proceso de enseñanza-aprendizaje.

Visto así, es fácil comprender entonces la necesidad de que los procesos capacitantes de la fuerza de trabajo del sector, estén articulados con una serie de elementos que conforman el contexto real en el cual se da la práctica de salud, y el desarrollo de los recursos humanos necesarios.

El ponente resumió la secuencia seguida por el grupo de profesionales argentinos, destacando, como elementos relevantes del contexto, en el caso argentino, los siguientes (ver cuadro en la siguiente página):



Con base en este esquema de trabajo, el grupo de profesionales argentinos estuvo en condiciones de realizar un análisis de la situación de salud, en el marco de las realidades sociopolíticas y económicas del país. Al decidir el Gobierno iniciar un vasto programa de Educación Permanente, este análisis fué fuente importante de normas para identificar los elementos críticos que conforman el contexto de los programas educativos.

Así, analizar la política de salud en una sociedad nacional supone la utilización de un sistema de categorías de percepción que permitan definir el objeto, sus dimensiones y una estrategia metodológica pertinente.

En primer lugar, es necesario tener en cuenta que las sociedades contemporáneas son todas sociedades nacionales/estatales, esto es, dotadas de una organización política que extiende su presencia a lo largo y ancho de un espacio territorial delimitado. El Estado, figura política contemporánea dominante, adquiere diferentes modalidades de existencia, pero tiene un rasgo estructural característico: es la única institución social que posee el monopolio del uso o de la amenaza del uso de la violencia física legítima. Sobre estas bases, puede realizar intervenciones o tomar decisiones que son de acatamiento obligatorio para los miembros de la sociedad. Este carácter impositivo de las acciones estatales las diferencia de las acciones y decisiones de otras organizaciones sociales.

La política de salud supone una serie de acciones o intervenciones sociales específicas. Estas son obra de actores individuales y colectivos. Las políticas son concebidas y ejecutadas por agentes dotados de intereses y capacidades específicas (expertos, funcionarios, políticos, sindicalistas, representantes de la industria de la salud, profesionales de salud). Es importante señalar a cada actor particular y sus relaciones, por ejemplo, el gremio de los profesionales de la salud mantiene relaciones de competencia/cooperación con otros grupos interesados en la salud, de tal modo que su propia fuerza es función de una relación y de un juego de estrategias donde cada actor pone en obra sus propios recursos con el fin de prevalecer en la decisión. La lucha y el conflicto constituyen dimensiones características de las relaciones entre los grupos e individuos que intervienen en las políticas de salud.

Estos y otros elementos, asociados a las razones que el Estado tiene y propone para la decisión de centralizar ó descentralizar, aportan un elemento fundamental de trabajo para conformar el marco para la capacitación del personal.

Se estructura así un nivel general para el contexto constituido por los factores mencionados, considerados en el marco de la crisis económica universal y las circunstancias políticas de latinoamérica en el momento actual; un nivel intermedio, conformado por las políticas y estrategias de salud adoptadas por el Estado, y en nivel particular señalado fundamentalmente por las características de la infraestructura de servicios.



Tales categorías sirven de base para contextualizar los procesos educativos, pero no pueden tener aplicabilidad universal ya que el propio contexto determinará el alcance y amplitud de su análisis y el abordaje de otras variables. Asimismo, cada uno de los elementos a considerar deberán ser priorizados por cada país de acuerdo a condiciones particulares; (el análisis de los recursos disponibles, la demanda de fuerza de trabajo, por ejemplo).

Si bien "el análisis de la situación general del país y los planteamientos políticos de gobierno", NECESARIAMENTE son el punto de partida en el análisis contextual como origen de los procesos capacitantes, no se desconoce que en algunos casos se pueden dar otros factores condicionantes o coyunturas que movilicen los procesos capacitantes y modifiquen los planteamientos políticos en salud. En este sentido, el grupo recomienda enfatizar en las necesidades de incorporar el uso de la prospectiva y el enfoque estratégico al análisis de situación contextual, ya que permite configurar los probables escenarios futuros, incluyendo no solamente los determinantes y variables económicas y demográficas sino además:

- Las situaciones deseables y la imagen objetivo que se pretende alcanzar y viabilizar.
- Las tendencias de los procesos y los fenómenos relevantes incluidos, analizados en una dimensión histórica social, actual y prospectiva.
- Los grupos o actores sociales relevantes en tales tendencias, considerando las circunstancias actuales y prospectivas de tales actores.
- Las propuestas de intervención, redefiniendo momentos, instrumentos e intensidad (tiempo político, técnico y económico).

En este marco que se ubica la propuesta presentada por el Dr. Mercer, que utilizó la variable "gasto en salud" como la de mayor peso en la caracterización de la problemática actual de recursos humanos.

Como conclusiones, el grupo recomendó:

- Que el análisis del contexto se haga por igual en los niveles macro (políticas gubernamentales), intermedio (contexto institucional) y micro (incluyendo las características particulares del trabajo y perfiles de cargo).
- Estimular mayor interés en el nivel macro, y no solamente el micro como sucede actualmente.
- Incorporar en los programas los resultados del análisis del contexto, no solamente a la hora de tomar decisiones sobre contenidos, sino también como criterio contribuyente para tomar decisiones metodológicas; esto tiene importancia para determinar la aceptabilidad de las propuestas de transformación educacional en los grupos involucrados.
- La promoción de la participación social requiere de un análisis de las características de las poblaciones envueltas, sobre todo a nivel local.

\*\*\*\*\*

## 2. Identificación de las Necesidades de Capacitación

### 2.1 Inducción al Tema, Dr. José Manuel Alvarez Manilla, México

En la experiencia mexicana, la definición de las necesidades de educación permanente del personal de los servicios de salud es el punto de partida de una cadena de actividades que transita por la definición de los objetivos del proceso educativo y de las estrategias educacionales; por el diseño de la metodología educativa y el desarrollo y la producción de los apoyos a la enseñanza; y que finaliza en la ejecución y la evaluación de las actividades capacitantes; en ese marco, las necesidades educativas son consideradas, en última instancia, como la diferencia entre la capacidad real del personal en su conjunto y de cada trabajador en lo particular, y la requerida para ejecutar las actividades profesionales que demandan los puestos que un modelo de servicio establece para satisfacer los requerimientos de servicios de salud de una población.

En general, los grupos de trabajo mexicanos han abordado este problema diferenciando la "necesidad normativa" (necesidad para resolver una situación-problema específico), de la "necesidad sentida" (expresada por un individuo o una población), de la "necesidad expresada" (necesidad sentida transformada en demanda) y de la "necesidad comparada" (resultado de la comparación de lo que sucede en un servicio de salud con otro del mismo nivel y complejidad).

En México, la modalidad principalmente utilizada para este trabajo en el sistema de salud a nivel de jurisdicciones sanitarias, ha sido la identificación de los motivos de consulta más frecuentes en el primer nivel de atención; para ello, se procede así:

- a) Se identifica a un grupo de médicos considerados como expertos en el manejo de problemas de salud del primer nivel de atención (médicos generales/familiares), que además sea representativo del medio nacional conforme a criterios geoeconómicos y epidemiológicos.
- b) Se efectúa un panel de expertos con estos médicos, con el propósito de que identifique los motivos más frecuentes de consulta a nivel nacional. La identificación de estos motivos de consulta se lleva a cabo con base en los siguientes dos criterios:
  - Análisis del panorama epidemiológico de la zona geográfica de la cual proviene el usuario;
  - La experiencia de cada médico derivada de su práctica diaria.

