EVALUACIÓN EN PROCESOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE Y CAPACITACIÓN EN SALUD

Experiencias y Lecciones

Organización Panamericana de la Salud
Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

EVALUACIÓN EN PROCESOS DE EDUCACIÓN PERMANENTE Y CAPACITACIÓN EN SALUD

Experiencias y Lecciones

Maria Alice Roschke

Editora

Organización Panamericana de la Salud

Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD
Oficina Sanitaria Panamericana • Oficina Regional de la
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD
Washington, D.C. 20037, E.U.A.

2006

© Organización Panamericana de la Salud, 2006
525 Twenty-third Street, N.W.
Washington, D.C. 20037

ISBN 92 75 32628 2

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio æelectrónico, mecánico, fotocopiador, registrador, etcéteraæ sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Sal

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derech

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o nombres comerciales de ciertos productos no implica que la Organización Panamericana de la Salud apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos.

Este libro está especialmente destinado a los estudiantes, trabajadores y profesionales de salud en América Latina. Se distribuye a través del Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales del Instrucción (PALTEX) de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas para la promoción de la salud de sus habitantes, y de la Fundación Panamericana de la Salud y Educación. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo.

Contenido

Introducción . . . . . .
Reconocimiento . . . . . .
Prefacio . . . . . .
Capítulo 1: Paradigmas y prácticas de evaluación
en programas educativos para el personal de salud . . . . . .
María Cristina Davini

Capítulo 2: La complejidad y la simplicidad: evaluación
y seguimiento de un proceso de educación permanente . . . . . .
Gabriela Charnes Cars

Capítulo 3: Evaluación del impacto del PROFAE
en la calidad de los servicios de salud del Brasil . . . . . .
Marina Peduzzi y Maria Luiza Anselmi

Capítulo 4: Desarrollo de competencias para la
atención integral. Lecciones aprendidas del programa
de capacitación del Proyecto Salud y Nutrición Básica en el Perú . . . . . .
Ariela Luna Flórez y Fernando Bolaños

Capítulo 5: Una experiencia de evaluación sistemática en
capacitación realizada en el PROMIN
(Programa Materno Infantil y Nutrición) . . . . . .
Claudia Lomagno

Capítulo 6: Los efectos del desarrollo gerencial en unidades
básicas de salud (proyecto GERUS): un estudio de caso . . . . . .
Débora Cristina Bertussi y Márcio José de Almeida

Capítulo 7: Evaluación de proyectos y procesos de capacitación:
informe final de dos talleres subregionales . . . . . .
Jorge Haddad Q.

Introducción

Esta publicación tiene el propósito de contribuir a la realización y reforzamiento de proyectos de evaluación de programas relacionados con la educación y capacitación del personal de los servicios de salud, y con mucho orgullo la presentamos a nuestros compañeros, tanto a quienes dispensan y gestionan la atención de salud en los distintos servicios, como a quienes, en los centros de estudio, son responsables de la formación de recursos humanos. Es nuestra intención que esta obra sirva para incluir la evaluación como proceso continuo y sistemático en los proyectos educativos, y para estimular otras experiencias de evaluación de actividades de capacitación dirigidas al personal de salud en servicio, y la difusión de sus resultados.

Se adeudaba a los trabajadores de salud de la Región una obra dedicada enteramente a las actividades de evaluación, ya que éste ha sido ha sido el aspecto menos considerado en los programas y proyectos educacionales relacionados con los servicios de salud. No obstante, esta situación no era exclusiva de nuestro campo, sino que formaba parte de un clima general en el que, hasta no hace mucho, la evaluación no se consideraba un aspecto importante ni en la educación en salud, ni en la salud pública, ni en otras áreas de desarrollo social. En nuestro campo, además, desempeñó un papel importante la inestabilidad política, que alcanzaba a las direcciones y las gerencias de salud en muchos países de la Región. Las propuestas educativas tenían como principal desafío encontrar su continuidad, ya que, en muchas ocasiones, las nuevas gerencias no se interesaban por los resultados y las experiencias anteriores a sus mandatos, de modo que los programas de capacitación se reiniciaban una y otra vez bajo nuevas políticas y orientaciones. Asimismo, los propios equipos técnicos que diseñaban las propuestas educativas concedían poca importancia a la evaluación, en parte porque durante muchos años se creía que bastaba con la capacitación para responder a los problemas existentes, y en parte porque la evaluación se consideraba un mecanismo de control, y como tal se la utilizaba tradicionalmente en el ámbito de la educación formal.

Al contrario de lo que sucede con otros abordajes educacionales, el enfoque de educación permanente en salud (EPS) —que ha sido nuestra aproximación para concebir, diseñar y ejecutar programas educacionales relacionados con el personal de servicios de salud— define la evaluación, desde el inicio, como un componente esencial de la propuesta. Sin embargo, en la práctica constituyó un aspecto que mereció escasa atención, ya que los esfuerzos se concentraron en la planificación de las estrategias de capacitación y en la gestión de ese proceso, con el objetivo

de alcanzar a los grupos de trabajadores con necesidades de formación empleando metodologías y contenidos apropiados a los contextos respectivos. Así, mientras que la propuesta de EPS se lanzó hace unos 15 años, la reflexión, la producción teórico-metodológica y las acciones de cooperación técnica de la OPS en cuanto a la evaluación de los proyectos educacionales relacionados con los servicios de salud, con contadas excepciones, se iniciaron solo hace unos siete años, y ello ocurrió en medio de un cambio de actitud generalizado con respecto a la importancia adjudicada a la evaluación.

Distintos factores influyeron para que ello sucediera. Por un lado, dentro y fuera del sector salud se produjo un cambio muy importante en los esquemas de realización de las políticas: la lógica de proyectos —que se basa en general en la separación entre financiamiento y ejecución— fue ganando terreno, a veces reemplazando en forma contradictoria la tradicional intervención por programas y otras veces yuxtaponiéndose a ella. Esta separación entre agencias (donantes o de crédito), instituciones beneficiarias del financiamiento, entidades (o unidades) ejecutoras y destinatarios/beneficiarios, hizo más necesario que nunca el uso de mecanismos para verificar la marcha y los resultados de los proyectos. En este contexto, la evaluación pasó a valorizarse (aunque a menudo no se la practicara) como el mecanismo que integra y da continuidad a los proyectos, apoya su aplicación para reorientar o profundizar procesos, justiprecia logros y problemas, y acorta las distancias entre las fuentes de financiación, las instituciones nacionales, las unidades ejecutoras y los destinatarios o beneficiarios (la población objetivo) de los proyectos.

Las etapas de reforma del sector salud expresaron de manera especial esta situación, ya que la mayor parte de los proyectos aportaron al componente de capacitación un financiamiento considerable, y tuvieron que demostrar logros en términos de efectividad, calidad y eficiencia. Estas iniciativas promovieron amplios proyectos de capacitación, incluso algunos de cobertura nacional, y hubo que revisar estrategias y registrar y documentar experiencias para trascender el simple registro de la cantidad de personal capacitado, de las actividades realizadas y de los cursos impartidos. El supuesto de que el personal capacitado generaba automáticamente el cambio deseado en los servicios dejó de aceptarse y se puso el acento en comprobar el aprendizaje y analizar cómo este se transfiere al trabajo en la práctica concreta. En otros casos se advirtió la importancia de averiguar qué estaba ocurriendo en la dinámica de los servicios, cuáles eran las causas de la resistencia a los cambios, y por qué "no pasaba nada" a pesar de la inversión en el desarrollo del personal. Además, en algunos países los procesos de democratización en términos de redistribución del poder favorecieron la participación de grupos de población que demandaban respuestas a sus necesidades, traducidas básicamente en la disponibilidad de servicios, vivienda y empleo. Esto alentó el surgimiento de interrogantes acerca de los criterios de equidad y del impacto de los programas sociales, todo lo cual ejerció consecuencias beneficiosas sobre el conjunto del sector de la salud.

Así, la evaluación fue adquiriendo cada vez mayor relevancia en los proyectos de desarrollo del personal de salud y en el enfoque de la EPS la conceptualizamos como un proceso permanente que acompaña a todos los proyectos educacionales para dejar constancia no solo del cambio individual sino "del cambio colectivo, del crecimiento de los equipos de trabajo, en términos de su capacidad permanente de aprendizaje de procesos de trabajo cooperativo, de posibilidad de generación de conocimiento intensivo y de su aplicación en el trabajo" *(1)*. Consideramos que la evaluación cuestiona las propias modalidades de capacitación porque favorece la reflexión críti-

ca sobre sus supuestos objetivos, estrategias y prácticas. En plena vigencia de las medidas de descentralización, cuestiona los modelos normativos que procuran idénticos resultados para contextos disímiles, promoviendo la capacitación para el diseño de estrategias coherentes con los problemas de desempeño y la adquisición de nuevas competencias identificadas como necesarias en el nivel local.

Este concepto de la evaluación es muy diferente del que ofrecen los modelos tradicionales, concebidos únicamente con la perspectiva de enseñar los logros de las metas y cuantificar los productos inmediatos de la capacitación, sin explorar lo que ocurre durante la implementación ni el resultado de esos proyectos y, por lo tanto, sin ver las especificidades y problemas que dificultan y muchas veces impiden la puesta en práctica de los proyectos educativos y por ende su contribución efectiva al cambio institucional. Esta es la idea de evaluación que "ilumina el camino", que no es privilegio de especialistas sino que se abre a la participación de todos los actores involucrados, que se elabora en forma sistemática a lo largo de todas las fases del proyecto o programa y que, en consecuencia, ofrece elementos para la toma de decisiones. Pero el reconocimiento de la evaluación como componente relevante y necesario no basta para hacer que esta efectivamente se concrete. Los proyectos que sostienen el enfoque de EPS enfrentan el desafío de mejorar tanto la capacidad de evaluar como la de gestionar la evaluación.

Cabe destacar que, a lo largo de estos años, muchos de los proyectos educativos llevados a cabo en los servicios de salud no utilizaron criterios sistemáticos de evaluación, lo que impidió extraer conclusiones y enseñanzas. Aprendieron los actores individuales que participaron en esos proyectos, pero no hay ningún registro ni historia de ese aprendizaje. Esta situación se observó tanto en las estrategias educativas que aplicaron el enfoque de la EPS como en las que utilizaron otros abordajes.

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS reconoció este problema y advirtió que era necesario emprender acciones de diferente tipo. Estas comenzaron con la convocatoria a un primer grupo de trabajo en junio de 1997 en Buenos Aires, Argentina, para discutir la evaluación de la capacitación en salud. La publicación que reúne los resultados de este grupo de trabajo *(2)* presenta algunos de los problemas vigentes en la evaluación de los procesos de capacitación y señala la ausencia de un paradigma orientador en cuanto a la evaluación de los proyectos de reforma sectorial.

La situación de la evaluación en los proyectos de capacitación en la Región fue nuevamente tratada en el estudio de 15 proyectos llevados a cabo en ocho países *(3)*. Este estudio confirmó que la evaluación seguía siendo el aspecto más desatendido en los proyectos de capacitación. El trabajo mencionado señala que, a pesar del reconocimiento generalizado de la importancia de la evaluación, los proyectos no destinan en general recursos y tiempo para esta tarea, verificándose una baja capacidad para realizar la evaluación con un enfoque estratégico y utilizarla como elemento de cambio.

A partir de los resultados de dicho estudio, se convocó a un segundo grupo de trabajo en Salvador, Bahía, en junio de 2002, con el propósito de discutir y delinear una propuesta de intervención más directa para apoyar el desarrollo del componente de evaluación y la inclusión de procedimientos y estrategias evaluativos orientados a fortalecer la gestión de los proyectos de

capacitación en los servicios de salud de la Región. Este grupo de trabajo efectuó un análisis de la situación del componente de capacitación e indicó los principales problemas, desde los relativos al diseño de las estrategias hasta los relacionados con la gestión y evaluación de esos proyectos. Las publicaciones anteriores sirvieron como insumo al grupo de especialistas que discutieron y analizaron cuestiones como la evaluación y el poder; los paradigmas que influyen en las prácticas de evaluación o subyacen a ellas; la evaluación como instrumento de gestión y de programación; la inserción de la evaluación en la lógica de los proyectos, y el papel de la evaluación en los procesos de educación permanente. Asimismo, se presentaron algunas experiencias evaluativas para complementar el análisis, apoyar el desarrollo de la propuesta y definir una agenda de talleres de evaluación de carácter subregional.[1]

Entre noviembre de 2002 y marzo de 2003, en la Argentina y Guatemala respectivamente, se realizaron dos talleres subregionales sobre evaluación de programas de capacitación, con el objetivo de sensibilizar y fortalecer a los gerentes y al personal técnico responsable de los proyectos y procesos educacionales en los servicios de salud. En los talleres se retomaron, con un formato didáctico, los temas discutidos en el grupo de trabajo de Bahía; se trabajó en grupos, se emplearon dos simulaciones y se ofreció un instrumental de técnicas. El informe consolidado de esos talleres constituye la última parte de esta publicación.

A partir del interés que despertaron los talleres mencionados en los participantes y sobre la base de las experiencias de evaluación presentadas en el grupo de trabajo de Bahía y en los talleres subregionales, el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos señaló la necesidad de complementar las acciones de cooperación técnica con el registro sistematizado de algunas experiencias de evaluación puestas en práctica en algunos países. Esta es la publicación que ahora presentamos bajo el título *La evaluación en procesos de educación permanente y en la capacitación del personal de salud. Algunas experiencias y lecciones.*

Debemos agradecer especialmente la contribución valiosa de los autores —la mayoría de ellos involucrados directamente en los procesos de capacitación como gerentes o coordinadores— que tan laboriosamente escribieron los artículos, ofreciendo su capacidad de análisis y compartiendo sus instrumentos de trabajo (cuestionarios, listas de chequeo, documentos del proyecto) para que otros podamos aprender y avanzar a partir de sus experiencias y aprendizajes.

Notará el lector que esta publicación no tiene carácter uniforme, ni en la amplitud y profundidad con que los autores abordan los temas, ni en cuanto a los criterios que sustentan los procesos evaluativos. Tampoco fueron uniformes, en su momento, los enfoques con que se diseñaron y pusieron en práctica las experiencias educativas evaluadas.

Esperamos que esta publicación sea un incentivo para que los procesos de evaluación se amplíen y esta pase a formar parte efectiva del diseño y ejecución de los proyectos. Deseamos también que los trabajos que aquí se presentan sean aprovechados en su aspecto didáctico, ya que ellos introducen los proyectos, sitúan la evaluación como un subcomponente con sus propósitos y objetivos, explican cómo esta se llevó a cabo, y trabajan en la selección de metodologías e instrumentos para verificar los logros propuestos por la capacitación, tanto en lo que se refiere al

1 El informe de este grupo de trabajo se encuentra disponible en portugués en el sitio Web de la Organización Panamericana de la Salud (OPAS) Brasil: http://www.opas.org.br/rh/pub_det.cfm?publicacao=19. Se puede solicitar la versión electrónica en español a la Unidad de SHD de la OPS.

desarrollo organizacional o institucional como a la recuperación o adquisición de competencias, en un contexto de cambios estructurales en los servicios de salud. Los autores discuten los procesos, las dificultades, los logros, las lecciones, los conflictos, en fin, los elementos que demuestran que todos los proyectos y propuestas dependen siempre de las situaciones complejas y cambiantes en los contextos en que se dan, y que una aproximación orgánica e integrada a las actividades de capacitación es fundamental para lograr cambios en la práctica del personal de salud. Este libro demuestra que la evaluación es parte integrante de ese abordaje.

La secuencia en la que presentamos los trabajos es la siguiente: el primer artículo, de María Cristina Davini, se titula "Paradigmas y prácticas de evaluación en programas educativos para el personal de salud". El texto introduce el tema de la evaluación en educación con una perspectiva histórica de los modelos como construcciones creadas en marcos concretos (la evaluación como instrumento de control, como estrategia de regulación y como herramienta de desarrollo de capacidades de acuerdo al paradigma educativo de la emancipación). La autora señala que es importante considerar la complejidad de los procesos, ya que una visión unilateral resulta prácticamente imposible, llama la atención acerca de la evaluación como proceso político, comunicativo y técnico con fines explícitos y también implícitos, y discute algunas cuestiones estratégicas para las prácticas de la evaluación. El artículo representa un ancla teórica que puede sustentar la lectura y el aprendizaje a partir de las experiencias prácticas presentadas en los textos que siguen.

En el segundo artículo, titulado "La complejidad y la simplicidad: evaluación y seguimiento de un proceso de educación permanente", Gabriela Charnes Cars analiza el diseño y aplicación de una modalidad flexible y acumulativa de evaluación y seguimiento de dos experiencias de capacitación en espacios de trabajo. Este proyecto se llevó a cabo con la finalidad de apoyar las estrategias de aprendizaje y de presentar pruebas sobre los productos logrados en el tiempo. Se describen los actores y los ambientes (la primera experiencia se realizó en ocho servicios de salud de Chile y la segunda se llevó a cabo con funcionarios de una universidad para mejorar su gestión y la calidad de sus servicios), las estrategias de intervención, la secuencia del proceso de aprendizaje organizacional y la evaluación como actividad transversal. El texto es valioso porque, además de describir un modelo de evaluación cualitativo y participativo, introduce algunos de los instrumentos empleados en la evaluación de procesos institucionales, explicitando su selección y empleo, además de ofrecer en los anexos ejemplos construidos para las situaciones vivenciadas.

En el tercer artículo, de Marina Peduzzi y Maria Luiza Anselmi, "Evaluación del impacto del PROFAE en la calidad de los servicios de salud del Brasil", se describe uno de los procesos de evaluación de este proyecto, que fue financiado por el Ministerio de Salud del Brasil y el BID, y que se propuso profesionalizar a 225 000 trabajadores del área de enfermería que no poseían capacitación previa técnica, formal y regular. El texto distingue entre la evaluación de servicios de salud y la evaluación de los efectos de las actividades de capacitación del personal de salud en la calidad de la oferta de servicios, y toma como eje de la valoración del impacto de la profesionalización en la relación trabajador-actividad laboral, medida a través de la calidad de los servicios sobre la base de indicadores de calidad de la atención. El artículo también incluye y analiza variables tales como el contexto de la asistencia de enfermería con base en el cuadro de personal de enfermería, así como los procesos de supervisión y educación continua de ese personal,

presentándose las variables e indicadores, las técnicas e instrumentos de recolección de datos, la población y el muestreo. Las autoras describen, asimismo, las principales dificultades encontradas en el transcurso de la evaluación y las lecciones aprendidas con un trabajo que se caracteriza como una investigación cuantitativa y cualitativa. Asimismo, se proporcionan en los anexos algunos de los instrumentos elaborados que sirven para iluminar el trabajo desarrollado.

El cuarto trabajo, de Ariela Luna y Fernando Bolaños, titulado "Desarrollo de competencias para la atención integral. Lecciones aprendidas del programa de capacitación del Proyecto Salud y Nutrición Básica en el Perú", describe la estrategia de capacitación empleada en ese proyecto, que puso el acento en el mejoramiento de las competencias, sobre todo en relación con la atención maternoinfantil. Esta experiencia sirvió de modelo para proyectos más recientes basados en el enfoque de competencias, llevados a cabo en el Ministerio de Salud del país. La evaluación, caracterizada como un subsistema de monitoreo y evaluación, formó parte del proceso de planificación de las intervenciones educativas de todo el plan de capacitación y se definió como una herramienta que ofrece los insumos necesarios para la toma de decisiones. El artículo presenta la matriz de seguimiento para la evaluación y el monitoreo, instrumentos diseñados en función de variables, y describe la forma en que se establecieron los flujos de información a medida que se aplicaban los instrumentos. Los resultados incluyen pruebas de entrada y salida y algunos cambios en la práctica de atención evaluados a partir de la supervisión. Se presenta al final del trabajo un balance de los logros, las dificultades y las lecciones aprendidas, y anexos con una guía y fichas de observación del desempeño. El artículo es resumido, no detalla el perfil de competencias propiamente dicho ni cómo se definió, pero permite que el lector tenga acceso a un trabajo exhaustivo y detallado sobre el proyecto de capacitación ejecutado. Otra ventaja del trabajo es que describe un sistema de evaluación del desempeño basado en el enfoque de competencias, lo que resulta de especial interés para quienes coordinan actividades educativas tanto en las universidades como en los servicios de salud.

El quinto artículo, "Una experiencia de evaluación sistemática en capacitación realizada en el PROMIN (Programa Materno Infantil y Nutrición)", de Claudia Lomagno, describe la gestación e implementación de este programa, una iniciativa argentina centrada en la constitución de equipos multidisciplinarios de nivel local, respaldada por facilitadores locales y supervisores con adecuada formación técnica y pedagógica. La cobertura del PROMIN abarca a 17 provincias y más de 10 000 trabajadores de salud. Con el objetivo de lograr cambios en la calidad, pero también para ampliar la atención, dando prioridad a la promoción y la prevención, la evaluación se planteó como una actividad constante y permanente y sus resultados sirven de referencia para la orientación del trabajo, su programación o reprogramación. El artículo describe distintas modalidades de evaluación utilizadas en el proyecto: diagnóstica, de proceso/seguimiento, de proceso/producto y las instancias de evaluación en el nivel central, así como la evaluación compartida *in situ* y la de medio camino, además de una evaluación externa. El artículo finaliza con algunas reflexiones sobre el trabajo realizado, tanto en términos de las lecciones aprendidas como de las dificultades, los logros y las perspectivas. La autora destaca la necesidad de revisar siempre no solo las estrategias sino también —en función de los cambios político-institucionales— el diseño de la evaluación, lo que es muy importante porque a veces las personas se aferran a técnicas e instrumentos sin tomar en consideración los contextos en los que pueden ser empleados, ni el hecho de que esos instrumentos expresan también valores y una visión del proceso educativo que puede no coincidir con las propuestas de los servicios en otras realidades.

El sexto artículo, de Débora Cristina Bertussi y Marcio José de Almeida, titulado "Los efectos del desarrollo gerencial en unidades básicas de salud (proyecto GERUS): un estudio de caso", se basa en una tesis de maestría y, a diferencia de los demás, no se detiene en la evaluación sino que describe el desarrollo institucional promovido por el proyecto de Gerencia en Unidades de Salud (GERUS) como parte de la cooperación entre el Ministerio de Salud y la OPAS/Brasil. El artículo analiza los efectos de ese proyecto en el Municipio de Curitiba/Paraná cinco años después de su puesta en práctica, y puede considerarse como una evaluación retrospectiva. Puesto que el proceso analizado se desencadenó durante la implementación del Sistema Único de Salud del Brasil, es interesante acompañar las etapas de la experiencia de capacitación en distintas instancias de los servicios y del área de formación, y seguir el trabajo de articulación y definición de un desarrollo institucional descentralizado y participativo en sus diferentes momentos. Los autores destacan el papel de los diferentes actores y señalan los conflictos entre el poder local y las actividades del nivel central de la Secretaría de Salud. Examina asimismo los efectos de los cambios gerenciales en la Secretaría Municipal de Salud y analiza el proceso de gestión como un ejercicio de compromiso, autonomía y flexibilización organizacional. Por el tema que trata y los problemas que aborda, este artículo resulta de interés tanto para el área de educación permanente como para la de gestión de recursos humanos. Queda muy claro en este trabajo que las estrategias de capacitación aún tienen los problemas que surgieron cuando se trató de separar —por las exigencias de la gran cantidad de personal para capacitar— la planificación y diseño de los proyectos de su ejecución.

Y, por último, presentamos el informe elaborado por Jorge Haddad Q. y que constituye un informe consolidado de los dos talleres subregionales de evaluación de la educación permanente en salud que se realizaron en 2002 y 2003 y que se mencionan más arriba. Este informe se introduce en esta publicación con el objetivo de estimular la realización de otros talleres en el nivel nacional así como el intercambio de otras experiencias de evaluación.

Finalmente, deseamos expresar que esta obra representa un camino que recién se empieza a recorrer e invitamos a todos ustedes, lectores, a hacerlo con nosotros, compartiendo sus experiencias, reflexiones y aprendizajes en la búsqueda de procesos de evaluación más integrales y de intervenciones educacionales cada vez más comprometidas con el desarrollo pleno del personal de salud.

María Alice Roschke
Editora
Consultora de la Organización
Panamericana de la Salud (OPS/OMS)

Referencias bibliográficas

1. Roschke MA, Brito-Quintana P y Palacios MA. Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud: Manual del educador. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2002: p. 108 (Serie PALTEX para Ejecutores de Programas de Salud No. 44).

2. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. El desafío educativo de las reformas sectoriales: cambios en la capacitación y la evaluación para el trabajo en salud. Buenos Aires: OPS/OMS; 1997 (Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 11). (La versión electrónica puede solicitarse a la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS).

3. Davini MC, Nervi L y Roschke MA. *Capacitación del personal de los servicios de salud en proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial.* Quito: OPS/OMS; 2002. (Serie Observatorio de Recursos Humanos en Salud No. 3).

   http://www.paho.org/Spanish/HSP/HSR/HSR02/libro3-obsrrhh.htm

Reconocimiento

Nuestro sincero agradecimiento a los autores de esta publicación por su esfuerzo, paciencia, pronta respuesta a nuestras indagaciones y, sobre todo, por su especial contribución al trabajo de evaluación propuesto.

Un reconocimiento especial a Laura Nervi, por su apoyo para resolver las dudas tanto en cuestiones lingüísticas como en el plano de las ideas y, principalmente, por su atenta disposición para responder a nuestras inquietudes e incentivarnos en el trabajo de edición.

Maria Alice Roschke

Palabras clave

Experiencias de evaluación en salud

Educación permanente

Aprendizaje y evaluación

Paradigmas de evaluación

Evaluación de la capacitación

Evaluación del impacto en los servicios

Instrumentos de evaluación para los servicios

Prefacio

Este libro, centrado en el tema de la evaluación de la educación permanente y la capacitación del personal de salud, es al mismo tiempo una compilación comentada de trabajos originales y una relatoría de dos talleres efectuados por profesionales en el tema. Todo ello, en el contexto de los últimos 15 años en los que los procesos de reforma del sector salud han marcado la pauta de las estrategias de modernización de los sistemas de salud en la región, dando lugar a un incremento en las actividades de capacitación de recursos humanos para la salud y en las expectativas de cambio y mejoramiento de los servicios a través de este tipo de intervenciones.

Se presentan así, después de una introducción pertinente y pormenorizada, seis trabajos originales que se enmarcan en este tema prioritario: el primero de ellos de orden conceptual y metodológico, y los cinco restantes que representan experiencias concretas sobre trabajos de evaluación en programas de capacitación; cierra el contenido de este libro la relatoría que deriva de la realización de dos talleres subregionales sobre la evaluación de la educación permanente y la capacitación (Buenos Aires, 2002 y Antigua, Guatemala, 2003). Dichos talleres subregionales fueron ellos mismos la consecuencia de discusiones promovidas por la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) sobre el tema, discusiones que adquirieron particular intensidad en dos encuentros de carácter regional celebrados en Argentina, 1997, y Brasil, 2002.

Como ha sido señalado en una publicación previa de OPS denominada *Capacitación del Personal de los Servicios de Salud: Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial*, el incremento de las actividades de capacitación con motivo de las reformas sectoriales no ha considerado debidamente la aplicación de acciones de evaluación de estos procesos, especialmente la evaluación de resultados y de impacto que estas acciones han podido tener sobre los procesos de cambio y desarrollo institucional, por lo que se han perdido importantes oportunidades para darle una justa dimensión al significado y valía de los procesos de educación permanente y capacitación.

Ante la carencia de resultados e indicadores de evaluación, enfrentamos en muchas ocasiones las limitaciones propias de una propuesta educacional insuficientemente dirigida hacia las necesidades de salud de las poblaciones y hacia el desarrollo armónico e interdependiente de las

instituciones educativas y de servicios. Sin el conocimiento fundamentado de los alcances y limitaciones de las actividades educacionales y sus modelos de gestión; sin un esfuerzo sistemático que identifique y evalúe los componentes y determinantes de las intervenciones educacionales y de capacitación para alimentar a la toma de decisiones, no se puede aspirar a la formulación, ejecución y sostenibilidad de una estrategia integrada para la acción educativa.

Esta publicación que lleva por título *La evaluación en procesos de educación permanente y en la capacitación del personal de salud: algunas experiencias y lecciones,* es el resultado de un esfuerzo colectivo, sistemático y continuado de la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS en colaboración con diversos expertos y estudiosos en este campo que provienen de 16 países de la Región de las Américas.

Con esta publicación, como lo señala en la introducción Maria Alice Roschke, se trata de "contribuir a la realización y reforzamiento de proyectos de evaluación de programas de educación y capacitación del personal de los servicios de salud". El hecho es que durante mucho tiempo, en particular desde hace más de quince años de promover e impulsar a la educación permanente como una de las estrategias centrales para el desarrollo de los recursos humanos para la salud, a la fecha no contamos con un proceso documental y de gestión de la función de evaluación que esté a la altura de los grandes interrogantes y desafíos de este campo.

En este libro se reconoce que, si bien la agenda de cooperación técnica internacional para el desarrollo de recursos humanos tiene diferentes desafíos y asignaturas pendientes, el tema de la evaluación de los procesos de educación permanente y capacitación es uno de los temas más postergados ya que no ha recibido la debida atención como un ejercicio continuado, riguroso y de valor estratégico, por lo que las aportaciones de esta publicación resultan de utilidad para poder dar atención integral al desarrollo de los recursos humanos y, desde esta óptica, una mejor respuesta a la organización y desarrollo de los sistemas de salud.

Por todas estas razones es que, al agradecerles a los autores y participantes su contribución en esta obra, con entusiasmo, compromiso y expectativa la Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS ofrece al lector esta publicación para que pueda servir no solo como una invitación, sino fundamentalmente como un aporte valioso para la incorporación de estrategias y métodos evaluativos en los proyectos y programas de educación permanente y capacitación. El trabajo continuado y sistemático en torno a la evaluación permitirá, sin duda, involucrar en mayor medida a la toma de decisión en este campo y favorecerá la evolución de las redes de educación y aprendizaje, para que se traduzcan más eficazmente en redes de mejores prácticas de la salud pública.

Charles Godue
Jefe, Unidad de Desarrollo de Recursos Humanos
Organización Panamericana de la Salud

CAPÍTULO 1

PARADIGMAS Y PRÁCTICAS DE EVALUACIÓN EN PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA EL PERSONAL DE SALUD

PARADIGMAS Y PRÁCTICAS DE EVALUACIÓN EN PROGRAMAS EDUCATIVOS PARA EL PERSONAL DE SALUD

María Cristina Davini[2]

Para quienes trabajamos en el campo de la educación formal y permanente del personal de salud —comúnmente entendida como programas y proyectos de capacitación— no hay idea más familiar o inocente que la "práctica". Al final, solemos decir, la práctica es lo que hacemos. La práctica habla por sí misma, o al menos eso es lo que solemos pensar. Tal vez esta sea una de las causas por las que la evaluación pocas veces está presente en los programas de capacitación, o bien se la aborda de modo poco formalizado. Al fin, se trataría de narrar lo que hemos hecho, produciendo un informe retroactivo de las acciones, o de contabilizar sus resultados en forma de números una vez que ocurrieron. En definitiva, una sencilla práctica más.

Sin embargo, las distintas vertientes de la teoría educacional muestran que las prácticas no son sencillas o transparentes al ojo del observador. Esas contribuciones nos indican que el valor, la orientación y la significación de las prácticas se construyen, y mucho más allá de lo simplemente aparente. Se construyen laboriosamente en la acción y en contextos de sentido diversificados. Y se construyen a partir de la reflexión sistemática de sus supuestos, acciones e interacciones.

La evaluación implica la formulación de un juicio acerca del valor o mérito de un programa educativo, para lo cual se requiere la producción de informaciones acerca del contexto, de los problemas y los procesos, al igual que de sus resultados. Sin embargo, ante preguntas tales como: qué evaluamos, para qué, cuándo, para quiénes y con quiénes, qué logramos y con qué dificultades nos encontramos, qué lecciones hemos recogido, en qué contexto, según qué juicios de valor, a favor de qué o de quiénes, no hay respuestas sencillas. Por lo tanto, antes de establecer un procedimiento de recolección o el diseño de instrumentos o herramientas deberán haberse precisado las respuestas a tales interrogantes. En otros términos, las prácticas educativas y su evaluación por sí mismas constituyen un problema que no se agota en respuestas sencillas; ellas se apoyan en concepciones y supuestos que operan en las acciones que realizamos y en las decisiones que tomamos.

2 Doctora en Ciencias de la Educación. Consultora de la Organización Panamericana de la Salud.

En este trabajo presentaremos algunas reflexiones en torno a los paradigmas que sostienen las prácticas evaluativas en educación, y que subyacen a las preguntas mencionadas y a muchas otras, con el propósito de contribuir al análisis de dichas prácticas. Plantaremos luego algunas cuestiones estratégicas del diseño y puesta en práctica de la evaluación en proyectos de capacitación del personal de salud. Esperamos así ayudar a definir qué tipo de evaluación realizaremos y para qué, con objeto de promover el desarrollo de evaluaciones coherentes y sistemáticas.

Acerca de los paradigmas de la evaluación educativa

La noción de paradigma tiene múltiples significados y suele enfocarse de diversas maneras. Por un lado, una acepción más o menos clásica relaciona el paradigma con el concepto de "modelo". Con esta perspectiva, el modelo supone el resultado de la abstracción de las dimensiones centrales y constantes de una realidad en un campo determinado, que despeja o elimina las diferencias circunstanciales de sus distintas manifestaciones. El paradigma o modelo permitiría entonces mejorar la comprensión de esa realidad en sus rasgos esenciales. Pero esta funcionalidad que brindaría la utilización del modelo puede, al mismo tiempo, opacar la comprensión de la complejidad misma de la realidad y constituirse en un esquema abstracto y simplificador. En última instancia, los modelos tienden a convertirse en algo estático, una suerte de "trampa" que nos dificulte la comprensión.

Por otro lado, desde el punto de vista científico, la idea de paradigma se ha asociado a los marcos conceptuales elaborados a partir de investigaciones, lo que ha otorgado unidad de pensamiento a determinada comunidad científica. En tal sentido, el paradigma conferiría estabilidad y consenso a las producciones de dicha comunidad. Más allá de las discusiones específicas o particulares, los investigadores se remitirían, en última instancia, a los mismos marcos conceptuales que sostienen sus postulados.

Sin embargo, esta estabilidad o consenso no alcanza para explicar los cambios. A lo largo de la historia de la ciencia, los paradigmas científicos no permanecen inalterados. En momentos determinados, nuevas investigaciones pueden arrojar resultados que rebaten los núcleos principales del modelo dominante y conducen a un cambio de paradigmas que rebaten los núcleos principales del modelo dominante. En esos momentos se producen las "revoluciones" que cambian en forma sustancial los marcos conceptuales para comprender los fenómenos. Las revoluciones paradigmáticas en las ciencias trastocan esencialmente los núcleos fundamentales del discurso teórico, rompiendo su cinturón de seguridad y produciendo profundas reacomodaciones en los intereses de la comunidad científica *(1, 2)*.

Las revoluciones paradigmáticas son pocas en la historia de la ciencia pero muy profundas, y muchas veces suponen profundas luchas. Por ejemplo, las teorías de Galileo, Copérnico y Newton alteraron en forma drástica las concepciones establecidas en sus respectivas épocas, y más cerca en la historia, las contribuciones de la teoría de la relatividad o de la teoría del caos han cambiado sustancialmente el curso de la producción científica.

Otra acepción del término paradigma lo vincula a la noción de ideología en cuanto sostén aglutinador de distintos grupos que comparten determinado campo y que remite a relaciones de intereses en el seno de la sociedad. Así, se ha asociado esta idea de paradigma al análisis de movi-

mientos ideológicos. En el campo de la salud, se ha utilizado esta noción para referirse a distintos movimientos, como el flexneriano, el de medicina social y el de salud comunitaria, entre otros. Sin embargo, al pensar los paradigmas de este modo se ha notado "cierto abuso en su empleo en años recientes y en muchos casos se los ha reducido a la idea de enfoque" *(3)*. Se multiplican, entonces, los enfoques, y el término paradigma diluye su potencialidad interpretativa.