Definida una lista inicial de motivos frecuentes de consulta, se procede a depurarla con base en los siguientes criterios:

- a) Magnitud: Se valora el impacto de cada problema en cuanto a su repercusión individual, así como en su carácter de factor de riesgo para la salud familiar y comunitaria.

- b) Trascendencia: Se analiza si el problema bajo estudio causa o no incapacidad funcional y/o psicosocial, y si ésta es parcial o total.

Una vez depurada la lista se pudieron precisar 38 motivos de consulta, los que fueron agrupados en las categorías de análisis siguientes (ver cuadro en la siguiente página):

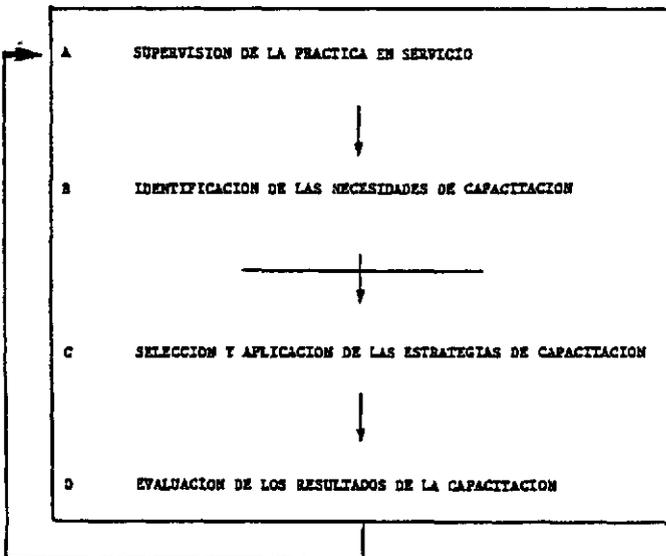
<p>PROBLEMAS DE SALUD INFECCIOSOS Y/O TRANSMISIBLES Y/O AGUDOS</p>	<p>PROBLEMAS DE SALUD CRÓNICO-DEGENERATIVOS</p>	<p>PROBLEMAS DE URGENCIAS</p>	<p>PROBLEMAS DE SALUD PRIORITARIOS EN NIÑOS Y MUJERES</p>	<p>ESTADOS FISIOLÓGICOS POPULARES Y ESPECIALES</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Infecciones respiratorias</li> <li>- Gastroenteritis</li> <li>- Amibiasis</li> <li>- Parasitosis</li> <li>- Aftas bucales</li> <li>- Tuberculosis pulmonar</li> <li>- Colera irritable</li> <li>- Síndrome ulceroso</li> <li>- Hepatitis</li> <li>- Enfermedades de contacto sexual</li> <li>- Infecciones urinarias</li> <li>- Síndrome de ojo rojo</li> <li>- Dermatitis</li> <li>- Enfermedades zoonóticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermedad cardiovascular</li> <li>- Arteriosclerosis</li> <li>- Hipertensión arterial</li> <li>- Fiebre reumática</li> <li>- Diabetes</li> <li>- Obesidad</li> <li>- Cirrosis hepática</li> <li>- Enfermedad articular</li> <li>- Síndrome climatérico</li> <li>- Crisis convulsivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intoxicación por alimentos o fármacos</li> <li>- Quemaduras</li> <li>- Fracturas, seguincos y luxaciones</li> <li>- Picaduras y mordeduras</li> <li>- Intoxicación alcohólica</li> <li>- Paciente inconsciente de primer contacto</li> <li>- Diagnóstico y referencia de abúsoos agudos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desnutrición</li> <li>- Problemas ortopédicos en niños</li> <li>- Transtornos menstruales</li> <li>- Cervicovaginitis</li> <li>- Detección oportuna del cáncer</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control prenatal, parto y puerperio</li> <li>- Control del niño sano</li> <li>- Planificación familiar</li> </ul>

El siguiente paso es la elaboración de listas de cotejo de procedimientos específicos relacionados con cada uno de los 38 motivos de consulta, a fin de que puedan servir tanto como instrumentos de enseñanza como de instrumentos de supervisión/evaluación. Las listas se elaboran por tipo de personal, y de acuerdo con las funciones, actividades y tareas correspondientes a cada una.

La necesidad de capacitación se identifica a partir de estos "perfiles" mediante la evaluación y el análisis de la forma en que el trabajador realiza los procedimientos confrontada con el modo que señala la lista de cotejo correspondiente.

En general las listas de cotejo se elaboran tomando como referencia los criterios técnicos de ejecución propios del procedimiento, y la normatividad técnica que institucionalmente la Secretaría de Salud ha establecido para cada uno de ellos, lo que significa que son la traducción práctica de los manuales de procedimientos y de las normas técnicas, y expresan lo que en su trabajo el individuo debe realizar.

La supervisión es uno de los medios utilizados para llevar a cabo esta identificación; su desarrollo se esquematiza a través de 4 componentes básicos, así:

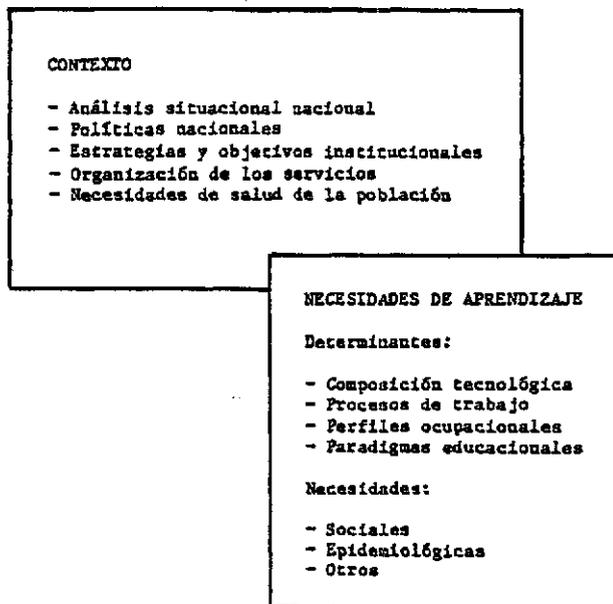


## 2.2 Discusión sobre el tema (trabajo grupal)

El análisis de este componente de la propuesta de educación permanente, se inició con una discusión acerca de quien determina las necesidades de aprendizaje de los trabajadores de salud, habiéndose reconocido que generalmente éstas son propuestos por el nivel central o técnico normativo de las instituciones de salud. Se concluye que, en tal sentido, lo que se propone regularmente son "necesidades de áreas/temas de capacitación" y no necesariamente "necesidades de aprendizaje", ya que en esta última no participan, regularmente, los trabajadores de salud.

Siguiendo esa línea de pensamiento señalamos que las áreas de capacitación están determinadas por la organización de los servicios de salud, que a su vez está relacionada con las necesidades de salud de la población, y expresadas en torno a la utilización tecnológica, el proceso de trabajo, los perfiles ocupacionales de los trabajadores y los paradigmas educativos. En ese entendido, la organización de los servicios y las necesidades de salud son los elementos que más influyen para determinar las necesidades de aprendizaje.

Esquemáticamente lo anterior puede representarse así:



En otro nivel de discusión, el grupo describió las diferentes experiencias metodológicas para identificar las necesidades de capacitación que están desarrollándose en diferentes países. Estas experiencias presentan modalidades diversas que van desde la "detección individual de temas claves de capacitación", asociadas a la evaluación de desempeño y con utilización de profesiogramas, guías de identificación con supervisión del jefe inmediato y aplicación de encuestas. En otros países, la experiencia es todavía incipiente y no existen metodologías definidas para la detección de necesidades de capacitación.

Por otra parte, el grupo considera que algunos aspectos de estas experiencias pueden ser cuestionados, sobre todo debido a que las mismas parten de un análisis individual de las necesidades de cada trabajador, realizadas con base en la evaluación de las tareas definidas por el sistema salud tradicional; en cierta medida, esto desvirtúa el resultado del análisis porque el desempeño está determinado, en gran parte, por las condiciones mismas del trabajo y por la infraestructura en la cual está inserto.

Esta detección generalmente la realiza el nivel central, con metodologías preestablecidas y con orientaciones que frecuentemente inducen al trabajador a una confusión de su rol. Esta confusión provoca resultados tales como la elección de una actividad capacitante basada en que le permitirá obtener un trabajo con mayor remuneración económica, generalmente en el sector privado, sin que ello tenga mayor repercusión en la mejoría de su desempeño de acuerdo a las necesidades de la comunidad en la cual trabajará.

En esta línea de pensamiento se ubica la investigación participativa de esas necesidades colectivas de capacitación, y el grupo señaló criterios generales para su instrumentación, siguiendo una línea coherente de la Educación Permanente como "espacio" que apoya la transformación de los servicios, y señaló que:

- La viabilización social para implementar un buen sistema de detección de necesidades de capacitación depende en gran parte del contexto político.

- Si la modalidad de trabajo en los servicios debe definirse de abajo hacia arriba, el sistema de Educación Permanente debe ser coherente con ese planteamiento, y en este sentido, la identificación de necesidades de capacitación también tendría que definirse de abajo hacia arriba, con base en la identificación y el análisis de los problemas de salud de cada sistema de salud.
- Un tercer elemento a considerar es que la educación es un instrumento para desarrollar la capacidad de análisis y reflexión de los trabajos sobre su propio desarrollo, sin perder de vista que ese desarrollo debe responder fundamentalmente a la solución de los problemas de salud y de enfermedad.

Por otra parte, se consideró que el método presentado por México para identificar necesidades de capacitación está orientado a la búsqueda de eficiencia, toda vez que de algún modo México ha progresado notablemente hacia una coordinación de servicios de salud orientada hacia la equidad. Es preocupación mayor ahora el dar mayor eficiencia al sistema. En cambio, el desarrollo y aplicación de una educación permanente orientado hacia un modelo de servicios más equitativo, aparece como conveniente en un país como Argentina, por ejemplo.

Al respecto, se mencionó que la educación permanente está ligada a los conceptos de equidad y de eficiencia de los servicios de salud, e igualmente lo está la determinación de necesidades de educación permanente. Si bien ambos conceptos no son mutuamente excluyentes, uno de ellos tiende a prevalecer, según las especificidades de lo que se ha llamado "perfil de realidad".

Finalmente, se señaló que si bien los métodos de identificación de necesidades de educación permanente, pueden sustentarse en la supervisión capacitante y los principales motivos de consulta, es recomendable problematizar esos datos, es decir, caracterizarlos para su análisis, incorporando al análisis otros elementos que interna y tangencialmente están presentes en el proceso institucional de atención a la salud. (¿Por qué se están presentando esos motivos de consulta? ¿Cuáles son sus condicionantes y

determinantes?) Es decir, que el método debe complementarse con la incorporación de elementos que lleven al análisis de las causas y los riesgos, y no solamente al de los daños.

\*\*\*\*\*

### 3. El Proceso Educativo

3.1 La introducción al tema se hizo a través de un Panel integrado por los Drs. José Paranaguá Santana, de Brasil; Roberto Capote, del Programa de Desarrollo de Servicios de Salud de la OPS y la Lic. María Alice Roschke, del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS.

#### a) Principios de sustentación

Todo proceso educativo supone una relación entre sujetos. En los enfoques y prácticas tradicionales esta relación es asimétrica, desbalanceada, porque el proceso es guiado por un mecanismo autoritario, de control e intimidación.

El docente tiene la responsabilidad de transmitir los conocimientos y los modelos de conducta "aprobados" y además constatar que se ha asimilado todo. Los participantes (alumnos) son los que reciben lo que se decidió que deberían conocer y "hasta donde" (hay límites); en consecuencia, dependiendo de diversas condiciones probablemente no llegarán al dominio epistemológico, o sea, desconocen el origen, los marcos explicativos, el sentido y finalidad que justifica determinada acción o técnica.

Consecuentemente, el proceso pedagógico privilegia una metodología centrada en el docente y está en general desvinculado de las necesidades de aprendizaje que emanan de la prestación de los servicios. El método es sobre todo expositivo con ayudas visuales, una u otra dinámica grupal que tiene como objetivo facilitar la transmisión de abstracciones y generalizaciones.

¿Qué efectos tiene este enfoque pedagógico sobre el personal de salud?

Para responder, sigamos a un educador brasilero cuando señala la diferencia entre conocer y pensar: conocer es tomar posesión; pensar es trabajar reflexivamente en la búsqueda de alternativas y explicaciones. El educador mencionado indica que en general, el sistema educativo busca "dar a conocer, para que uno no pueda pensar. Adquirir y reproducir para no tener oportunidad de crear".

La realidad solamente es enseñada, en este contexto, en la medida en que pueda ser manipulada intelectualmente: el saber se basa en el conocimiento solamente cuando puede ser instrumentado; se puede entonces administrarlo, cuantificarlo y distribuirlo.

Las consecuencias se traducen en la adhesión a la modernización, y en el énfasis que se hace sobre el rendimiento, la productividad y la eficacia, sin entrar en el problema de los objetivos sociales con los cuales se debería contrastar la eficacia, o el uso de criterios cuantitativos para expresar realidades cualitativas (por ejemplo: normas determinando el número de consultas a los profesionales del sector salud). Esto da origen al predominio de la razón instrumental que comprueba la utilidad de un sistema y justifica la racionalidad administrativa.

Pero los propios trabajadores de salud sintieron la necesidad de cambio: la necesidad de redefinir el proceso educativo en salud. La propuesta de Educación Permanente hace énfasis en esta necesidad.

Sobre esa base, la primera cuestión que se plantea en cada país y su sistema de salud se refiere a la necesidad de definir un marco de referencia que explique de forma clara la sustentación pedagógica del proceso de capacitación. Precisar este marco no es un mero ejercicio académico; al contrario, su ausencia genera intentos repetidos y estériles para solucionar los problemas de salud, a través de un listado de cursos y recursos para poder realizarlos.

De donde la necesidad de enmarcar y caracterizar el proceso educativo, el acto educativo o pedagógico en el contexto de los servicios de salud, implicando en ese marco los elementos que permitan la comprensión del medio social, económico y político; un proceso de conocimiento del mundo

al cual sigue una acción de intervención, que no es otra que la acción educativa.

Con base en lo planteado ¿cuál puede ser esta intervención educativa?

De acuerdo a este marco la educación ofrece instrumentos para la reflexión y abre una perspectiva para el hombre (ente que escoje, decide, practica y se compromete).

Pero este proceso sólo es verdadero cuando se sustenta en el análisis de las necesidades reales de un grupo; en otras palabras, cuando el objeto del conocimiento ya no es comprendido como algo abstracto sino como una realidad específica que se transforma durante la interacción con el sujeto que la conoce. La realidad se identifica entonces como una actividad humana concreta o sea (praxis) que no es más que la unidad de teoría y práctica, que lleva al conocimiento a servir de base para la transformación de la realidad.