Ante el desafío y los riesgos que suponen estas múltiples acepciones, adoptaremos una perspectiva para la mejor comprensión de los paradigmas de la evaluación educativa. En primer lugar, evitaremos colocarlos en el terreno puramente conceptual o en el mundo de las abstracciones. Los paradigmas no pertenecen al mundo platónico de las ideas, sino que ofician fundamentalmente de articuladores entre las ideas y las prácticas sociales. En otros términos, los paradigmas están en nuestras prácticas, aunque muchas veces no los reconozcamos. En este sentido, ha sido una contribución fundamental la obra rica y extensa de Bourdieu, con su análisis de las matrices internas a las prácticas científicas, culturales y sociales *(4, 5)*.

Desde esta perspectiva, definiremos los paradigmas como un conjunto de nociones maestras que nos permiten no solo construir nuestras explicaciones sobre los fenómenos, sino también orientar (y justificar) nuestras acciones. En segundo lugar, reconoceremos que los paradigmas son construcciones históricas, productos sociales creados a lo largo del tiempo en el marco de condiciones históricas concretas. En otros términos, los paradigmas no son el resultado de actos individuales voluntarios sino de la génesis social de las prácticas *(6, 7, 8, 9, 10)*.

Estas nociones maestras creadas a lo largo de la historia y presentes hoy en nuestras prácticas, no siempre constituyen un todo articulado y coherente. Por lo general, incluyen una importante dosis de contradicción interna. La reflexión consciente y sistemática sobre este conjunto se presenta como la única y mejor vía para alcanzar mayor consistencia y coherencia en estos postulados.

Al revisar (o revisitar) la historia, encontramos que la evaluación educativa fue desde sus orígenes una herramienta de premios y castigos. El maestro enseñaba, su palabra y sus acciones eran incuestionables (*Magister dixit*) y los alumnos debían emularlo y repetir con fidelidad sus lecciones. El premio para los que lo hicieran así o el castigo por no cumplir este mandato era la consecuencia de la evaluación. En este sentido, puede distinguirse claramente que desde tiempos remotos la evaluación estuvo regida por el ejercicio de poder sobre los aprendices, que aun podía derivar en castigos corporales o morales *(11)*.

Sin embargo, también hay que recordar que en estos orígenes no todos tenían los beneficios de la enseñanza, y que las diferencias educativas según clases sociales eran muy marcadas. No es que hoy vivamos en un mundo que ha superado las desigualdades, pero la noción de escuela básica universalizada para todos decididamente no existía por entonces. Por el contrario, pocos acudían a las escuelas, había colegios para los pobres —sobre todo ligados a centros religiosos y a la caridad— y maestros, seminarios y universidades para la nobleza y la burguesía.

La escuela de masas, como hoy conocemos a los distintos niveles del sistema educativo, surgió recién como resultado de la revolución industrial. El avance del industrialismo, particularmente en la segunda mitad del siglo XIX, originó grandes movimientos migratorios del interior agrícola a la ciudad, en busca de fuentes de trabajo. Se produjo, en consecuencia, un enorme cre-

cimiento urbano, con el consiguiente deterioro general de las condiciones de vida de los habitantes, en particular de situación higiénica, y aumento de la promiscuidad, el alcoholismo y las epidemias. Además de instrumentar políticas sanitarias, era necesario acompañarlas con alternativas para el disciplinamiento de los niños (que trabajaban duramente) y de los jóvenes y adultos. Para ello, el mejor instrumento fue la escuela, que en un comienzo funcionaba dentro de las fábricas y luego en establecimientos específicos (*12*). La escuela acompañó la expansión del higienismo, colaborando en las campañas de vacunación y control sanitario.

Sin embargo, la concepción y la aplicación práctica de la idea de escuela para todos y obligatoria no resultaron fáciles ni armoniosas. Muchos se opusieron tenazmente a ese objetivo y se suscitaron encarnizadas luchas. No fue sino hasta el siglo XX cuando se extendió a todas las clases sociales el acceso a la educación primaria obligatoria, constituyéndose el moderno fenómeno de los sistemas educativos de masas. En efecto, a comienzos del siglo XX, Europa y los Estados Unidos de América dictaron las primeras leyes de obligatoriedad; al promediar el siglo impusieron la escolaridad primaria universal, y en el decenio de 1960 promulgaron también la obligatoriedad de la enseñanza secundaria. En cambio, en América Latina y el Caribe la universalidad de la escuela básica aún constituye una deuda histórica.

Ya en los años cuarenta, el sistema educativo había dejado de ser de elite. Ello trajo como consecuencia la expansión del aparato educativo (más escuelas) y del número de profesores empleados. Pero desde muchos años antes, Bobbit (*13*), que percibió el rumbo que tomaba esta expansión, abogó por la introducción de los principios del taylorismo aplicados a la organización del trabajo industrial, para organizar la tarea docente, con los siguientes postulados:

- fijar las especificaciones y estándares del producto final que se desea (*output*);
- establecer las especificaciones y estándares para cada fase de elaboración del producto (materias, secuencia de años académicos, trimestres y unidades lectivas);
- emplear los métodos del taylorismo a fin de encontrar los procedimientos más eficaces, y asegurar que sean seguidos por los profesores;
- establecer las calificaciones estándares requeridas para los docentes;
- fijar los requisitos para que los docentes accedan a los puestos, capacitarlos en consonancia, o ambas cosas;
- promover la capacitación permanente para mantener a los docentes a la altura de los requerimientos y darles información detallada acerca de cómo deben realizar su trabajo;
- traducir todas las tareas docentes en responsabilidades individualizadas y exigibles;
- estimular la productividad de los docentes mediante incentivos;
- controlar en forma permanente el flujo de los productos parcialmente desarrollados en las distintas etapas del alumno (*13*).

De este modo, Bobbit es el primero en hablar del currículo como planificación y expresión escrita de todos esos postulados. El propósito era mejorar la eficiencia del sistema indicando qué

enseñar, cómo, cuándo, a quiénes, con qué y, aun, para qué, o sea, la cuestión de los fines. El nuevo "ejército" de profesores perdió, entonces, la libertad "artística" de los antiguos maestros (Magister dixit), pasando a ser empleados del Estado bajo supervisión y con currículo claramente definido. Dado este nuevo escenario, no solo se evalúa el rendimiento de los aprendices sino también los resultados que logran los profesores.

Así, la escuela se convierte, contradictoriamente, en una conquista social para el progreso pero en instrumento disciplinador de la conducta, particularmente en manos de la evaluación. Se consolida de esta manera el paradigma de la evaluación como herramienta de control. Pese a que el paradigma del control estaba ya implícito en los orígenes de la evaluación educativa, en la lógica de premios y castigos, y en el ejercicio del poder del profesor, la creciente complejidad del sistema educativo de masas profundizó sus características, acompañando el crecimiento de la tecnoburocracia en educación. La metáfora de la escuela-fábrica puede ser un ejemplo para pensar la búsqueda de mayor productividad y eficiencia y la expansión de un enjambre de supervisores y planificadores en distintos y múltiples niveles de las jerarquías.

Según este paradigma, la evaluación se basa en las siguientes ideas maestras:

- objetivismo, bajo el supuesto de que la realidad y los sujetos son fenómenos objetivos, observables y cuantificables, susceptibles de medición y control; en tal sentido, el objetivismo es subsidiario de una importante dosis de empirismo;
- fe definida en la ciencia como modelo de conocimiento positivo, especializado y neutral, así como en el logro del consenso armónico racional entre los sujetos, con base en el respaldo del saber científico;
- fuerte presencia de la tecnociencia (taylorismo, utilitarismo) para la planificación del cambio y el logro de la eficiencia;
- proceso deductivo en la definición del plan educativo: primero las fuentes de saber, luego el diseño de la intervención, la implementación y finalmente evaluación de resultados.

Más allá de la reflexión crítica, es importante reconocer que la búsqueda de control sobre la acción y sus resultados es necesaria y legítima cuando de educación se trata. El control no es malo en sí mismo, en particular cuando se buscan logros valiosos para la educación y la salud de la población, y cuando la sociedad invierte importantes recursos para el desarrollo educativo, sanitario y social. Sin embargo, el problema del paradigma del control no reside en la ilegitimidad del control sino en su extremo objetivismo. El trabajo en el ámbito de lo social y de lo institucional no puede concebirse como "medición de cosas", y no todo es controlable cuando de sujetos se trata.

Así, en el decenio de 1950 se produjo un giro paradigmático importante en ciencias sociales y en educación. Corría por entonces el fin de la Segunda Guerra, y a pesar del optimismo social imperante por el alcance de la paz, un grupo de connotados intelectuales europeos reunidos en la Escuela Crítica de Frankfurt quebró el "cinturón de seguridad" del modelo dominante. Sus teorías críticas produjeron un cambio sustantivo en la concepción de los fenómenos sociales, al reconocer el papel de la subjetividad, la política y la cultura en la construcción de la realidad *(14, 15, 16)*.

En lo político, se cuestiona la ciencia y la cultura del momento que, revestidas de una concepción de progreso, llevaron a la humanidad a las más crueles acciones y guerras. En esta línea de reflexión, se hace hincapié en el papel y usos de la ideología, que actúa como soporte justificador de determinada dominación, imponiéndose como la única verdad. Al mismo tiempo, se devela la no neutralidad de las teorías y del conocimiento científico.

En el campo epistemológico, las teorías críticas rechazan al empirismo simplificador, recuperando la noción de complejidad. La realidad se concibe como una totalidad compleja, dinámica y dotada de significados e intencionalidad, que no puede disecarse en elementos aislados.

Según este paradigma, los fenómenos sociales y culturales no pueden considerarse como objetos materiales controlables y medibles. Ellos tienen una realidad esencialmente distinta. Los hechos sociales son singulares y están mediados por los sujetos que los construyen y les otorgan su sentido particular. Las ideas de mediación y de subjetividad en la organización de la experiencia son esenciales para esta vertiente de pensamiento. En lo metodológico, la Escuela Crítica abandona el objetivismo ingenuo y la tecnocracia para favorecer la hermenéutica como interpretación y reconstrucción del sentido de la experiencia, sin perder la riqueza del juego entre el contexto y la situación, entre la totalidad y el momento.

Desde esta perspectiva, el pensamiento educacional ha destacado la importancia de comprender y operar a partir de los sujetos y las prácticas particulares. Se busca así la interpretación de los procesos construyendo y negociando significados, y considerando las distintas intencionalidades de los sujetos. Con un enfoque orientado al perfeccionamiento de la acción y no al control, se incluye la participación directa de los sujetos en la evaluación y se subraya la importancia de fortalecer la comprensión de las prácticas. Se proponen, así, soluciones contextualizadas de acuerdo con las características de los contextos y las peculiaridades de los sujetos.

Ello da lugar a la constitución de un paradigma de la evaluación como actividad de regulación. La idea de regulación supone la influencia mutua entre diferentes niveles de conciencia, entre distintas subjetividades, negociando y acordando criterios y significados acerca de las propias prácticas, la percepción de ellas y el contexto donde se llevan a cabo las actividades educativas.

Los aportes provenientes de diversas tradiciones han ido perfeccionando este paradigma educativo, de modo de recuperar lo que no se observa en forma directa ni puede cuantificarse *(17, 18, 19)*, fundamentalmente mediante la evaluación participativa y cualitativa, y la comprensión de las prácticas. Sus ideas maestras son las siguientes:

- dialéctica objetivo-subjetiva como totalidad compleja, lo que implica un análisis de la realidad basado en la forma en que los sujetos la interpretan y construyen; no se trata de "medir" una realidad "objetiva" sino de reconstruirla a partir de la forma en que los sujetos la perciben y valoran;

- búsqueda de significados como bases del conocimiento, no con la idea de encontrar una explicación única y verdadera, sino como el resultado de situaciones concretas y particulares;

- negociación "situacional" en la que el educador no es la fuente del saber, sino un referente para la construcción de nuevos sentidos e intereses comunes, sobre la base de la participación directa de los distintos actores;

- prioridad del fenómeno educativo como estrategia de perfeccionamiento, en la que su mismo desarrollo es valorizado más que los resultados inmediatos; asimismo, se hace hincapié en la comprensión de las prácticas por parte de todos los que participan en ellas como componente educativo.

Este movimiento produjo una verdadera revolución paradigmática y representó una ruptura en cuanto a la manera simple de interpretar las intervenciones educativas. Era necesario reconocer el papel de los sujetos en la configuración de la realidad æsujetos dotados de intereses, de intencionalidades.

Sin embargo, ciertas vertientes, particularmente fenomenológicas, exacerbaron la perspectiva local, situacional y subjetiva. En tales casos, los límites de esa concepción llegaron a imposibilitar la evaluación de resultados e impidieron la generalización de conclusiones o el análisis de problemas estructurales subyacentes y comunes a los distintos espacios particulares.

En el decenio de 1970, la crítica al particularismo y al subjetivismo condujo a un nuevo movimiento conceptual con relativo distanciamiento del paradigma anterior. Si bien este movimiento reconoce el papel de la subjetividad y los niveles de conciencia, sus postulados recuperan el peso de las estructuras objetivas sobre la base del análisis de los mecanismos de dominación en la sociedad, las organizaciones y los individuos. La idea maestra de esta nueva mirada apunta a la construcción de autonomía por parte de los sujetos y los grupos, en particular los más desaventajados, y a la superación de los mecanismos mencionados. Se constituye así el paradigma educativo de la emancipación, con fuerte ascendencia de las pedagogías libertadoras. Se destaca la idea de sujeto, pero el acento está puesto en la construcción de sujetos-sujetos en lugar de sujetos-sujetados.

Se trató, entonces, de promover la democratización y autogestión en educación, evitando la tendencia a la transmisión vertical y al control de los sujetos predominante en las instituciones y programas educativos. Dichas propuestas surgieron como respuesta a la creciente burocracia de los sistemas y programas educativos y a la aplicación de sutiles mecanismos de manipulación de los grupos y las culturas locales *(8, 20, 21, 22)*. A las anteriores nociones maestras —que no eliminan sino comparten—, se agrega la idea de pensar la educación, y particularmente la evaluación, sobre la base de:

- la construcción de autonomía en cuanto a la toma de decisiones para el logro de objetivos valiosos para el grupo y el cambio social;
- el desarrollo local como alternativa democratizadora ante la hegemonía del control homogeneizante;
- el fortalecimiento del papel de intelectuales de los sujetos, que supone brindar herramientas para la comprensión y evaluación de la realidad en la que se encuentran y como base de compromiso social.

Propuestas tales como la descentralización, la autogestión y la autonomización formaron parte de la agenda de los nuevos discursos. Sin embargo, el nuevo paradigma, coexistente con los anteriores, encontró pronto sus propios límites debido, por un lado, a la renovación de las técnicas sociales de dominación, cada vez más sutiles, y por otro, a que la aceptación de las reglas

de dicha dominación hallaba sus raíces en la adaptación misma de los sujetos, en cuanto a formas ideológicas incorporadas.

¿Qué nos enseña el análisis de estas trayectorias paradigmáticas? Ante todo, nos incita a revisar los paradigmas que ponemos en acción a la hora de evaluar y capacitar. En segundo lugar, y en relación con esta complejidad, nos ayuda a evitar posiciones unilaterales o maniqueas. Entendidas como factores sociales e institucionales, las prácticas educativas son más complejas aún que los mismos paradigmas, puesto que no reconocen un programa único y abstracto. Ellas por lo general constituyen una síntesis de distintos paradigmas, a veces conflictivos, aunque racionalmente privilegiemos a alguno entre otros.

El análisis de la construcción histórica de los paradigmas en la evaluación educativa pone de relieve los aportes y los límites de cada uno de ellos, pero también su integralidad y complejidad. El control no es en sí mismo negativo si a la vez se promueve la responsabilidad social en cuanto a obtener respuestas a las necesidades. Si los propósitos educativos logran trascender los intereses específicos y corporativos, resulta ineludible tanto la construcción de consensos y acuerdos como la superación de las divergencias entre los distintos actores. La "autonomización" es necesaria en la medida en que no suponga la disgregación o pérdida de la visión colectiva.

Las tres dimensiones que componen la evaluación educacional —el control, la regulación intersubjetiva y la emancipación de las prácticas— se encuentran entrelazadas en las distintas acciones de los programas educativos. Cabrá, entonces, pensar la evaluación como un instrumento político y técnico. Ella estimula la comunicación entre los sujetos y se constituye en una estrategia de regulación consensuada del cambio, capaz de controlar procesos y resultados comprometidos con la mejora social y sanitaria.

De los paradigmas a las prácticas de evaluación: cuestiones estratégicas

En cuanto a los paradigmas y las prácticas de evaluación, deberá adoptarse una serie de decisiones. No hacemos referencia aquí a los asuntos técnicos que intervienen en la construcción de los instrumentos, sino a las cuestiones estratégicas que anteceden a lo instrumental. En efecto, la evaluación es un instrumento poderoso que moviliza informaciones y afecta a personas y grupos, a distintos grados de poder y recursos, y a diversos intereses y percepciones.

Desde esta perspectiva, algunas de las cuestiones estratégicas a la hora de definir el diseño de la evaluación, dentro de un programa de capacitación, incluyen preguntas tales como:

- ¿A quiénes se dirigirá la capacitación?
- ¿Quiénes serán los actores que deciden sobre la capacitación?
- ¿En qué niveles se realizará la evaluación?
- ¿Qué tipo de información resultará necesaria y oportuna?

Los destinatarios de la capacitación y los actores que deciden suelen definir distintos grupos de interés. El público destinatario delimita a aquellos a los que se pretende alcanzar o sobre los que se espera influir por medio de las informaciones que surjan como resultado de la evaluación.

Los actores, por su parte, son los que participan en forma directa en la producción misma de la información, como miembros activos del proceso de evaluación. La determinación del público y de los actores permite definir quiénes intervienen en cada etapa y en la producción misma de la información y de los juicios, considerando distintos grupos y categorías de sujetos con posiciones jerárquicamente delimitadas, culturas, recursos e intereses, así como con poder para influir en el curso de las acciones; en este sentido, puede distinguirse quién produce las informaciones, quién las hace circular y quién y para qué las utiliza (*23*).

Puede parecer a simple vista que el público destinatario desempeña un papel más pasivo o de espectador. Sin embargo, posee una cuota importante de poder. Representa intereses particulares y grados de incidencia en la definición de los programas, lo que incluye desde la autorización misma, su apoyo, su financiamiento, hasta la implementación de las actividades. Entre este público pueden encontrarse decisores políticos, organismos de financiación y otros grupos que aparentemente tienen menor grado de decisión sobre los proyectos pero que pueden influir facilitando u obstaculizando la capacitación, la evaluación o ambas, tales como los supervisores, los jefes o responsables de departamentos y servicios, y las distintas jerarquías de actores.

Definir en forma apropiada al público destinatario es, pues, un punto de partida fundamental, ya que delimita los interlocutores, la utilización de la información y los canales de comunicación. Es, asimismo, importante planear en forma anticipada con este público los objetivos y el sentido de la evaluación, a fin de asegurar que asuman un mayor compromiso con el proceso y que sean buenos usuarios de las informaciones, evitando que las empleen para fines particulares.

Es asimismo importante definir a los actores, es decir, a los que participan directamente en la evaluación, ya que ello influye mucho en el diseño del plan (definir, por ejemplo, si los organismos responsables de la financiación son actores, es decir, productores directos de la evaluación, o si lo son los decisores políticos, o bien el personal jerárquico). Este tipo de decisiones nos enfrenta a problemas tales como el uso de la información, el establecimiento de prioridades en el programa, o la utilización de la evaluación como forma de control, premios y castigos. Es importante, entonces, atender a un diseño que aumente la solvencia de las informaciones y el nivel de confianza entre los distintos actores.

Si, por el contrario, los destinatarios de la capacitación son actores que participan en la evaluación, las decisiones podrán sostenerse por el mayor compromiso en cuanto al seguimiento de sus propios cambios. Con ello, se afianza su sostenibilidad en el tiempo y se fortalece su autonomía. El diseño deberá incorporar herramientas que los sujetos puedan utilizar sin dificultades y que sean de fácil interpretación para los responsables de la coordinación.

Según cuáles sean los objetivos del programa, también podrían ser actores algunos miembros de la misma comunidad, tales como los beneficiarios de los servicios. De este modo, grupos barriales o comunitarios podrían producir informaciones variadas como aporte al proceso de cambio del servicio que reciben, y con ello aumentaría la participación social y la conciencia colectiva.

La participación de los distintos actores en la producción de informaciones no significa la eliminación del papel técnico que desempeñan los grupos responsables de la evaluación. Ellos cumplen al mismo tiempo la función específica de analizar la información y adoptar las decisio-

nes —previa negociación con otros responsables— referentes al enfoque y metodología e instrumentos que se utilizarán para avanzar en la construcción de informaciones que permitan la formulación de juicios fundamentados. En caso de que la evaluación la realicen equipos especializados externos al programa, estas definiciones también estarán presentes como base de decisiones, definiendo los tipos de participación posible. En todos los casos, las decisiones deberán ser pertinentes a los objetivos del proyecto educativo.

Las definiciones en torno del universo de públicos y actores atraviesan diversas cuestiones, tales como la objetividad y la confidencialidad de la información o el control del conflicto de intereses. La información es la base de la toma de decisiones y por lo tanto deberá ser objetiva y veraz. También debe evitarse el trasvase de informaciones, lo que puede acarrear conflictos de intereses.

Asimismo, estas definiciones nos llevan al terreno de la comunicación y del lenguaje. Una información útil es aquella que todos los actores pueden entender y analizar. Es conveniente superar la idea de que la evaluación y sus resultados se encierran en un voluminoso documento poblado de cuadros estadísticos y cálculos de índices o coeficientes, que después se aprovecha poco y, por ende, casi no influye en el mejoramiento de los programas y las prácticas. Aunque se elabore un informe de este tipo, será importante estar atento a la circulación de informaciones oportunas y accesibles a lo largo de todo el proceso. Los talleres de discusión suelen ser una modalidad participativa para compartir y analizar las informaciones, puesto que, además de socializar los datos, facilitan la evaluación misma por las múltiples percepciones que expresan los diversos actores.

La elaboración de los instrumentos también deberá considerar el universo cultural de los actores, de modo que puedan apropiarse de ellos y utilizarlos eficazmente. Los cuestionarios, las escalas de opinión, las guías de observación y otros materiales deben emplear un lenguaje y estilo comunicativos próximos a la cultura del grupo.

El diseño del plan de evaluación requiere la observación sensible de los ámbitos sociales y culturales. El evaluador debe saber entrevistar, observar, escuchar, reunir las distintas piezas y comunicar fluidamente los planes de trabajo, los cuales deben ser prácticos, coherentes, adecuados a los universos culturales y eficaces como guías de trabajo.

En las evaluaciones a pequeña escala, un evaluador puede hacer todas estas tareas sin asistencia; a gran escala es frecuente la necesidad de un equipo y, muchas veces, apoyo especializado para la construcción de encuestas, técnicos informáticos para el procesamiento de datos, etcétera. Pero, aun así, la evaluación no debe confundirse con un proceso de investigación. La evaluación es estratégica, es decir, la información está dirigida a la toma de decisiones y a la acción en contextos específicos, y no a la producción de conocimiento empírico dirigido a la elaboración teórica y la generalización.

Otra de las cuestiones estratégicas es definir a qué niveles se dirigirá la evaluación. (*24*). El nivel más simple y ampliamente utilizado es la evaluación de la reacción. Este nivel se dirige a realizar un sondeo de las opiniones acerca de la capacitación, formuladas por distintos actores. Ejemplo de ello son los cuestionarios, que muchas veces se aplican al finalizar las actividades, en los que se consulta sobre los méritos del trabajo desarrollado. Se trata de una modalidad sim-

ple y útil para recoger las visiones del grupo en el momento, pero ciertamente es limitada, ya que no permite obtener opiniones más analíticas o fundamentadas.

El segundo nivel corresponde a la evaluación del aprendizaje y está orientado a verificar el rendimiento de los sujetos después de determinado tiempo de estar expuestos a la capacitación y la enseñanza. Este tipo de evaluación es el que se utiliza comúnmente en el campo educativo, y suele realizarse por medio de pruebas, cuestionarios o ejercicios, cuyas respuestas permiten apreciar el manejo de los contenidos por parte del sujeto.

El tercer nivel corresponde a la evaluación de la transferencia a la práctica. Un sujeto puede completar exitosamente la evaluación de aprendizaje y sin embargo no trasladar lo aprendido al plano de la acción. En este nivel, la evaluación trata de llegar al plano de los hechos y analizar en qué medida lo aprendido ha mejorado la acción y, por ende, a las organizaciones del trabajo. Pero al evaluar los méritos de un programa de capacitación en términos de la transferencia a la práctica, es necesario tener en cuenta que las fallas pueden deberse a las condiciones del contexto mismo, que puede facilitar o impedir dicha transferencia. Así, en determinado contexto una persona puede haber obtenido conocimientos individuales, pero en el servicio de salud los jefes o responsables pueden restarle toda importancia a lo aprendido y hasta prohibir su implementación, mientras que en otro contexto los jefes o responsables pueden alentar la transferencia a la práctica y aun requerirla.

Otro aspecto que influye en la posibilidad de transferencia a la práctica se refiere a la posibilidad de coordinación de conductas entre miembros del equipo. El aprendizaje individual, para transformarse en acción, requiere cambios de comportamiento por parte de otros integrantes del equipo de trabajo. Es conveniente distinguir, entonces, si lo que se quiere evaluar son aprendizajes individuales u organizacionales. Este último aprendizaje supone cambios en las prácticas de interacción y de trabajo, trasladándolas a la acción colectiva.

En sentido estricto, el aprendizaje es necesariamente individual, ya que solamente los individuos son capaces de aprender aplicando nuevos criterios o capacidades para resolver problemas, o revisando aquellos que inhiben la resolución de problemas. Sin embargo, muchos autores han empleado metafóricamente la expresión “aprendizaje organizacional” para describir situaciones en las que los aprendizajes individuales se integran, comparten y ponen en práctica mediante la coordinación de la conducta de distintos individuos, lo que necesariamente incluye a los que ocupan posiciones diferenciales en la organización en términos de jerarquía y poder (*25*).

Muchas veces los programas de capacitación han sido diseñados como si el contexto de las organizaciones en las que se ponen en práctica fuese un campo neutral, que no presenta ningún obstáculo para el cambio, o en el que existe un acuerdo entre los objetivos del programa de capacitación y las expectativas de los distintos actores de la práctica en los servicios. Este desencuentro afecta no solo a la transferencia al plano de la acción sino a la evaluación misma. Si la evaluación acompaña al programa de capacitación desde el comienzo, es importante adoptar una perspectiva estratégica y reflexiva de los contextos y de los diversos grupos de actores antes de elaborar un plan educativo.

Por último, el nivel de evaluación de resultados o evaluación de productos no es simple, sino que supone el estudio de la cadena de efectos en los distintos contextos, dependiendo de los propósitos de la capacitación; así:

- en el contexto del sistema no solo incluye el número y tipo de personas capacitadas, sino también los efectos en la organización de los servicios, en las cuestiones legales, en los incentivos laborales, etc.;
- en el contexto de las disposiciones de los sujetos abarca el análisis de los cambios en las percepciones de los decisores, de los supervisores y jefes, de los mismos participantes, y aun de los beneficiarios del servicio;
- en el contexto organizacional y de los procesos laborales comprende la evaluación de los cambios en los equipos de trabajo, en las capacidades individuales y grupales, en los flujos de comunicación, en la atención de los usuarios, etcétera.

Los distintos contextos suelen influirse mutuamente. Es importante que se analicen esas influencias y se haga hincapié en los apoyos y obstáculos, como modo de evaluar resultados reales, y que ello sirva de base a la redefinición de los programas de capacitación. La evaluación es un componente fundamental de los programas educativos, y evaluar resultados no significa que la evaluación se lleve a cabo al finalizar el programa de capacitación.

La evaluación es una herramienta principal para delinear el mismo proyecto desde su inicio y reorientarlo en cada una de sus etapas. Ella permite, en la etapa diagnóstica (también llamada evaluación de entrada), definir el problema sobre el que necesitamos actuar, las dimensiones sobre las que podemos operar con la acción educativa, y las que no alcanzamos porque obedecen a factores extraeducativos. También permite identificar los recursos que pueden ser movilizados, los actores con los que habrá que trabajar, con sus percepciones e intereses, y el análisis del contexto en que se llevarán a cabo las acciones, entre otras importantes cuestiones. En esta etapa la evaluación apoya la construcción misma del proyecto con sentido estratégico, es decir, en su complejidad, diversidad de intereses y percepciones, poder y recursos.

Seguidamente, el desarrollo de las acciones requiere una estrategia de evaluación de proceso, acompañada de las distintas fases e interacciones, a fin de detectar sus progresos en cuanto a los propósitos planteados, sus obstáculos y sus lagunas. La finalidad de este momento de la evaluación es afianzar o reorientar las actividades del programa de capacitación, avanzando hacia su perfeccionamiento, en lugar de esperar a que termine para cuestionar sus falencias.

Finalmente, y como síntesis de las distintas acciones, la evaluación de resultados apunta a construir el juicio sobre los méritos alcanzados y sirve para reorientar futuras iniciativas. En todos los casos, en cada una de las etapas y según sus características, la evaluación permite formular juicios sobre el mérito de las actividades y basar sistemáticamente la toma de decisiones en cada contexto. Para ello, es importante prever qué tipo de información se necesita. En primer lugar, para definir si la información es de carácter cuantitativo, cualitativo o ambas. Esta decisión orientará la selección de las estrategias e instrumentos. En segundo lugar, y no menos importante, para evitar el desgaste de esfuerzos y recursos en recopilar informaciones innecesarias. No se evalúa mejor por acumular gran cantidad de datos innecesarios. Esto es lo que ocurre, en general, cuando no se tiene claro qué es lo que se busca evaluar.

En cuanto al tipo de información cuantitativa o cualitativa, es conveniente superar la estéril discusión sostenida durante mucho tiempo acerca de la superioridad de unas sobre otras o su definitivo antagonismo. Lo importante es complementar e incluso cruzar ambos tipos o, mejor

aún, adecuar las decisiones a los objetivos del programa. Algunos de ellos, ponen el acento en el objetivo de la extensión o cobertura de las acciones, lo que hace más necesarias las informaciones cuantitativas. Otros, en cambio, apuntan a la modificación de las actitudes, concepciones y prácticas organizacionales, lo que sin duda requiere del predominio de las evaluaciones cualitativas. En cualquier caso, no resulta contradictorio atender a ambos frentes de cuestiones, particularmente cuando se espera lograr ciertos cambios que puedan ser extensivos a los servicios de salud o cuando se busca validar la pertinencia de ciertas estrategias de capacitación en función de los objetivos planteados.

Hacia el diseño de las estrategias

En el apartado anterior hemos sostenido que la evaluación es un componente estratégico que debe formar parte de la puesta en práctica de programas educativos; incluye y relaciona las dimensiones política y técnica, y está dirigido a la toma de decisiones que atañen a gran diversidad de grupos de interés y de actores.

A continuación nos referiremos a la característica de la evaluación como proceso sistemático, y, por lo tanto, planificado, dirigido a la construcción metódica de informaciones en cada una de las etapas del programa educativo. Este carácter sistemático señala la diferencia entre la evaluación y las interpretaciones informales, que solo llevan a formular opiniones, con el riesgo de la discrecionalidad en función de intereses particulares (*23*).

En este sentido, uno de los obstáculos relacionados con la evaluación de los programas educativos es la tendencia a producir proyectos engorrosos cargados de instrumentos sofisticados y de difícil manejo, que muchas veces no acompañan el ritmo de los programas ni ayudan a mejorarlos. La evaluación, si bien recurre muchas veces a instrumentos de uso común en las investigaciones, no es en sí misma una investigación. La investigación está orientada a la producción de conocimientos sustantivos y generalizables, más allá de los contextos particulares, sin compromiso directo con las decisiones operativas. En cambio, la evaluación se inscribe en programas de acción claramente delimitados y en contextos sociales e institucionales específicos. En consecuencia, la información que surja de la evaluación debe ser ágil, particular y oportuna para la toma de decisiones.

Entre las variadas estrategias y procedimientos de evaluación, el análisis cartográfico y el censo participativo son de mucha utilidad, particularmente en la evaluación de entrada o inicial. El primero implica el estudio del terreno y del contexto de las prácticas, e identifica los ámbitos en los que se manifiestan los problemas y las necesidades, ya sea en los barrios, los servicios o los departamentos de una organización. El segundo facilita la recolección e interpretación de las percepciones de los sujetos acerca de la realidad y los problemas. Como todo censo, supone la consulta a todos los miembros del grupo, identificando las distintas posiciones que ocupan en la estructura de la organización (26).

Otras estrategias útiles para el diagnóstico y que concilian las informaciones cualitativas y cuantitativas, son las apreciaciones rápidas y el análisis funcional o de tareas. Las apreciaciones rápidas permiten relevar de modo ágil las opiniones de distintos grupos y contrastarlas con lo que efectivamente ocurre. El análisis funcional o de tareas es una estrategia orientada a definir qué

tarea realiza efectivamente determinada categoría profesional o laboral en el desempeño de su trabajo. A su vez, el análisis de un grupo puede cruzarse con el de otros grupos que integran los equipos, y de este modo identificar las superposiciones, los vacíos, las incongruencias y otras distorsiones. Un ejercicio interesante es hacer que los propios grupos analicen sus tareas y detecten activamente sus problemas.

La observación, la entrevista, el cuestionario o la encuesta son estrategias utilizadas comúnmente y de efectos valiosos. Un buen evaluador es un observador sagaz, que registra sus anotaciones y las interpreta a la luz del contexto. La entrevista a miembros del grupo, a expertos externos o a informantes claves, requiere la capacidad de escuchar y puede ser una estrategia útil para la obtención oportuna de informaciones valiosas.

Los cuestionarios y encuestas, en cambio, pueden abarcar a muchos miembros y sirven para recopilar sus percepciones en un solo movimiento. Asimismo, pueden incluirse entre estas estrategias las escalas de opinión o valoración, que facilitan la determinación del grado de acuerdo o desacuerdo de los miembros del grupo en cuanto al tratamiento de ciertos temas, o las actitudes frente a otros interlocutores, o las diferentes formas de evaluar los problemas.

Todas estas estrategias pueden utilizarse en distintas etapas de la evaluación, e incluso en diferentes momentos, para apreciar los cambios en las percepciones y prácticas en el transcurso del proceso educativo. En tal sentido, los estudios longitudinales, que incluyen el acompañamiento de determinado grupo a lo largo del programa de capacitación, permiten evaluar los progresos y obstáculos, y tomar mejores decisiones sobre la capacitación misma.

En cuanto al tiempo, este no solo es un tiempo presente o futuro. También pueden evaluarse las etapas previas y su influencia actual, a través de las historias personales o del grupo. La recuperación de la memoria es valiosa a la hora de diagnosticar los problemas y necesidades. Del mismo modo, el estudio de casos permite el análisis de situaciones de la vida cotidiana de los servicios y las organizaciones. Ya se trate de situaciones típicas, tendientes a reiterarse en distintos contextos, o de situaciones emergentes o críticas, el análisis de estas constituye una importante fuente para la interpretación de procesos y resultados.

El taller es otra herramienta de importancia, dado que permite la expresión y participación de los sujetos. Sea en el marco del grupo de discusión, en la confrontación de informaciones o en el análisis de procesos decisorios, el taller contribuye a sacar a la luz las apreciaciones de los grupos, así como a obtener una descripción objetiva de las situaciones.

Todas estas estrategias permiten construir información primaria con la profundidad de un estudio específico, pero sus aportes pueden ser contrastados con datos secundarios que abarquen un abanico mayor de contextos, tales como las estadísticas institucionales. No se dan aquí recetas ni se realiza un análisis exhaustivo de los distintos procedimientos e instrumentos, los cuales pueden consultarse en numerosos trabajos bibliográficos así como en los informes de diversas experiencias. Nos interesa, en cambio, destacar el aporte específico de la evaluación en los proyectos educativos, así como el abanico de posibilidades que ofrece para elaborar propuestas creativas, eficaces y oportunas. Ellas permiten fortalecer y perfeccionar los programas y proyectos de educación en servicio, antes, durante y después de su desarrollo. Nos interesa también destacar la necesidad de construir estos procesos de modo sistemático y continuo.

La revisión de los paradigmas, de las cuestiones estratégicas en sus dimensiones política y técnica, y el análisis de las cuestiones estratégicas que ayudan a definir el diseño, pueden contribuir al desarrollo de buenas evaluaciones a través de prácticas reflexivas. Pueden, asimismo, consolidar un bagaje significativo de experiencias, fortaleciendo el desarrollo de los programas y proyectos educativos del personal de salud en distintos contextos.

Referencias bibliográficas

1. Kuhn T. *Las revoluciones científicas.* México: Siglo XXI; 1973.
2. Lakatos I. Falsification and the methodology of scientific research programs. En: Lakatos I y Musgrove AE (eds.). *Criticism and the growth of knowledge.* London: Cambridge University Press; 1970.
3. Paim JS. Transición paradigmática y desarrollo curricular en salud pública. En: E*ducación en salud pública. Nuevas perspectivas para las Américas*. Washington: OPS/OMS; 2001:91.
4. Bourdieu P. *L'esquisse d`une théorie de la pratique.* Paris: Les Éditions de Minuit; 1972.
5. Bourdieu P. Sistemas de enseñanza y sistemas de pensamiento. En: Gimeno Sacristán J y Pérez Gómez A. *La enseñanza: su teoría y su práctica*. Madrid: AKAL; 1983.
6. Ball S. *Foucault y la educación*. Madrid: Morata; 1994.
7. Grundy S. *Producto o praxis del currículo.* Madrid: Morata; 1994.
8. Kemmis S. *El currículo: más allá de la teoría de la reproducción.* Madrid: Morata; 1993.
9. Lundgren UP. *Teoría del currículo y escolarización.* Madrid: Morata; 1992.
10. Carr W. *Hacia una teoría de la educación.* Madrid: Morata; 1998.
11. Foucault M. *Vigilar y castigar.* Madrid: Siglo XXI; 1984.
12. Fernández Enguita M. *La cara oculta de la escuela.* Madrid: Siglo XXI; 1990.
13. Bobbit F. *The supervision in city schools. Some general principles of management applied to the problems of city-school systems. Bloomington: 12th Yearbook of the National Society for the Study of Education* 1913;II:11-96.
14. Foucault M. *Las palabras y las cosas. Una arqueología de las ciencias humanas.* Madrid: Siglo XXI; 1978.
15. Adorno T W. *La disputa del positivismo en la sociología alemana.* Barcelona: Grijalbo; 1972.
16. Habermas J. *Conocimiento e interés.* Madrid: Taurus; 1982.
17. Allal L. L'évaluation formative des processus d'apprentissage: les rôles des régulations métacognitives. En: Hivon R (ed.), *L'évaluation des apprentissages.* Sherbrooke (Quebec): Editions du CRP; 1993 (pp. 57-74).

18. Perren oud Ph. Pour un approche pragmatique de l'évaluation formative. En: *Mesure et évaluation en éducation* 1981;13(4):49-81.

19. Perrenoud Ph. *L'évaluation des élèves. De la fabrication de l'excellence à la régulation des apprentissages.* Bruxelles: De Boeck; 1998.

20. Freire, P. Educación y participación comunitaria. En: Castells M et al. *Nuevas perspectivas críticas en educación.* Barcelona: Paidós; 1994.

21. Giroux H. *Jóvenes, diferencia y educación posmoderna. En: Castells M. et al. Nuevas perspectivas críticas en educación.* Barcelona: Paidós; 1994.

22. Mc Laren P. *Pedagogía crítica, reproducción cultural y producción del deseo.* Buenos Aires: REI-Ideas-Aique; 1990.

23. Stufflebeam D y Shinkfield A. *Evaluación sistemática: guía teórica y práctica.* Barcelona: Paidós/MEC; 1989.

24. Kilpatrick D. *Evaluating training programs.* San Francisco: Berrett-Koehler Edit.; 1999.

25. Senge P. *La quinta disciplina.* Barcelona: Granica; 1992.

26. Niremberg O, Braverman J y Ruiz V. *Evaluar para transformar.* Buenos Aires: Paidós; 2000.

CAPÍTULO 2

LA COMPLEJIDAD Y LA SIMPLICIDAD: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PROCESO DE EDUCACIÓN PERMANENTE

LA COMPLEJIDAD Y LA SIMPLICIDAD: EVALUACIÓN Y SEGUIMIENTO DE UN PROCESO DE EDUCACIÓN PERMANENTE

Gabriela Charnes Cars[3]

Presentación

No es tarea fácil plasmar y comunicar una experiencia de aprendizaje en torno a proyectos de educación permanente. Sin lugar a dudas, la puesta en marcha de experiencias de este tipo, en la práctica, depende de las características internas de cada institución, de su dinámica y su manera de entender los nuevos desafíos institucionales. Cada institución tiene un ritmo y una forma de organizar las relaciones entre los distintos estamentos. En el transcurso del aprendizaje, los asesores, docentes o "facilitadores" y los participantes también tienen una identidad propia que distingue su experiencia de otras similares. La mística, el espíritu de servicio, el compromiso de los directivos y las autoridades desempeñan un papel muy importante e imprimen un sello a la hora de encarar los nuevos retos educativos y organizacionales.

En un breve recorrido, invitamos al lector a compartir experiencias de capacitación en servicio realizadas en el sector público. Presentamos algunas experiencias y reflexiones en torno al desafío que implica su introducción en los espacios laborales. Luego, ilustramos el diseño y la aplicación de una modalidad flexible y acumulativa de evaluación y seguimiento, implementada con el fin de apoyar el proceso de aprendizaje y mostrar los productos y los resultados logrados a lo largo del tiempo.

Las experiencias que se exponen en este artículo se han llevado a cabo en un escenario de creciente complejidad; en todo momento se ha procurado reconocer en las personas un elemento diferenciador: el valor agregado en la prestación de servicios. Ha sido un proceso de aprendizaje que ha permitido descubrir las dificultades y la riqueza de los momentos de apertura y descentralización de la gestión pública.

La estrategia de educación permanente que se presenta tuvo como punto de partida la necesidad de dignificar la función pública, ponerla al día y al servicio de los ciudadanos; de revisar y redefinir papeles y funciones; incrementar los grados de autonomía de la gestión institucional; formar equipos de trabajo con alta capacidad de reflexión crítica, y definir e implementar proyectos de mejoramiento institucional.

3 Psicóloga, Asesora de organizaciones educacionales y de salud y consultora de corto plazo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS).

Los proyectos fueron diseñados entre los años 1996 y 2000 para el sistema de salud público chileno. Posteriormente, desde el año 2001 hasta la fecha, se ha llevado a cabo la experiencia con funcionarios del sector educación, específicamente en la Universidad Tecnológica Metropolitana (UTEM), una institución pública de enseñanza superior. En el transcurso del programa, la Universidad reconoció la necesidad de certificar el desempeño de los participantes y los resultados logrados por medio de un diplomado en educación permanente, orientado a la conducción de equipos y la autogestión de proyectos institucionales. Este diplomado ha sido un avance muy importante, pues ha permitido institucionalizar la estrategia de educación permanente.

El modelo de evaluación implementado en el programa surgió como un requerimiento metodológico y estratégico del proceso de capacitación, y fue integrado a las distintas fases de la experiencia. Asimismo, respondió a la necesidad de validar la metodología de intervención e incorporar mecanismos para conocer y "hacer visibles" los resultados de la capacitación.

A lo largo de este capítulo se describirán los instrumentos empleados para documentar los resultados y los cambios a nivel individual, grupal y organizacional. En el primer caso, se buscó valorar el nivel de satisfacción de las personas y de su aprendizaje concreto. En el segundo, verificar en qué medida el equipo aplicaba lo aprendido en sus tareas diarias. Y, finalmente, se procuró constatar el impacto inmediato en el entorno de trabajo.

Quisiéramos aclarar que la intención de este trabajo no es postular definiciones rígidas, entregar "fórmulas" o hacer generalizaciones. La modalidad de trabajo se fue construyendo, evaluando y rediseñando en el transcurso de su realización. En el proyecto confluyeron distintas instituciones[4] y profesionales,[5] quienes, en acuerdo con las autoridades contractuales, realizaron un esfuerzo por articular perspectivas interdisciplinarias, lograr mayor comprensión del programa de capacitación permanente y definir las estrategias más eficaces para su puesta en práctica y evaluación.

En este camino, se combinaron saberes del campo educacional, de la salud pública, del área de gestión y desarrollo de recursos humanos y de las ciencias sociales. Educadores, salubristas, psicólogos, enfermeras, matronas e ingenieros civiles asumieron, en distintos momentos del recorrido, el desafío de introducir una concepción de capacitación que incorporara un nuevo paradigma educacional en el lugar de trabajo y transitara del modelo de la transmisión de conocimientos al de la construcción de conocimientos.

No podríamos dejar de mencionar que estas iniciativas se han nutrido e inspirado en los conocimientos de los equipos locales, así como en experiencias valiosas de grupos e investigadores que hace años propician metodologías de educación permanente en América Latina. Este trabajo se apoya en las recomendaciones y políticas del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y en el valioso trabajo de investigadores y expertos como Maria Alice Roschke, Cristina Davini y Jorge Haddad. Ellos han realizado una persistente búsqueda de un nuevo paradigma para enfrentar los problemas educacionales y de capacitación de recursos humanos en los servicios de salud.

4 El "Estudio Diagnóstico para la Formulación de un Programa de Educación Permanente en el Sector Salud" fue encargado entre 1996 y 1997 por el Ministerio de Salud de Chile al Colectivo de Atención Primaria y al Programa Interdisciplinario de Investigaciones en Educación (PIIE).

5 La autora tuvo el privilegio de participar en todas las etapas del Programa de Educación Permanente del Ministerio de Salud entre 1996-1999 con un equipo multiprofesional. Luego, introdujo la metodología en la UTEM, donde actualmente se dicta el diplomado.

La propuesta toma como referente teórico y metodológico las corrientes de aprendizaje organizacional de autores como Peter Senge (MIT), Chris Argyris (Harvard School of Management), Donald Schön (Sloan School of Management), Edgar Schein y Fredy Kofman, quienes, a partir de sus experiencias de construcción de entornos y comunidades de aprendizaje, consideran que las organizaciones solo se manifiestan a través de individuos que aprenden en un proceso de largo alcance mediante el cual se moldea el pensamiento y el comportamiento laboral.

Por último, desde la perspectiva educacional, la propuesta se inscribe en tendencias constructivistas que plantean como premisa central que el individuo es el agente activo de su propio conocimiento, es decir, que construye significados y representa la realidad de acuerdo con sus experiencias y vivencias, en permanente interacción con otros.

1. Punto de partida: actores y ambientación

El origen de las dos experiencias de capacitación en servicio que se describen en este capítulo se ubica en el contexto de las reformas llevadas a cabo en el sector público en las últimas décadas. Hasta fines del siglo pasado, tanto en el sector de la salud como en el de la educación, predominaban marcos de gestión sustentados en un Estado "benefactor", centrados en sí mismos y sostenidos por las inercias estructurales del aparato público.

Las exigencias de modernización en la gestión de las instituciones públicas plantearon nuevas inquietudes entre las autoridades, así como el interés por buscar alternativas de capacitación. Se reconocieron así las deficiencias organizacionales en los estilos de gestión, y la necesidad de revalorar el recurso humano e incorporar la idea de un Estado al servicio de los ciudadanos.

Primer momento

En 1996, en vista de los escasos resultados logrados con la capacitación tradicional para mejorar los índices de satisfacción del usuario, la Subsecretaría y la División de Recursos Humanos del Ministerio de Salud hicieron una petición de asesoría técnica. La posibilidad de llevar a cabo la experiencia nació en el contexto de un programa más amplio de Rehabilitación Hospitalaria (Kreditanstalf für Wiederaufbau, KfW), financiado por el Crédito Alemán, que contemplaba inversiones en equipamiento, infraestructura y capacitación en diversos servicios de salud. La intervención se llevó a cabo entre 1996 y 1999 en ocho servicios de salud, de un total de los 28 existentes en un país con grandes contrastes poblacionales y geográficos. En el norte se recorrió Arica y Atacama; en la zona central, Viña del Mar-Quillota, Ñuble, Talcahuano y Bio-Bio, y, en el sur, Aysén y Magallanes.

El proyecto contempló una primera etapa de diagnóstico, y luego el diseño e implementación de la estrategia de educación permanente en las unidades asistenciales o establecimientos hospitalarios determinados por cada servicio de salud. La selección de las unidades críticas se efectúo según criterios previamente definidos, que establecieron, entre otros aspectos, la necesidad de escoger establecimientos asistenciales con alta demanda de atención, y con directivos motivados e interesados en el proyecto. Las unidades y servicios elegidos por las autoridades para llevar a cabo la experiencia fueron cinco servicios de urgencia, servicio de medicina, diálisis y unidad de cuida-

dos intensivos (UCI), servicio de obstetricia y ginecología, un hospital de baja complejidad, un hospital base y su red de atención. En los ocho servicios de salud se optó por intervenir e introducir la estrategia de educación permanente simultáneamente en todas las unidades seleccionadas.

En los diferentes equipos locales hubo una presencia mayoritaria de técnicos paramédicos (40%) y profesionales (30%), representados por enfermeras y enfermeros, matronas, nutricionistas, tecnólogos médicos, kinesiólogos, terapeutas ocupacionales, estadísticos, ingenieros comerciales y asistentes sociales. También hubo participación de personal administrativo y de servicio (18,7%) y, en menor medida, de médicos (11,3%), que en la mayoría de los equipos locales estaban representados por una o dos personas. En los servicios de salud participaron en promedio 140 personas, que pusieron en marcha 48 proyectos de mejoramiento en 12 establecimientos de salud.

Segundo momento

En 2001, la Vicerrectoría Académica y la Dirección General de Planificación de la UTEM expresaron la necesidad de impulsar un proyecto que promoviera una gestión universitaria más eficaz y eficiente, y que brindara las herramientas y la capacitación necesarias para mejorar la calidad de los servicios que la institución proporciona a los estudiantes y académicos. Como institución pública y estatal, las autoridades plantearon específicamente la necesidad de fomentar una nueva cultura laboral, que potenciara la descentralización. La Universidad es una institución de educación superior tradicional con oferta académica de pregrado y posgrado a nivel nacional; tiene 11 683 alumnos en seis facultades y define como objetivo educacional formar investigadores, profesionales y técnicos orientados preferentemente al quehacer tecnológico.

El desafío de abordar los problemas planteados y mejorar las actividades académicas y administrativas se tradujo en el Proyecto de Mejoramiento del Servicio de Atención al Alumno. Con el objeto de asegurar su continuidad y legitimidad, el proyecto educativo se llevó a cabo en la Dirección de Docencia, que desempeña funciones claves en la planificación, coordinación y ejecución de las actividades académico-administrativas y curriculares.

La Universidad optó por introducir la estrategia de educación permanente en una unidad crítica, para luego extenderla a otras unidades relevantes en la atención del alumno. Actualmente, se está consolidando la experiencia en la Dirección de Docencia y se comenzará a trabajar en la Dirección de Relaciones Estudiantiles, con el apoyo del cuerpo docente.

2. Propuesta y objetivos

Las inquietudes iniciales planteadas por las autoridades de ambos sectores apuntaban a lo mismo: por un lado, se cuestionaba la efectividad de los programas de capacitación tradicionales y, por otro, se señalaba la necesidad de poner en práctica un programa que incidiera en los procedimientos de trabajo y la calidad de los servicios. Ante estas inquietudes, se formuló una propuesta educativa, concebida como una herramienta de gestión y cambio organizacional, realizada en el lugar de trabajo y orientada a revisar las prácticas laborales y llevar a cabo las inter-

venciones pertinentes. Asimismo, se planteó la necesidad de incorporar competencias claves para responder a las exigencias de eficiencia, eficacia y calidad de la atención que brinda la institución. Se definieron los siguientes objetivos:

1. Incorporar una metodología de formación permanente en el lugar de trabajo como estrategia para fomentar el desarrollo de las personas, los equipos y la inteligencia organizacional.
2. Implementar módulos flexibles que permitan incorporar las competencias requeridas para mejorar los resultados y la calidad de los servicios.
3. Validar instrumentos de evaluación y seguimiento del aprendizaje, y documentar los resultados de los proyectos de mejoramiento institucional.

En cuanto a los objetivos operacionales, se definió que al finalizar el programa los participantes estarían en condiciones de:

1. Crear un ambiente de aprendizaje dentro de un clima de confianza técnica e interpersonal, donde se fomenten prácticas de trabajo innovadoras.
2. Trabajar en forma colaborativa con colegas y formar equipos aptos para optimizar los procedimientos y estilos de trabajo vinculados a los objetivos estratégicos de la institución.
3. Incorporar una visión orientada a las necesidades y aspiraciones de los usuarios y del equipo de trabajo, y capaz de brindar soluciones oportunas y apropiadas.
4. Aplicar competencias para la gestión de proyectos de cambio, detectando problemas persistentes, implementando respuestas concretas, y evaluando, corrigiendo y replanteando iniciativas de mejoramiento.

3. Estrategias de intervención

La estrategia aplicada se basó en una concepción *humanista y democrática* del aprendizaje y la enseñanza. En el ámbito institucional, esto se tradujo en la necesidad de crear las condiciones para que todos los miembros de la institución tomaran parte en la búsqueda de información, en los modos de integrarla y de darle sentido, y pudieran resolver cómo actuar.

La estrategia se sustenta en los principios implícitos en el aprendizaje de adultos (*1*), que plantea que las personas aprenden mejor cuando el nuevo conocimiento es de carácter experiencial, aplicable directamente a la vida cotidiana y al espacio laboral. Diversos estudios documentan que es en el lugar de trabajo donde las personas participan, preguntan, resuelven, comparten, explican y evalúan los problemas y las posibles soluciones. En esta perspectiva, se concibe al individuo como un agente activo de su propio conocimiento, que construye significados y representa la realidad de acuerdo con sus experiencias y vivencias, y en permanente interacción con los otros. La apuesta metodológica implícita en este marco conceptual se planteó los siguientes desafíos:

- ¿Cómo introducir en los espacios laborales un modelo de aprendizaje que asegurara la revisión permanente de las prácticas de trabajo?
- ¿Cómo canalizar y consolidar las capacidades emergentes y la experiencia acumulada, y fortalecer el conocimiento de las personas y los equipos?
- ¿Cómo reunir la información que permitiera visualizar el papel protagónico de los propios trabajadores frente a las demandas y necesidades de los usuarios?
- ¿De qué manera explicitar los avances grupales mediante evidencias que incidieran en el mejoramiento de la institución?

A partir de estos desafíos, se definieron acciones y estrategias que tuvieron en cuenta las características del *espacio laboral*, es decir, la unidad de trabajo definida previamente, y el proceso de trabajo, expresado en la cadena de atención al usuario. La cadena de atención se refiere a todos los puntos de contacto del usuario con la unidad o servicio, e involucra a todas las personas que brindan atención. Por ejemplo, en un servicio de emergencia, la cadena incluye al chofer de la ambulancia, a los técnicos paramédicos, enfermeras, médicos y a otros profesionales que intervienen en la atención.

Dado que el espacio laboral se encuentra sujeto a cambios constantes, se optó por buscar estrategias formativas flexibles que permitieran navegar desde el aprendizaje individual hacia el aprendizaje grupal y su transferencia a la organización (*2*). Esta estrategia se basó en la presencia de instancias de aprendizajes formales e informales, con la premisa de que se obtienen mejores resultados cuando se logra combinar ambas dimensiones (*2*).

La "informalidad" se manifestó en el hecho de que ni los contenidos, ni el lugar, ni la forma de trabajo fueron predeterminados. La acción se basó, por tanto, en las potencialidades y los conocimientos "no explícitos" de las personas para generar nuevos saberes y competencias específicos. La informalidad se expresó tanto en el funcionamiento grupal, su formación, conducción y gestión, como en los criterios de participación y responsabilidad y en la definición de los distintos objetivos y resultados esperados de los proyectos. La visión informal de la gestión del aprendizaje hizo hincapié, así, en la autorganización y la autogestión.

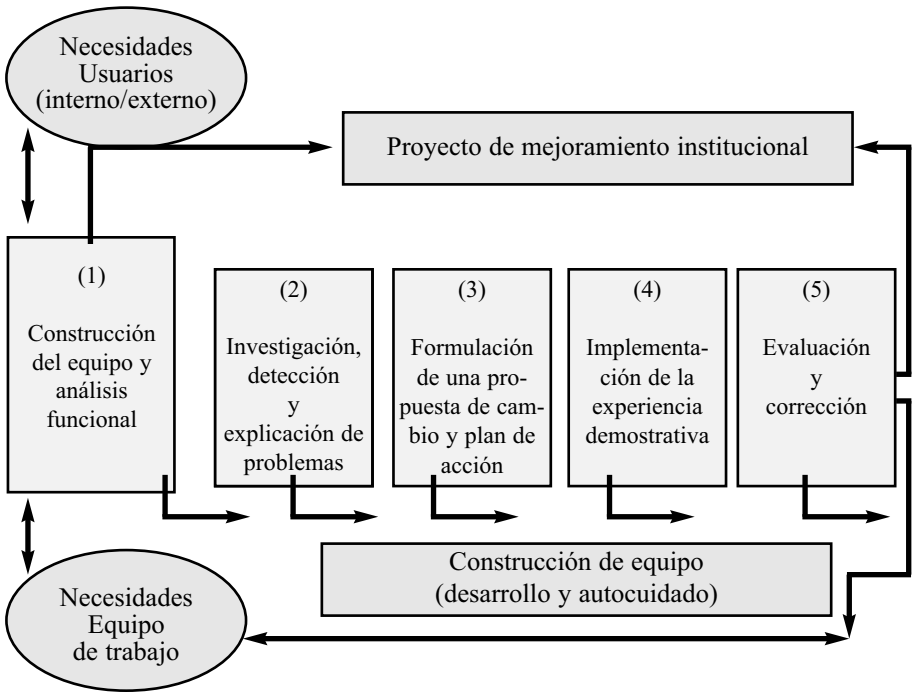
La perspectiva formal se aplicó en un proceso educativo sistemático, en las sesiones formativas, la evaluación y el seguimiento de los compromisos planteados, así como en la retroalimentación a lo largo del aprendizaje. A su vez, las actividades se orientaron en función de los objetivos y metas de la organización, y se definieron como ejes del análisis al usuario, la unidad de trabajo, los problemas presentes en el desempeño laboral y la calidad de los servicios prestados.

En suma, la metodología tuvo como meta explicitar el conocimiento y facilitar que los funcionarios lo compartieran y orientaran sus acciones de acuerdo con las necesidades institucionales.

4. Secuencia pedagógica del proceso de aprendizaje organizacional

El proceso de aprendizaje de los participantes se compone de una secuencia pedagógica, que se representa en la siguiente figura:

Figura 1. Secuencia del proceso de aprendizaje institucional



Fuente: esquema adaptado de las referencias 3, 4 y 5.

A continuación se describen la secuencia y los productos de cada momento:

(1) Construcción del equipo y análisis crítico del proceso de trabajo

Se introducen y profundizan aspectos relativos al desempeño grupal y a las competencias para trabajar en equipo. Se analiza el proceso de trabajo y la "cadena de atención" en los distintos puntos de contacto del usuario con la unidad.

Mediante la metodología del "análisis funcional"[6] se define colectivamente el propósito de la unidad, así como las funciones y tareas requeridas para cumplir con el objetivo. En el transcurso de este ejercicio se hacen evidentes y se explicitan los problemas de funcionamiento; y se

6 Esta herramienta deductiva, asociada al análisis de las actividades profesionales, permite reconocer y explicitar los objetivos y funciones necesarias para el logro de los objetivos institucionales; se sustenta en la representatividad y participación de expertos que conocen sus funciones y la organización de su trabajo. La metodología se utilizó como parte de la capacitación realizada en la UTEM y, posteriormente, en 2002, en proyectos asociados con el Colegio de Matronas en Chile.

analizan las capacidades de las personas, la visión y responsabilidad personal, las fortalezas y debilidades, la comunicación efectiva, la participación, la creatividad y adaptabilidad, los supuestos y los modelos mentales.

(2) Detección y explicación de problemas

Se entregan y ejercitan los conocimientos e instrumentos que permitan investigar, detectar y explicar los problemas y disfunciones que se han reconocido en la fase anterior. Se priorizan las situaciones problemáticas que pueden abordar los equipos. Por ejemplo, en uno de los proyectos se señalaron los mecanismos deficientes de comunicación y coordinación en la red asistencial. Se estudiaron luego las causas y manifestaciones del problema, y se detectaron, entre otras, la ausencia de protocolos de derivación, y una atención primaria debilitada y poco resolutiva. Ello traía como consecuencias las derivaciones innecesarias, prolongados tiempos de espera, sobrecarga laboral y trato poco amable.

En esta etapa los equipos aplican distintos instrumentos, como, por ejemplo, encuestas de satisfacción de los usuarios internos y externos, para fundamentar la propuesta.

(3) Formulación de la propuesta de cambio y plan de acción

Los equipos formulan los proyectos de mejoramiento con sus respectivos planes de acción. Se entregan herramientas para proponer objetivos claros, registrar datos y evaluar resultados. Se fomentan la capacidad analítica, y la aptitud para presentar y defender las propuestas. Algunos de los proyectos planteaban: mejorar los mecanismos de coordinación en la red asistencial, reducir los tiempos de espera, asegurar la privacidad en los servicios de urgencia, y promover acciones de difusión e información dirigidas al usuario.

En cada proyecto se definieron indicadores que daban cuenta de los resultados esperados, tales como la disminución en los tiempos de espera, la reducción de exámenes extraviados, el porcentaje de familiares incorporados en la atención del parto y la proporción de interconsultas no resueltas.

(4) y (5) Implementación, evaluación y corrección de las iniciativas de mejoramiento

Los equipos ponen en práctica su proyecto durante un período predeterminado de dos a tres meses. En esta etapa trabajan de forma autónoma; experimentan el diálogo y la colaboración; aplican estrategias cognitivas de resolución de problemas; y detectan problemas persistentes, los corrigen, vuelven a investigar y reformulan las acciones.

5. Evaluación del programa como actividad transversal

Como se ha dicho, las experiencias de capacitación descritas en este capítulo se propusieron

incorporar una metodología de formación permanente. *La competencia de fondo que se buscó instalar apuntaba a la capacidad del personal de "aprender a aprender" en conjunto, lograr los resultados deseados y contribuir al aprendizaje y a la mejora continua en la organización.*

Ahora bien, comprobar la efectividad de la capacitación en cuanto a su impacto en los resultados globales de la organización es una tarea complicada, pues supone la posibilidad de aislar el "efecto" de la capacitación de otras acciones que necesariamente inciden en los resultados. A su vez, los proyectos educativos se caracterizan por tener tiempos de maduración distintos y, en general, sus efectos solo se verifican después de varios años.

Los programas de capacitación en el sector público tienden a tener un control de tipo formal. Los jefes de servicio aprueban un programa de capacitación institucional y controlan la asistencia del personal y la supervisión del curso por medio de informes parciales y finales. Sin embargo, en la mayoría de los casos no se produce una información que permita conocer los resultados de la capacitación respecto del aprendizaje concreto de los participantes, la aplicación de lo aprendido en las tareas diarias o su impacto inmediato en el entorno de trabajo.

Ante esta dificultad y dada la necesidad de llevar adelante programas de capacitación permanente de largo alcance, se elaboró una modalidad de evaluación y de seguimiento que incorporó, en sus distintas fases, instrumentos para entender el *proceso educativo* (las capacidades, los conocimientos, las nuevas formas de pensar y actuar de los participantes, el progreso del programa) y, a la vez, "hacer visibles" y objetivar los resultados y cambios producidos en el *ámbito grupal y organizacional.*

Cada actividad de evaluación y seguimiento se consideró un "hito", es decir, una oportunidad de aprendizaje, a partir de la cual los grupos pudieran apreciar sus logros, reconocer los problemas persistentes y redireccionar su trabajo. En este sentido, la evaluación fue concebida como un proceso formativo y a la vez continuo.

Momentos de la evaluación

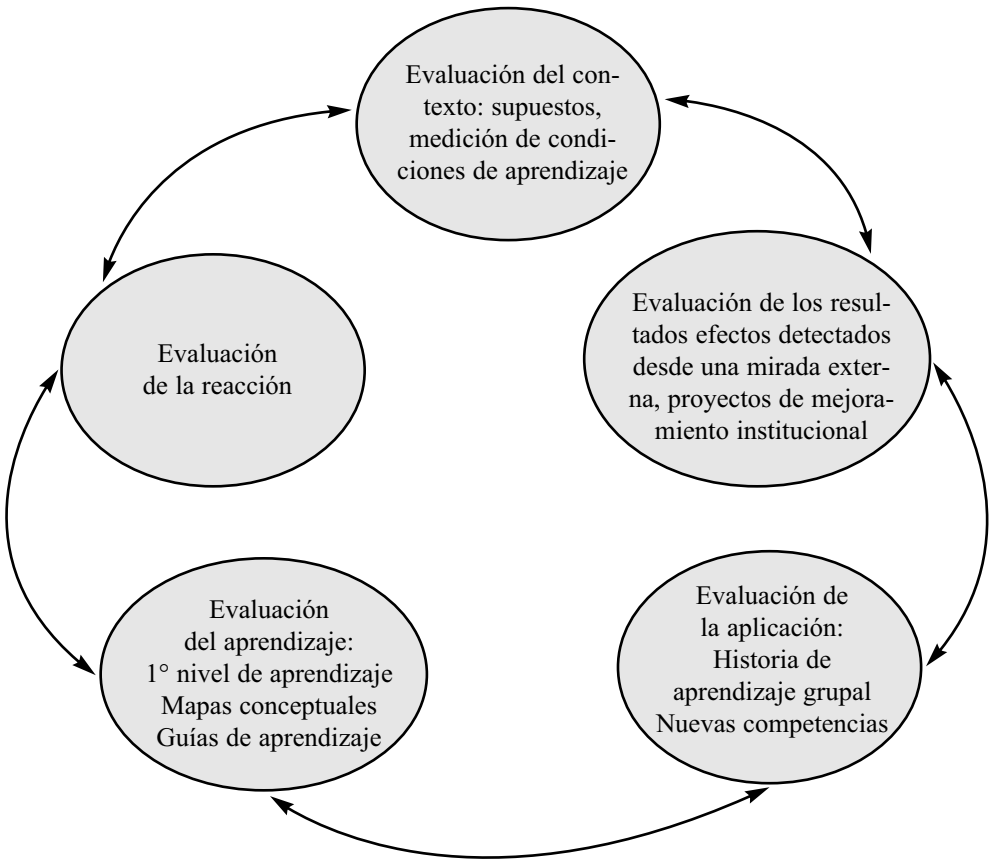
Con el fin de esclarecer las distintas oportunidades de evaluación y el sentido que tuvieron en el proyecto educativo, se ha adaptado el modelo CIPP (contexto, input, proceso y producto) de Stufflebean y Shinkfield (*6*) y se definieron los siguientes momentos y actividades:

Momentos de evaluación	Modalidad de trabajo	Actividad realizada
"Evaluación de contexto y de entrada" • Crear compromiso. • Rescatar creencias y prácticas. • Diseñar estrategias de intervención.	Diagnóstico-educativo (línea de base)	• Caracterización del sector, revisión de experiencias nacionales y regionales. • Estudio de demandas y necesidades de usuarios y funcionarios. • Valoración de la capacidad institucional para poner en práctica el proyecto de educación permanente. • Definición de estrategias de acercamiento. • *Medición de las condiciones favorables para el aprendizaje organizacional.*
"Evaluación del proceso y el aprendizaje" • Planificar, implementar y gestionar el proceso educativo. • Reconocer el aprendizaje adquirido, los esfuerzos, el compromiso y el desempeño por parte de las personas y el equipo	Construcción de equipos y formulación de proyectos de mejoramiento	• Consideración de la motivación de los participantes y de su grado de compromiso. • Reconocimiento de las situaciones de trabajo potencialmente educativas. • Definición de las competencias requeridas. • Formación de grupos de trabajo; análisis de estrategias y dinámicas para construir y conducir equipos. • Revisión de prácticas de trabajo. • Definición de los problemas prioritarios que se tratarán y formulación de propuestas. • *Medición de aprendizajes individuales y grupales.*
"Evaluación del producto/ Evaluación del resultado" • Analizar, interpretar y corregir los resultados y los efectos de los proyectos a mediano plazo.	Entrenamiento, configuración y consolidación de redes de trabajo	• Implementación de proyectos de mejoramiento. • Definición y estudio diagnóstico de problemas detectados por los equipos (encuesta de satisfacción del usuario en la red asistencial, estudio de percepción de la calidad en los servicios). • Seguimiento y evaluación del proceso de construcción del equipo. • Análisis, interpretación y valoración de los resultados de los proyectos de mejoramiento.

Niveles de evaluación

Para recoger los aprendizajes significativos a lo largo del programa, se elaboró una secuencia de evaluación, de acuerdo con los cuatro niveles definidos en los estudios de Donald Kirkpatrick (*7*), en la que se incorporó también una evaluación inicial para medir las condiciones y la disponibilidad de aprender por parte de la organización. Los niveles se ilustran en la Figura 2:

Figura 2. Secuencia del proceso de evaluación sistemática



(1) Evaluación del contexto

La recolección de información se realizó por medio de entrevistas estructuradas, pautas de observación y un "taller diagnóstico" en la unidad de trabajo, que ubicaba al usuario como punto de partida de todas las actividades. Posteriormente, se recogieron las percepciones de los equipos respecto del funcionamiento y la gestión de su espacio laboral. Tanto al inicio como al final de la intervención, se aplicó el "Cuestionario para medir condiciones de aprendizaje a nivel institucional" (*8).*

(2) Evaluación de la reacción

Un cuestionario aplicado después de las actividades de capacitación presencial permitió recoger la opinión y conocer la reacción inmediata de los participantes, la comprensión de los contenidos, los aspectos más relevantes, las dudas persistentes y la percepción en cuanto a la replicabilidad del taller. En este nivel, se propuso evaluar el interés, la motivación y la respuesta de los participantes ante la primera actividad del programa.

(3) Evaluación del aprendizaje

"¿Qué aprendieron?" es el interrogante que se procuró responder en esta instancia. Se trata, por tanto, de la medición del aprendizaje logrado en el campo cognitivo, así como en las conductas, actitudes, habilidades y conocimientos que se ampliaron o desarrollaron. Para ello se utilizaron pruebas escritas de contenido, mapas conceptuales y cuestionarios.

(4) Evaluación de la aplicación

En este nivel se intentó evaluar en qué medida se aplican los conocimientos aprendidos, y qué actitudes, conocimientos y habilidades se han modificado o ampliado. Los datos recolectados determinaron la transferencia del aprendizaje al lugar de trabajo. Se detectaron y analizaron las dificultades encontradas en la aplicación de los nuevos procedimientos, habilidades y técnicas, y se señalaron los aprendizajes disfuncionales —supuestos, creencias, prejuicios— que interfieren en los nuevos conocimientos.

Se adaptó un instrumento de evaluación cualitativa para reconstruir la historia de aprendizaje del grupo y analizar los procesos, los logros y los resultados. A su vez, por medio de un cuestionario, se observaron las nuevas competencias aplicadas en el ámbito individual, grupal e institucional.

(5) Evaluación de los resultados o productos

A fin de comprobar los cambios que se produjeron en el ámbito laboral, esta instancia de la evaluación se centró en los resultados y el impacto en la organización. Con seguridad, este fue el nivel más complejo de evaluar, ya que es difícil aislar las variables y determinar en qué medi-

da los resultados pueden atribuirse al programa de formación. Ante esta dificultad, se optó por recoger el impacto de los proyectos por medio de entrevistas a personas claves de los establecimientos, que pudieran señalar los cambios o efectos observados en su entorno inmediato.

Al mismo tiempo, cada equipo local definió, en su propuesta original, una situación base e incorporó indicadores para evaluar los resultados de las distintas propuestas. Se evaluó, por ejemplo, el número de proyectos de mejoramiento implementados y la introducción y efectividad de las prácticas nuevas (trabajo en equipo, trato al usuario, nuevas modalidades de atención).