Aún más, cuando hay que enfrentar problemas como los específicos de la fuerza de trabajo, buscamos espacios pedagógicos con respuestas metodológicas que viabilicen la instrumentalización de contenidos, casi siempre reconociendo que éstas están por encima de las divergencias técnicas y se ajustan a cualquier realidad. Esta forma de actuar, además de equivocada, refleja una visión del mundo y una concepción de la realidad que, en último análisis, encubre la ideología de la neutralidad del conocimiento.

Por ejemplo, en la construcción de la propuesta pedagógica para el proyecto de Larga Escala en Brasil, se actuó exactamente en sentido contrario; partiendo del supuesto básico de que no existe neutralidad del conocimiento y de una visión del proceso educacional equidistante de los dos polos conceptuales de la educación (redención o cambio, versus reproducción del "status quo") se optó por la noción del papel de mediación de los procesos de aprendizaje con la realidad concreta y la dinámica de la sociedad.

En esta búsqueda, se tomó al proceso pedagógico en la totalidad de sus dimensiones: política, metodológica y de contenido. El gran desafío está justamente en la articulación dialéctica de esas dimensiones, y, por esta razón,

encuentra en este momento dificultades para abstraer cada una de ellas en forma separada, para los efectos didácticos esperados de comprensión y de explicitación.

En este sentido fué necesario construir un currículo que permitiese la interacción entre el sujeto y el objeto a partir de su referencial de percepción de la realidad, sin negar sus conocimientos de sentido común y su experiencia en la vida, para construir nuevos conocimientos más elaborados y específicos, de acuerdo con su habilitación profesional.

Se considera igualmente válido hacer resaltar dos cuestiones importantes determinadas por esta concepción. Primero, la construcción activa del conocimiento por parte del sujeto requiere la flexibilidad de la variable tiempo, o sea, cada sujeto avanza en el proceso de aprendizaje de acuerdo con su propio ritmo de asimilación de conocimientos (sabemos que algunos determinantes aparentemente externos del proceso tales como la organización de servicios, interfieren en este "tiempo"). En segundo lugar, que la evaluación no incluye sólo al sujeto como actor del proceso, sino principalmente considera la transformación integral de la práctica, considerada ésta como elemento para el avance del proceso; en otras palabras, la evaluación es de proceso y del dominio específico de la práctica.

En resumen, se organiza la intención metodológica de un proceso de transformación dialéctica en la interacción sujeto-objeto. El sujeto tiene voz y construye activamente su conocimiento. De esta forma la metodología es fundamental para el alcance del objetivo.

En un currículo integrado, el objeto (contenido) del proceso de aprendizaje es instrumentalizado a partir del perfil de la práctica, en su perspectiva de transformación para atender a los objetivos de las estrategias sanitarias. En este sentido, intenta recordar el conocimiento en la profundidad requerida para la construcción de formas más elaboradas y científicas, buscando la totalidad del conocimiento necesario para informar a su práctica.

La organización de este contenido, una vez que se hace el ajuste mencionado, integra, en un plano de conocimientos, la teoría con la práctica, así como las distintas

áreas de conocimiento que instrumentalizan a la práctica. Se evita, de este modo, las rupturas clásicas entre teoría y práctica, así como el fraccionamiento y la atomización del conocimiento por disciplinas. Consideramos igualmente los principios de secuencia lógica de conceptos y de acciones: de lo conocido a lo desconocido, de lo simple a lo complejo, de lo concreto a lo abstracto.

El curriculum integrado de esta forma, concreta la propuesta pedagógica en varias dimensiones, buscando construir la calidad y la relevancia de la práctica profesional en el ejercicio de su derecho ciudadano.

b) Los servicios de salud en el proceso

El desarrollo del personal constituye uno de los ejes fundamentales sobre los cuales descansa en gran medida la proyección operativa de los sistemas locales de salud. La redefinición de la infraestructura asistencial obliga a redefiniciones en todas y cada uno de sus componentes. Uno de estos componentes--el personal de salud--tiene la responsabilidad de impulsar y gestar procesos que desencadenen acciones sanitarias verdaderamente comprometidas con la realidad social donde tienen vigencia.

La formación de personal para un sistema de salud es tarea compleja porque requiere de una perspectiva de cualificación que propicie cambios sustanciales en la praxis de los agentes sanitarios; se está ante un cuadro de necesidades regionales no resueltas, de cuadros médicos y no médicos que tienen conocimientos y destrezas más profundas en materia de organización de servicios con bases epidemiológicas, y con tendencia a la generación de esquemas verdaderamente equitativos y justos de prestación de servicios de salud.

La educación permanente deberá propiciar y estimular la producción, el análisis crítico y la aplicación de los conocimientos necesarios para la generación de un nuevo quehacer en salud. Dicho quehacer se fundamenta en un accionar colectivo. No se parte de saberes hegemónicos, ni de categorías de personal sobre-valoradas. Se construye con todos los saberes y se actúa con todos y cada uno de los trabajadores.

La educación debe estar presente a lo largo de la vida del trabajador de salud; debe tender a cualificar el personal en un marco de integralidad, que le permita interpretar el proceso salud-enfermedad en el amplio contexto en el que acontece. Segundo, se desarrolla en cada uno de los niveles del sistema de salud, propiciando un desarrollo progresivo en las áreas de la atención y de la administración de los servicios. La dinámica del proceso educativo, debe lograr un personal capaz de reelaborar su quehacer a la luz de los planteamientos explícitos en las políticas de descentralización de los Sistemas Locales de Salud y de la participación social.

Cada región, con sus características geográfico-poblacionales y socio-políticas, constituye una particularidad para el proceso de desarrollo del personal. No será posible normatizar uniformemente un plan de educación permanente; este debe responder a formas concretas según el ámbito donde se realice (contexto).

Los fines de la educación están regulados por tres grandes componentes: su concepción filosófica (soporte ideológico), sus políticas educativas y sus modalidades pedagógico-didácticas. Estos componentes constituyen la esencia del proceso educativo: se trata de crear y desarrollar una cultura administrativa de perfil estratégico, sincrónicamente ligado con el proceso de cambio; para ello es necesario, pero no suficiente, la revisión y adaptación o creación conceptual e instrumental, y la capacitación de los diversos actores institucionales para su entendimiento y manejo. Es preciso, además, generar el impulso o motivación para el cambio en la dirección deseada.

c) Los campos de conocimiento y las estrategias educativas

El desarrollo de los trabajadores de salud en la red de servicios de salud, responde a situaciones cambiantes. En general hay cuatro grandes direcciones hacia donde se canaliza el proceso educativo: el campo de la administración, el campo epidemiológico, el campo clínico (atención de la salud) y el de participación social. Bajo estos cuatro ejes se desarrolla el proceso educativo; las necesidades del nivel hospitalario se insertan en el campo epidemiológico-clínico y en otros niveles de la red, se

señalan prioridades en las áreas epidemiológica y de participación social. Se busca lograr un desarrollo integral del personal, que responda a las necesidades de una realidad cambiante, en constante transformación y en permanente interacción con un proceso social específico.

Para los Sistemas Locales de Salud el trabajo de grupo es un requerimiento esencial y fundamental. En el proceso de educación permanente se busca fortalecer, desarrollar y cualificar la dinámica de trabajo en equipo. Se parte del principio de la integralidad, rescatando y valorando el aporte de todos y cada uno de los agentes de salud involucrados en los servicios.