6. Descripción y uso de algunos instrumentos de interés

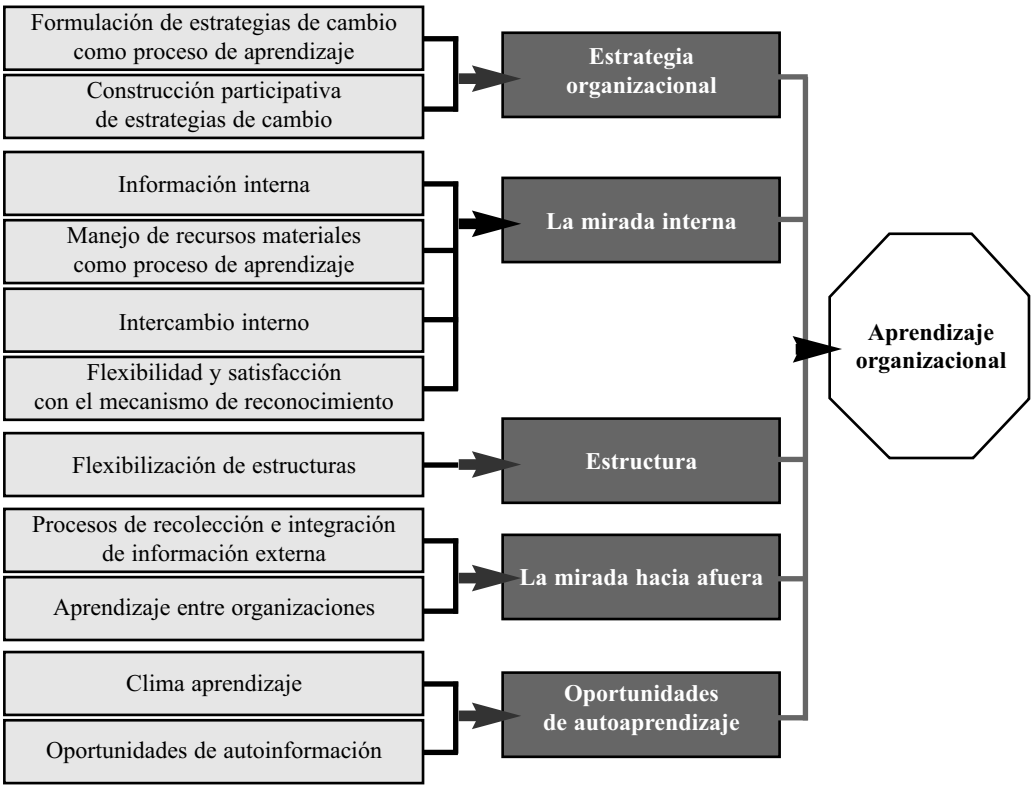
Tanto la aplicación como la construcción de los instrumentos se elaboraron en el transcurso del programa. A continuación se presentan algunos de los instrumentos utilizados de acuerdo con los distintos niveles de evaluación. Las instrucciones para su aplicación se encuentran en los Anexos.

a) Evaluación de los procesos organizacionales: cuestionario para la medición de las condiciones de aprendizaje en la organización (antes y después de la medición)

Este cuestionario, aplicado al iniciar y finalizar las intervenciones, es el resultado de investigaciones y estudios de distintos autores (*9, 10, 11, 12, 13, 14*), que describen procesos de aprendizaje llevados a cabo en organizaciones. Fue adaptado en Chile en 1996 por investigadores de la Universidad Diego Portales (*15*), y aplicado en ámbitos empresariales y en el sector público, específicamente en el Programa de Mejoramiento de la Calidad de la Educación (MECE). Posteriormente, fue adaptado y validado en el sector salud y en el campo universitario.

El instrumento, construido por los integrantes del "Learning Company Project" (*8*), tiene el propósito de detectar la presencia o ausencia de las condiciones necesarias para estimular y llevar adelante un proyecto de aprendizaje. La información que recoge el cuestionario, que se muestra en la Figura 3, se organiza en cinco dimensiones (véase el Anexo 1), que caracterizan el funcionamiento y la gestión de espacios laborales.

Figura 3. Niveles de evaluación



Los autores consideran que una organización que aprende es aquella que ha adquirido la capacidad de captar el aprendizaje que ocurre en las distintas áreas (unidades, servicios) y lo integra a los conocimientos fundamentales de la organización, generando así nuevas competencias y habilidades.

Los resultados de las distintas aplicaciones del cuestionario fueron devueltos a los equipos, quienes analizaron la información en relación con:

- la caracterización global de la unidad y organización;
- las fortalezas y debilidades organizacionales y posibles hipótesis explicativas;
- la priorización de las dimensiones organizacionales que se han de intervenir;
- las dimensiones intervenidas a lo largo del proyecto;
- los aprendizajes y cambios observados entre las distintas aplicaciones.

Por ejemplo, en el análisis del cuestionario, los equipos discutieron, entre otras cosas, en qué consiste un espacio propicio para aprender y las percepciones de la propia unidad de trabajo. Se analizaron el intercambio y la disponibilidad de información interna; se reconocieron problemas

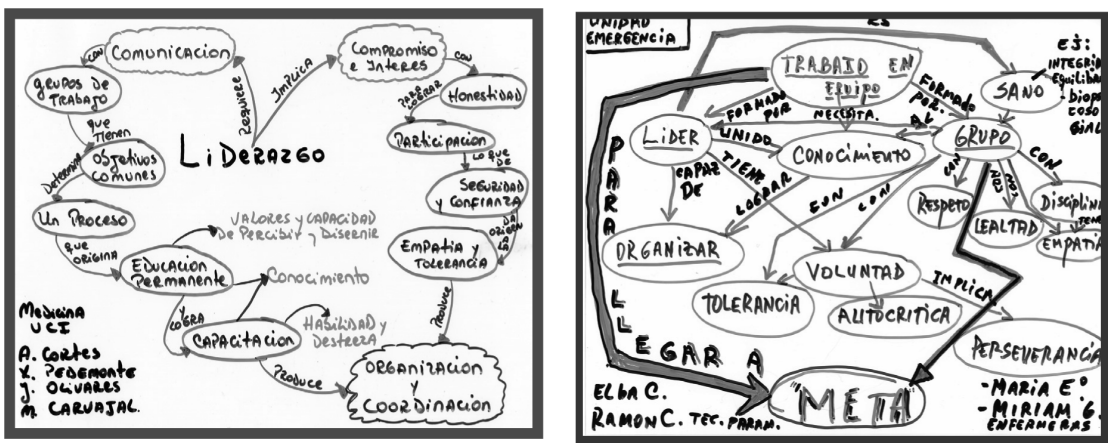
como el flujo de información poco ágil, la escasa participación de los funcionarios en la definición de las prácticas laborales, y el poco conocimiento sobre cómo se elaboran los planes de trabajo. La información permite reconocer los aspectos críticos y comprender el funcionamiento organizacional, dirigir las intervenciones y priorizar las áreas que deberá abordar la unidad.

b. Evaluación del aprendizaje significativo: los mapas conceptuales

Un mapa conceptual es un recurso pedagógico esquemático desarrollado por J. D. Novack (*16*) como respuesta a la teoría del aprendizaje significativo de D. P. Ausubel (*17*). Estos mapas permiten representar el conjunto de significados conceptuales que maneja una persona o un grupo de personas, proporcionando un resumen visual de lo aprendido ordenado de manera jerárquica. Tienen por objeto representar relaciones significativas entre conceptos y ayudan a hacer más evidentes los conceptos claves que se están aprendiendo o que se van a aprender. A la vez, sugieren conexiones entre los nuevos conocimientos y los que ya se manejan. El instrumento adquiere relevancia en la medida en que las personas que participan en su elaboración descubren nuevas relaciones y, por consiguiente, nuevos significados, o al menos significados que no poseían de manera consciente antes de elaborar el mapa.

La aplicación de los mapas conceptuales se organizó en torno de cuatro conceptos: comunicación, liderazgo, usuario y trabajo en equipo. Esto conceptos fueron seleccionados porque permitían conocer las relaciones y las rutas de aprendizaje implícitas en los cuatro conceptos contenidos en el programa de educación permanente. En la Figura 4 se ilustran dos ejemplos:

Figura 4. Mapas conceptuales



Los mapas conceptuales permitieron reconocer los aprendizajes adquiridos y las relaciones que los participantes construyeron entre los nuevos conocimientos y los anteriores. Se utilizaron también como una herramienta para ordenar visualmente lo aprendido, detectar nuevas necesidades de capacitación, y modificar o explicitar conceptos y significados poco claros. Asimismo, se pudo comparar los avances, detectar las diferencias respecto de las primeras elaboraciones y conocer el grado de comprensión de los participantes del proceso de educación permanente.

c. Historia de aprendizaje de los grupos de trabajo

Para reconstruir la historia de vida del proyecto se utilizó y adaptó la metodología que han elaborado distintos autores (*18, 19*). A partir de la información recogida y producida por los equipos locales, la historia de aprendizaje tiene como objeto reconocer los resultados, los conocimientos adquiridos y los cambios observados en las prácticas de trabajo. Es un instrumento que permite que los grupos compartan su experiencia y reflexionen acerca de sus logros, frustraciones y situaciones aún no resueltas. La historia se construye en una conversación grupal sobre la base de los "resultados visibles y reconocidos" por los grupos. Se respetan los resultados considerados significativos para los grupos sin atribuir causas, pues se parte de la experiencia de los proyectos demostrativos que implementaron los equipos de trabajo.

El relato también apunta a explicitar muchos problemas no resueltos, en general conocidos por todos, pero que nadie enfrenta. Entre otros, en los distintos ejercicios se señalaron como obstáculos persistentes al cambio: "la cultura del rumor informal", "los supuestos o creencias sobre el usuario (por ejemplo, "no tiene derecho a opinar"); "la complicidad estamental"; "la prepotencia"; "el temor a opinar"; "la falta de jefaturas estables"; "la desconfianza, los prejuicios" (por ejemplo, "considerar el cambio como sinónimo de más trabajo"); "la falta de reconocimiento del desempeño laboral".

La discusión grupal se graba y transcribe textualmente, y se señalan los resultados, los cambios y los hitos más significativos. El grupo revisa la transcripción y reflexiona sobre los aprendizajes e innovaciones, y sobre los problemas y supuestos subyacentes que impiden seguir avanzando.

d) Simulación de una experiencia de trabajo en equipo

Este ejercicio tiene el sentido de observar el avance de los participantes y la aplicación de las habilidades y herramientas requeridas para el trabajo en equipo. Se plantea una situación problema, que los participantes deben resolver en conjunto. Luego evalúan, en forma individual y colectiva, el desempeño del grupo para alcanzar el objetivo planteado.

El ejercicio se aplica después que haya pasado un período de tiempo (dos a tres meses) del término de la capacitación presencial y en el transcurso de la implementación de los proyectos. Permite visualizar la transferencia del aprendizaje a la práctica laboral y, también, analizar las dificultades que se enfrentan al aplicar nuevos estilos de trabajo. Se observan las habilidades interpersonales, la identidad y el sentido de pertenencia grupal, la capacidad de tomar decisiones, el liderazgo, las habilidades de comunicación, y la definición y puesta en práctica de un plan de acción.

e. Evaluación desde una mirada externa. Entrevistas estructuradas

Con el fin de conocer el impacto de la capacitación en la organización, se entrevistaron a personas claves de unidades complementarias al servicio o unidad donde se llevaba a cabo la experiencia. Se buscó conocer el grado de conocimiento de otras unidades en relación con el proyecto, su opinión respecto de la calidad del servicio prestado al usuario, el clima laboral y los efectos sobre los otros servicios o unidades.

Se formularon las siguientes preguntas: ¿qué saben del proyecto? ¿De qué se trata? ¿Qué cambios han notado? ¿Qué tipos de contacto han tenido? ¿De qué manera han sido integrados a las actividades? ¿Qué entienden por educación permanente? ¿Qué les ha llamado la atención en esta metodología de trabajo? ¿Perciben interés en realizar un proyecto semejante?

f. Identificación de las competencias adquiridas en el transcurso del proyecto

Se definieron las competencias como "la capacidad de transferir y aplicar habilidades y conocimientos a nuevas situaciones del ámbito laboral"; luego, por medio de una breve encuesta individual, se les pidió a los participantes que señalaran las competencias que consideraban haber adquirido en el transcurso del proyecto y que se estarían aplicando a nivel individual, grupal e institucional. Se mencionaron, por ejemplo, las siguientes competencias:

- A nivel *individual*: aprender a escuchar, gozar de autonomía para resolver problemas, tener mayor tolerancia, aprender a hablar en público, ser capaz de interactuar con las autoridades.
- *Competencia para el trabajo en equipo, habilidades personales e interpersonales:* facilitar y coordinar reuniones, tener un manejo apropiado del tiempo, manejar y resolver situaciones irregulares, asumir responsabilidades compartidas y crear productos colectivos.
- *Habilidades vinculadas con el desarrollo de la organización:* poseer una visión más integradora del servicio, utilizar la información para repensar el sistema de atención, aprender a comprender las expectativas y necesidades de los usuarios, innovar en los estilos de trabajo, lograr diseñar proyectos y mantenerlos en funcionamiento, usar pruebas y datos para elaborar propuestas de trabajo, planificar y organizar reuniones de trabajo, planificar y utilizar los recursos materiales.
- *Competencias para "aprender a aprender"*: desarrollar una metodología permanente de detección y aclaración de situaciones problemáticas, incorporar la evaluación y retroalimentación del equipo como herramienta de trabajo.

g. Evaluación por medio del portafolio[7]

La evaluación por medio del portafolio se incorporó como una herramienta para analizar el aprendizaje, los resultados y los productos de los proyectos de mejoramiento institucional. Los

7 Esta metodología de evaluación, adaptada del Manual del educador: gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud (20), fue puesta en práctica en el diplomado "Competencias para la conducción de equipos de trabajo y autogestión de proyectos de mejoramiento institucional" (21).

materiales que componen el portafolio *representan la historia documentada del aprendizaje y una demostración organizada de los logros.*

El portafolio es un procedimiento relativamente nuevo, utilizado como una técnica de "evaluación auténtica" en países como Australia, los Estados Unidos e Inglaterra. Ha sido aplicado muy especialmente en la capacitación de adultos "en servicio", pues permite evaluar el aprendizaje activo y el desempeño, sobre todo cuando la formación se centra en la experiencia de los participantes y en sus actividades. "La recopilación organizada del material producido permite a los participantes administrar y monitorear su aprendizaje, documentar su progreso y sus logros, articularlos en niveles y, sobre todo, apreciar el éxito alcanzado" (*22*).

Para utilizar el portafolio como un instrumento de evaluación efectivo, primero se definió su propósito y se impartieron orientaciones, tiempos precisos, criterios y procedimientos para su organización y evaluación. El portafolio utilizado con los participantes de la Dirección de Docencia de la UTEM incluyó el material relativo a:

- *Registros de monitoreo y seguimiento de procesos de aprendizaje:* registros de participación, pautas de trabajo grupal, productos individuales y grupales de las actividades presenciales (ejercicios y reflexiones individuales, cuestionario de aprendizaje individual, actividades de autoevaluación, relato de la historia de aprendizaje, mapas conceptuales, estudios de casos).
- *Documentos sobre el diseño e implementación de los proyectos de mejoramiento institucional:*
  - descripción del problema detectado, sus causas y manifestaciones;
  - instrumentos y resultados de la fase diagnóstica (encuestas de satisfacción del usuario, estudios bibliográficos, etc.);
  - formulación del proyecto: señalamiento de los beneficios del proyecto, objetivos, metodología a desarrollar, actividades, posibles riesgos del proyecto, indicadores del grado de consecución de los objetivos, plan de trabajo y cronograma;
  - instrumentos de evaluación y resultados.
- *Otros productos:* por ejemplo, presentaciones a autoridades.

Se adjunta en el Anexo 5 un ejemplo de lista de chequeo utilizada para orientar la recopilación de material.

7. Alcances y resultados

En las dos experiencias descritas se observaron los siguientes resultados:

1. En el quehacer cotidiano, la incorporación de una modalidad de trabajo que recoge, en forma "oportuna", las problemáticas que surgen en la cadena de atención al usuario.
2. Espacios de encuentro y reflexión, ambientes propicios donde las personas se apropian de su espacio laboral y continuamente "aprenden a aprender y a pensar".

3. Un proceso de recolección y ordenamiento de la información que permite definir y aclarar el propósito y las funciones claves de la unidad de trabajo.

4. Nuevas competencias laborales adquiridas en los aprendizajes significativos y útiles para el desempeño laboral.

5. Proyectos pilotos que se comprometen con las metas institucionales, y reflejan los valores de una organización que aprende y considera la calidad en la atención.

6. Equipos de trabajo que buscan nuevas formas de organización, que respetan el conocimiento de cada uno y buscan aprender frente a las dificultades y resistencias.

7. Una metodología de evaluación permanente que permite revisar, corregir y orientar el avance del equipo y los resultados.

8. Un diplomado de 336 horas pedagógicas que incorpora la estrategia de educación permanente y reconoce los nuevos conocimientos adquiridos y los resultados logrados por los participantes.

8. Algunas conclusiones y reflexiones

> Por aprendizaje organizacional entendemos los esfuerzos para incrementar día a día el intelecto fundamental de la institución. Implica inspirar al personal, transmitir la energía y la excitación que se obtienen del proceso de aprendizaje, creando un ambiente donde solo el cielo es el límite. Implica también combatir la burocracia que restringe el aprendizaje y eliminar la actitud en el personal de "yo sé nueve cosas y te enseño ocho", y convertirla en "te enseñaré nueve cosas hoy y mañana por la mañana te enseñaré la décima.[8]

Al iniciar este recorrido se planteó el desafío de introducir la estrategia de educación permanente como una herramienta de aprendizaje y desarrollo de los recursos humanos y las instituciones públicas. Se concibió a la capacitación como un instrumento para el incremento de responsabilidades y como un medio para explicitar nuevas conductas en la organización. Asimismo, se propuso perfeccionar las habilidades personales, compartir valores y mejorar las condiciones de trabajo y la calidad de los servicios brindados. El proceso educativo buscó favorecer la dignidad de las personas, las formas cooperativas de trabajo, y la calidad y responsabilidad en la ejecución de la tarea.

Las experiencias realizadas, así como los resultados obtenidos permiten afirmar las siguientes conclusiones:

1. La capacitación es un proceso amplio que incide en el aprendizaje. No necesariamente implica horas "aula", sino que es producto de instancias de reflexión, de experimentación, de puesta en práctica de nuevas habilidades y competencias.

2. El aprendizaje que se observó podría definirse como profundo y, a la vez, flexible. La profundidad se manifiesta en la comprensión del proceso de trabajo, la coordinación y la reso-

8 Cita de J. Welch, ex CEO de General Electric, en referencias 2 y 23.

lución de problemas inmediatos. La flexibilidad se expresa en las dinámicas de aprendizaje informal y formal. En este recorrido se puso de manifiesto la construcción de sistemas mentales individuales más sólidos y procesos de aprendizaje en los equipos, que se transformaron en resultados concretos y medibles.

3. La metodología pretendió cuestionar las prácticas de trabajo vigentes, y superar la tendencia a buscar soluciones rápidas y fáciles. La mejora sostenida de los cambios en las personas y los equipos no se da como resultado de una sola acción, sino como parte de un conjunto de acciones encadenadas. El comportamiento tiene sus raíces en representaciones mentales, en costumbres y rutinas, en creencias y relaciones de poder. Por tanto, desaprender hábitos, costumbres y prácticas que han perdido vigencia se presenta como algo difícil y doloroso. La tendencia inicial es la de buscar responsabilidades externas ("no nos dan el tiempo necesario", "a los administrativos no los toman en cuenta") y no comprometerse.

4. Desde el punto de vista del trabajo con los grupos, uno de los aspectos más importantes fue el hecho de ganar su credibilidad y confianza, con lo que se logró un ambiente psicológicamente seguro de aprendizaje. La confianza se ha definido como "el lubricante que reduce los roces, el cemento que junta los elementos dispares, el catalizador que incita a la acción" (*24).* Aparentemente, nada es más eficaz, ni las amenazas, ni las promesas.

5. Los funcionarios aceptan el "esfuerzo" siempre y cuando haya señales y un respaldo claro de parte de las direcciones, y cuando el miedo por aprender algo nuevo sea menor que el miedo o preocupación por "sobrevivir" económica y socialmente en la organización (*2*).

6. Los cambios se dan en un proceso que tiene ritmo y dirección, y no necesariamente implican un avance lineal: en el camino hay retrocesos, desviaciones y problemas. El desafío de la organización es encontrar la forma que ayude a que el proyecto se mantenga dinámico. La institucionalización en las políticas y cultura de la organización, así como la función y el apoyo de las autoridades son significativos para lograr cambios sostenibles. En este sentido, el reconocimiento y certificación de los aprendizajes mediante un diplomado universitario significó un gran avance.

7. En cuanto a las direcciones, el ejercicio de reconocer los nuevos espacios de autonomía en los equipos, colaborar en el diseño de sistemas de comunicación fluidos, asegurar la responsabilidad, manteniendo los compromisos, y apoyar los nuevos desafíos del personal, son seguramente los cambios culturales más necesarios y difíciles de lograr. La práctica enseña que los cambios ocurren solo cuando los niveles directivos se involucran, *perciben el aprendizaje como un valor y están preparados para comprometerse personalmente con las estrategias de cambio.*

8. La evaluación propuso distintos instrumentos para reunir evidencias a fin de objetivar y consolidar los cambios, evitando la paradoja de que la misma institución termina por mantener situaciones que todos cuestionan pero nadie se atreve a explicitar. La modalidad de evaluación se entendió no solo como un instrumento para asegurar el aprendizaje de las personas, sino también como una forma de consolidar los proyectos de educación permanente, orientados a lograr los objetivos de la organización y del personal.

El desafío de la organización es, por tanto, incorporar a la capacitación como una herramienta privilegiada de cambio organizacional que produce efectos en el proceso de trabajo, y no como una actividad marginal. Los resultados logrados por los distintos equipos avalan una metodología que facilita la "transferencia" del aprendizaje en beneficio del conjunto. No solo se ha observado la capacidad para detectar y resolver problemas, sino que también ha mejorado la sinergia entre los funcionarios y las metas planteadas.

Sería apresurado, sin embargo, afirmar que la institución en su conjunto experimentó el aprendizaje. Quedan muchos interrogantes con relación a cómo asegurar que el aprendizaje se aplique en la organización, pues el cambio de la relación tradicional entre capacitación y efectividad laboral requiere de un esfuerzo colectivo persistente y sostenido de la comunidad organizacional.

La aplicación de una estrategia de aprendizaje permanente en el lugar del trabajo es difícil y arriesgada porque, efectivamente, desafía las prácticas enraizadas en muchas organizaciones y se opone a la búsqueda de respuestas inmediatistas que intentan modelar el cambio. La introducción de nuevos paradigmas educacionales implica manejar las tensiones que surgen cuando se cuestionan las estructuras y las relaciones existentes, los valores antiguos entran en crisis y, al mismo tiempo, empiezan a incorporarse nuevas valoraciones.

La experiencia de educación, seguimiento y evaluación descrita en este capítulo requiere de gran flexibilidad y adaptabilidad en un contexto sujeto a cambios constantes. Implica construir y mantener vínculos tanto en la organización formal como en la informal. Requiere, asimismo, que los grupos, equipos y recursos de una institución estén en condiciones de organizar y autogestionar sus conocimientos de acuerdo con las necesidades del contexto.

Sin duda, la intención de introducir un nuevo paradigma educacional en el ámbito laboral implica un gran desafío, por lo que se requiere realizar más intervenciones de esa naturaleza y profundizar los estudios sobre el tema. Estas experiencias representan solo un aporte inicial en el intento por encarar la complejidad de las organizaciones. No obstante, junto a esta complejidad también podría rescatarse una gran simplicidad en la aplicación de herramientas que contribuyen a agilizar la innovación en el espacio laboral y facilitan la autogestión de los grupos en torno a un modelo general.

ANEXOS. INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN

Anexo 1. Cuestionario de las condiciones de aprendizaje en la organización[9]

Instrucciones

Este cuadernillo contiene algunas afirmaciones respecto de las cuales se quiere conocer su opinión. No hay respuestas correctas o incorrectas. Se le pide que conteste con la mayor exactitud y veracidad. El cuestionario es anónimo y las respuestas son absolutamente confidenciales.

La hoja de respuesta consta de 44 ítems. Frente a cada uno hay cinco casilleros en los que se recoge el grado de acuerdo respecto de cada afirmación. Deberá marcar con una cruz el número que a su juicio representa mejor esta situación en su lugar de trabajo.

1	2	3	4	5
Muy bajo	**Bajo**	**Moderado**	**Alto**	**Muy Alto**

En caso de que usted no pueda contestar un ítem porque no dispone de información suficiente, marque en la columna A (lado izquierdo) con una cruz frente al ítem omitido.

Al contestar tenga presente lo siguiente:

1. No gaste tiempo en meditar. Dé la primera respuesta natural que le venga a la mente. Sea lo más honesto posible.

2. Asegúrese de que no ha omitido nada, conteste cada pregunta según las alternativas que se le han dado.

Por ejemplo:

A	ÎTEMS	1	2	3	4	5
	1		X			

Marcar en 2 significa que usted está poco de acuerdo con esta afirmación.

9 Véase la referencia 7. El cuestionario que aquí se presenta es la versión adaptada a los Centros de Salud.

Cuestionario

1. Las necesidades del establecimiento u hospital tienen prioridad aunque esto implique una postergación de las necesidades de mi unidad.
2. Todos desempeñamos un papel importante en la definición de políticas y en la estructuración de los procesos de trabajo.
3. Las autoridades de mi unidad se preocupan por entregar información periódica respecto de los avances y dificultades.
4. Los gastos menores de la unidad la mayoría de las veces no tienen impacto en la situación financiera de la institución.
5. Visualizo a todas las unidades del hospital como posibles colaboradores en mi trabajo.
6. El reconocimiento que recibo por la labor que realizo me deja satisfecho.
7. Tenemos reglas y procedimientos claros que, previa revisión y discusión, se cambian cuando es necesario.
8. Los funcionarios continuamente traen y comparten información sobre lo que está pasando con nuestros usuarios, directivos, etcétera.
9. Nosotros nos comprometemos en iniciativas conjuntas para desarrollar nuevos servicios y para aprender acerca de nuevos procedimientos y metodologías de trabajo.
10. Aprendo de las fortalezas y debilidades de mis compañeros.
11. Todos están estimulados para aprender nuevas destrezas y habilidades.
12. Como estrategia, se diseñan, ejecutan y evalúan pequeños proyectos de innovación para luego implementarlos como parte de nuestra rutina de trabajo.
13. Considero que, para la unidad, es básica la opinión de los usuarios en la elaboración de sus políticas.
14. Las tecnologías de información realmente nos ayudan a hacer nuevas cosas juntos y no son consideradas solo como parte de un proceso de automatización.
15. Todos reconocen la importancia de los recursos que se utilizan en la unidad y el modo en que se distribuyen.
16. Las distintas unidades del hospital comparten información y destrezas, y se ayudan en forma habitual.
17. El reconocimiento hecho por la dirección a mi trabajo me incentiva a tener un mejor desempeño.
18. Las personas son estimuladas a sugerir distintas formas de organizar el trabajo.
19. Los directivos toman en cuenta la información de lo que sucede en la institución para realizar sus proyectos.

20. En mi unidad hay preocupación por reunirse frecuentemente con otros hospitales, consultorios y organizaciones para compartir ideas y prácticas de trabajo.
21. En ocasiones elijo guardar mis ideas para mí.
22. Hay muchas oportunidades, materiales y recursos disponibles para que todos tengan libre acceso al aprendizaje.
23. Nuestro compromiso con el mejoramiento continuo nos ha cambiado la visión respecto del funcionamiento de la institución.
24. En nuestra institución se trabaja en equipo y se valora la participación como medio para mejorar la calidad de la atención.
25. La información que recibo me permite tener una idea clara sobre cómo repercute mi trabajo en el resto de la institución.
26. En mi opinión, la unidad incentiva a todos a buscar canales no tradicionales para obtener recursos materiales.
27. La información formal y la informal que recibo son compatibles.
28. En la unidad existen varias formas de reconocimiento por el trabajo realizado.
29. Cuando debo realizar tareas que no están definidas para mi cargo lo atribuyo a la desorganización de la unidad.
30. Mi unidad tiene la posibilidad de tomar iniciativas en conjunto con otras unidades y departamentos.
31. La colaboración con otras organizaciones e instituciones de salud es considerada como un incentivo para ser cada vez mejores.
32. Me siento libre para expresar lo que siento ante una situación crítica.
33. Tengo la posibilidad de opinar acerca de las destrezas y áreas temáticas en las que necesito capacitación para mejorar el desempeño en mi trabajo.
34. La revisión y reflexión constantes que hacemos de las estrategias nos permite corregir errores y aprender.
35. El equipo se reúne periódicamente para analizar los resultados de nuestras prácticas y aprender con ellos.
36. La información que me llega es comprensible y fácilmente interpretable.
37. Pienso que los funcionarios dan un uso creativo a los diversos materiales que se les otorgan.
38. Para solucionar un problema busco la opinión de los otros funcionarios y estamentos.
39. La crítica es aceptada por todos.

40. Experimentamos con nuevas formas de estructuras y organización con el fin de adaptarnos a los desafíos que se presentan.

41. En las reuniones que participo se evalúa la información que ha llegado de otras instancias.

42. Se establecen redes con servicios, departamentos, organizaciones sociales y ministerios con objeto de satisfacer las necesidades de la comunidad.

43. Cuando no puedo resolver un problema por mí mismo tengo el apoyo de mis compañeros de equipo.

44. Es importante para mi formación evaluar periódicamente el desempeño de mi trabajo.

Corrección

1. Formulación de estrategias como proceso de aprendizaje	Sumo P1 + P12 + P23 + P34
2. Construcción participativa de estrategias de cambio	Sumo P2 + P13 + P24 + P 35
3. Información interna	Sumo P3 + P14 + P25 + P36
4. Manejo de recursos materiales como parte del aprendizaje	Sumo P4 + P15 + P26 + P37
5. Intercambio interno	Sumo P5 + P16 + P27 + P38
6. Flexibilidad y satisfacción con el mecanismo de reconocimiento laboral	Sumo P6 + P17 + P28 + P39
7. Flexibilización de estructuras	Sumo P7 + P18 + P29 + P40
8. Procesos de recolección e integración de la información externa	Sumo P8 + P19 + P30 + P41
9. Aprendizaje entre organizaciones	Sumo P9 + P20 + P31 + P42
10. Clima de aprendizaje	Sumo P10 + P21 + P32 + P43
11. Oportunidades de autoformación	Sumo P11 + P22 + P33 + P44

Las 11 variables evalúan lo siguiente:

1. Formulación de estrategias como proceso de aprendizaje

La unidad y la organización estructuran y formulan las políticas generales y las estrategias como procesos de aprendizaje. Ello implica:

- el diseño, ejecución y evaluación de los proyectos de mejoramiento de la calidad;
- la evaluación permanente de las decisiones;
- los mecanismos de retroalimentación establecidos para asegurar un mejoramiento continuo.

2. Construcción participativa de estrategias de cambio

Se refiere a la participación de las personas en la formulación de políticas y estrategias. Implica el uso constructivo del conflicto, es decir, el reconocimiento de valores y posturas diversas con el objeto de lograr una visión compartida del equipo. Se manifiesta por medio de:

- el liderazgo participativo;
- la formación de equipos de trabajo;
- la revisión de errores y conflictos en la construcción de estrategias de mejoramiento;
- la disponibilidad de espacios y tiempos para la participación.

3. Información interna

Una organización que estructura el flujo de información estimula la comunicación y la comprensión, y mejora la calidad de las decisiones tomadas. Ello implica:

- canales efectivos de difusión de información;
- cantidad, calidad, pertinencia y disponibilidad adecuadas de la información;
- canales de comunicación e información entre la dirección y las distintas unidades.

4. Manejo de recursos materiales como parte del aprendizaje

Se concibe un modelo de aprendizaje que apunta a la responsabilización de cada uno con relación al uso de los recursos disponibles. Ello implica:

- unidades que planifican la distribución de sus recursos;
- fuentes no tradicionales para obtener recursos para proyectos de mejoramiento.

5. Intercambio interno

Las personas, secciones y unidades deben estar en constante diálogo, visualizándose mutuamente como usuarios y proveedores, intercambiando información, negociando y acordando. La colaboración se destaca en función de las necesidades del equipo. Ello implica:

- reuniones periódicas para intercambiar experiencias, información y resultados de las acciones emprendidas;
- mecanismos que permitan fluidez en la comunicación, negociación y acuerdo entre unidades, grupos y equipos;
- visión de conjunto de las necesidades institucionales;
- abordaje de las situaciones problemáticas con las distintas unidades.

6. Flexibilidad y satisfacción con el mecanismo de reconocimiento laboral

Se entiende como la necesidad de explorar nuevos estímulos para los equipos. Se procuran formas de reconocimiento que vayan más allá del aporte económico. Ello requiere:

- formulación de propuestas de estímulos alternativos al aporte salarial;
- participación activa de todos en la definición de políticas de reconocimiento;
- satisfacción con el sistema de reconocimiento.

7. Flexibilización de estructuras

"Flexibilizar" implica agilizar y lograr más participación, facilitar procesos de gestión cooperativos y dar autonomía en la toma de decisiones. Ello implica:

- uso eficiente de las habilidades y competencias del recurso humano;
- normas y procedimientos revisados en función de la realidad local;
- flexibilidad y multifuncionalidad de roles.

8. Proceso de recolección e integración de la información externa

Todas las personas recolectan información de los usuarios, unidades complementarias y de la comunidad. Esta información es organizada y sistematizada para su utilidad y difusión. Ello exige:

- sistemas y procedimientos para recoger y sistematizar información proveniente del exterior;
- mecanismos para integrar la información en las decisiones de la unidad.

9. Aprendizaje entre organizaciones

Se refiere a la necesidad de abrirse a nuevas fuentes de información, formar redes y alianzas con otras secciones, unidades, lograr mayor sinergia en los esfuerzos dirigidos a metas comunes, aprender de los otros y compartir soluciones a problemas comunes. Ello implica:

- redes de cooperación y alianzas estratégicas;
- instancias de intercambio de experiencias, capacitación, proyectos comunes e investigación.

10. Clima de aprendizaje

Se entiende como una variable necesaria para el aprendizaje. Se aceptan los errores, pues se reconoce la necesidad de aprender por medio de ideas y acciones nuevas que no siempre están

garantizadas. Se valoran positivamente las diferencias individuales como parte esencial del aprendizaje y el mejoramiento continuos. Ello implica:

- la percepción general de confianza mutua y la creación de vínculos;
- apoyo, ayuda y conducción por parte de pares y directivos;
- tiempo para reflexionar, analizar, discutir y aprender de la experiencia;
- la crítica como un medio que favorece el aprendizaje.

11. Oportunidad de autoformación

Se trata de que el personal acceda a los recursos necesarios para ampliar y profundizar su aprendizaje y la producción de conocimientos. Ello implica:

- disposición hacia el mejoramiento y el desarrollo individual y colectivo;
- participación en la capacitación de acuerdo con los requerimientos de la unidad.

Análisis de los resultados

Se analizan los resultados y los promedios de las 11 variables con la unidad. Se caracteriza la unidad y la institución; se detectan fortalezas y debilidades, identificando posibles hipótesis explicativas; se señalan las áreas prioritarias para realizar las intervenciones, y se proyectan las intervenciones organizacionales.

Anexo 2. Mapa conceptual como ejercicio de evaluación

Actividades generales para la elaboración de mapas conceptuales

1. Se les pide a los participantes que elaboren una lista de 10 palabras nuevas atribuibles al proyecto o relacionadas con algún concepto específico que se pretenda evaluar.

2. Con las palabras elegidas, se les solicita que seleccionen los conceptos más relevantes, es decir, los necesarios para entender el significado del proyecto, y luego que los ordenen de mayor a menor importancia.

3. Se organiza a los participantes en grupos pequeños, donde comparten el trabajo individual y confeccionan una lista con los conceptos centrales jerarquizados.

4. Una vez completada la jerarquía conceptual, se comienza a elaborar un mapa conceptual, empleando la lista ordenada como guía y vinculando cada concepto con palabras de enlace.

5. Los participantes colaboran eligiendo las palabras de enlaces apropiadas para formar las proposiciones que muestran las líneas del mapa. Para facilitar el trabajo grupal, se sugiere que escriban conceptos y palabras de enlace en rectángulos pequeños de papel y que los reordenen a medida que se van descubriendo nuevas formas de organizar el mapa.

6. Se presenta el mapa y se discute.

Anexo 3. Historia de aprendizaje

Primer momento: entrevista grupal (aproximadamente 45 minutos). Se conduce la entrevista grupal en torno de los siguientes temas:

1. Identificación de los primeros resultados visibles.
2. Descripción del proceso de formación del grupo.
3. Cambios verificados por el grupo en las distintas etapas del proyecto:
   - ¿cómo se sintieron al inicio del proyecto como grupo?
   - ¿cómo percibieron (actitudes, conductas, opiniones) a los otros (los pares, los directivos, los usuarios)?
4. Determinación de los aprendizajes significativos:
   - ¿qué aprendizajes y logros grupales pueden señalar en las distintas etapas?
   - de estos, ¿cuáles requieren mayor trabajo y desarrollo?
   - ¿han tenido la oportunidad de aplicar lo aprendido?; ¿dónde?
5. ¿Qué nombre o título le pondrían a esta experiencia?

Segundo momento: se transcribe la entrevista grupal textualmente; se destacan en distintos colores los resultados (azul), los cambios observados (verde), los aprendizajes adquiridos (amarillo) y los problemas (rojo). Se lee el texto con el grupo y se reflexiona en torno de las siguientes preguntas:

1. ¿Cuáles son los obstáculos más persistentes que se presentan en el proceso de aprendizaje del equipo?
2. ¿Qué estoy o estamos haciendo, o dejando de hacer, que causa la situación que nos disgusta?
3. ¿Qué está favoreciendo el aprendizaje?
4. ¿Qué tengo o tenemos que hacer como grupo para facilitar la participación?
5. ¿De qué forma podemos asegurar la continuidad de los logros?
6. ¿Cómo medimos nuestro progreso como grupo?

Anexo 4. Evaluación del proceso de formación del equipo

La evaluación tiene el propósito de observar el avance de los participantes en relación con la marcha del trabajo en equipo. Es una experiencia práctica en la que se definen los siguientes objetivos:

1. Abordar una situación problema y aplicar las habilidades y herramientas de *trabajo en equipo* requeridas para lograr el objetivo planteado.

2. Evaluar en forma individual y colectiva el desempeño del grupo de acuerdo con los objetivos, procedimientos e instrumentos aplicados.

Instrucciones

1. Trabajar en equipo para construir el modelo que se presenta desde el inicio del ejercicio.

2. El trabajo termina cuando el grupo da por terminada la tarea o cuando se acabe el tiempo destinado a su realización (30 minutos).

Pauta de autoevaluación y observación

Califique individualmente en una escala de 1 a 7 los siguientes contenidos relacionados con el trabajo en equipo:

Contenidos	**Calificación (1-7)**	
¿Cómo califica a su equipo?	Ind.	Grupal
Se define un liderazgo claro en la conducción de la tarea.		
Se establece un plan de acción organizado al inicio del ejercicio (metodología de trabajo, tareas).		
Se conduce (o facilita) la tarea promoviendo la participación respetuosa de todas las personas.		
Se delegan y distribuyen equitativamente tareas y acciones.		
Se asignan y distribuyen los tiempos disponibles de manera adecuada.		
Se observa un ambiente y lazos de confianza, así como disponibilidad para aprender de los demás (se comparten dudas o problemas).		
Se crean canales fluidos de comunicación.		
Se observan herramientas para resolver problemas en conjunto, y hay interés en ello.		
Se toman decisiones considerando los objetivos planteados.		

Calificación individual

Calificación grupal

Contenidos	**Calificación (1-7)**	
Autoevaluación de su desempeño	Ind.	Grupal
Capacidad de comportarse en forma autónoma.		
Capacidad de escuchar a los demás y comprender sus opiniones.		
Capacidad de exponer y defender opiniones.		
Grado de compromiso con la actividad: participación individual.		
Capacidad de señalar problemas y plantearlos en forma adecuada.		
Capacidad de trabajar en el grupo para alcanzar una meta común.		
Capacidad de reconocer las propias habilidades y valorarlas como herramienta de trabajo.		
Capacidad de asumir la conducción del grupo y facilitar el trabajo.		
Capacidad de superar la frustración y persistir ante los desafíos.		
Capacidad de reconocer y priorizar las cualidades que queremos desarrollar para llegar a ser más efectivos.		
Capacidad de reconocer las fortalezas y cualidades de los otros y aprender de ellos.		
Apreciación del nivel de dominio que cree tener de las herramientas de trabajo en equipo.		
Calificación del producto logrado.		

¿Qué aprendió del ejercicio?
¿Qué le molestó?
¿Qué necesitamos hacer para ser más productivos como equipo?

Calificación individual

Calificación grupal

Anexo 5. Portafolio

Como ejemplo de la lista de chequeo, se presenta el portafolio confeccionado por los funcionarios de la Dirección de Docencia de la UTEM. El instrumento contenía el siguiente material, que era revisado en fechas establecidas.

LISTA DE CHEQUEO: Portafolio de aprendizaje **Grupo/participantes:**				
	Fechas de monitoreo y seguimiento			
	1	2	3	4
I. Actividades individuales y grupales 1. ¿Por qué realizamos este taller? 2. Normas de funcionamiento 3. Derechos y deberes de usuarios y prestadores de salud 4. Valores y creencias 5. Lista de chequeo de competencias de gestión 6. Uso de referencias: glosarios 7. Estudios de casos 8. Mi rol como directivo 9. Recursos de aprendizaje (mapas conceptuales, ejercicios de trabajo en equipo, resumen y reflexiones sobre actividades de simulación)				
II. Diseño del proyecto 1. Árbol de problemas 2. Cuadro de prioridades 3. Definición del problema de gestión a ser abordado				
III. Proyecto 1. Objetivos 2. Actividades 3. Resultados esperados 4. Cronograma 5. Actividades				
IV. Implementación del proyecto 1. Cuadro de registro de tiempos 2. Hojas de registro de actividades programadas y realizadas 3. Problemas recurrentes 4. Resultados				
V. Presentaciones				
VI. Otros documentos de interés				

Referencias bibliográficas

1. Knowles M. *The adult learner: A neglected species.* 4a ed. Houston, TX: Gulf Publishing; 1990.

2. Mertens L. Formación y aprendizaje organizacional. En: *Formación, productividad y competencia laboral en las organizaciones.* Montevideo: Cinterfor (Centro Interamericano de Investigación y Documentación sobre Formación Profesional)/OIT; 2002.

3. Castillo A, Purcallas D. *Evaluación del desempeño del equipo de salud.* San José, Costa Rica: PASCAP (Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica)/OMS/OPS; 1994.

4. Pedler M, Burgoyne J, Boydell T. *Transform: The learning company.* London: McGraw-Hill Book Company Europe; 1991.

5. Pedler M. *Self-development: A facilitator's guide.* London: McGraw-Hill Book Company Europe; 1991.

6. Stufflebean D, Shinkfield A. *Evaluación sistemática: guía teórica y práctica.* Barcelona: Paidós; 1987.

7. Kirkpatrick DL. *A practical guide for supervisory training and development.* Reading, MA: Addison-Wesley; 1983.

8. Pedler N, Burgoyne J, Boydell T. *The learning company: A strategy for sustainable development.* London: Mc Graw Hill; 1991.

9. Schein E. *Psicología de la organización.* México: Prentice-Hall Hispanoamericano; 1982.

10. Argyris C, Schön D. *Organizational learning.* Reading, MA: Addison-Wesley; 1996.

11. Argyris C. *Overcoming organizational defenses.* Boston: Allyn and Bacon; 1990.

12. Revans RW. *The origins and growth of action of learning.* Bromley, UK: Chartwell Bratt Ltd.; 1982.

13. Senge P. *La quinta disciplina.* Barcelona: Granica; 1992.

14. Bateson G. *Pasos hacia una ecología de la mente.* Buenos Aires: Planeta; 1972.

15. Torres P, Núñez C, Grellet C, Ramírez P. *Cuestionario para la medición de condiciones favorables a una empresa que aprende.* Santiago de Chile: Universidad Diego Portales; 1996.

16. Novak J, Gowin B. *Aprendiendo a aprender.* Barcelona: Martínez Roca; 1988.

17. Ausubel D, Novak J. *Psicología educativa: Un punto de vista cognoscitivo.* México: Trillas; 1983.

18. Roth G, Kleiner A. *Learning about organizational learning - Creating a learning history.* Boston: MIT, Center for Organizational Learning; 1995.

19. Roth G, Senge P. From theory to practice: Research territory, processes and structure at the MIT, Center for Organizational Learning. *Journal of Organizational Change Management* 1995;9(1):92-106. http://cbae.nmsu.edu/~dboje/jocm.html

20. Roschke MA, Brito P. *Manual del educador: Gestión de proyectos de educación permanente en los servicios de salud.* Washington, D,C.: OPS/OMS; 2002.

21. Universidad Tecnológica Metropolitana, Diplomado. *Competencias para la conducción de equipos de trabajo y autogestión de proyectos de mejoramiento institucional.* Santiago de Chile: UTEM; 2002.

22. Brown S, Glasner A. *Assessment matters in higher education.* London: SRHE/Open University Press; 1999.

23. *TechLearn TREND* No. 223. Learning and Technology: E-lab and think lab; New York; 2001. http://www.masie.com/

24. Gordon S. Building trust in the workplace (AMA Management Briefing, 1984). En: *Trust within the organization.* Comisión de la Función Pública del Canadá; 1995 (Monografía No. 1).

CAPÍTULO 3

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROFAE EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS DE SALUD

EVALUACIÓN DEL IMPACTO DEL PROFAE EN LA CALIDAD DE LOS SERVICIO DE SALUD

Marina Peduzzi[10]
Maria Luiza Anselmi[11]

1. Caracterización del Proyecto de Profesionalización de los Trabajadores del Área de Enfermería (PROFAE)

El Proyecto de Profesionalización de los Trabajadores del Área de Enfermería (PROFAE) es una iniciativa del Ministerio de Salud del Brasil llevada cabo con el fin de promover la capacitación técnica de la fuerza laboral en enfermería y el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud públicos y privados. El proyecto se inició en el año 2000, con una duración prevista de cuatro años, a partir de una encuesta sobre el mercado laboral de enfermería que mostró que 35% del personal de enfermería de los servicios de salud carecía de capacitación profesional (1). Más aún, 25% de esos trabajadores no habían concluido la educación básica, que es un requisito para acceder al curso de auxiliar de enfermería. El cuadro se muestra todavía más grave cuando se considera la gran cantidad de personal admitido para realizar funciones administrativas o de servicios generales que es destinado a la atención de enfermería, lo que no solo implica el ejercicio ilegal de la profesión sino, sobre todo, un riesgo para la población.

La atención de enfermería, núcleo de este trabajo, comprende la ejecución de un conjunto de acciones de acogimiento y acompañamiento del individuo, la familia y la población en casos de enfermedad o en procesos sociovitales, como la adolescencia, el embarazo, el envejecimiento, entre otros, sobre la base del reconocimiento y la satisfacción de las necesidades de salud. Por lo tanto, requiere competencias fundamentadas en un saber técnico-científico que asegure a los usuarios el máximo de eficacia de la intervención y el mínimo de riesgos.

Apoyado en datos cualitativos y cuantitativos sobre la composición y distribución de la fuerza laboral de enfermería en el Brasil, y articulado a un proceso más amplio de reorganización del

10 Enfermera, profesora y doctorada de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo.
11 Enfermera, profesora asociada de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo.
12 La ley No. 7498 de 1986, relativa al ejercicio profesional de la enfermería en el Brasil, reconoce tres categorías profesionales regulares: el enfermero (nivel universitario), el técnico de enfermería (educación profesional de nivel medio) y el auxiliar de enfermería (educación profesional básica). En el Brasil, las primeras escuelas formadoras de personal auxiliar de enfermería se establecieron en la década de 1940, con el objetivo de atender las necesidades originadas por la expansión de la atención hospitalaria, curativa e individual. Sin embargo, el curso de auxiliar de enfermería solo sería reglamentado por ley en la década de 1970. Con la promulgación de la actual ley de Directrices y Bases de la Educación Nacional, de 1996, el Consejo Nacional de Educación pasó a definir las directrices curriculares de la educación profesional en virtud de la Resolución CNE/CEB No. 16/99 y la Resolución CNE/CEB No. 04/99, que incluyeron el cargo de auxiliar de enfermería en el itinerario de la profesionalización del técnico de enfermería.

Sistema Único de Salud (SUS) y de institucionalización de la salud como un derecho de la ciudadanía, el PROFAE se enmarca en el ámbito de las políticas públicas dirigidas a la atención sanitaria. Se construyó como un proyecto social destinado, en particular, a los trabajadores de nivel básico y medio, con la intención de articular tres dimensiones de las prácticas de salud: el desarrollo de los recursos humanos, la educación profesional y el trabajo. Fue concebido, por tanto, como un proyecto de carácter nacional que integra diversos objetivos interconectados, entre los que se destaca la profesionalización como auxiliares de enfermería de 225 000 trabajadores que no poseían capacitación técnica formal y regular.

El proyecto cuenta con recursos financieros provenientes de préstamos del Banco Interamericano de Desarrollo (BID), del Tesoro Nacional y del Fondo de Amparo al Trabajador (FAT). La Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) ofrece apoyo y cooperación técnica al Ministerio de Salud para la ejecución de las actividades.

Además de la profesionalización, el PROFAE contempla otros componentes relacionados con el fortalecimiento de la política nacional de formación de recursos humanos: a) capacitación pedagógica para docentes de educación profesional de nivel técnico en el área de enfermería; b) sistema de certificación de competencias para los egresados de los cursos promovidos por el PROFAE; c) modernización de las escuelas técnicas del SUS; y d) sistema de acompañamiento de las señales de los mercados laborales y educacionales centrados en el personal auxiliar de enfermería.

Teniendo en vista estos componentes, se trazaron otras metas además de la formación de auxiliares de enfermería, con el fin de asegurar que la capacitación profesional se articulase con el cuadro normativo y de regulación en salud: promover la escolarización de los trabajadores que no habían concluido la educación básica; capacitar a 12 000 enfermeros como docentes para la educación profesional en salud; modernizar 26 escuelas técnicas de salud del SUS; establecer un sistema de certificación de competencias de los auxiliares de enfermería egresados de los cursos del PROFAE, y crear un sistema de acompañamiento del mercado laboral y educacional del sector salud.

El PROFAE presenta un conjunto de características que merecen destacarse: a) una concepción amplia de la formación profesional, que la articula con los demás contextos conexos y hace hincapié en la capacitación del personal de salud de nivel medio, ahora incluidos en la agenda de las políticas públicas; b) cobertura nacional; c) capilaridad y descentralización, y d) movilización de los diferentes actores sociales que integran el escenario de las políticas de salud, es decir, los tres niveles de gobierno (federal, estatal y municipal), instituciones de enseñanza de nivel medio de enfermería (públicas y privadas), instituciones de enseñanza superior en enfermería (sobre todo públicas), servicios de salud (públicos y privados), entidades representativas del sector de enfermería (Asociación Brasileña de Enfermería, Consejo Federal de Enfermería y Consejos Regionales de Enfermería), y otras instancias de control social, como el Consejo Nacional de Salud.

En cuanto a la cobertura, el proyecto fue implantado en todo el territorio nacional, contemplando los 27 estados del país. Asimismo, merece señalarse la capilaridad y la descentralización del PROFAE, ya que abarca una amplia red de cursos y grupos de alumnos, incluso en localida-

des extremadamente carentes en términos de estructura de prestación de servicios y educación en salud, en más de 3 000 municipios (*2),* de un total de 5 507 (*3*).

Después de dos años de ejecución, los resultados parciales del PROFAE son indicadores del acierto de su concepción: en ese período se formaron 60 000 auxiliares de enfermería en todo el país. A ellos se suman los trabajadores que se encuentran insertos en programas de educación profesional: 91 730 alumnos en los cursos de Capacitación Profesional de Auxiliar de Enfermería, 30 493 que cursan la Complementación para Técnico de Enfermería y 7 489 que están concluyendo la escolaridad básica. También cabe mencionar a los docentes enfermeros que realizan el curso de formación pedagógica, en la modalidad de educación a distancia, y que a fines del año 2002 sumaban 8 000 en todo el Brasil.

Para que este esfuerzo de superación de la problemática relativa a la composición y distribución de la fuerza laboral de enfermería en el país tuviera éxito, eran imprescindibles tanto el seguimiento como la evaluación del proyecto, desde sus inicios y durante todo su transcurso. Se efectuaron, así, varias modalidades de monitoreo y evaluación, entre ellas, la investigación que aquí se presenta.

La encuesta de evaluación del impacto del PROFAE es un tipo específico de evaluación, en la que se toma una dimensión particular del *impacto*: los efectos mediatos de la capacitación técnica en la calidad de los servicios prestados a la población, y que no se constatan en los resultados inmediatos. El propósito es mostrar los cambios producidos después de la profesionalización con efectos positivos en la atención de las necesidades de salud de la población, medidos sobre la base de indicadores de calidad de la asistencia brindada.

Debe señalarse el recorte específico efectuado en la evaluación, pues es posible analizar diferentes dimensiones del impacto, entre ellas:

- el impacto en el proceso de enseñanza-aprendizaje (la calificación pedagógica de los enfermeros que imparten clases en los cursos del PROFAE);
- el impacto en el mercado laboral de enfermería (mayores posibilidades de empleo del personal de enfermería);
- el impacto en la ciudadanía de esos trabajadores (promoción a una categoría profesional reglamentada);
- el impacto en la remuneración (mejoramiento de las condiciones de acceso a la vivienda, estudio de los hijos, mantenimiento del nivel de vida, entre otros avances).

2. El proceso de evaluación

El primer aspecto que debe aclararse se refiere a la distinción entre dos esferas de la evaluación en salud: la evaluación de los servicios de salud, por un lado, y la de los procesos y proyectos de capacitación de recursos humanos en los servicios de salud, por el otro. En el primer caso, se busca conocer y explicar la estructura, los procesos, los resultados y el impacto de la oferta de servicios en la salud de la población; en el segundo caso, conocer y explicar los efectos de la

capacitación del personal de salud en la calidad de la oferta de servicios. A nuestro juicio, la mayor distinción radica en el hecho de tomar, o no, a los recursos humanos y, en particular su capacitación técnica y situación laboral, como variables centrales de la evaluación.

En una publicación reciente que trata sobre monitoreo y evaluación de recursos humanos en salud (*4),* se señala que si bien es incuestionable la importancia de los recursos humanos para el funcionamiento adecuado de los sistemas de salud, hay poca concordancia entre los países en lo que concierne a las estrategias de evaluación. También se hace mención de las intensas polémicas científicas y políticas en torno de los abordajes teóricos y metodológicos que pueden utilizarse, e incluso con respecto al modelo de evaluación del desempeño de los sistemas sanitarios que recomienda la Organización Mundial de la Salud (OMS). Sin embargo, los autores destacan que hay un consenso en este debate en cuanto al papel clave de los recursos humanos para garantizar la efectividad de los servicios de salud.

No obstante, como señalan Schraiber y Nemes, aun cuando se reconoce que los recursos humanos son un elemento crítico para el mejoramiento de la calidad de los servicios de salud, la mayoría de los estudios los trata exclusivamente desde la perspectiva de la capacitación profesional, o bien, a partir del análisis de las situaciones y condiciones de trabajo (*5*). Estos autores, al igual que los de la publicación citada antes, concuerdan en que la evaluación del impacto de los recursos humanos en la oferta de los servicios de salud debe considerar diferentes factores, ya sean del mismo sistema de salud o externos a este, incluidas las condiciones laborales.

A partir de los años setenta, con la introducción de la categoría analítica *trabajo* en los estudios e intervenciones sobre los recursos humanos en salud llevados a cabo en el Brasil y en América Latina, se observa la tendencia a concebir la articulación entre educación y trabajo como un abordaje promisorio para ese campo de investigaciones (*6, 7, 8*). La evaluación que aquí se presenta se inscribe en esta perspectiva, esto es, el estudio del desempeño profesional de agentes insertos en procesos de trabajo en un contexto asistencial determinado.

Por cierto, existen interrelaciones entre ambos enfoques: la evaluación de los servicios y la evaluación de los procesos de capacitación en los servicios. No obstante, en la segunda perspectiva el aspecto central son las relaciones entre los recursos humanos y la calidad de los servicios; por lo tanto, las preguntas claves que orientan la evaluación de los servicios de salud surgen de la relación entre el trabajador y la actividad laboral (*5*).

Se recuerda, entonces, que la evaluación aquí presentada busca conocer *el impacto de la profesionalización en la relación trabajador-actividad laboral*, cuya expresión en la calidad de los servicios puede medirse sobre la base de indicadores de calidad de la atención.

La evaluación se compone de cuatro momentos (ex ante, línea de base, concurrente o de seguimiento y ex post) y cuatro niveles (evaluación de la reacción/opinión/satisfacción, evaluación del aprendizaje, evaluación del desempeño, evaluación del resultado/impacto). La experiencia descrita en este artículo constituye una evaluación del tipo ex post del cuarto nivel, esto es, centrada en los resultados e impacto del proyecto (*9*).

En el origen de esta evaluación convergen dos aspectos. Primero, la concepción abarcadora de la calificación profesional presente en el diseño y desarrollo del PROFAE, que busca articular diferentes dimensiones de las prácticas de salud —educación profesional, regulación profe-

sional y trabajo en salud—, por lo que son imprescindibles el monitoreo y la evaluación como base para la toma de decisiones y garantizar la efectividad del proyecto. Se recuerda que el enfoque adoptado se basa en la interfaz entre educación y trabajo, de modo que la aplicación del PROFAE debería conducir a la mejora de ambas prácticas: la educación profesional del personal de enfermería y la actuación de esos agentes en los servicios de salud. Un segundo aspecto se relaciona con las demandas del Banco Interamericano de Desarrollo, que incluyó, entre las condiciones para la firma del Acuerdo de Préstamo, la realización de un estudio sobre el impacto del PROFAE en la calidad de los servicios de salud.

Por lo tanto, esta evaluación forma parte de los trabajos llevados a cabo en el PROFAE desde su inicio, y ha sido concebida como una investigación científica con recursos financieros previstos en el presupuesto del proyecto. La Gerencia General del PROFAE solicitó a los docentes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de São Paulo y de la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la misma universidad, la elaboración de un proyecto de encuesta para la evaluación del impacto PROFAE. Luego, el Ministerio de Salud y el Banco Interamericano de Desarrollo analizaron la propuesta y aprobaron su realización.

El equipo central de la Gerencia del PROFAE participó, junto a las investigadoras, en las discusiones iniciales, donde se trazaron las líneas generales del diseño de la encuesta, con el fin de garantizar su congruencia con los principios guías y demás componentes del proyecto. Desde un primer momento, se definieron algunos indicadores de calidad de la atención de enfermería considerados apropiados en función de los objetivos y la concepción didáctico-pedagógica del proyecto. Asimismo, se contempló que los indicadores fueran significativos en el marco de la bibliografía científica sobre evaluación de la calidad en el área de enfermería, y que resultaran operativos para el estudio.

La evaluación debe responder a un conjunto de preguntas que pueden ser ampliadas, pero que, en principio, han de contemplar como mínimo los siguientes aspectos: ¿qué evaluar?, ¿cómo evaluar?, ¿por qué evaluar?, ¿quién evalúa? y ¿para qué sirve la evaluación? A partir de estas preguntas puede construirse el diseño de la evaluación o, como en este caso, el de la encuesta, sobre todo en lo que concierne a las dos primeras cuestiones: el objeto y la metodología o camino seguido para alcanzar las metas propuestas en el estudio/evaluación.

La primera pregunta —"¿qué evaluar?"— configura y precisa el objeto de la evaluación. Según Malik y Schiesari (*10*), se trata de un momento importante del proceso, pues se puede decir que la evaluación sirve básicamente para conocer y mejorar el objeto.

La experiencia aquí descrita tiene como objeto el Proyecto de Profesionalización de los Trabajadores del Área de Enfermería, y en particular su impacto en la calidad de los servicios de salud. Se trata, por tanto, de un objeto de múltiples dimensiones, pues abarca diferentes niveles. No obstante, el objeto de esta evaluación no es el PROFAE como un todo, sino su impacto en un ámbito específico: la calidad de los servicios brindados a la población.

Debido a la complejidad de este objetivo y a la inexistencia de evaluaciones similares en el campo de la enfermería y en el de los recursos humanos en salud, la construcción del objeto de evaluación se basó en las premisas, propósitos y metas del PROFAE; el referencial teórico adoptado por los evaluadores de común acuerdo con la Gerencia General del proyecto, y la hipótesis

central que surge del cuadro teórico y que se investiga a lo largo de la evaluación: *la capacitación técnica posibilita un mejor desempeño profesional del personal de enfermería*, siempre que estén dadas las condiciones adecuadas de trabajo en términos del cuadro de personal, y del desarrollo de la educación continua y la supervisión de ese personal. Se acuñó así el siguiente objeto de evaluación: la relación entre el grado de capacitación técnica y el desempeño profesional del personal de enfermería de nivel medio.

Antes de responder la segunda pregunta sobre el camino recorrido —¿cómo evaluar?—, que será analizada en detalle, se abordan las preguntas subsiguientes: ¿por qué evaluar?, ¿quién evalúa? y ¿a quién le sirve la evaluación?

Un primer aspecto relacionado con la pregunta "¿por qué evaluar?", concierne a la necesidad de monitoreo y evaluación de un proyecto de la amplitud del PROFAE. En efecto, el PROFAE constituye la propuesta más definitiva en cuanto a la calificación profesional de todos los trabajadores de enfermería en el Brasil, una vez que la legislación brasileña prevé que los gestores públicos deben participar en la formulación y ejecución de la política de formación y desarrollo de recursos humanos del sector de la salud (*11*). Otro aspecto se refiere a determinadas especificidades de la práctica de enfermería, entre ellas, el conjunto de intervenciones técnicas y relacionales efectuadas directamente con el usuario, que conllevan un elevado grado de "*invasividad*" y riesgo, y que requieren no solo habilidades y conocimientos técnico-científicos, sino también acompañamiento y evaluación a fin de prevenir daños o garantizar la calidad.

No obstante, son pocos los estudios sobre la calidad de la atención de enfermería en el Brasil, como también es poca la discusión sobre los efectos de la evaluación en el desarrollo de esa práctica (*12, 13*). La evaluación del impacto del PROFAE en la calidad de los servicios de salud, que trata entre otros aspectos la calidad de la atención de enfermería, se destina, por tanto, a producir información para las políticas públicas de salud y particularmente de recursos humanos del sector, como también a mejorar las metodologías de evaluación y de construcción de parámetros nacionales de calidad de la atención de enfermería y su relación con la capacitación técnica del personal.

Los modelos de evaluación también pueden clasificarse según el sujeto de la evaluación, es decir, "¿quién evalúa?". En el presente caso la evaluación es externa, ya que todos los componentes del equipo integran instituciones ajenas a la que solicitó el estudio, y es autora y gerente del proyecto examinado.

Con relación a la pregunta "¿a quién le sirve la evaluación?", cabe destacar que este análisis del impacto es útil para varios interesados: los gestores de políticas públicas o autoridades, que pueden decidir sobre la base de una información más amplia y de mejor calidad acerca de los objetos de la intervención destinados al bien común (bien público); el personal, que puede mejorar su desempeño y reflexionar de manera fundamentada sobre su práctica laboral; la población, que se beneficia con las inversiones en la capacitación profesional, en la calidad de los servicios y en la investigación sobre estos temas, y finalmente, los financiadores, que pueden analizar si sus inversiones son acertadas y están dando los resultados esperados (*10*).

La pregunta que aún queda por responder se refiere a "¿cómo evaluar?", es decir, al enfoque utilizado, a la metodología o camino que se ha de recorrer para alcanzar los objetivos: el diseño de la evaluación.

3. El diseño de evaluación

Marco teórico general

Como ya se señaló, el PROFAE busca articular la educación profesional con el desarrollo de los recursos humanos y con el trabajo ejecutado efectivamente en los servicios de salud; por consiguiente, el referencial teórico general se basó en los estudios sobre la actividad laboral en salud y en enfermería, y en una concepción del trabajo y la educación como prácticas sociales.

La reflexión y las investigaciones sobre el trabajo en salud y en enfermería llevadas a cabo en el Brasil y en América Latina, a partir de los años setenta, abordan la categoría trabajo en la vertiente marxista, es decir, como un proceso de mediación entre el hombre y la naturaleza por medio del cual se realizan transformaciones determinadas por las necesidades humanas, en este caso en particular, las necesidades de salud (*14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21*).

A partir de los años noventa, este enfoque ha estado muy presente en las investigaciones sobre las relaciones entre el trabajo, como expresión de las estructuras sociales, y la subjetividad, y se ha puesto en el centro del debate la interfaz entre el trabajo y la interacción humana (*22, 23, 24; 25*). Por esta razón, aun cuando los procedimientos técnicos configuren el núcleo del trabajo del auxiliar de enfermería, la comunicación y la interacción atraviesan y son intrínsecas a la ejecución de estos procedimientos.

Para el estudio de la actuación de los agentes de enfermería en su práctica laboral cotidiana fue necesario definir, en particular y con mayor precisión, el concepto de desempeño profesional. Para ello se utilizaron los estudios de Dussault (*26, 27*) y Dussault y Souza (*28*), quienes afirman que en el desempeño de los recursos humanos en los servicios de salud influyen aspectos como el desarrollo de competencias, la gestión y la distribución de personal, que, a su vez, están determinados por las políticas y los sistemas de regulación, la disponibilidad de recursos y las relaciones de poder entre los actores involucrados.

Por lo tanto, el desempeño profesional no concierne solamente a la actuación de cada trabajador per se, sino que atañe también a la relación recíproca entre el agente, el equipo de trabajo y el servicio. Al articular este abordaje de los recursos humanos en salud con el referencial teórico sobre el proceso de trabajo, se acuñó la concepción de desempeño profesional como una práctica que involucra tanto la ejecución de intervenciones técnicas como la interacción de los sujetos en un contexto laboral determinado.

Con este cuadro teórico se pretende evaluar el desempeño profesional de los agentes insertos en el proceso de trabajo de enfermería en un contexto asistencial determinado, entendiendo al desempeño como actuación en el y del trabajo. Como ya se ha señalado, el aspecto central en este abordaje de la evaluación son las relaciones entre los recursos humanos y la calidad de los servicios.

Además del referencial teórico presentado, la evaluación también se apoyó en recursos matemáticos, utilizados no solo en la elaboración del banco de datos para el almacenamiento de las informaciones recopiladas, sino también en el análisis estadístico del material empírico. Por lo tanto, se trata de una investigación que aplica un enfoque cualitativo y cuantitativo para el análisis del objeto de estudio/objeto de evaluación.

Objetivos de la encuesta de evaluación del impacto del PROFAE

1. Evaluar el patrón de calidad de la atención de enfermería y su relación con la capacitación técnica del personal, sobre la base de tres indicadores de calidad: incidencia de úlcera de presión, tasa promedio de errores en la administración de medicamentos e índice de calidad del desempeño de técnicas de enfermería.

2. Analizar el contexto de la atención de enfermería sobre la base del cuadro de personal de enfermería, y la supervisión y la educación continua de ese personal.

Aspectos metodológicos

Modalidad de investigación

La encuesta ha sido realizada en la modalidad de pre y post test, es decir, la evaluación se lleva a cabo en dos fases, antes y después de la aplicación del PROFAE, con la finalidad de detectar y comprender los cambios ocurridos, tanto en los indicadores de calidad como en el contexto de la atención de enfermería.

Variables e indicadores

El desempeño de las diferentes categorías del personal, ya sea en la dimensión técnica como en la relacional, se sostiene, por un lado, en las actividades de formación (conocimientos fundamentados en principios científicos y éticos; habilidades de comunicación, de acogimiento y de vínculo) y, por otro, en las condiciones institucionales de trabajo (materiales, humanas, financieras y gerenciales). La calidad de la atención de enfermería depende, por tanto, de la articulación de estos aspectos para ser capaz de brindar al usuario acciones libres de riesgos y daños potenciales.

El cuadro teórico propuesto por Donabedian (*29*), que contempla la clásica trilogía de los conceptos de estructura, proceso y resultado, sirvió como punto de partida y apoyo para delinear indicadores que permitiesen aprehender los cambios positivos que la profesionalización del personal de enfermería puede imprimir en la calidad de los servicios de salud en determinadas condiciones laborales.

Los indicadores son medidas a través de las cuales es posible detectar problemas en la calidad. En este sentido, son también herramientas de gestión, pues producen informaciones acerca de resultados o eventos que permiten monitorear y señalar, con cierto grado de especificidad y sensibilidad, de qué modo la calidad de la atención brindada puede llegar a ser más segura para el usuario (*30, 10, 31*). A partir de los indicadores es posible examinar aspectos cualitativos y cuantitativos de la estructura (características más estables de los servicios, tales como la estructura física, la disponibilidad de recursos humanos y su respectiva capacitación, los recursos financieros, los equipamientos e, incluso, la organización misma del servicio); de los procesos (actividades efectuadas entre los profesionales de salud y los usuarios), y los resultados (demostración al usuario del servicio de los efectos de las relaciones entre estructura y procesos) (*10, 31*).

Para la evaluación del impacto del PROFAE en la calidad de los servicios de salud, se seleccionaron y construyeron indicadores relativos al desempeño del personal de enfermería de nivel medio en la ejecución de determinadas acciones e intervenciones técnicas de su área de atención. Se procuró, por lo tanto, definir indicadores cuyas características tradujeran las especificidades del trabajo de estos agentes y, al mismo tiempo, pudieran ser captados en la práctica cotidiana de enfermería.

Sobre la base de la bibliografía disponible, se seleccionaron tres indicadores sensibles y específicos para evaluar la calidad de la atención de enfermería en los servicios de salud: incidencia de úlcera de presión, tasa promedio de errores en la administración de medicamentos e índice de calidad del desempeño de técnicas de enfermería. Estos indicadores se refieren al primer objetivo de la evaluación y se presentan con más detalle a continuación.

Incidencia de úlcera de presión

El cuidado de la piel de los pacientes es uno de los aspectos relevantes de la atención de enfermería. Las lesiones denominadas úlceras de presión (UP) son eventos críticos bastante frecuentes en la práctica profesional y han sido tomadas como marcador clínico para medir la calidad de la atención (*32, 33, 34, 35*). La UP puede definirse como "un área localizada de necrosis celular que tiende a desarrollarse cuando los tejidos blandos son comprimidos entre una prominencia ósea y una superficie firme por un período prolongado de tiempo" (*36*). Las condiciones del paciente y el ambiente, así como las acciones asistenciales inciden en la aparición de la UP.

Se estudió la frecuencia de nuevos casos de UP en pacientes internados con riesgo de presentar este evento (movilidad física restringida, estado nutricional alterado, nivel de conciencia alterado e incontinencia fecal y/o urinaria), como también la asociación entre la incidencia de la UP (variable dependiente) y la atención de enfermería (variable independiente). Se consideraron los siguientes cuidados: cambios de decúbito, cuidados con la higiene o muda del paciente siempre que evacua u orina, cuidados con la alimentación, hidratación oral e hidratación de la piel.

Tasa de errores en la administración de medicamentos

La administración de medicamentos constituye una de las actividades centrales del trabajo de enfermería, en particular, de los auxiliares y técnicos en cualquier campo de su actuación (hospital y consulta ambulatoria). La incidencia de errores en los momentos de preparación y aplicación de medicamentos (variable dependiente) es un indicador de evaluación relevante en la atención de enfermería (variable dependiente) (*37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44*).

Se define como error cualquier evento previsible que puede llevar a un uso inapropiado del medicamento o causar daños al paciente, mientras el medicamento está bajo el control del personal de enfermería durante la ejecución de la actividad, ya sea en el momento de su preparación o en el de la aplicación. La unidad de análisis fueron las dosis preparadas y aplicadas, ya que en cada dosis solo se pueden verificar dos situaciones mutuamente exclusivas, esto es, la dosis preparada y/o aplicada de forma correcta o incorrecta. Una dosis incorrecta significa que hubo por lo menos un tipo de error. Sin embargo, en determinadas situaciones es posible que se produz-

can varios tipos de errores en una única dosis. En lo que concierne a los tipos de errores, fueron categorizados según dos modalidades: errores referidos tradicionalmente en la bibliografía, aquí denominados *errores típicos* de medicación, que incluyen "cambio de paciente", "cambio de medicamento", "omisión de dosis", "vía de aplicación incorrecta", "irregularidad en la velocidad de las infusiones"; y errores relacionados con los pasos previstos en la técnica, denominados errores de técnica, como el "no lavarse las manos", "contaminar la aguja", "no cambiar la aguja", "no aspirar líquido cuando se inyecta", "no realizar desinfección del frasco o ampolla".