Las condiciones de eficiencia, eficacia y efectividad requeridas para un verdadero impacto epidemiológico descansa, en lo que se refiere a los servicios, en la capacidad que el personal demuestre en su desempeño colectivo.

Se ha insistido ya, en esta Reunión, en el hecho de que un referente de fundamental importancia para la red de servicios y la educación permanente está ligado al contexto en donde estos tienen vigencia.

La dinámica social, económica y política así como los patrones culturales y valores de una sociedad concreta, constituyen el punto de partida para estudiar el proceso salud-enfermedad, y para dar respuesta dentro de una integralidad que trascienda el marco biologicista, aún no superado.

La realidad de los propios servicios (Hospitales-SILOS) sirve igualmente para orientar permanentemente las prioridades del proceso educativo. Esta realidad será identificada en sus diferentes dimensiones (infraestructura, nivel de atención, grado de conexión de los distintos niveles de atención, grado de cohesión con la comunidad entre otros).

El contexto de la realidad rompe, por supuesto, con el criterio de la rigidez secuencial. Se prioriza con base en una dinámica tremendamente cambiante en donde algunas variables están inscritas fundamentalmente en complejos procesos sociales que afectan al individuo, la familia o la comunidad. Abordar la realidad en forma integral, implica

realmente un trabajo interinstitucional, la convergencia de disciplinas y de intensa participación social.

La horizontalidad del proceso, el trabajo grupal y el estudio ligado a una realidad específica constituyen vertientes determinantes, para el desarrollo de un personal de salud capacitado para ejercer una función transformadora en el ámbito de los servicios y de la participación social. Bajo estas circunstancias el "SABER" no se constituye en un discurso derivado de una previa formación académica, sino que tiene referentes ligado a una praxis colectiva y compleja; en ella (la praxis) de cada agente tiene un papel y una responsabilidad compartida.

La construcción de nuevos saberes, actitudes y habilidades serán producto de reelaboraciones hechas consciente y progresivamente. No se trata tan sólo de la producción de conocimientos, sino de la creación de un agente capaz de asumir los profundos cambios implícitos en toda la reorganización de los servicios y en su inserción al proceso de participación social. En este entendido, el aprendizaje mediante el análisis y la solución de problemas parece ser una metodología idónea para articular el aprendizaje con el trabajo normal de los servicios de salud.

Existen ya varias experiencias en América Latina que han fundamentado su proceso educativo en enfoques que conllevan los elementos siguientes:

- PERCEPCION SUBJETIVA: Se parte de los saberes de los agentes sanitarios en el contexto y el ámbito que les rodea.
- SOCIALIZACION DEL SABER: Se colectiviza, se promueve la participación y se comparten los aportes recogidos en la etapa anterior.
- PROBLEMATIZACION: Está orientada a confrontar, indagar, cuestionar las apreciaciones, las creencias y los planteamientos expuestos a nivel individual o colectivo.
- INSTRUMENTACION: Se incorporan los nuevos conocimientos requeridos por el grupo frente al tema, problema o situación tratada.

- **PRAXIS TRANSFORMADORA:** Busca que la construcción progresiva de los nuevos conocimientos pase a una aplicación específica tendiente a transformar el objeto de estudio que generó el proceso educativo. En esta fase se esperan los efectos reales del proceso. A partir de esta fase se entra en un nuevo ciclo en donde se parte de nuevos problemas o situaciones que generen necesidades educativas ("Permanencia" del proceso).

El carácter de permanencia de la actividad educativa no finaliza; ésta pasa a ser parte de una realidad dinámica, constante, íntimamente ligada a las formas de participación social y al desarrollo progresivo, también constante, también permanente, de los servicios de salud.

### 3.2 Discusión sobre el tema (trabajo grupal)

Para el análisis del tema, el grupo partió de los siguientes supuestos:

- Que el trabajo de los servicios es la razón de ser y el elemento central de un proceso de aprendizaje, por lo que debe ser integrado (y no solamente coordinado) a las actividades educativas. Buscar metodologías y abordajes que posibiliten y viabilicen esos enfoques educativos.
- Que algunas incidencias que se presentan en las actividades educativas debe compatibilizarse con la premisa anterior; tales como el retiro temporal del personal de salud de su ámbito de trabajo para las actividades capacitantes, frente a la conveniencia de realizar estas acciones en su lugar habitual de trabajo; pueden aplicarse distintas modalidades para resolver estos problemas, de acuerdo a las necesidades y circunstancias particulares de cada país.
- Que en los procesos educativos deben combinarse acciones multidisciplinarias y unidisciplinarias, por lo cual no debe plantearse el aprendizaje multidisciplinario como un postulado absoluto y universal.

- En relación a los medios para facilitar el aprendizaje multidisciplinario se destaca que el más apropiado para ello es el enfoque de solución de problemas que se presentan en los servicios de salud, incluyendo los elementos administrativos, técnicos y de salud.

Por otra parte, no se puede dejar de reconocer las distintas fuentes de información que igualmente son necesarias para que haya congruencia del programa educativo con el contexto. Dicho de otra manera, la educación permanente se debe sustentar en el desempeño laboral cotidiano del equipo de salud, es decir, de lo que ocurre en su microambiente; pero igualmente es necesario que se sustente en el análisis de lo que ocurre en un ámbito mayor, en el macroambiente. Se corre el riesgo, de no hacerlo así, de conformar un modelo educativo inequitativo, aún cuando esté calificado de "participativo y democrático". El trabajo normal aporta a los trabajadores diversos elementos que le permiten decodificar los mensajes que recibe; le ayudan en el proceso de reflexión y análisis de su propia problemática y la interpretación científico-técnica de ella.

Las dificultades metodológicas para articular el aprendizaje con el trabajo fueron también valoradas a la luz de los problemas y obstáculos que presentan. Así, si bien se planteó la construcción de escenarios que conduzcan a la identificación de problemas, como estrategia inicial para generar un espacio de reflexión, se requiere también plantear una teoría del conocimiento que permita al trabajador de la salud, cuestionar sus propias percepciones y acrecentar sus conocimientos en la búsqueda constante de las determinantes de los problemas que se presentan en su espacio de trabajo. Lo difícil en este planteamiento, (y puede ser uno de los objetos de trabajo futuro de este grupo) es el diseño de estrategias y el desarrollo de experiencias que permitan dar el salto entre lo actual y lo posible para alcanzar la imagen-objetivo que se quiere como resultado de la práctica transformadora.

La educación como proceso permanente, no puede estar desvinculada del proceso de trabajo; el objetivo de combinar un proceso de reflexión y análisis con la efectividad en su trabajo requiere del diseño de un instrumental lógico que le ayude al grupo de trabajadores a interpretar su re-

visión del mundo, en particular de la salud, al interior de una sociedad determinada, de un instrumental informativo sobre cosas esenciales que se supone se saben y se comparten y de un instrumental aplicativo que busque la efectividad del servicios.

En cuanto al planteamiento de consolidar el aprendizaje mediante estrategias de autoinstrucción y autoaprendizaje, el grupo enfatizó en que la primera implica una decisión del trabajador sobre lo que debe aprender en relación con las demandas del servicio.