Para este indicador se analizaron: la tasa promedio de errores en el momento de preparar y aplicar los medicamentos; el número promedio de errores en cada dosis equivocada, y la distribución de los errores según las categorías definidas antes. Para la evaluación del impacto del PROFAE, es importante el análisis estadístico de la asociación entre la calidad del desempeño en la administración de medicamentos y la categoría profesional del ejecutante, que expresa el grado de calificación técnica del trabajador

Índice de calidad del desempeño de técnicas de enfermería

La opción por el estudio de este indicador se justifica debido a la importancia que adquieren las técnicas específicas en la configuración histórica del trabajo de enfermería y, particularmente, del auxiliar de enfermería (*45, 17, 46*). Se buscó evaluar la calidad del desempeño de las técnicas de enfermería (inhalación, punción venosa en la aplicación de medicamentos por vía intramuscular) en relación con la categoría profesional del personal. Se observaron y analizaron las diferencias de desempeño entre las categorías profesionales por servicio de salud (puntaje promedio por categoría profesional y servicio) y las diferencias de desempeño entre los servicios de salud (puntaje promedio global por servicio). También se analizó la actuación en cada uno de los pasos de la técnica estudiada y por núcleos de cada técnica, esto es: núcleo duro (pasos sin los cuales la técnica no se realiza), comunicacional, de gestión y técnico (este núcleo incluye los pasos relacionados con la antisepsia y la bioseguridad).

Dado que los indicadores elegidos operan de manera distinta según el entorno laboral, se caracterizaron algunas variables consideradas pertinentes en este contexto: cuadro del personal de enfermería, y supervisión y educación continua de ese personal. Las dos últimas variables expresan la organización del trabajo. El análisis de los resultados obtenidos en la aplicación de los indicadores se articuló con el de las variables relativas al entorno laboral.

Técnicas e instrumentos de recopilación de datos

Para cada uno de los indicadores se definieron técnicas y se elaboraron instrumentos específicos para la recopilación de los datos (véanse los ejemplos en los anexos).

En el estudio de *incidencia de UP* se delimitó una cohorte constituida por pacientes sin úlcera internados en unidades médicas y quirúrgicas, pero que presentaban por lo menos uno de los factores de riesgo para la aparición de la lesión. Se hizo el seguimiento de este grupo desde el momento de la admisión hasta la aparición de la úlcera o pasados los 30 días de la fecha de inclusión en el estudio. Un investigador entrenado recopiló los datos por medio de la observación directa y, luego, se registraron las informaciones en formularios.

Se obtuvieron los siguientes datos: identificación del paciente (nombre y edad); diagnóstico principal; fecha de la internación; tipo de factor de riesgo; fecha de aparición de la úlcera; fecha del alta; fecha de óbito; fecha de transferencia de la unidad; evaluación diaria de los pacientes respecto de determinadas categorías de la atención de enfermería, relacionadas tanto con la protección como con la aparición de la UP (cambio de decúbito, hidratación, administración de dieta, uso de colchón de aire, o de agua o caja de huevo —antiescaras—); muda del paciente cuando evacua u orina. La recopilación de datos finalizó en el momento de la aparición de la úlcera, o del alta, óbito o transferencia del paciente a otro servicio o unidad, o bien en la fecha de término del estudio.

Para el examen de la *tasa de errores en la administración de medicamentos,* los instrumentos incluyeron el registro del número de dosis prescritas, preparadas y aplicadas según la vía, así como la identificación, para cada dosis, del tipo o tipos de errores cometidos. Para el levantamiento de las informaciones se adoptó la técnica de la observación directa del trabajador en el momento en que realizaba la actividad.

En cuanto al procedimiento de recopilación de datos, para cada trabajador y categoría se registraron como mínimo tres observaciones en la actividad estudiada, siempre y cuando en este conjunto de observaciones se preparasen o aplicasen una cantidad mínima de 10 dosis. En situaciones en donde las tres observaciones no alcanzaron el número de dosis establecidas, se amplió el número de observaciones.

También se orientó a los investigadores de campo para que realizaran intervenciones junto al profesional observado cuando detectaran un error inminente, con el fin de impedirle daños al paciente. No obstante, el error debería registrarse aunque efectivamente no hubiese ocurrido.

En la evaluación de la *calidad del desempeño de las técnicas de enfermería*, también se utilizó la observación directa para la recopilación de los datos, a cargo de un investigador de campo entrenado para esta actividad. Se empleó la lista de verificación, que consiste en la descripción pormenorizada, paso a paso, de las técnicas seleccionadas, considerando el patrón de excelencia para su ejecución. Se construyó una lista específica para cada técnica (inhalación, punción venosa en la aplicación de medicamentos y medicación vía intramuscular). Con relación al procedimiento de recopilación de datos, para cada individuo de la muestra (definida por categoría profesional y unidad de trabajo del respectivo servicio de salud), en cada técnica estudiada se registraron como mínimo tres observaciones, con el objeto de garantizar la variabilidad de los individuos muestreados.

En cuanto a las variables del contexto laboral de los agentes de enfermería, en todos los servicios de salud encuestados, como ya se mencionó, se consideró el cuadro de personal de enfermería, y la supervisión y la educación continua de este personal. Las informaciones relativas a la supervisión y educación continua se recopilaron mediante una entrevista semiestructurada con los gerentes centrales del servicio y del área de enfermería de cada institución.

En el análisis del material empírico se utilizó la técnica de la impregnación, con lectura vertical y horizontal de los relatos, a la luz del referencial teórico. Para cada una de las dos variables relativas a la organización del trabajo, se emplearon indicadores específicos. En el análisis de la supervisión se aplicaron los siguientes indicadores: frecuencia, instrumentos y registro de

la supervisión, y número de enfermeros supervisores. Para el análisis de la educación continua, los indicadores fueron: existencia de un sector y equipo de educación continua, número de trabajadores de enfermería que participan en las actividades por mes, instrumentos y registro de la educación continua.

El análisis del cuadro de personal se realizó con el método propuesto por Gaidzinski (*47*), que contempla las siguientes variables: número promedio diario de pacientes clasificados según la complejidad asistencial; tiempo de la atención de acuerdo con el perfil del paciente; porcentaje adicional para la cobertura de ausencias previstas y no previstas; jornada efectiva de trabajo. A partir del levantamiento de las variables descritas, se aplicó la ecuación que propone este autor para el cálculo del personal de enfermería de las unidades de internación, y se usaron planillas electrónicas para facilitar el manejo de las variables.

Población y muestreo

La población de este estudio está formada por el conjunto de los servicios de salud en todos los Estados donde haya trabajadores de enfermería sin capacitación técnica formal y regular, que estén participando del curso de profesionalización del PROFAE (en número igual o superior a 10). En cada servicio muestreado existe una población de trabajadores de enfermería, a partir de la cual se crea una muestra de trabajadores para el estudio de los indicadores (tasa promedio de errores en la administración de medicamentos e índice de calidad del desempeño de técnicas de enfermería). También está presente una población de pacientes internados, y a partir de ella se define la muestra para el estudio de la incidencia de úlcera de presión.

La muestra de servicios de salud estudiados en cada Estado se define en función de las siguientes características: naturaleza jurídica (pública, privada) y tipo de servicio (internación, no-internación); para los servicios de internación se considera el número de camas y la distribución por región del Estado.

En cada servicio investigado se define una muestra del personal de enfermería según la categoría profesional (trabajador de enfermería sin calificación técnica formal que cursa en el PROFAE, trabajador de enfermería sin calificación técnica formal que no cursa en el PROFAE, auxiliar de enfermería y técnico de enfermería), la unidad de trabajo y la técnica estudiada. Se determina también una muestra de pacientes para el estudio de la incidencia de úlcera de presión.

Operatividad de la evaluación del impacto del PROFAE

La encuesta de campo consiste en la recopilación de datos en los servicios que componen la muestra del estudio. Con anterioridad se lleva a cabo una encuesta exploratoria, en la que se realizan un conjunto de actividades con el objeto de recoger información y fundamentar el trabajo de levantamiento de datos: definición de la muestra de servicios de salud, visita a todos los servicios seleccionados a fin de obtener la autorización para la realización de la encuesta de evaluación y definición de la operatividad de la recopilación de datos, además de la selección y el entrenamiento de los encuestadores de campo.

Se formó un equipo de investigación para la tarea de recopilación de los datos en cada servicio estudiado, compuesto por enfermeros con experiencia profesional, aquí denominados encuestadores de campo, y un supervisor de campo. Cada equipo recibió entrenamiento teórico-práctico con material audiovisual con el objeto de uniformizar la aplicación de los instrumentos.

Con el objeto de controlar la calidad del material empírico, se efectuó un monitoreo de la recopilación de datos mediante la revisión de los formularios completos. En un primer momento, la revisión estuvo a cargo del supervisor local y, posteriormente, de un miembro del equipo central de la investigación; se contemplaron aspectos relativos al llenado de todos los espacios de los formularios y a la coherencia de las informaciones. Los formularios incompletos o con información incoherente son devueltos a los respectivos equipos de encuestadores de campo para que se completen o corrijan, o bien para que se haga una nueva aplicación del instrumento.

4. Principales dificultades halladas en el curso de la evaluación

En el transcurso de la investigación surgieron varias dificultades, tanto en la fase exploratoria como en la recopilación de los datos, en particular, en lo que atañe al monitoreo y control de calidad de las informaciones recogidas.

Una de las dificultades iniciales más marcadas tuvo que ver con la definición del universo de estudio, que se compone, para cada Estado del país, del conjunto de servicios de salud que cuentan con trabajadores de enfermería sin calificación técnica formal y regular y que son alumnos del PROFAE, ya que esta información no está disponible en ningún sistema de datos existente. Dada su relevancia, pues de ella depende la definición de la muestra de estudio, fue necesario construir un instrumento específico y definir una logística para recopilar esta información.

Se elaboró así, junto a la Gerencia General del proyecto, un cuestionario ampliado, denominado “cuestionario complementario de datos catastrales PROFAE”, para que los alumnos lo completaran en el momento de matricularse o al iniciar las clases. Este instrumento permitió conocer el perfil de los usuarios del PROFAE según las siguientes variables: sexo, edad, escolaridad, situación en el mercado laboral, número de empleos, lugar de trabajo, naturaleza jurídica y tipo de servicio de salud en el que actúa, función ejercida, tiempo de trabajo en la función y en el servicio, ejecución de actividades de enfermería. Esta dificultad causó un atraso considerable en la marcha de la evaluación, ya que primero fue necesario aplicar el cuestionario y recopilar la información sobre el lugar de trabajo de los respectivos alumnos del PROFAE, para luego definir la muestra de servicios de salud que se estudiaría en cada Estado.

Uno de los resultados obtenidos a partir del análisis de los datos del cuestionario mencionado fue la demostración empírica de la descentralización y la capilaridad del PROFAE, ya que el proyecto ha logrado estar disponible para los trabajadores interesados y a los que se destina la profesionalización en las localidades más alejadas y carentes. Como fue señalado, el PROFAE abarcaba hasta fines del año 2000 a más de 3 000 municipios en todo el país. Por otro lado, sin embargo, esa dispersión implica una dificultad para la evaluación del impacto, debido a que, en cada servicio de salud, son pocos los trabajadores sin calificación técnica formal que cursan en el PROFAE y ello, a su vez, compromete la definición de la muestra de trabajadores de enfermería en los establecimientos estudiados.

Además de la descentralización, otra dificultad en la definición de la muestra deriva del modelo de división y organización del trabajo, que se caracteriza por una acentuada especialización por tareas, esto es, se trata de una organización de tipo funcional y no basada en la atención integral de enfermería. Por lo tanto, en los servicios encuestados existe un número escaso de trabajadores que realizan el tipo de actividad o técnica evaluada.

Así se configura otra dificultad relevante para la evaluación, que es el tamaño reducido de la muestra de trabajadores de enfermería en cada servicio encuestado. El objeto de la evaluación tal como fue establecido —la relación entre el grado de capacitación técnica y el desempeño profesional del personal de enfermería de nivel medio— requiere, para cada uno de los indicadores, el estudio de la asociación entre las variables de la categoría profesional y la calidad del desempeño. Esta asociación puede estudiarse mediante la aplicación de tests estadísticos paramétricos que demandan muestras superiores a las encontradas. Sin embargo, dado el tamaño reducido de la muestra de trabajadores, se optó por el análisis estadístico no-paramétrico que, si bien no permite hacer tests de asociación, posibilita detectar diferencias entre las categorías analizadas y también comprobar hipótesis. Todo ello también retrasó la evaluación, pues se necesitaron estudios y consultas complementarios, además de un sinnúmero de discusiones con especialistas, hasta lograr la definición segura y definitiva para aplicar la modalidad de estadística no-paramétrica.

La plasticidad y la dinámica de los servicios de salud también plantearon obstáculos para la evaluación, pues se observaron diferencias en el plantel del personal de enfermería cuando se compararon las informaciones obtenidas en la aplicación del cuestionario de la fase exploratoria con la situación efectivamente encontrada al iniciar la recopilación de los datos. Esto es, entre las dos etapas hubo transferencias de personal, dimisiones, licencias de salud prolongadas e, incluso, situaciones en que el informante respondió el cuestionario como si integrara la institución cuando en verdad no figuraba en el plantel de recursos humanos. Esa discrepancia en los datos llevó a cancelar la evaluación en algunos servicios seleccionados en la muestra, pues se comprobó que no se ajustaban al criterio de selección, que establecía un corte de un mínimo de diez trabajadores sin calificación técnica formal en cada establecimiento estudiado.

Una vez más, los problemas relativos a la calidad de la información fueron un obstáculo relevante, que es necesario superar para evaluar el impacto del PROFAE. Pero esa dificultad no atañe solamente a la confiabilidad de los datos, sino que muestra también la intensa dinámica de los servicios de salud, sobre todo en cuanto al plantel del personal, que puede cambiar todos los días. El equipo responsable por la ejecución de la evaluación debe buscar alternativas de adaptación a esos cambios para poder realizar efectivamente el trabajo propuesto.

Al considerar la recopilación de los datos de los servicios, se deben destacar aún dos aspectos que también presentaron dificultades: el entrenamiento de los encuestadores de campo y los procedimientos de control de calidad de las informaciones recogidas, ya que incluso pequeñas lagunas en esas dos actividades pueden comprometer seriamente los resultados. La necesidad de uniformizar a los encuestadores de campo implica uniformizar la "mirada" del observador externo, esto es, construir consensos entre ellos hasta lograr un alto nivel de concordancia en la fase de entrenamiento a fin de minimizar el sesgo de información.

Se debe tener en cuenta que si bien la técnica de observación directa evita la mayor parte de los sesgos previstos en la recopilación de datos, puede crear otro tipo de desviaciones, como el

sesgo de la diferencia entre los observadores y la posibilidad de subestimar errores que dependan de su grado de conocimiento de lo observado, o de sus creencias de naturaleza técnica, científica, etcétera. Se tomaron por tanto algunas medidas de control: la construcción de instrumentos específicos para cada uno de los indicadores estudiados, acompañados de una orientación para completar cada espacio del formulario; la realización de tests previos para cada instrumento y de una encuesta piloto; el entrenamiento para uniformizar a los encuestadores de campo, y el monitoreo de la recopilación de datos.

Finalmente, en lo que se refiere a la fase de análisis del material empírico, se destaca la dificultad derivada de la ausencia de parámetros nacionales para los indicadores de calidad de la atención de enfermería: incidencia de UP, tasa promedio de errores en la administración de medicamentos y desempeño de técnicas de enfermería. Por tanto, los valores encontrados en la evaluación del impacto deberán analizarse teniendo como referencia los parámetros internacionales que, por cierto, reflejan otros contextos distintos a los del Brasil. Con todo, los resultados de esta encuesta podrán contribuir en la elaboración de patrones de calidad pertinentes al escenario brasileño de atención de enfermería.

5. Lecciones aprendidas con la evaluación del impacto del PROFAE

Ante todo, cabe señalar que es mucho lo que se aprende en el transcurso de un trabajo de esta naturaleza y que, por más difícil que parezca a primera vista, dada la complejidad del objeto de evaluación y la inexistencia de investigaciones similares, fue posible trazar un diseño sólido de evaluación del impacto y ejecutarlo de forma cabal. Ya se cuenta, en efecto, con resultados de la primera fase de la evaluación —antes de la profesionalización— y hoy se encuentran en proceso de análisis los datos recopilados en la segunda fase —luego de la profesionalización—, un año después de la primera etapa.

La evaluación del impacto requiere la selección de indicadores de calidad pertinentes al objeto, y que presenten cierto grado de especificidad y sensibilidad. Por especificidad se entiende la expresión de las características más relevantes del objeto, y por sensibilidad, la posibilidad de detectar elementos cuantitativos y cualitativos que ayuden a conocer y, por lo tanto, a intervenir en el objeto con vistas a mejorar su calidad. Para que los indicadores tengan esas características, también es necesario que estén citados en la bibliografía científica, lo que permite el diálogo con los resultados obtenidos en otras evaluaciones.

Entre las lecciones aprendidas, cabe destacar el proceso llevado a cabo en la selección de los indicadores, y en la construcción de instrumentos y una logística que permitieran captar el trabajo cotidiano en su “intimidad”, es decir, por dentro de los procedimientos técnicos que caracterizan el desempeño del personal de enfermería de nivel medio. Tal como se mencionó en el marco teórico general, la evaluación del impacto estudia y busca profundizar el conocimiento sobre la relación entre el trabajador y la actividad laboral. Ese diseño de evaluación ha permitido obtener resultados a lo largo de la investigación que retroalimentan la gerencia del PROFAE, tanto en la conducción y coordinación de sus componentes, como en el mejoramiento del proyecto pedagógico de educación profesional.

También se aprendió de las dificultades referidas, pues en la búsqueda de soluciones fue posible encontrar alternativas para encaminar y, por tanto, dar continuidad a la evaluación en curso. Como se puede observar, las dificultades señaladas se refieren, en síntesis, a tres aspectos: obstáculos derivados de los sistemas de información existentes en los órganos gubernamentales, en las universidades o en las entidades representativas del sector de enfermería y en el campo de la salud; peculiaridades de las encuestas en servicios, que requieren cierta flexibilidad en el diseño de la evaluación, ya que, tanto en la fase exploratoria como en la recopilación de datos, el campo de estudio presenta variaciones continuas a las que la encuesta debe adaptarse; y características del objeto mismo de la evaluación que pueden dificultar su estudio. En este sentido, se recuerda que la dispersión de los trabajadores de enfermería sin calificación técnica formal y regular en los servicios de salud del país dificultó la definición de la muestra de personal y el tratamiento estadístico de los datos.

Finalmente, se destaca la pertinencia de la inversión de las políticas públicas en encuestas de este tipo, considerando el volumen de recursos financieros necesarios, el tiempo de desarrollo de los trabajos, la expertise de los encuestadores y evaluadores, y el enfoque interdisciplinario que requiere la composición de un equipo de evaluación con profesionales de diferentes áreas. En el presente caso fue fundamental la articulación de conocimientos provenientes del campo de la enfermería y de las áreas de estadística y epidemiología, como también los recursos de la informática. Así, el proceso de evaluación presentado reúne, simultáneamente, las características de una investigación académica y de una intervención inherente a las políticas públicas.

Referencias bibliográficas

1. Brasil, Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Dossiê: *mercado de* trabalho em enfermagem no Brasil: PROFAE – Programa de formação de trabalhadores na área de enfermagem. Brasília: Ministério da Saúde; 1999.

2. Sório RER. Inovações no campo da gestão de projetos sociais: uma reflexão à luz da experiência do PROFAE. En: Lima de Castro J (ed.). PROFAE: educação profissional em saúde e cidadania. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.

3. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. www.Ibge.gov.br (consultado el 4 de julio de 2003).

4. Diallo K, Zum P, Gupta N, Dal Poz M. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. Geneva: World Health Organization, Department of Health Services Provision; 2003.

5. Schraiber LB, Nemes MIB. Processo de trabalho e avaliação de serviços de saúde. *Cadernos Fundap* 1996;19:106-130.

6. Brasil, Ministério da Saúde, Coordenação-Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. A investigação sobre recursos humanos em saúde: relatório de seminário. Brasília: Ministério da Saúde; 1993.

7. Peduzzi M, Schraiber lB. Workshop: mapeamento de projetos de pesquisa e de intervenção sobre recursos humanos em saúde no âmbito nacional. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação* 2000;7:49-152.

8. Nogueira RP. Trabalho em saúde hoje: novas formas de organização. En: Negri B, Faria R, Viana ALD (eds.). *Recursos humanos em saúde: política, envolvimento e mercado de trabalho*. Campinas (SP): Unicamp IE; 2002.

9. Organização Pan-Americana da Saúde/Organização Mundial da Saúde. A avaliação de processos e projetos de capacitação nos serviços de saúde: relatório preliminar. Salvador: OPAS/Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia; 2002.

10. Malik AM, Schiesari LMC. Qualidade na gestão local de serviços e ações de saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 1998 (Série Saúde & Cidadania, vol. 3).

11. Brasil, Ministério da Saúde, Assessoria de Comunicação Social. Lei Orgânica da Saúde. 2a ed. Brasília: Ministério da Saúde; 1991.

12. Cianciarullo TI. A avaliação do sistema de assistência de enfermagem como base do desenvolvimento do conhecimento na enfermagem. En: Cianciarullo TI, Gualda DMR, Melleiro MM, AnabukI MH. *Sistema de assistência de enfermagem: evolução e tendências.* São Paulo: Icone; 2001.

13. Silva SC. Ocorrências iatrogênicas em unidade de terapia intensiva: impacto na gravidade do paciente e na carga de trabalho de enfermagem [tesis de Maestría]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2003.

14. Gonçalves RBM. *Medicina e historia: raíces sociales del trabajo médico.* México: Siglo XXI; 1984.

15. Gonçalves RBM. Práticas de saúde: processos de trabalho e necessidades. São Paulo: Centro de Formação dos Trabalhadores em Saúde da Secretaria Municipal da Saúde; 1992 (Cadernos CEFOR 1, Série textos).

16. Gonçalves RBM. *Tecnologia e organização social das práticas de saúde.* São Paulo: Hucitec; 1994.

17. Almeida MCP, Rocha JSY. *O saber da enfermagem e sua dimensão prática.* São Paulo: Cortez; 1986.

18. Almeida MCP, Rocha SMM (eds.). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo: Cortez; 1997.

19. Chianca TCM, Antunes MJM (eds.). Classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva – CIPESC. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 1999 (Série Didática: Enfermagem no SUS).

20. Garcia TR, Nóbrega MML. Sistemas de classificação da prática de enfermagem: um trabalho coletivo. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem; 2000 (Série Didática: Enfermagem no SUS).

21. Almeida MCP, Mishima SM, Peduzzi M. A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem. En: Congresso brasileiro de enfermagem 51, Florianópolis; 1999. Anais, Florianópolis: Associação Brasileira de Enfermagem; 2000: 259-277.

22. Schraiber LB. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas [tesis de Libre Docencia]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 1997.

23. Merhy EE, Onocko R (eds.). Agir em saúde: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec; 1997.

24. Peduzzi M. Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre trabalho e interação [tesis de Doctorado]. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas; 1998.

25. Ayres JRCM. Do processo de trabalho em saúde à dialógica do cuidado: repensando conceitos e práticas em saúde coletiva [tesis de Libre Docencia]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2002.

26. Dussault G. Gestão dos recursos humanos e qualidade dos serviços de saúde. E*ducación Médica y Salud* 1994;28(4):478-489.

27. Dussault G. Human resources management in health care services. Trabajo presentado en: Intercountry Consulting on Human Resource Development in the Health Field. Cairo: 15-18 de febrero de 1999 (documento mimeografiado).

28. Dussault G, Souza LE. Gestão de recursos humanos em saúde. En: Workshop: Mapeamento de projetos de pesquisa e intervenção sobre recursos humanos em saúde, no âmbito nacional. São Paulo: Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP y Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Medicina da USP; 2000.

29. Donabedian A. *The definition of quality and approaches to its assesment.* Michigan: Health Administration Press; 1980.

30. Angaran DM. Selecting, developing, and evaluating indicators. *American Journal of Hospital Pharmacy* 1991;48(9):1931-1937.

31. Bittar OJNV. Indicadores de qualidade e quantidade em saúde. *Revista de Administração em Saúde* 2001;3(12):21-28.

32. Dealey C. Monitoring the pressure sore problem in a teaching hospital. *Journal of Advanced Nursing* 1994;20:652-659.

33. Fernandes LM. Úlcera de pressão em pacientes críticos hospitalizados. Uma revisão integrativa da literatura [tesis de Maestría]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2000.

34. Jennings BM, Loan LA, De Paul D, Brosch LR, Hildreth P. Lessons learned while collecting ANA indicator data. *The Journal of Nursing Administration* 2001;31(3):121-129.

35. Meraviglia M, Becker H, Grobe SJ, King M. Maintenance of skin integrity as a clinical indicator of nursing care. *Advanced Skin Wound Care* 2002;15(1):24-29.

36. Langemo DK, Hunter S, Hanson D, Burd C, Cathcart-Silberberg T. Incidence and prediction of pressure ulcers in five patient care settings. *Decúbitus* 1991;4(3):25-36.

37. Padilha KG. Des-cuidar: as representações sociais dos enfermeiros de UTI sobre as ocorrências iatrogênicas de enfermagem [tesis de Doctorado]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1994.

38. Stanley S; Foer S. Preserving patient safety and quality nursing care. *Nursing Policy Forum* 1996;2(3).

39. Fletcher CE. Failure mode and effects analysis: an interdisciplinary way to analyze and reduce medication errors. *The Journal of Nursing Administration* 1997;27(12).

40. Bueno E, Cassiani SHB, Miquelin JL. Erros na administração de medicamentos: fatores de risco e medidas empregadas. *Revista Baiana de Enfermagem* 1998;11(1):101-119.

41. Reed L, Blegen MA, Goode CS. Adverse patient occurrences as a measure of nursing care quality. *The Journal of Nursing Administration* 1998;28(5):62-69.

42. O´Shea E. Factors contributing to medications errors: a literature review. *The Journal of Clinical Nursing* 1999;8(5):496-504.

43. Selbst SM, Fein JÁ, Osterhoud TK, Ho W. Medication errors in a pediatric emergency department. *Pediatric Emergency Care* 1999;15(1):1-4.

44. Barker KN, Flynn EA, Pepper GA, Bates DW, Mikeal RL. Medication errors observed in 36 health care facilities. *Archives Internal Medicine* 2002;162(16):1897-1903.

45. Almeida MCP, Gomes DLS, Silva E. Avaliação de técnicas de injeção intramuscular através de chek-list. *Rev. Bras. Enf.* 1980;33:428-442.

46. Torres MM. Punção venosa periférica: avaliação do desempenho dos profissionais de enfermagem de um hospital geral do interior paulista [tesis de Maestría]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2003.

47. Gaidzinski RR. Dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares [tesis de Libre Docencia]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 1998.

ANEXOS. MODELOS DE INSTRUMENTOS APLICADOS EN LA EVALUACIÓN

INSTRUMENTO 6

PACIENTES CON RIESGO DE ÚLCERA DE PRESIÓN

Nombre de la institución:

FECHA DE ADMISIÓN	UNIDAD	NOMBRE DEL PACIENTE	NÚMERO DE REGISTRO EN LA INSTITUCIÓN	CRITERIO DE INCLUSIÓN					
				11	22	33	4		
							Peso	Altura	IIMC

1 = Movilidad física restringida (M); 2 = Nivel de conciencia alterado (N); 3 = Incontinencia fecal y/o urinaria (I); 4 = Estado nutricional alterado (E); IMC = peso/altura^2

ENCUESTADOR DE CAMPO:..... FECHA DE RECOPILACIÓN: .....

INSTRUMENTO 6

PACIENTES CON RIESGO DE ÚLCERA DE PRESIÓN

Consideraciones generales:

a) Realizar la entrevista y el examen físico a todos los pacientes adultos admitidos en las unidades de terapia intensiva, clínica médica y clínica quirúrgica, en el transcurso de 30 días seguidos, con el fin de armar la muestra de los pacientes que serán acompañados.

b) Durante los 30 días de la composición de la muestra, el levantamiento de los pacientes admitidos deberá comprender las internaciones ocurridas en el período a partir de las 0:00 horas hasta las 24 horas del día anterior.

c) Los pacientes que cumplan con los criterios establecidos, constituirán la muestra de "paciente con riesgo de úlcera de presión" en cada unidad estudiada.

d) Obtener el consentimiento libre e informado de cada paciente entrevistado, conforme al modelo del anexo, aclarándole al entrevistado los aspectos relativos al contrato de sigilo.

Procedimiento para completar los espacios:

Espacio – **Nombre de la institución:** escribir el nombre completo del establecimiento, es decir, por el cual el establecimiento es conocido o su nombre de fantasía.

Espacio – **Fecha de admisión:** indicar la fecha precisa de admisión del paciente en la institución. No considerar el período que el paciente haya permanecido en alguna unidad en observación, si ese tiempo es menor a las 24 horas.

Espacio - **Unidad:** escribir el nombre completo de la unidad en donde el paciente fue internado. Por ejemplo, Clínica Médica, Unidad de Clínica Quirúrgica, Unidad de Ortopedia, etcétera.

Espacio – **Nombre del paciente:** registrar el nombre completo del paciente (sin abreviaturas).

Espacio – **Número de registro en la institución:** indicar el número de registro del paciente en la institución.

Espacio – **Criterios de inclusión:** solamente serán registrados los pacientes que en el momento de internarse presenten uno o más criterios de riesgo para desarrollar úlcera de presión. Los pacientes que en el momento de la internación ya presenten úlcera de presión serán excluidos del estudio.

- Señalar la(s) columna(s) correspondiente(s) a los criterios que incluyan al paciente evaluado en la categoría de riesgo de desarrollar úlcera de presión. Cada paciente podrá presentar uno o más criterios de inclusión. La evaluación deberá realizarse siguiendo los siguientes parámetros:

Criterio de inclusión 1 - Paciente con movilidad/actividad física restringida. Paciente con actividad física comprometida. No se traslada, permanece continuamente en la cama o tiene serias dificultades para caminar. No tolera el propio peso, necesita ayuda para sentarse. No hace ningún movimiento del cuerpo o de las extremidades, por menor que sea, sin ayuda. Hace pequeños cambios ocasionales en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero es incapaz de hacer cambios frecuentes sin ayuda.

Criterio de inclusión 2 - Nivel de conciencia alterado. Paciente con dificultad para comunicarse; alteración de la percepción del tiempo y del espacio; disminución o ausencia de la habilidad de responder significativamente a la presión relacionada con la incomodidad (no gime, no se esquiva), debido a la disminución del nivel de conciencia o la sedación, o incluso por límites en la capacidad de sentir dolor en gran parte de la superficie corporal. Responde a los comandos verbales, pero no siempre consigue comunicar la incomodidad o la necesidad de ser cambiado de posición.

Criterio de inclusión 3 - Incontinencia fecal y/o urinaria. Paciente con dificultad en el control de esfínteres. La piel permanece húmeda/mojada casi constantemente por orina o heces. La humedad se percibe cada vez que el paciente es movido o cambiado de posición.

Criterio de inclusión 4 - Estado nutricional alterado. Paciente con cambio involuntario de peso y/o incapacidad de comer por la boca; y/o que nunca come toda la comida. Toma poco líquido. Está en ayuno o es mantenido con una dieta con líquidos claros o hidratación EV por más de cinco días.

- Registrar peso y altura del paciente (en caso de que no sea posible controlar estos parámetros, obtener los datos del paciente o familiares).
- Calcular el índice de masa corporal (IMC) = peso /altura2. Los valores de IMC son:

  IMC de 20 a 25 kg/m^2: peso normal

  IMC = menor de 20 kg/m^2: peso por debajo de lo normal

  IMC = de 25 a 30 kg/m^2: exceso de peso

  IMC = mayor de 30 kg/m^2: obesidad

- La cantidad de peso perdido y la velocidad en que se la perdió son datos importantes en la evaluación del estado nutricional. Una pérdida involuntaria de 10% del peso o más (o de 6% en el paciente obeso) en un período de seis meses puede ser indicio de desnutrición.
- Los pacientes que presenten un IMC menor de 20 kg/m^2 o mayor de 25 kg/m^2 serán considerados con riesgo de presentar una úlcera de presión y deberán ser incluidos en la muestra del estudio.

INSTRUMENTO 6a

LEVANTAMIENTO DE PACIENTES CON ÚLCERA DE PRESIÓN

Nombre de la institución: .....

Dirección: .....

Período: .....

NOMBRE DEL PACIENTE	No. de registro en la institución	Edad	DIAGNÓSTICO							Fecha de interna-ción	Fecha de transfe-rencia	Fecha de aparición de la úlcera	Fecha del alta
			Enfermedad principal	Nutricional			Movilidad						
				Peso	Altura	IIMC	S	N	No. de días				

*IMC = índice de masa corporal (peso/altura^2).

ENCUESTADOR DE CAMPO:..... FECHA DE RECOPILACIÓN: .....

MS – PROFAE

INSTRUMENTO 6a

LEVANTAMIENTO DE PACIENTES CON ÚLCERA DE PRESIÓN

Consideraciones generales:

a) Visitar diariamente, durante 30 días, a los "pacientes con riesgo de úlcera de presión" incluidos en la muestra de cada unidad seleccionada para el estudio. Para todos estos pacientes se deberán completar todas las informaciones del instrumento. Durante este período de observación, independientemente de que el paciente presente úlcera de presión, se deberá informar la fecha del alta, óbito o transferencia.

b) Realizar diariamente un examen físico para evaluar la integridad cutánea y detectar los signos de úlcera de presión.

c) Detectada la aparición de úlcera de presión en el paciente (en cualquiera de las etapas, conforme la descripción presentada en el espacio específico), este será acompañado diariamente solo para verificar si sigue internado o si se le dio el alta (óbito/transferencia/residencia).

Procedimiento para completar los espacios:

Espacio – **Nombre de la institución:** escribir el nombre completo del establecimiento, es decir, por el cual el establecimiento es conocido o su nombre de fantasía.

Espacio – **Dirección:** indicar la ubicación exacta de la institución (calle, avenida, carretera, etc.), el número del edificio y el del lugar (sala, piso, bloque, etc.) en donde se ubica el establecimiento. Indicar también el nombre del barrio, el código postal (CP), el nombre del municipio, la unidad de la federación (estado), el teléfono/fax acompañado con los códigos o característica de la ciudad, región o departamento.

Espacio - **Período:** indicar la fecha en la que se inició (con dos dígitos de referencia en cuanto al día, mes y año) y finalizó la observación del conjunto de pacientes con riesgo de úlcera de presión incluidos en el estudio.

Espacio – **Nombre del paciente:** registrar el nombre completo del paciente (sin abreviaturas).

Espacio - **Número del RG en la institución:** indicar el número de registro del paciente en la institución.

Espacio – **Edad:** indicar la edad del paciente en el período de la recopilación de los datos.

Espacio – **Diagnóstico:** enfermedad principal (describir el diagnóstico médico principal del paciente para esa internación).

Espacio – **Diagnóstico:** nutricional (peso y altura del paciente en el día en que se detectó la úlcera de presión).

- IMC: registrar el índice de masa corporal, obtenido a través de la ecuación: peso/altura^2. Los valores de IMC son:
- IMC de 20 a 25 kg/m^2: peso normal
- IMC = menor de 20 kg/m^2: peso por debajo de lo normal
- IMC = de 25 a 30 kg/m^2: exceso de peso
- IMC = mayor de 30 kg/m^2: obesidad

- La cantidad de peso perdido y la velocidad en que se la perdió son datos importantes en la evaluación del estado nutricional. Una pérdida involuntaria de 10% del peso o más (o de 6% en el paciente obeso) en un período de seis meses puede ser indicio de desnutrición.