\*\*\*\*\*

#### 4. El Monitoreo del proceso educativo

##### 4.1 Introducción al tema

Fué desarrollado por la Lic. Francisca de Canales, a base de un trabajo actualmente en curso, de cooperación técnica entre países, en este caso Honduras y Nicaragua. La presentación se sustentó en la premisa de que "un proceso educativo permanente, ligado al desarrollo de los servicios de salud, requiere de un sistema de seguimiento y monitoreo oportuno, y también permanente".

De inicio se planteó que Monitoreo implica el seguimiento ordenado, reflexivo, crítico, del proceso de aprendizaje, que se obtiene al comparar el resultado de las acciones educativas con el desempeño esperado, expresado en forma de indicadores del progreso en el desarrollo de los programas y los servicios de salud; es, por otra parte, un componente intrínseco del propio proceso educativo, porque complementa a dicho proceso al facilitar el desarrollo oportuno e inmediato de acciones educativas específicas, adicionales. Es, a su vez, un proceso que tiene implicaciones estratégicas porque genera nuevas demandas y acciones capacitantes, a la vez que señala directrices para el reordenamiento constante del proceso permanente.

El trabajo desarrollado hasta ahora se enmarca en un contexto conformado por 3 elementos esenciales:

- a) Las características y tendencias del desarrollo de los servicios de salud;

- b) Las concepciones pedagógicas que pueden orientar procesos educativos que promueven el aprendizaje en el trabajo; y
- c) Las tendencias del desarrollo de la fuerza de trabajo y su papel en los servicios de salud.

La expositora propone al grupo algunas consideraciones básicas para llegar a aproximaciones conceptuales, esencialmente las siguientes:

- a) El monitoreo del proceso de aprendizaje implica la consideración de los distintos elementos y actores que intervienen en ese proceso; lo anterior significa necesariamente la selección y el agrupamiento de esos elementos, por categorías de análisis que permitan la homologación de la información obtenida, la construcción de una base de datos y la medición de lo logrado frente a resultados esperados cuantitativos y cualitativos (metas).
- b) El proceso es de carácter permanente y paralelo al desarrollo del propio proceso educativo; la principal implicación de esto es que convierte también en permanente el análisis del contexto y la identificación de necesidades de capacitación, de tal forma que el proceso educativo será siempre una respuesta a demandas cambiantes.
- c) Requiere de 3 elementos esenciales: una base de datos (la información a obtener), el señalamiento de metas (previamente establecidas) e indicadores (unidades de medida del progreso del proceso o del producto final).
- d) Utiliza una diversidad de técnicas, metodologías e instrumentos, pero para todas ellas será necesario la confrontación con indicadores del progreso del aprendizaje; un indicador es la forma de expresar las categorías de información señaladas en literal a), susceptible de medición, y capaz de suministrar criterios de valoración del aprendizaje en situaciones específicas.

- e) En un proceso de monitoreo, la identificación de deficiencias en el aprendizaje se acompaña de acciones "correctivas", suplementarias o de reforzamiento; cabe la opción de que la acción educativa suplementaria pueda realizarse in situ, de inmediato; en otras circunstancias habrá base suficiente para la toma de decisiones sobre actividades educacionales posteriores.
- f) El monitoreo es llevado a cabo por los mismos grupos de trabajadores que están a cargo de la acción educativa (facilitadores); solamente puede ser desarrollada por funcionarios de los propios servicios de salud, aptos para juzgar, evaluar, y supervisar acciones de trabajo. Hay espacio y momentos para la participación de grupos sociales y poblaciones involucrados en un sistema de servicios específico (sistemas locales de salud). El monitoreo del aprendizaje es también una actividad participativa.
- g) El monitoreo puede estar orientado al seguimiento y evaluación del proceso o bien puede centrarse en el producto y su generación progresiva; puede también enfocar su acción a ambos aspectos.
- h) El espacio de acción del monitoreo y seguimiento alcanza a todo el proceso de educación permanente; la información obtenida sirve para generar acciones que realimenten en forma directa al proceso educativo (la acción capacitante adicional); pero tiene repercusiones por vía indirecta, en las necesidades de aprendizaje identificadas, en la capacitación requerida para los facilitadores del proceso, e incluso puede tener implicaciones a más largo plazo, en el contexto en que se ha enmarcado el proceso educacional.

En cuanto al aspecto metodológico se señaló que en el marco de esta Propuesta, el monitoreo incluye dos momentos: el de diagnóstico (concebido como el elemento que recopila, colecta y sistematiza información sobre el progreso de los actos educativos), y el de realimentación de la ca-

pacitación, que consiste en el conjunto de acciones que complementan, fortalecen y consolidan el aprendizaje, básicamente en aquellos puntos críticos identificados como de "aprendizaje insuficiente" en la fase diagnóstica.

El diagnóstico es un proceso participativo, en el que se rescata, analiza y se organiza la percepción que los propios trabajadores y facilitadores tienen sobre el proceso educativo del que son partícipes; es, a su vez, un análisis permanente de las relaciones entre proceso y producto en todas sus dimensiones.

El diagnóstico implica acciones analíticas, reflexivas y participativas, con la finalidad de identificar los factores condicionantes y las causas generadoras de los problemas detectados en los procesos de educación permanente o de situaciones coyunturales existentes.

Un proceso de reflexión y crítica posibilita la definición de problemas prioritarios, y la concreción de opciones para solucionarlos; es necesario discernir entre las alternativas cuya acción puede ser emprendida a nivel interno y las que por su naturaleza son del ámbito de otra instancia institucional.

La definición de las alternativas de solución a los problemas detectados provee los insumos para las acciones de realimentación del proceso educativo, y de los distintos componentes o etapas del proceso capacitante. Ello implica a su vez que las propuestas, estrategias y acciones de ajustes deben ser analizadas y seleccionadas según oportunidad, pertinencia y eficacia.

Para ser coherente con las bases conceptuales y metodológicas de la propuesta de reorientación de la educación permanente del que este Fascículo forma parte, se señalan dos alternativas de acción que permiten el abordaje de los dos momentos del proceso; la selección de una de ellas deberá sustentarse en criterios de factibilidad, oportunidad, pertinencia y disponibilidad de recursos.

Dichas alternativas son:

- a) Supervisión: entendida no sólo como mecanismo para detectar deficiencias (momento diagnóstico), sino fundamentalmente como un instrumento para reforzar la capacitación y consolidar el aprendizaje (momento de la realimentación del proceso).
  
- b) El seguimiento participativo: que incluye la investigación participativa (momento diagnóstico) y distintas modalidades pedagógicas también de carácter participativo (momento de la realimentación educativa).

Las alternativas propuestas no son excluyentes; pueden utilizarse combinadas, o bien en forma aislada una de la otra. Ello dependerá de situaciones particulares, sobre todo relacionada con la disponibilidad de recursos humanos capacitados en el manejo de estas técnicas.

Ambas alternativas permiten hacer uso de distintas técnicas e instrumentos que facilitan la acción monitorea; entre ellas se cuentan el análisis del desempeño profesional, los perfiles ocupacionales, y en especial los indicadores de progreso que han sido formulados con anterioridad.

Ahora bien, cualquiera que sea la opción seleccionada, su aplicación sólo puede tener efecto si la información que se busca es obtenida a partir de la confrontación de los hallazgos con parámetros de comparación debidamente identificados: a esto llamamos indicadores del progreso del aprendizaje.

La identificación de estos indicadores es sujeto de procesos de investigación en el terreno, y fundamentalmente, de investigaciones participativas; en el caso de capacitación de personal para sistemas locales de salud por ejemplo, buena parte de los indicadores emergen de las funciones y actividades que han sido señaladas para los distintos tipos de personal en una unidad local, en el análisis del contexto.