Espacio – **Diagnóstico**. En **Movilidad/actividad**: señalar S (sí) cuando el paciente se mueve de forma adecuada, y N (no) cuando el paciente tiene la movilidad/actividad física comprometida (la evaluación de estos elementos deberá seguir los parámetros descritos en el Instrumento 6). En **No. de días:** anotar el número de días que el paciente presenta dificultad en la movilidad/actividad física; en los casos en que el paciente haya sido internado con la movilidad/actividad restringida, contar el número de días a partir de la fecha de la internación; en los casos en que este compromiso hubiese aparecido durante el período de internación, anotar el número de días a partir de la fecha en que se detectó el trastorno.

Espacio – **Fecha de la internación:** indicar la fecha precisa de la internación en la unidad, utilizando dos dígitos para el día, mes y año. No considerar el período en que el paciente haya permanecido en observación (por ej., en el servicio de urgencia).

Espacio – **Fecha de la transferencia:** en caso de que el paciente sea transferido a otra unidad dentro del mismo establecimiento, anotar la fecha exacta de la transferencia, utilizando dos dígitos para el día, mes y año.

Espacio – **Fecha de aparición de la úlcera:** completar el espacio con dos dígitos para el día, mes y año en que se detectó la úlcera, considerando lo siguiente: la úlcera de presión consiste en cualquier lesión causada por presión no aliviada que provoca daños en los tejidos subyacentes. Por lo general, se produce en las regiones de prominencias óseas y se clasifica según el grado de daño observado. Se determinará la aparición de úlcera de presión cuando se observen las siguientes señales:

- Etapa I: presencia de eritema de la piel intacta que no emblanquece después de la remoción de la presión. En individuos de piel más oscura, la decoloración de la piel, el calor, el edema o el endurecimiento también pueden ser indicadores.
- Etapa II: pérdida parcial de la piel involucrando la epidermis, la dermis o ambas. La úlcera es superficial y se presenta como una abrasión, una ampolla o un cráter plano.

- Etapa III: pérdida de la piel en su espesura total, involucrando daños o una necrosis del tejido subcutáneo que puede profundizarse, sin llegar a la fascia. La úlcera se presenta clínicamente como un cráter profundo.

- Etapa IV: pérdida de la piel en su total espesor, con una extensa destrucción, necrosis del tejido o daños en los músculos, huesos o estructuras de soporte como tendón o cápsulas de las articulaciones.

Espacio – **Fecha del alta**: indicar la fecha en la que se le dio el alta al paciente y salió del hospital, utilizando dos dígitos para el día, mes y año. Considerar el alta como salida para la residencia, transferencia a otra institución u óbito.

INSTRUMENTO 6B

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON RIESGO DE ÚLCERA DE PRESIÓN

Registrar diariamente los datos de todos los pacientes incluidos en la muestra hasta el momento en que se detecte la UP. Para completar los espacios, obtener informaciones del paciente, familiar y personal de enfermería, anotación de enfermería.

Nombre de la institución: .....

Nombre de la unidad de servicio: .....

Nombre del paciente: .....

FECHA:// Horario: Inicio: ..... **Término:** .....

CATEGORÍA DE LA ATENCIÓN (en las 24 horas)	DÍAS DE OBSERVACIÓN															
	...../...../.....				...../...../.....				...../...../.....				...../...../.....			
	SSI	NNO	N N/A	SS/INF	SSI	NNO	N N/A	SS/INF	SSI	NNO	N N/A	SS/INF	SSI	NNO	N N/A	SS/INF
Paciente encontrado en la cama en posición dorsal																
Paciente encontrado en la cama en posición lateral izquierda																
Paciente encontrado en la cama en posición lateral derecha																
Paciente encontrado sentado en la silla																
Cambio de decúbito de 2 en 2 horas																
Cambio de decúbito de 4 en 4 horas																
Cambiado siempre que se moja/evacua																
Hidratación de 1 500 a 2 000 ml/día																
Dieta prescrita suministrada																
Utilización diaria de hidratante en la piel																

Continúa

Colchón de agua																
Colchón de aire																
Colchón caja de huevo (antiescaras)																
OBSERVACIONES																

Abreviaturas: N/A = no se aplica; S/INF = sin información.

ENCUESTADOR DE CAMPO:..... FECHA DE RECOPILACIÓN: .....

MS – PROFAE

INSTRUMENTO 6b

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES
CON RIESGO DE ÚLCERA DE PRESIÓN

Consideraciones generales:

a) Visitar diariamente durante 30 días a los pacientes con riesgo de úlcera de presión incluidos en la muestra en cada unidad seleccionada para el estudio. Para todos estos pacientes se deberán completar todas las informaciones del instrumento.

b) Conversar diariamente con el paciente sobre los ítems del instrumento; en caso de que el paciente no esté en condiciones de informar, dirigirse a un familiar. Además del paciente y del familiar, buscar informaciones con el personal de enfermería de la unidad, como también en las anotaciones de enfermería (historia clínica, kárdex, libro de registros etc.).

c) Las informaciones a las que se refiere el presente instrumento serán recopiladas hasta el momento en que se detecte la aparición de úlcera de presión en el paciente en acompañamiento.

Procedimiento para completar los espacios:

Espacio – **Nombre de la institución:** escribir el nombre completo del establecimiento, es decir, nombre por el cual el establecimiento es conocido o su nombre de fantasía.

Espacio – **Nombre de la unidad de servicio:** escribir por extenso el nombre de la unidad de internación en donde la observación se está llevando a cabo.

Espacio – **Nombre del paciente:** registrar el nombre completo del paciente (sin abreviaturas).

Espacio – **Fecha**: indicar con dos dígitos el día, mes y año de la observación;

Horario: indicar el horario de inicio y de término de la observación.

Espacio – **Categoría de la atención:** en las líneas bajo el espacio denominado "categoría de la atención (en las 24 horas)" están descritos los cuidados de enfermería que deberán recibir los pacientes con riesgo de úlcera de presión, los que deberán ser verificados diariamente por el encuestador de campo.

- **Cambio de decúbito de 2 en 2 horas:** cuando el paciente que permanece en la cama, durante un período de 24 horas, es movilizado y cambiado de posición en la cama, y/o sentado en una silla *por lo menos* cada dos horas.

- **Cambio de decúbito de 4 en 4 horas:** cuando el paciente que permanece en la cama, durante un período de 24 horas, es movilizado y cambiado de posición en la cama y/o sentado en una silla *por lo menos* cada cuatro horas.

- **Cambiado siempre que se moja/evacua:** cuando se cambia la ropa de cama y se mantiene la piel del paciente sin humedad todas las veces que este tiene incontinencia urinaria y fecal (en la cama y/o silla) y/o sudoración.

- **Hidratación de 1 500 a 2 000 ml/día:** cuando el paciente recibe/ingiere entre 1 500 y 2 000 ml de líquido al día.
- **Dieta prescrita suministrada:** cuando el paciente recibe/ingiere la dieta prescrita.
- **Utilización diaria de hidratante en la piel:** cuando todos los días se aplica una solución hidratante en la piel del paciente.
- **Colchón de agua:** cuando el paciente es colocado sobre un colchón de agua.
- **Colchón de aire:** cuando el paciente es colocado sobre un colchón de aire.
- **Colchón de caja de huevo (antiescaras):** cuando el paciente es colocado sobre un colchón de caja de huevo o antiescaras.

Espacio - **Días de observación:** en la línea abajo del espacio denominado "días de observación" existe, para cada día de observación, un conjunto de columnas en las que el encuestador deberá registrar con una X la situación encontrada para cada una de las categorías de cuidado, tomando como período de recopilación de las informaciones las 24 horas que antecedieron a su visita diaria al paciente:

- SÍ: cuando el cuidado descrito fue realizado/suministrado al paciente.
- NO: cuando el cuidado descrito no fue realizado/suministrado al paciente.
- N/A: cuando el cuidado descrito no se aplica a la situación del paciente.
- S/INF: cuando para el cuidado descrito no se obtuvo información suficiente para caracterizar uno de los ítems anteriores.

INSTRUMENTO 3

CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN LA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL

Nombre de la institución: .....

Nombre de la unidad de servicio: .....

DDÍA	MMES	NÚMERO DE LA CAMA OBSERVADA														

I = **Asistencia intensiva:** pacientes graves y recuperables, con riesgo inminente de vida, sujetos a la inestabilidad de sus funciones vitales, que requieran asistencia permanente y especializada.

S = **Asistencia semiintensiva:** pacientes recuperables, sin riesgo inminente de vida, sujetos a la inestabilidad de sus funciones vitales, que requieran asistencia permanente y especializada.

IN = **Asistencia intermedia:** pacientes estables desde el punto de vista clínico y de enfermería, que requieran evaluaciones médicas y de enfermería, con parcial dependencia de la asistencia de enfermería para la atención de las necesidades humanas básicas.

M = **Asistencia mínima:** pacientes estables desde el punto de vista clínico y de enfermería que requieran evaluaciones médicas y de enfermería, pero físicamente autosuficientes en cuanto a la atención de las necesidades humanas básicas.

ÁREA DE CUIDADO	NIVELES DE ATENCIÓN SEGÚN LA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL			
	INTENSIVO	**SEMIINTENSIVO**	INTERMEDIO	MÍNIMO
Estado mental	Inconsciencia	Períodos de inconsciencia	Orientación en el tiempo y en el espacio	Orientación en el tiempo y en el espacio
Oxigenación	Ventilación mecánica (uso de ventilador a presión o de volumen)	Uso continuo de máscara o catéter de oxígeno	Uso intermitente de máscara o catéter de oxígeno	No hay necesidad de oxígeno
Signos vitales	Control en intervalos menores o iguales a 2 horas	Control en intervalos de 4 horas	Control de rutina (8 horas)	Control de rutina (8 horas)
Movilidad	Incapacidad para movilizar cualquier segmento corporal Cambio de decúbito y movilidad pasiva programada y realizada por personal de enfermería	Incapacidad o dificultad para movilizar segmentos corporales Cambio de decúbito y movilidad pasiva programada y realizada o auxiliada por personal de enfermería	Limitación de movimientos	Movilidad de todos los segmentos corporales.
Traslación	En cama en forma permanente	En cama en forma permanente o traslado en silla de ruedas con ayuda	Traslado con ayuda	Ambulante
Alimentación	A través de sonda o catéter	Por la boca con ayuda, o a través de sonda nasogástrica	Por la boca con ayuda	Autosuficiente
Cuidado corporal	Higiene en cama e higiene oral realizada por personal de enfermería	Higiene en cama o ducha en silla de ruedas con ayuda, higiene oral realizada por personal de enfermería	Baño de ducha e higiene oral con ayuda	Autosuficiente
Eliminación	Evacuación en cama y uso de sonda vesical para el control de la diuresis	Evacuación en cama y uso de sonda vesical para el control de la diuresis o chata con control de diuresis.	Uso de baño sanitario con ayuda	Autosuficiente
Tratamiento	Uso de drogas vasoactivas para el mantenimiento de PA	EV continua o a través de sonda nasogástrica	EV continua EV intermitente	EV intermitente IM o VO

INSTRUMENTO 3

CLASIFICACIÓN DE PACIENTES SEGÚN LA COMPLEJIDAD ASISTENCIAL

Consideraciones generales:

a) Este instrumento deberá aplicarse en las unidades de internación hospitalaria, incluso en las terapias intensivas.

b) La clasificación de los pacientes deberá realizarse por un período de 30 días, siempre en el turno de la mañana, solo una vez al día.

c) La clasificación de los pacientes deberá ser realizada por el enfermero de la unidad en estudio, asesorado por el encuestador de campo.

d) El paciente deberá ser clasificado según el perfil que mejor retrate su complejidad asistencial (intensiva, semiintensiva, intermedia o mínima), utilizando como referencia la descripción de los indicadores de la atención presentados en el reverso del instrumento, como también la descripción de esos perfiles señalado al pie de la página.

Procedimiento para completar los espacios:

Espacio – **Nombre de la institución:** escribir el nombre del establecimiento, es decir, por el cual el establecimiento es conocido o el nombre de fantasía. Escribir la razón social completa, es decir, el nombre jurídico del establecimiento de salud que conste en el contrato social inscrito en un registro público.

Espacio – **Nombre de la unidad de servicio:** escribir el nombre de la unidad de internación.

Espacio – **Día**: indicar con dos dígitos el día en que se está realizando la clasificación de los pacientes.

Espacio – **Mes**: indicar con dos dígitos el mes en que se está realizando la clasificación de los pacientes internados en la unidad.

Espacio – **Número de camas observadas:** registrar el número de las camas de los pacientes observados, una en cada columna, y en las líneas de abajo poner la letra que identifica la complejidad asistencial del paciente en esa cama, de la siguiente manera: I para asistencia intensiva; S para asistencia semiintensiva; IN para asistencia intermedia y M para asistencia mínima. El registro de la clasificación de los pacientes deberá efectuarse día a día.

CAPÍTULO 4

DESARROLLO DE COMPETENCIAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL. LECCIONES APRENDIDAS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL PROYECTO SALUD Y NUTRICIÓN BÁSICA EN EL PERÚ

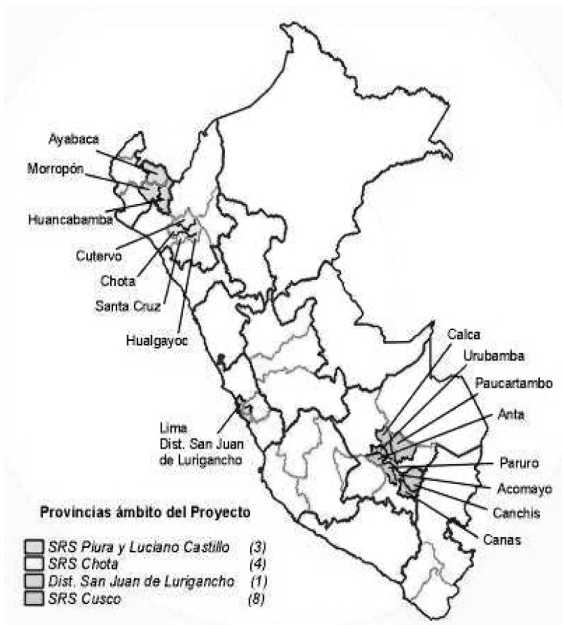
DESARROLLO DE COMPETENCIAS PARA LA ATENCIÓN INTEGRAL. LECCIONES APRENDIDAS DEL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN DEL PROYECTO SALUD Y NUTRICIÓN BÁSICA EN EL PERÚ

Ariela Luna Flórez[13]
Fernando Bolaños[14]

1. El modelo de capacitación del PSNB

Con el fin de llevar adelante un proceso de reforma en el sector de la salud, entre 1995 y 2000, se implementó en el Perú el Proyecto Salud y Nutrición Básica (PSNB), que tuvo como objetivos mejorar la calidad de vida de la población maternoinfantil y fomentar prácticas saludables. El PSNB se llevó a cabo en zonas urbanas marginales y rurales de cuatro departamentos del Perú (Figura 1), contó con un presupuesto de 34 millones de dólares, y realizó acciones en las áreas de prestación, gestión y promoción de la salud en más de 300 establecimientos sanitarios.

Figura 1. Ámbito de aplicación del PSNB



13 Médica, maestra en Salud Pública, coordinadora técnica del Programa de Apoyo a la Reforma del Ministerio de Salud del Perú.
14 Educador, ex consultor del Ministerio de Salud y de la Escuela Nacional de Salud Pública. Actualmente trabaja en la oficina de Educación de la Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID) en el Perú.

La implementación de un nuevo modelo de atención integral que permitiera mejorar los indicadores sanitarios planteó, como uno de sus componentes fundamentales, la necesidad de llevar adelante programas de desarrollo de competencias para el personal de salud. Se diseñó así un programa de capacitación, en el que se aplicaron algunos enfoques claves de acuerdo con el modelo adoptado:

- **Capacitación con enfoque participativo:** se buscó, desde el comienzo, la participación activa del personal de salud involucrado, tanto en el momento de la definición de las necesidades de formación, como en el desarrollo de las actividades mismas de capacitación y evaluación de los resultados. Se procuró, de este modo, enfrentar el problema de la verticalidad y falta de pertinencia, que ha caracterizado a muchos programas de capacitación diseñados exclusivamente desde el nivel central.

- **Educación permanente en salud:** conforme a los principios reconocidos internacionalmente sobre la educación permanente en salud (EPS), se apuntó a ligar la capacitación con el desempeño cotidiano en el trabajo. Por ello, algunas de las actividades estuvieron orientadas a problematizar la práctica diaria y a promover mecanismos de aprendizaje continuo, esto es, "aprender a aprender", tal como lo ha definido Délors (*1*).

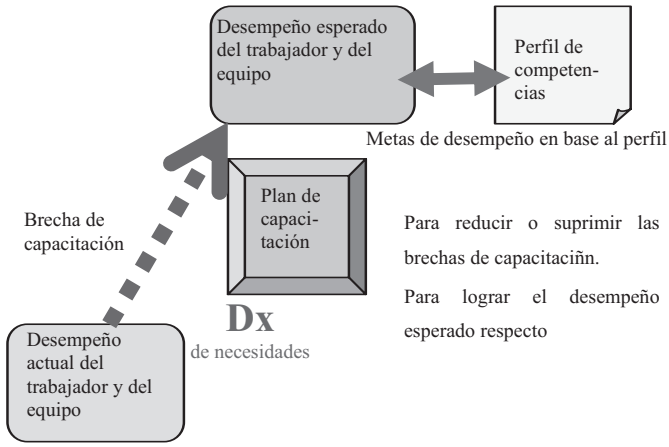
- **Flexibilización de los procesos:** se procuró que la capacitación se ajustara cada vez más y mejor a las necesidades y ritmos de los equipos de salud. El sistema de capacitación del PSNB combinó diversas modalidades de formación, se adecuó a los tiempos disponibles en cada lugar y se organizó en la forma de módulos para lograr mayor efectividad.

- **Capacitación en servicio:** con la finalidad de que el personal incorporara los nuevos aprendizajes, se aprovecharon las situaciones reales surgidas en la prestación, gestión y promoción de la salud en los distintos establecimientos. El PSNB privilegió la capacitación en servicio o supervisión capacitante, que permite que el responsable del Área de Salud del Niño o del Área de Salud de la Mujer o un tutor tenga una retroalimentación directa con el trabajador luego de observar su desempeño.

- **Gestión descentralizada:** finalmente, el PSNB apostó a instalar y fortalecer las competencias locales para el diseño, ejecución y evaluación de los planes de capacitación a partir de las necesidades observadas en las redes. Se reforzaron los equipos locales de capacitación en las redes y microrredes, asegurando así su participación efectiva y creativa en la solución de problemas y en la construcción progresiva de la identidad institucional.

Un punto clave del modelo implementado ha sido el enfoque basado en las competencias, que postula que la capacitación debe orientarse a *cerrar las brechas* que existen entre el desempeño actual y el que se espera del trabajador y de los equipos para el cumplimiento adecuado de las funciones y tareas que les corresponden (Figura 2). El PSNB definió las competencias como "el conjunto de capacidades que permiten a las personas desenvolverse con eficiencia en los distintos ámbitos de su vida y su trabajo, así como resolver situaciones problemáticas reales, valorándose a sí mismas y a las demás".

Figura 1. Ámbito de aplicación del PSNB

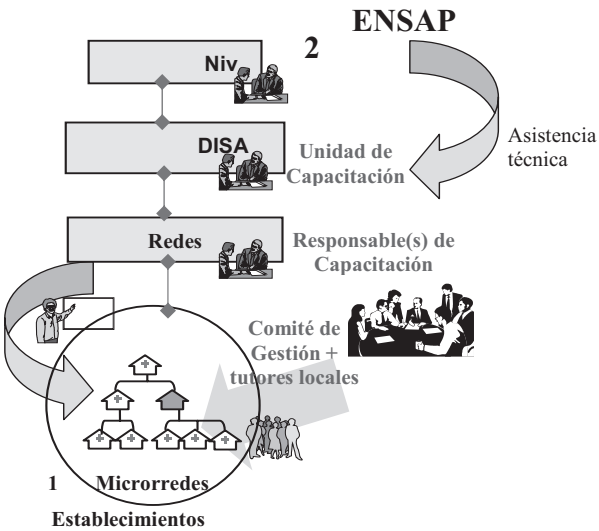


La intervención del PSNB en cuanto al mejoramiento de las competencias, sobre todo en el ámbito de la atención maternoinfantil, sirvió de modelo para proyectos más recientes llevados a cabo en el Ministerio de Salud del país. Hoy, este enfoque, que el Ministerio introdujo a fines de los noventa, se ha consolidado y se ha aprovechado la experiencia del PSNB tanto en el diseño como en su instrumentación

Un componente importante de la intervención del PSNB fue el fortalecimiento del propio sistema de gestión de la capacitación, con el fin de mejorar su efectividad, tanto en el diagnóstico de necesidades, diseño de planes y ejecución de actividades, como en la supervisión, monitoreo y evaluación.

El sistema de capacitación se sostuvo en equipos de responsables y personal de apoyo (tutores y docentes), con funciones y responsabilidades establecidas, a quienes se formó para que tuvieran las competencias necesarias. Se establecieron procedimientos claros, sencillos y adecuados de diagnóstico de necesidades, formulación y ejecución de planes y supervisión y monitoreo de la capacitación, y además se proporcionó un conjunto de materiales y recursos para hacerlos efectivos. Se buscó, asimismo, articular la gestión de la capacitación en el Ministerio de Salud con el enfoque de gestión de los recursos humanos. El PSNB reconoció a la capacitación como un componente clave del ciclo de gestión de los recursos humanos y la importancia de su articulación con los demás componentes (Figura 3).

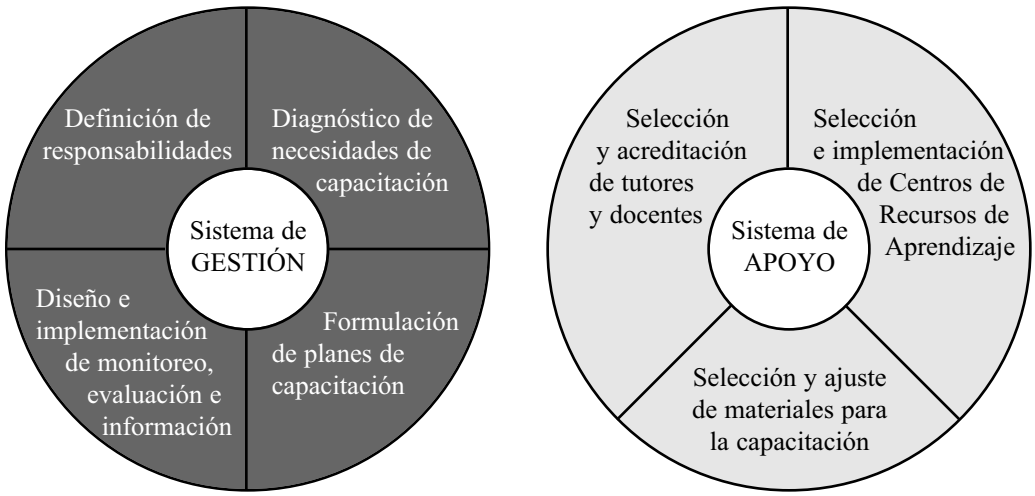
Figura 3. Sistema nacional de capacitación



Puesto que el programa de capacitación del PSNB fue un punto de partida en algunos ámbitos para mejorar el desempeño profesional y así asegurar la calidad de la atención brindada, una premisa básica fue que no todos los servicios requieren la misma formación y que esta debería adecuarse a las situaciones particulares y a los recursos disponibles. Se distinguieron por tanto distintas instancias de formación: *entrenamiento* (completar las competencias de la formación básica), **capacitación** (lograr las competencias que exigen los nuevos modelos de atención), ***desarrollo*** (promover al personal que muestra mejores cualidades), y ***otros incentivos*** (brindar un tratamiento especial al personal mejor calificado que se quiere conservar en la institución).

Si bien muchos de estos procesos fueron incipientes y en algunos lugares no se llegaron a consolidar por completo, han aportado un modelo clave para el fortalecimiento del sector, y sus experiencias han sido recogidas por la Dirección General de Salud de las Personas (DGSP), ente técnico del Ministerio de Salud, y el Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos (IDREH), que cumple una función rectora en el desarrollo de los recursos humanos en salud en el Perú. En términos concretos, el sistema de capacitación que implementó el PSNB se organizó a partir de dos componentes claramente articulados: el sistema de gestión y el sistema de apoyo, ambos muy interrelacionados y pensados para darle sostenibilidad a las intervenciones (Figura 4).

Figura 4. Componentes del sistema de capacitación



- El *sistema de gestión* comprendía el conjunto de intervenciones y procedimientos para el funcionamiento del sistema de capacitación: funciones y responsables definidos, diagnóstico de necesidades y formulación de planes de formación, supervisión, monitoreo y evaluación.
- El *sistema de apoyo* abarcaba el conjunto de intervenciones y procedimientos para el logro de los resultados esperados: personal de apoyo (tutores y docentes), centros de recursos de aprendizaje (CRA), materiales educativos y otros insumos para la capacitación.

En términos generales, el modelo de intervención del PSNB para llevar adelante el sistema de capacitación fue el siguiente:

Período de la intervención	Actividades principales	Resultados de las actividades
ETAPA I: Aplicaciones iniciales		
Enero de 1997 – julio de 1998	1. Cursos de capacitación en relaciones interpersonales, procedimientos de laboratorio, salud integral del niño y la mujer, y tratamiento de la malaria. 2. Observación del desempeño en microrredes seleccionadas de San Juan de Lurigancho, Cusco y Piura.	Enfoque de capacitación validado. Modalidades de capacitación validadas. Primer modelo de observación del desempeño validado.
ETAPA II: Extensión de la intervención del PSNB		
Agosto - septiembre de 1998	3. Consultas iniciales con los responsables de capacitación de los ámbitos para organizar y/o fortalecer el sistema de capacitación.	Cuatro mapeos de recursos de capacitación elaborados.

Período de la intervención	Actividades principales	Resultados de las actividades
Septiembre de 1998	4. Contratación de una firma consultora para implementar el modelo de organización de los servicios.	Asistencia técnica contratada.
Octubre – diciembre de 1998	5. Diseño de instrumentos de intervención: perfil de competencias por grupo ocupacional.	Cuadro de competencias del personal de salud (prestación).
Octubre de 1998 – marzo de 1999	6. Diseño de estrategia e instrumentos para la observación del desempeño en todas la áreas de la prestación.	17 fichas de observación del desempeño validadas, con sus instructivos, cuadros de consolidación y análisis.
Marzo de 1999	7. Presentación de la propuesta de observación del desempeño en los ámbitos y ajuste de la misma, según las condiciones y necesidades locales.	Propuesta de observación del desempeño.
Abril – julio de 1999	8. Experiencia piloto de observación del desempeño.	Observación del desempeño de 1 500 personas. Metodología y fichas validadas.
Julio de 1999	9. Ajuste de la metodología de observación del desempeño y de los instrumentos.	Fichas ajustadas. Guía de observación del desempeño elaborada.
Agosto de 1999 – febrero de 2000	10. Extensión de la observación del desempeño a todos los establecimientos de las microrredes.	Observación del desempeño de 800 personas.
Enero – agosto de 1999	11. Contratación de otras firmas para realizar, entre otras intervenciones, diversos programas de capacitación: dos diplomados para personal de salud, programa de fortalecimiento en IEC (información, educación y comunicación) para personal de salud; curso de quechua y cultura andina para personal de salud de Cusco; programa de capacitación de IEC en TBC para agentes comunitarios.	Cinco planes de fortalecimiento y diseños de capacitación elaborados.
Septiembre de 1999 – diciembre de 2000	12. Formulación de planes de capacitación para las microrredes incluidas en el programa.	61 planes de capacitación elaborados y revisados.
Octubre de 1999 – febrero de 2000	13. Selección y capacitación de tutores nuevos. 14. Capacitación de tutores, docentes y responsables de área seleccionados en la metodología de observación y en las nuevas modalidades de capacitación.	116 tutores capacitados que realizan trabajo de tutoría.

Período de la intervención	Actividades principales	Resultados de las actividades
Febrero de 2000	15. Ejecución de los planes de capacitación a cargo de tutores.	21 planes de microrred en ejecución.
Mayo de 2000	16. Reuniones técnicas para implementar el sistema y los instrumentos de supervisión y monitoreo de la capacitación.	Sistema e instrumentos de supervisión y monitoreo ajustados en Cusco, Villa el Salvador y San Juan de Lurigancho.
Marzo de 1999 – junio de 2000	17. Diseño y elaboración de módulos de capacitación en salud de la mujer y del niño, y en trabajo de laboratorio.	12 módulos de capacitación, además de los módulos elaborados en los diplomados y en los cursos.
Julio – septiembre de 2000	18. Reuniones técnicas con personal de la Dirección General de Salud de las Personas para la transferencia de metodologías e instrumentos del sistema de capacitación.	Transferencia.

Finalmente, otro de los aportes del PSNB fue el ajuste de las modalidades de capacitación y su utilización dentro de una estrategia más amplia, que respetara los tiempos, las características personales y los objetivos propuestos. El ajuste de las modalidades permitió reducir la excesiva dispersión y la complejidad de otras formas de capacitación, que hacían más complicados tanto el diseño como el seguimiento, la formación de tutores y facilitadores, y la evaluación.

Principales modalidades de capacitación del PSNB y su utilidad según diversos criterios

	Capacitación en servicio	**Taller presencial**	**Grupo de interaprendizaje o reunión de problematización**	**Pasantía**	**Educación a distancia**
Tipo de contenidos	Habilidades, procedimientos.	Enfoques, teoría, protocolos.	Análisis de casos.	Habilidades, procedimientos.	Enfoques, teoría, protocolos, análisis de casos.
Metodología	Retroalimentación inmediata después de observar la práctica de un trabajador en su propio lugar de trabajo.	Construcción de nuevos saberes, mediante el trabajo en equipo con ayuda de un facilitador.	Discusión y trabajo en equipo entre pares, para aprender a partir de la propia práctica.	Aprendizaje mediante el contacto con una experiencia en un centro de capacitación.	Aprendizaje a través de correo o medios electrónicos con la supervisión de un tutor a distancia.
Número de participantes recomendado	Individual. Un trabajador a la vez.	Grupos de 10 a 25 personas.	Grupos de 4 a 10 personas.	Individual. Grupos de 4 a 5 pasantes.	Variable.
Costo	Económico.	Caro.	Económico.	Medianamente caro.	Caro.
Responsable a cargo	Jefe o especialista.	Docente o facilitador con experiencia.	Tutor.	Tutor o especialista.	Tutor o especialista.
Lugar	En el mismo establecimiento.	En un lugar central de la red o en la Dirección de Salud (DISA).	En el mismo establecimiento.	En un centro de capacitación.	En el establecimiento o en el hogar.

2. El modelo de evaluación del PSNB

El PSNB propuso un modelo de evaluación y monitoreo orientado a los resultados y a la toma de decisiones. El monitoreo, en el campo de la capacitación, se entendió como "el seguimiento del desarrollo de las actividades del plan de capacitación", mediante la recolección sistemática de datos que sirvieran para garantizar la marcha de la intervención de acuerdo con lo planeado y la adquisición de competencias. La evaluación se definió como "el momento de análisis e interpretación de la información recopilada con la finalidad de determinar el desempeño logrado en la ejecución del plan; determinar el avance, la eficiencia, eficacia e impacto logrados; descubrir las necesidades del plan, examinar su desarrollo (estructura y proceso) y medir sus resultados".

La evaluación y monitoreo de los planes de capacitación se orientaron en función de tres objetivos:

1. Vigilar el cumplimiento de las actividades conforme a lo planificado y, en caso necesario, ajustar los planes.

2. Vigilar y evaluar el desempeño del personal de salud y la gestión a cargo de los responsables de capacitación en cada uno de los niveles.

3. Medir los resultados de los planes de capacitación, sobre todo en el corto plazo.

Para hacer operativa la evaluación, el equipo del PSNB elaboró una guía que fue aplicada con todos los equipos regionales en Cusco, Piura, San Juan de Lurigancho y Villa el Salvador, y que luego fue ajustada para su mejor uso e implementación. A continuación se describe la secuencia de construcción de este modelo de evaluación.

- Primer paso: establecimiento de los objetivos del sistema de capacitación

Los objetivos concretos y específicos del sistema de capacitación del PSNB fueron los siguientes:

Objetivos del sistema de capacitación del PSNB

General	Específicos
El personal de salud de las redes y microrredes mejora su desempeño técnico-profesional mediante el desarrollo de competencias.	1. Los responsables de la capacitación en las redes y microrredes gestionan la capacitación de forma eficiente.
	2. En las microrredes se formulan y se ejecutan planes de capacitación a partir de un diagnóstico adecuado de necesidades.
	3. Los tutores y docentes implementan las diversas modalidades de capacitación: talleres, grupos de interaprendizaje, pasantías, capacitación en servicio.
	4. Los tutores y docentes, así como el personal de salud que se capacita, cuentan con materiales educativos apropiados para facilitar la formación y para el aprendizaje.

- Segundo paso: selección de los indicadores en función de los objetivos definidos

A partir de los objetivos, se seleccionaron algunos indicadores para comprobar su cumplimiento. En el sistema de capacitación impulsado por el PSNB en los ámbitos de Piura, Cusco, Villa el Salvador y San Juan, se propusieron los siguientes indicadores en función de los objetivos:

Objetivos	Indicadores
1. Los responsables en las redes y microrredes gestionan la capacitación de forma eficiente.	• Número de redes donde el sistema de capacitación funciona de forma eficiente. • Número de microrredes donde el sistema de capacitación funciona de forma eficiente. • Número de microrredes que emplean los instrumentos del sistema de capacitación.
2. El personal de las microrredes formula y ejecuta planes de capacitación a partir de un diagnóstico adecuado de necesidades.	
3. Los tutores y docentes implementan las diversas modalidades de capacitación (talleres, grupos de interaprendizaje, pasantías, capacitación en servicio).	
4. Los tutores y docentes, así como el personal de salud que se capacita, cuentan con materiales educativos apropiados para facilitar la formación y para el aprendizaje.	

- Tercer paso: definición de las variables para cada indicador

Una vez definidos los indicadores, se escogieron algunas variables para cada uno de ellos. Las variables son aspectos o productos específicos y concretos que permiten observar la presencia, o no, del indicador y, de ese modo, efectuar el monitoreo. Para los indicadores señalados en el sistema de capacitación del PSNB, se definieron las siguientes variables:

Indicadores	Variables
• Número de redes donde el sistema de capacitación funciona de forma eficiente.	1. Cuentan con planes de capacitación de red consolidados. 2. Cuentan con tutores y docentes seleccionados y acreditados, con competencias para el manejo de técnicas educativas y materiales de capacitación. 3. Los tutores y docentes facilitan las actividades de capacitación de forma eficiente.
• Número de microrredes donde el sistema de capacitación funciona de forma eficiente.	4. Cuentan con planes de capacitación y los respectivos planes operativos, conforme a los objetivos propuestos y los recursos humanos y materiales disponibles. 5. Organizan talleres, grupos de interaprendizaje, pasantías y capacitación en servicio para el personal de salud y agentes comunitarios de salud. 6. Hacen el seguimiento del personal de salud y los agentes comunitarios de salud capacitados con instrumentos apropiados.
• Número de microrredes que emplean los instrumentos del sistema de capacitación.	7. Los responsables de área manejan y aplican la ficha de observación del desempeño al personal de salud a su cargo. 8. Los tutores y docentes utilizan módulos para la capacitación del personal de salud y los agentes comunitarios de salud.