REMITIMOS AL LECTOR DE ESTE INFORME AL FASCICULO V DE ESTA SERIE, QUE TRATA AMPLIAMENTE EL TEMA DE MONITOREO.

ABORDA EN DETALLE LAS TECNICAS Y ESTRATEGIAS SUGERIDAS, SOBRE TODO LA SUPERVISION.

DESCRIBE LA NATURALEZA, OPERATIVIDAD Y VALORACION REAL DE LOS INDICADORES EN ESTE PROCESO, ASI COMO LO QUE SE REFIERE A LOS MECANISMOS PARA SU FORMULACION.

Y EN EL FASCICULO IX DE ESTA SERIE SE PROVEEN EJEMPLOS CONCRETOS DE LA APLICACION DEL PROCESO DE EDUCACION PERMANENTE, EN TODAS SUS ETAPAS, PERO CON ENFASIS EN LA DE MONITOREO.

#### 4.2 Discusión del tema (trabajo de grupo)

El grupo consideró que este componente tiene gran relevancia en las acciones de educación permanente, reconociendo que no se le ha otorgado hasta ahora la importancia que se da a otras etapas del proceso educacional en salud. Se destacó que el seguimiento del aprendizaje no debe estar separado del seguimiento del trabajo de los servicios de salud.

Además de la resistencia que puede esperarse en el personal para la introducción de estos cambios en el modo habitual de trabajo educativo, hay otros problemas que deben ser considerados y previstos.

- a) No hay consecuencia clara sobre los alcances e impacto de la supervisión;
- b) Se considera a la supervisión y evaluación como actos punitivos que llevan implícitos el premio y el castigo con predominio de este último.
- c) Se percibe a la supervisión como un acto desvinculado de los procesos de desarrollo de personal.

En cuanto a indicadores, se señaló que un indicador "es un instrumento que se elabora en los servicios, es una fuente de innovación y cambios para los servicios". De esta forma es posible pensar en el protagonismo de la población y/o sus organizaciones sociales en las fases de la programación y control de las actividades (OPS, 1988).

Un indicador es un instrumento que se elabora como punto de partida de datos que se obtienen de hechos de la realidad. Representan una actividad consciente de los hombres, mediante la cual se determina el tipo de datos a obtener, su interpretación y su aplicación; por lo tanto, están influenciados por los intereses y objetivos de quienes los elaboran y utilizan. En el ámbito de un proceso educacional como el tratado en esta Serie de Fascículos, los indicadores educativos deben estar interrelacionados con los que se plantean y utilizan en los servicios de salud, ya que directa e indirectamente estos se convierten en elementos de control de las actividades de capacitación.

Son características básicas de un buen indicador, los siguientes:

- Representatividad, es decir que sea expresión de la realidad que se pretende valorar;
- Flexibilidad, para adaptarse a circunstancias cambiantes;
- Sensibilidad, para poder reflejar con rapidez los cambios que ocurren en la realidad;
- Sencillez, para facilitar su elaboración e interpretación.
- Precisión, de forma de evitar diferentes interpretaciones.

Con indicadores que reúnan estas características, es posible monitorear:

- el proceso
- la tecnología
- la eficacia
- la efectividad

- la eficiencia de las actividades y en distintas áreas de administración y gestión de la salud.

De acuerdo con las características de los sistemas sociales de la región y de las particularidades del proceso de trabajo, el sistema de control (monitoreo) de los servicios es a su vez un instrumento de valoración y control del proceso educativo, a través de acciones de análisis del proceso de trabajo llevados a cabo en forma individual o preferentemente, en forma participativa "en equipos" sobre problemas tales como las discusiones de mortalidad, el funcionamiento de los servicios con participación social, la elaboración participativa de planes de trabajo, y otros.

El grupo consideró que la investigación y la aplicación del método científico deben ser instrumentos y acciones propias y permanentes en la administración y gestión de los servicios, y que se justifica igualmente su utilización y aplicación en los procesos capacitantes en el marco mismo de la gestión.

En cuanto al momento de la realimentación el grupo estuvo de acuerdo tanto con lo planteado por la Lic. Canales como con las referencias que el Dr. Alvarez Manilla, de México, había hecho anteriormente sobre supervisión capacitante.

El grupo recalcó en la importancia de realizar estudios y prueba de terreno, para que cada país ajuste el método a las peculiaridades propias de cada uno. Se prepararán para ello algunas guías metodológicas que se publican en el Fascículo IX de esta Serie.

## 5. Capacitación Pedagógica de los responsables del proceso

5.1 Introducción al tema, Dr. José Quiñónez, presentando la experiencia llevada a cabo en Guatemala en forma preliminar; el documento preparado para esta presentación fué revisado en PASCAP en Costa Rica.

El grupo guatemalteco partió, para este trabajo, de una definición del propósito del proceso educativo en salud, señalando como tal el "apoyar procesos educativos que incidan en el desarrollo de la fuerza de trabajo en

salud y de la comunidad, mediante la identificación de abordajes que se sustenten en teorías pedagógicas e investigativas, que tomen como referente variables sociales, económicas, políticas y culturales de los principales problemas de salud del país o de un lugar concreto".

Identificó además, como un objetivo esencial, la capacitación mediante la realización de un programa educativo dirigido a cualificar a los equipos facilitadores, en aspectos teórico-metodológicos necesarios para implantar, desarrollar y mantener un proceso local y general de educación permanente.

Se concibe la capacitación de los equipos de facilitadores como un proceso orientado a transformar los enfoques y prácticas pedagógicas actuales, que se han caracterizado por ser unidireccionales, restrictivos e incongruentes con las políticas sociales y los modelos de servicios de salud.

El grupo definió, para su país, al "facilitador" o promotor o estimulador del aprendizaje, indicando que estos deberán ser capaces de lograr para si mismos y para otros:

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

Definió además un perfil educacional para el facilitador, coherente con las características señaladas antes; y en base a todas estas condiciones y al contexto general del proceso capacitante, fundamentó una propuesta de trabajo que se somete a la consideración de este Grupo de Consulta. Se trata de un modelo integrado a varios niveles:

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

Desde otro punto de vista, el modelo se relaciona de dos maneras con la estrategia de educación permanente en salud: en primer lugar, como un planteamiento de acción encaminado hacia la construcción, en los diversos países, de condiciones favorables para el desenvolvimiento pleno de esta opción educativa.

La estructura programática incluye dos niveles, de un año de duración cada uno; el primer nivel comprende 3 ciclos:

- Proceso educativo y comunicación social.
- Desarrollo de recursos humanos y participación social.
- Proceso salud-enfermedad y epidemiología social.

El segundo nivel de programación al finalizar el primer nivel, incluyendo áreas de trabajo de acuerdo con el monitoreo que se haga del proceso capacitante pedagógico.

Los aspectos metodológicos se centran en el ejercicio de actividades propias de un facilitador educativo, en los servicios; se complementa esto con estudio individual programado (autoinstrucción), y con actividades presenciales de tipo formal e informal.

### 5.1 Discusión del tema (trabajo grupal)

Inicialmente el grupo señaló que debido a que el propósito de la educación permanente es reconvertir o transformar el proceso de atención a la salud, y que además ello es más factible si se hace a partir de los propios elementos de los servicios, la propuesta resulta congruente dentro de tal situación. Asimismo, la propuesta tiene elementos de coincidencia con el modelo de supervisión capacitante que se presentó en esta Reunión, en el sentido de que el proceso educativo no es facilitado por elementos externos a los servicios, sino por los que ya existen en los servicios.

Sin embargo, se plantearon dudas sobre si el proceso de Educación Permanente es aplicable a individuos aislados o si constituye más bien una propuesta aplicable a grupos de trabajo. En este sentido surge la reflexión sobre el término de "facilitador", en tanto puede constituir una categoría ocupacional más, que podría producir un distanciamiento entre grupos de trabajo y minimizaría las responsabilidades en cada uno de los integrantes del colectivo de trabajo como actores sociales en un proceso de reflexión. Además las funciones contempladas en el perfil de los facilitadores se presentan de manera vertical, con centralización del conocimiento y con características individuales, lo cual debe ser estudiado en el marco particular de cada país. Se estima que las experiencias en esta etapa serán diferentes, como lo han sido las fases anteriormente discutidas si se trata de capacitar a los capacitadores. Al respecto se considera que esto no puede ser dirigido a todos los trabajadores en forma sistemática; puede generar confusiones de diversa índole; en consecuencia el grupo consideró que debe haber una detección de necesidades de capacitadores y definir esto al inicio del proceso, hasta encon-

trar un punto de equilibrio entre los problemas existentes y la función que los facilitadores desempeñarán.

Evidentemente la viabilidad estará dada por las particularidades ambientales, y los factores sociales y económicos de cada país. Por lo tanto, el grupo opina que para algunos contextos nacionales la organización propuesta puede parecer compleja y costosa; por otro lado se señaló las experiencias ya existentes en Brasil y Colombia, y las que están en proceso de iniciarse en Argentina y Centroamérica: no se trata de preparar educadores, sino de proveer a los responsables con los instrumentos necesarios para inducir un cambio educacional como el que se ha discutido en esta Reunión.

Se concluyó que en virtud de que el modelo propuesto es flexible y de que los resultados hasta ahora obtenidos demuestran su viabilidad y ductilidad se considera un modelo útil del cual hay que esperar más resultados para una valoración más amplia.

**IV. BASES PARA UN PROYECTO REGIONAL DE  
EDUCACION PERMANENTE**



En la última parte de la Reunión, el grupo de consulta manifestó su respaldo y su acuerdo con la necesidad de reorientar los procesos educativos en salud; estuvo de acuerdo con la alternativa propuesta a los países de la Región por la Organización Panamericana de la Salud, en vista de que ella reúne una serie de requisitos que favorecen la posibilidad de que el aprendizaje en salud pueda ser desarrollado sobre marcos de realidad constituidos por el conocimiento del contexto, por la derivación de necesidades de capacitación a partir de ese contexto, y por la organización de las experiencias de aprendizaje alrededor de problemas reales y concretos.

El grupo de consulta, en consecuencia, solicitó a la Organización Panamericana de la Salud a través del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos continuar proveyendo apoyo técnico a aquellos países que han iniciado trabajos en esta línea, y a otros que pudieran incorporarse en el curso del próximo año, al proceso de reorientación.

Deberá fortalecerse la investigación aplicada al área educacional como soporte metodológico para los procesos de educación permanente; estuvo de acuerdo el grupo además, en la necesidad de buscar mecanismos para la creación de una red latinoamericana de investigación educacional con el propósito anterior.

Finalmente, el Grupo aprobó una propuesta de resolución en el sentido de solicitar a la OPS la preparación de un proyecto regional de educación permanente en salud, para ser presentado a países y organismos con posibilidades de otorgar financiamiento apropiado. Dicho proyecto, si bien será preparado con base en los acuerdos de esta Reunión de Querétaro, podrá incluir los lineamientos conceptuales y metodológicos de tipo general aquí discutidos, pero además incorporará los aportes preparados por los grupos de Argentina, Brasil, México, Nicaragua, Cuba, Honduras y Guatemala, y que fueron analizados en la Reunión; asimismo, incluirá componentes nacionales preparados por los países interesados, y de los cuales ya se identificaron varios en esta Reunión.

Las áreas de prioridad que se considerarán para este proyecto, en una primera fase son las siguientes:

- Capacitación de personal para sistemas locales de salud;
- Reorientación de la práctica y enseñanza de la epidemiología;
- Supervivencia infantil;
- Conducción y gerencia en salud; y
- Aspectos específicos del problema de desarrollo de la fuerza de trabajo en salud (capacitación avanzada en recursos humanos).

\*\*\*\*\*

La Reunión finalizó con la lectura de los informes de los grupos de trabajo, y con una discusión final al respecto.

Una segunda reunión del Grupo de Consulta, con fines de evaluación, seguimiento y ajustes se convocará para el segundo semestre de 1990.

El Grupo agradeció a las autoridades de salud del Estado de Querétaro, a la Dirección de Enseñanza de la Secretaría de Salud de México, al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud y a la Representación de ésta en México, la invitación cursada y las atenciones recibidas durante la Reunión.

## V. BIBLIOGRAFIA DE APOYO



Bibliografía de Apoyo

1. Serie Educación Permanente, Fascículo I: Bases de una Propuesta de Reorientación. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, 1988.
2. Serie Educación Permanente, Fascículo II: El contexto de los programas educativos. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, 1988.
3. Serie Educación Permanente, Fascículo V: Monitoreo del aprendizaje y los procesos educativos. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, 1989.
4. Programa de Desarrollo de Servicios de Salud: El Sub-sistema de Personal en los Sistemas Locales de Salud. Organización Panamericana de la Salud.
5. ARANGO, Y. et. al.: Integración docente asistencial: Una experiencia de Educación Continua para el personal de Servicios, Colombia. Educación Médica y Salud, Vol.21 No.1, 1987.
6. CASTELLANOS, J.: Regionalización de recursos mediante Unidades Locales de Administración. Mesa redonda sobre racionalización de recursos en la Administración, el financiamiento y la prestación de servicios de salud. Buenos Aires, Noviembre 1985.
7. Participación social en los Sistemas Locales de Salud. Serie Desarrollo de Servicios de Salud No.35, OPS/1987.
8. GUERRA DE MACEDO, C.: Políticas de Recursos Humanos, Educación Médica y Salud, Vol.20 No.4, 1986.
9. HORWITZ, A.: Salud para Todos en el año 2000 y la Universidad. Boletín Oficina Sanitaria Panamericana, Vol.98 No.5, 1985.

10. HADDAD, J. et. al.: El Proceso de Educación Permanente de Personal de Salud. Educación Médica y Salud, Vol.21 No.1, Organización Panamericana de la Salud, 1987.
11. ROSCHKE, M.A. y CASAS, M.: Contribución a la formulación de un marco conceptual de Educación Continua en Salud. Educación Médica y Salud, Vol.21 No.1, 1987.
12. RANGEL, F.: El equipo de Atención Primaria. Primer Seminario-Taller "La Estrategia de Atención Primaria". Secretaría Municipal de Salud, Cali, 1987.
13. TELLEZ, J.: Dinámica de la prestación de los servicios de salud en Colombia. Seminario-Taller "Reorganización del Sector Salud". Ministerio de Salud, Bogotá, 1987.
14. VIDAL, C. et. al.: Integración Docente-Asistencial. Educación Médica y Salud, Vol.20 No.1, 1986.
15. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, OPS: Grupo de Consulta sobre Investigación Educacional en Salud, Informe Final. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.77, 1988.