- Cuarto paso: construcción de una matriz de seguimiento para la evaluación y el monitoreo

A partir de los aspectos definidos en los pasos anteriores, se elaboró una matriz, en la que se desagregaron los elementos requeridos para el seguimiento permanente y continuo de los indicadores y variables. A continuación se muestra la matriz correspondiente al primer indicador y sus variables respectivas:

Indicador	Variables	Qué hay que verificar	Cuándo verificar	Quién verifica	Con qué se verifica (instrumento)	A quién notifica	Cuándo notifica	Cómo notifica
Número de redes donde el sistema de capacitación funciona de forma eficiente	1. Cuentan con planes de capacitación de red consolidados.	Todos los planes consolidados.	Al final de la etapa de diseño.	Responsable de capacitación de la Dirección Regional de Salud.	Instrumen 1. Lista de chequeo de planes consolidados.	DGSP	Anual mente	Informe
	2. Cuentan con tutores y docentes seleccionados y acreditados, con competencias para el manejo de técnicas educativas y materiales de capacitación.	Todos los tutores y docentes.	En la fase operativa, cada seis meses.	Responsable de capacitación de la red/Unidad Territorial de Salud (UTES).	Instrument 2. Lista de tutores y docentes. Instrument 3.Cuestionario de evaluación de conocimientos para tutores y docentes.	Responsable de capacitación de la Dirección Regional de Salud.	Semestralmente	Lista completa (incluye consolidado de evaluación)
	3. Los tutores y docentes facilitan las actividades de capacitación de forma eficiente.	Todos los tutores y docentes.	Permanentemente, en la fase operativa.	Responsable de área.	Instrument 4.Ficha de observación del desempeño de tutores y docentes .Instrumento 5.Registro de actividades.	Responsable de capacitación de la red/UTES.	Semestralmente.	Ficha completa de desempeño. Informe.

- Quinto paso: diseño de instrumentos para facilitar el seguimiento y hacer la evaluación

Sobre la base de la matriz, se diseñaron distintos instrumentos para utilizar en el seguimiento y la evaluación. Algunos de ellos se muestran a continuación:

Método	Instrumentos elaborados	Finalidad del instrumento
Observación de productos	Instrumento 1: Lista de chequeo de planes consolidados	Comprobar la calidad del diseño de los planes consolidados de las redes, conforme a los criterios de eficiencia, eficacia y viabilidad.
	Instrumento 6: Lista de chequeo de planes de microrred	Comprobar la calidad del diseño de los planes, conforme al diagnóstico de necesidades de la microrred.
	Instrumento 7: Lista de chequeo de diseños de actividades de capacitación	Comprobar la calidad de los diseños metodológicos y de los materiales de apoyo para las actividades de capacitación, conforme a los criterios de eficiencia, eficacia y calidad pedagógica de los mismos.
	Instrumento 10: Lista de chequeo de instrumentos para la capacitación	Comprobar la disponibilidad y uso de instrumentos para la capacitación en cada una de las microrredes.
Evaluación de conocimientos y habilidades	Instrumento 3: Cuestionario de evaluación de conocimientos para tutores y docentes	Evaluar los conocimientos de tutores y docentes en la parte técnica (manejo de los protocolos de atención en el área de su especialidad) y pedagógica.
	Instrumento 4: Ficha de observación del desempeño de tutores y docentes	Evaluar el desempeño de tutores y docentes en el desarrollo de las actividades educativas programadas en los planes de capacitación de la microrred.
	Instrumento 9: Ficha de observación del desempeño (lista corta)	Evaluar el desempeño del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud durante la fase operativa de los planes de capacitación de la microrred.
Informe de actividades	Instrumento 2: Lista de tutores y docentes	Notificar el número de tutores y docentes disponibles en la red para su acreditación.
	Instrumento 8: Lista de asistencia a las actividades de capacitación	Notificar el número y tipo de participantes en las diversas actividades programadas en el plan de capacitación de la microrred
	Instrumento 5: Registro de actividades de capacitación	Consignar las actividades del tutor y/o docente y hacer el seguimiento de las tareas de capacitación a su cargo.

- Sexto paso: establecimiento y ajuste de la aplicación de los instrumentos

Se definieron flujos de información y modos de notificación con el fin de facilitar la comprensión sobre los cambios y la toma de decisiones, conforme a las necesidades de cada nivel. Por ejemplo, respecto del instrumento 3 (cuestionario de evaluación de conocimientos para tutores y docentes), los puntajes parciales de cada prueba solo interesaban en el nivel de cada red o UTES que selecciona sus tutores y docentes. En cambio, a la Dirección Regional de Salud solo se notificaba la calificación consolidada. El sistema aplicado en el PSNB fue el siguiente:

Responsables de la aplicación de los instrumentos

Dirección Regional de Salud	Responsable de capacitación de la red /UTES	Responsable de área de la microrred/Comité de Gestión	Tutor/docente
Instrumento 1:Lista de chequeo de planes consolidados			
Lista completa cada seis meses ←	Instrumento 2: Lista de tutores y docentes		
Los resultados se notifican a la DISA con el instrumento 2 ↑	Instrumento 3: Cuestionario de evaluación de conocimientos para tutores y docentes		
	Completa cada cuatro meses + informe ←	Instrumento 4: Ficha de observación del desempeño de tutores y docentes	
	Informe cada cuatro meses ←		Instrumento 5: Registro de actividades de capacitación
Consolidado cada año ←	Instrumento 6: Lista de chequeo de planes de microrred		
Consolidado cada seis meses ←	Instrumento 7: Lista de chequeo de diseños de actividades de capacitación		
	Lista consolidada cada cuatro meses ←	Instrumento 8: Lista de asistencia a las actividades de capacitación	
	Consolidado cada seis meses ←	Instrumento 9: Ficha de observación del desempeño (lista corta)	
Lista completa cada seis meses ←	Instrumento 10: Lista de chequeo de instrumentos para la capacitación		

Nota: en negrita, el responsable de la aplicación del instrumento. La flecha indica la información que se notificó.

- Séptimo paso: establecimiento de los momentos "fuertes" de la evaluación

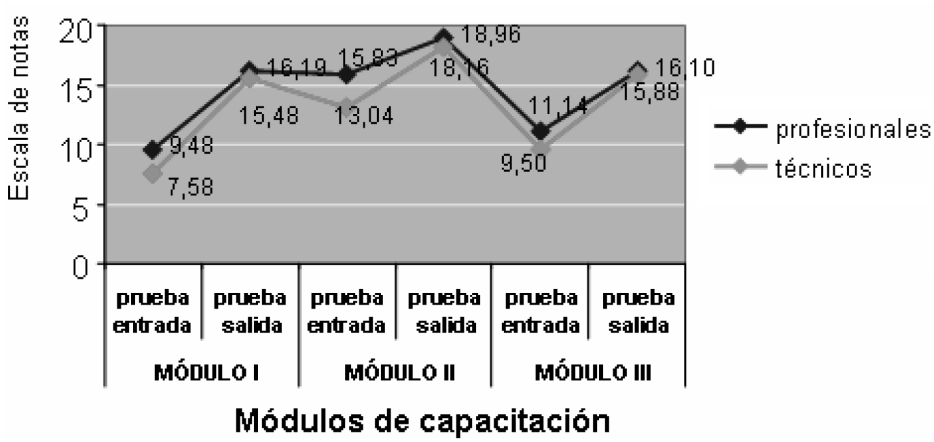
A partir de todas las actividades de monitoreo, los momentos de evaluación sobre la marcha del sistema de capacitación fueron cualitativos y sistémicos. Estos momentos se definieron a partir de la evaluación, análisis y valoración de la información proporcionada por los instrumentos señalados, tal como se ve en la siguiente matriz:

Momentos "fuertes" de la evaluación	¿Qué se evaluó?	¿Con qué se evaluó? (información en base a los instrumentos)
Evaluación de la fase de diseño	Análisis de los procesos de diseño: plan de capacitación, plan operativo, diseños educativos, materiales y procedimientos de evaluación. Análisis de cómo se hacen ajustes al plan y a la intervención en general. Análisis de la construcción del sistema de apoyo: selección de tutores.	• Instrumento 6: Lista de chequeo de planes de microrred • Instrumento 7: Lista de chequeo de diseños de actividades de capacitación • Instrumento 10: Lista de chequeo de instrumentos para la capacitación • Instrumento 2: Lista de tutores y docentes • Otros instrumentos: planes de capacitación, planes operativos, informes de línea de base, diseños metodológicos y materiales para la capacitación
Evaluación del proceso (durante la fase operativa, cada seis meses)	Análisis de la calidad de ejecución de las actividades programadas en el plan (talleres, grupos de interaprendizaje, capacitación en servicio, pasantías) y de los avances en el desempeño de los tutores y docentes.	• Instrumento 8: Lista de asistencia a las actividades de capacitación • Instrumento 4: Ficha de observación del desempeño de tutores y docentes • Informes basados en el Instrumento 5: Registro de actividades de capacitación • Otros instrumentos: informes narrativos de actividades, informes de supervisión directa, conversaciones con tutores, personal de salud y/o agentes comunitarios de salud
Evaluación final (al concluir la intervención)	Análisis del proceso general de la intervención. Análisis de la adquisición de competencias por parte del personal de salud y agentes comunitarios de salud respecto de los objetivos de los planes.	• Instrumento 9: Ficha de observación de desempeño (lista corta) • Otros instrumentos: entrevistas cualitativas, informes anuales de jefes de establecimientos y programas

3. Algunos resultados

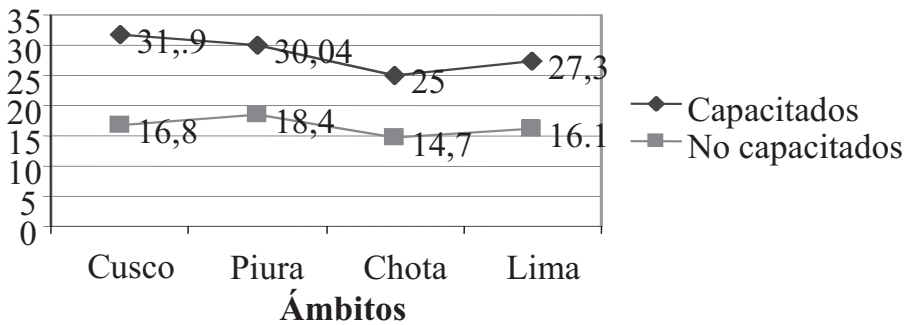
El sistema de evaluación permitió establecer, en todos los casos, que hubo mejoras en el nivel de conocimientos como fruto de la capacitación recibida. Para comprobarlo, se aplicaron regularmente pruebas de entrada y salida en todas las actividades relevantes del programa. En la Figura 5 se muestran los resultados de la capacitación de profesionales y técnicos en el área de salud infantil.

Figura 5. Comparación de pruebas de entrada y salida de profesionales y técnicos, área de salud del niño



Las pruebas de entrada y salida no fueron las únicas maneras de definir los logros de la capacitación; se han utilizado también diversas modalidades de observación, sobre la base de algunos indicadores claves que permitieron establecer, en varios momentos, la mejora del desempeño de los trabajadores capacitados en comparación con aquellos que no lo fueron. En la Figura 6 se muestra un ejemplo sobre el nivel de desempeño de los profesionales del área de salud infantil, meses después de la capacitación.

Figura 6. Nivel de desempeño de los profesionales capacitados y no capacitados, área de salud del niño



Cuadro 1. Seguimiento de la capacitación de profesionales, área de salud infantil, CSR Piedra Liza

Indicadores de calidad de la atención	Pre supervisión	Post supervisión
Solicita carné de atención o CRED	52%	66%
Interroga sobre signos de alarma	52%	83%
Interroga sobre factores de riesgo	54%	68%
Interroga sobre antecedentes	32%	49%
Interroga sobre alimentación	53%	84%
Interroga sobre el estado de vacunación	42%	66%

4. Balance y lecciones aprendidas

A. Logros

El programa de capacitación del Proyecto Salud y Nutrición Básica, ejecutado en coordinación con funcionarios del Ministerio de Salud, obtuvo los siguientes logros:

- **Introducción de un enfoque basado en el desarrollo de competencias en proyectos de capacitación del Ministerio de Salud:** el programa de capacitación del PSNB permitió sentar las bases para el desarrollo de competencias del personal de salud; se pasó, así, de un sistema tradicional de transmisión de conocimientos a un enfoque que parte de las necesidades de los participantes y los ayuda a disminuir la brecha respecto de las nuevas competencias que se requieren. Este tipo de intervención fue asumido progresivamente por el Ministerio de Salud, y tuvo como uno de sus hitos más importantes la realización de un taller internacional sobre el tema, llevado a cabo por expertos del Centro Internacional de Formación de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), al que asistieron los responsables de capacitación tanto del Ministerio como de los proyectos de reforma.

- **Cambios en la lógica de definición de las necesidades de capacitación:** antes de la implementación del programa, el nivel central determinaba las necesidades de capacitación en relación con los requerimientos de los 16 programas verticales, y no se contaba con herramientas que permitieran reconocerlas a partir de la práctica cotidiana en los servicios de salud. El programa del PSNB elaboró una serie de instrumentos para definir las necesidades de capacitación a partir de los requerimientos de los trabajadores de salud. Este planteamiento permitió detectar necesidades "invisibles" desde la lógica de los programas, tales como la capacitación gerencial, las relaciones interpersonales y el aprendizaje del quechua en la zona del Cusco.

- **Introducción de nuevas modalidades de capacitación:** el programa del PSNB trabajó con diversas modalidades educativas, que eran utilizadas según las situaciones y posibilidades de cada servicio. Esta experiencia demostró tanto la potencialidad de la capacitación en servicio

para el mejoramiento de las habilidades técnicas y el entrenamiento, como la viabilidad de las propuestas de educación a distancia, que permiten ampliar la cobertura educacional al personal de salud de zonas alejadas del país.

- **Desarrollo de competencias y capacidades del personal de salud:** el programa del PSNB fue un pilar fundamental para el funcionamiento del modelo de atención integral en los establecimientos de salud. Este modelo requería, de forma prioritaria, el fortalecimiento de competencias técnicas en la atención de la salud maternoinfantil, y la adquisición de nuevas competencias, tales como la gerencia de redes de servicios y el mercadeo social, entre otras.

- **Diseño de un sistema de evaluación del desempeño:** la evaluación del desempeño, también llamada supervisión capacitante, es parte fundamental de la gestión de recursos humanos. Durante el programa, se diseñaron y probaron distintas opciones para llevarla a cabo. Al evaluar los resultados, se comprobó su alto valor para la mejora del desempeño del personal de salud.

- **Elaboración de un paquete de herramientas para el sistema de gestión de la capacitación:** a lo largo del programa se diseñaron y validaron una serie de instrumentos, que fueron transferidos a los funcionarios del Ministerio de Salud al finalizar el proyecto. Asimismo, se fortalecieron las competencias de los responsables de capacitación, tanto de los niveles regionales como de las redes de servicios de salud.

- **Confección de un conjunto de materiales educativos:** el programa de capacitación elaboró una serie de materiales adecuados a las necesidades del personal de salud y de los agentes comunitarios de salud. Los materiales cubren una amplia gama temática en las tres áreas de intervención del proyecto: la prestación, la gestión y la promoción de la salud.

- **Diseño de una propuesta de monitoreo y evaluación de la capacitación:** con objeto de comprobar los logros obtenidos con la propuesta de gestión de la capacitación, se diseñaron una serie de herramientas para el monitoreo y evaluación de la puesta en práctica del proyecto.

B. Dificultades

Las dificultades experimentadas a lo largo del programa son similares a las que enfrentaron, en los años noventa, una serie de experiencias de capacitación ligadas a proyectos de reforma:

- Los proyectos de reforma no contaron con las condiciones necesarias para la institucionalización de sus acciones. Por ello, muchas de las intervenciones del programa de capacitación no pudieron ser asumidas por la institución.

- No hubo una política de recursos humanos que respaldara y acompañara la ejecución de los proyectos, lo que afectó en gran medida al funcionamiento de los programas de capacitación en diferentes aspectos. Entre los problemas derivados de esta situación se cuentan, por ejemplo, la alta rotación de personal, que en algunas zonas llega a ser de 50% anual, y la dificultad para la transferencia e institucionalización de las herramientas de gestión de la capacitación.

- La ejecución se realizó mediante la modalidad de contratación de empresas para la realización de las actividades programadas, situación que acarreó múltiples problemas, tales como la poca oferta de instituciones especializadas en capacitación, tanto a nivel nacional como internacional, o las dificultades de las empresas consultoras para lograr productos óptimos y adecuados a las necesidades del personal de salud, entre otros. La contratación de diferentes empresas provocó asimismo la fragmentación del programa de capacitación.

- El programa de capacitación se llevó a cabo en un contexto de alta inestabilidad, como parte de un proceso de reforma no muy definido, con necesidades poco claras y en coexistencia con esquemas tradicionales como, por ejemplo, los programas verticales. Todo ello puso de manifiesto los límites de los programas de educación del personal realizados en el marco de proyectos de reforma.

- Los programas de capacitación se implementaron dentro del esquema de la lógica de proyectos y, por tanto, no contaron con las condiciones necesarias para su inserción en las estructuras formales de la institución ministerial.

- La alta rotación del personal de salud constituyó, como ya se señaló, otra de las dificultades a nivel de la ejecución del proyecto, pues dificultaba la evaluación del impacto del programa.

C. Lecciones aprendidas

Es importante señalar algunas de las lecciones aprendidas, que pueden servir como apoyo para decisiones y acciones futuras en otros proyectos y programas de capacitación:

- La capacitación por sí sola tiene límites para la transformación de los sistemas de salud. Por ello, los programas de capacitación deben estar insertos en una propuesta de cambio organizacional, ya que su ejecución aislada no garantiza cambios institucionales.

- El mejoramiento de las habilidades por medio de la capacitación en servicio demostró ser la modalidad más efectiva para solucionar los problemas de desempeño, en relación con las acciones de la práctica cotidiana. La evaluación del desempeño realizada directamente en la labor diaria y la satisfacción de los usuarios son los mejores indicadores del impacto de la capacitación.

- La oferta académica regular debería incluir la enseñanza de competencias y habilidades para la gestión, tales como la gerencia de redes de servicios o el mercadeo, entre otras. De esta forma, por un lado, no sería necesario crear grandes programas de capacitación que luego no son sostenibles y, por otro, se cubrirían las expectativas del personal de salud en cuanto a la acreditación académica. El Ministerio de Salud, al ser el mayor empleador del personal sanitario, puede influir en la oferta educativa.

- Es necesario plantear un sistema de monitoreo y evaluación desde el inicio del programa de capacitación, que permita detectar los problemas y valorar los avances. El sistema debe ser participativo y viable institucionalmente.

- Los sistemas de evaluación y monitoreo deben emplear una mixtura de modalidades para facilitar la adecuación a las posibilidades institucionales.
- La evaluación del desempeño requiere de la participación del jefe inmediato superior, pues se trata de una función de gerencia de recursos humanos. Para llevar a cabo la evaluación del desempeño es necesario que el Ministerio de Salud cuente con una propuesta de gestión de recursos humanos y, además, que esta función esté incorporada en la cultura organizacional.

La reflexión sobre los programas de capacitación ligados a proyectos de reforma permitirá un mejor abordaje en las intervenciones futuras, ya que el desarrollo de capacidades en sectores como el de la salud es un reto importante y aún no resuelto. A partir de experiencias como la que se describe en el presente artículo, será posible explorar las lecciones aprendidas para luego plantear nuevas estrategias.

Referencia bibliográfica

1. Délors JJ. *La educación encierra un tesoro*. París: UNESCO; 1995.

CAPÍTULO 5

UNA EXPERIENCIA DE EVALUACIÓN SISTEMÁTICA EN CAPACITACIÓN REALIZADA EN EL PROMIN (PROGRAMA MATERNO INFANTIL Y NUTRICIÓN)

UNA EXPERIENCIA DE EVALUACIÓN SISTEMÁTICA EN CAPACITACIÓN REALIZADA EN EL PROMIN (PROGRAMA MATERNOINFANTIL Y NUTRICIÓN)

Claudia Lomagno[15]

El propósito de este artículo es analizar el diseño del sistema de evaluación de la capacitación utilizado en el PROMIN, constituirlo en objeto de estudio, es decir, "problematizarlo", teniendo en cuenta los objetivos del programa. Al revisar el camino recorrido durante la evaluación de la experiencia de capacitación mencionada, se ha procurado obtener un elemento más en la investigación empírica que sirva de sustento a la reflexión teórica y metodológica de las visiones y prácticas evaluativas. Para facilitar el análisis del diseño y desarrollo de la evaluación del componente de capacitación, es conveniente describir algunas de las principales características del PROMIN.

Breve descripción del programa

El PROMIN es un programa de alcance nacional dependiente del Ministerio de Salud y Acción Social de la Argentina. Tiene por objeto impulsar acciones en el área maternoinfantil y se ejecuta en forma descentralizada en provincias y municipios. Inicialmente estaba orientado al desarrollo institucional, entendido como la transformación progresiva de los servicios de salud, nutrición y educación para mejorar las prácticas de atención mediante el fortalecimiento de los equipos de trabajo. El programa promueve el cambio de los modelos de gestión y atención de los servicios maternoinfantiles en todos los niveles y en particular para los niños menores de 6 años. La inversión en obras y equipamiento constituye un eje de apoyo para el logro de esos objetivos. Financian el programa los gobiernos nacional, provinciales y municipales y, en un porcentaje mayoritario, el Banco Mundial.

El PROMIN se puso en marcha en 1993 y se desarrolló hasta el año 2000 con un enfoque centrado en la salud de la madre y el niño, bajo el supuesto de que se orientan mejor y se agilizan las intervenciones si están a cargo de equipos técnicos constituidos especialmente para ese fin. Se ejecutó en unidades de las jurisdicciones provinciales (denominadas subproyectos) por un plazo estimado en tres años. Se trabajaba sobre la base de la planificación, sujeta al cumplimiento de metas y objetivos, dentro de un plazo determinado. Su población destinataria estaba prees-

15 Licenciada en Ciencias de la Educación, coordinadora del Área de Capacitación y Comunicación Social, Dirección Nacional Materno Infantil, Ministerio de Salud de la Nación (Argentina), docente e investigadora de la Universidad de Buenos Aires.

tablecida no solo por la edad y la condición de usuarios de un servicio específico (población maternoinfantil con necesidades básicas insatisfechas), sino también por ser residentes de determinada zona geográfica. Los objetivos explícitos del programa eran: disminuir las tasas de morbimortalidad materna e infantil mediante la mejor orientación, diseño, aplicación y coordinación de los servicios y programas de salud, nutrición, alimentación complementaria y desarrollo infantil; promover el desarrollo psicosocial de los niños de 2 a 5 años, y disminuir la desnutrición maternoinfantil en el área de intervención (*1*). Este enfoque en ocasiones entró en contradicción con las estructuras tradicionales de unidades preexistentes del Estado, una superposición que se daba de hecho y que no siempre se consideró un problema para superar ni se ejecutaron acciones para articular y potenciar recursos y resultados.

En el año 2000 comenzaron a evidenciarse los límites de este enfoque y se inició un proceso de fusión operativa de estructuras, que tomó fuerza en 2002. En ese período se produjeron cambios en el Gobierno nacional, y por lo tanto en la conducción ministerial. El modelo organizacional impulsado a partir de 2002 para el área maternoinfantil en las esferas nacional y provincial tiene un concepto matricial en el que confluyen las acciones y productos del programa financiado con fondos externos y de los programas maternoinfantiles regulares. La decisión de fusionar los programas responde a la optimización de los recursos y al fortalecimiento de la capacidad de gestión desde una perspectiva sostenible.

Caracterización del componente de capacitación

El PROMIN contempla en su constitución distintas áreas de desarrollo a las que se denomina componentes, y uno de ellos es el de capacitación. Las actividades de capacitación se inscriben en el marco de un componente educativo orgánico y específico dentro del proyecto global, con un equipo propio y relativa autonomía operacional. Los cambios político-institucionales producidos a partir de 2000 afectaron a la gestión, en la esfera central, del proceso educativo tal como había sido programado. Se presentó un nuevo desafío: la aplicación de distintas lógicas para entender la capacitación y la concepción estratégica del componente que imponen la necesidad de legitimar frecuentemente, y con actores distintos, los ejes que orientan las acciones educativas (se volverá más adelante sobre este punto).

En el ámbito nacional, donde las funciones de coordinación corresponden a la Unidad Coordinadora del Proyecto (UCP), el equipo de capacitación se integró con tres, cuatro o cinco personas (según las necesidades a lo largo del tiempo). En los niveles provincial y municipal (de ejecución) se organizaron contrapartes con un responsable del componente, un coordinador de los facilitadores/capacitadores y una cantidad variable de facilitadores/capacitadores denominados supervisores capacitantes.

La capacitación que se ha venido realizando en el marco del PROMIN "está comprometida con la transformación progresiva de los servicios de salud, nutrición y educación. Desde el propio contexto social, sanitario y del servicio, apunta al mejoramiento de las prácticas de atención, con la calidad técnica adecuada, al fortalecimiento de equipos de trabajo, que repiensen una organización más efectiva del efector para la mejor atención a la población asegurando su acceso y cobertura" (*2*). Se procura que la capacitación facilite la comprensión, valoración y apropiación del modelo de atención que se promueve, haciendo hincapié en la búsqueda de alternativas con-

textualizadas e integradas. Estas definiciones han tenido consecuencias directas en las estrategias utilizadas.

Un poco de historia...

En los inicios del proyecto (1993), el componente de capacitación se diseñó sobre la base de un modelo educacional centrado en la transmisión de conocimientos. Se realizaban jornadas, cursos o talleres de "sensibilización" y de "capacitación" a distintos estamentos institucionales: decisores políticos, personal técnico central, jefes o directores de servicio. El supuesto era que "lo aprendido" se transmitiera —se daba esa indicación—, y así la información y los conocimientos se aplicarían espontáneamente a las prácticas de trabajo. Las evaluaciones efectuadas después de un tiempo de trabajo mostraron que los esfuerzos realizados no habían conducido a los resultados esperados: las actividades de "replicación" habían sido esporádicas y discontinuas y, fundamentalmente, no habían tenido impacto en el cambio de prácticas. Esto llevó a replantear la orientación del componente y a realizar ajustes técnicos en su coordinación.

Desde mediados de 1996, las actividades de capacitación en el PROMIN adoptaron la estrategia de educación permanente, incorporándose nuevas tendencias de educación de adultos y nuevas prácticas para la educación del personal de salud.[16] Así, el programa de capacitación se desplazó de su formulación original "en cascada" para incorporar mecanismos que facilitan y apoyan el mejoramiento de la calidad de los servicios mediante la creación de escenarios de aprendizaje en los ámbitos laborales.

Una nueva estrategia de capacitación en marcha...

La concepción de la educación permanente tiene como eje fundamental la capacitación en servicio, es decir, la que se inscribe en el proceso de trabajo. En esta estrategia de capacitación, el espacio de enseñanza-aprendizaje se construye en y desde el contexto real en el que los trabajadores se desempeñan. La estrategia de capacitación "está centrada en el análisis de los problemas de las prácticas y en la búsqueda conjunta de las soluciones que apunten a mejorar la calidad de la atención, desde la construcción y fortalecimiento de equipos, la articulación entre los distintos niveles y tipos de efectores y la participación comunitaria" (*2*). Se la concibe como una estrategia permanente, reflexiva y participativa, que refuerza las relaciones entre capacitación y trabajo, y capacitación y gestión. Al integrarse la capacitación con las prácticas cotidianas, se favorece también el desarrollo de los servicios. Desde esta perspectiva, los miembros de los equipos de los efectores de salud no se consideran receptores de conocimientos sino sujetos activos del aprendizaje. La nueva definición del componente también incluye a los funcionarios técnicos y a los equipos de conducción, con los que se procura fortalecer la capacidad de gestión. La estrategia se ajusta así a los objetivos planteados en el programa.

16 La incorporación de María Cristina Davini como coordinadora del componente resultó fundamental para el diseño de la nueva propuesta. Su trayectoria como educadora y su protagonismo en el desarrollo de nuevos enfoques de capacitación, en particular en el campo de la salud, fueron centrales para lograr un giro en la concepción y en las prácticas de capacitación.

La flexibilidad y el despliegue de distintas modalidades de acción caracterizan el cambio en el área objeto de la intervención: la diversidad de contextos, necesidades y problemas exige distintas respuestas concretas. La capacitación en servicio se lleva a cabo con la modalidad de supervisión capacitante, esto es, la presencia de un capacitador que colabora con el grupo de trabajo del efector para la identificación de los problemas que se plantean en la práctica y el reconocimiento de las necesidades y posibilidades de la comunidad en cuanto a la transferencia de experiencias y conocimientos, facilitando la elaboración de soluciones compartidas. Con su presencia semanal en cada efector y su intervención en el lugar mismo donde se realizan las prácticas, y con contenidos planificados a partir de los problemas detectados oportunamente, el capacitador construye su legitimidad por su compromiso con la tarea y su competencia técnica. Asimismo, brinda contención y respaldo al personal sin descuidar el logro de resultados. "La tarea del capacitador debe impulsar, en el proceso, un aumento de la autonomía y del protagonismo de los equipos, con distribución de responsabilidades, fortalecimiento de la capacidad para la programación y la toma de decisiones, centradas en dar respuestas de calidad técnica y social a las necesidades y derechos de la población, considerando los problemas socioculturales y sanitarios" (*3*).

En síntesis, la estrategia de capacitación se organiza en torno a los siguientes ejes:

- la formación de facilitadores y supervisores que desempeñan las funciones de supervisión capacitante y apoyan al personal en la acción concreta;
- la incorporación flexible de contenidos relacionados con las carencias identificadas en la supervisión en lo que concierne al desempeño de los actores de los servicios, y con las características particulares que surjan de los diagnósticos compartidos;
- la constitución de grupos operativos de discusión y reflexión con el personal —con agentes externos o sin ellos— para la revisión y eventual innovación del proceso de trabajo orientada a mejorar la calidad de la atención;
- la realización de experiencias de programación local participativa con el personal y los usuarios;
- la elaboración de material didáctico en forma de cuadernos técnicos diseñados para apoyar los procesos de trabajo más complejos o difíciles de sistematizar.

Los equipos interdisciplinarios que pongan en práctica esta estrategia de capacitación en centros de salud, hospitales o centros de desarrollo infantil estarán integrados por médicos (pediatras, ginecólogos y obstetras, generalistas, sanitaristas y epidemiólogos), enfermeros, agentes sanitarios, trabajadores sociales, antropólogos, sociólogos, informáticos, educadores y nutricionistas. El perfil de sus integrantes se definirá de acuerdo con la naturaleza de los principales problemas detectados. La capacitación incluye, asimismo, el adiestramiento del personal administrativo y de los agentes sanitarios en el uso de los recursos informáticos a nivel de los efectores y de los equipos técnicos provinciales y municipales.

La coordinación de los equipos estará a cargo de un gestor del componente educativo en el ámbito local, que es el responsable del seguimiento, la articulación, la evaluación de la tarea —tanto en término de procesos como de productos— y la programación de nuevas actividades. Los

equipos se reúnen periódicamente para intercambiar experiencias, identificar problemas, necesidades, logros y obstáculos, y diseñar formas de intervención apropiadas para cada situación. A medida que se detecta la necesidad de obtener conocimientos sistemáticos y compartir experiencias es conveniente plantear espacios de enseñanza-aprendizaje con mayor grado de formalización, tales como talleres, seminarios, cursos y encuentros cuyos aportes deben incorporarse al proceso al proceso de capacitación en servicio para favorecer su apropiación en la práctica cotidiana (*4*).

Otra de las modalidades utilizadas son las pasantías, que se centran en la transferencia de experiencias de un ámbito de acción a otro. Los equipos de trabajo pueden observar, participar, e intercambiar los logros, dificultades y experiencias de otros equipos, y aplicar lo aprendido al ámbito propio, potenciando su aprovechamiento. Ello favorece la objetivación de los problemas y recrea las líneas de acción. La socialización de los materiales educativos, la bibliografía y las diversas producciones de los equipos de trabajo se han incluido en la capacitación en servicio con el propósito de ampliar el acceso a las comprobaciones científicas y a las experiencias, a fin de elegir la mejor alternativa de solución a los problemas que se presentan.

También se ha previsto la formación de grupos operativos de calidad, esto es, equipos de trabajo que se proponen objetivos específicos, analizan la calidad de las acciones y buscan soluciones a los problemas que se presentan. Al mismo tiempo, facilitan la realización de las acciones y las programan a partir de la objetivación de las necesidades de la comunidad a la que se brinda el servicio. En síntesis, se impulsa el mejoramiento y transformación de las prácticas mediante la incorporación de una red de capacitadores que realizan actividades educativas regulares en el mismo lugar de trabajo de los destinatarios, para lo cual combinan diversas modalidades complementarias como las descritas en los párrafos anteriores.

Educación permanente, evaluación permanente

Se describe a continuación el proceso de evaluación realizado desde el comienzo de la aplicación de la estrategia de capacitación en servicio, en 1996, hasta fines de 2002. Este proceso representa la continuidad de la visión educativa adoptada por el programa en sus orígenes. Por lo tanto, la sistematización de un diseño de evaluación que ha tomado en cuenta distintas dimensiones y con instrumentos específicos comienza a realizarse con la aplicación de la nueva estrategia y sus diversas modalidades. Cabe señalar que en el marco del modelo anterior, los resultados de la capacitación se medían según la cantidad de participantes y el número de horas docentes ejecutadas, sin referencia a los logros alcanzados en cuanto a competencias, resolución de problemas de la práctica y modelo de gestión del efector. La evaluación de los talleres de motivación grupal y de formación de docentes multiplicadores se realizaba mediante cuestionarios que proporcionaban información sobre la reacción o grado de satisfacción de los participantes.

El nuevo diseño de evaluación de la capacitación se programó sobre la base de los lineamientos de evaluación del proyecto PROMIN. Se realizaron luego adecuaciones acordes con los cambios político-institucionales producidos en el proceso de fusión de los programas antes mencionado. Desde esta perspectiva, el diseño del modelo de evaluación de la capacitación procura tener en cuenta las distintas reglas político-institucionales en juego, en cada momento histórico

del proyecto, y promueve, en menor o mayor medida, espacios de concertación con los distintos actores participantes.

La evaluación de las acciones de capacitación se planteó como una actividad constante y permanente y, desde su implementación, mediante la modalidad de acompañamiento de las tareas de los equipos se procuró constituirla en una práctica de la cual se apropien no solo los capacitadores sino también los equipos de los efectores de salud. En este sentido, se ha orientado el trabajo para que los resultados de las evaluaciones se utilicen como fuente de objetivación de la realidad, es decir, que sirvan de soporte para tomar distancia de la tarea cotidiana y para organizar la información como un todo, identificando los puntos críticos y construyendo juicios de valor. Desde esta perspectiva, la evaluación forma parte del proceso de capacitación y constituye "un medio de aprendizaje empírico para mejorar las actividades en curso y su planificación" (*5*).

Las actividades de evaluación propuestas apuntan a distintos aspectos del proceso de capacitación: a la eficiencia y eficacia de las acciones desarrolladas, a la valoración de los participantes en las acciones ejecutadas, al desempeño de los capacitadores y coordinadores, y al funcionamiento interno del equipo de capacitación local como grupo responsable. Se pretende que la información surgida de las distintas instancias de evaluación oriente la toma de decisiones, reprogramando las acciones y adecuando las estrategias con la finalidad de optimizar la ejecución. Al mismo tiempo, la evaluación permanente contribuye a sistematizar la práctica que se realiza y a identificar los factores que facilitan u obstaculizan los procesos de capacitación y de gestión. Desde esta perspectiva, la direccionalidad sistemática que se imprime a la evaluación apunta a favorecer la autonomía y la autogestión de los destinatarios, apostando a la construcción colectiva de la evaluación, para instrumentarla como un eje de transformación de las propias prácticas. Esta visión estratégica de la evaluación, lejos de darse por generación espontánea, supone una intencionalidad educativa constante y planificada.

En el diseño del modelo de evaluación se consideraron distintas dimensiones: a) el proceso educativo, b) el proceso de gestión del componente y c) la repercusión del componente de capacitación en los objetivos del proyecto (*3*). Se utilizaron diversas herramientas, cualitativas y cuantitativas, algunas construidas en el nivel central y otras por los equipos provinciales, que elaboraron instrumentos de acuerdo con sus necesidades específicas. Se combinaron diversas instancias de participación en las actividades evaluativas: algunas las realiza el equipo del nivel central, otras, el nivel local, o bien se trata de acciones mixtas o de autoevaluación por los equipos de capacitadores y los efectores. Más adelante se analizan en detalle los instrumentos y las modalidades. En el transcurso del programa se realizaron también evaluaciones externas, por muestreo, con equipos especialmente contratados para ese fin (entre ellas, la "evaluación PROMIN I", correspondiente al cierre de la primera fase del proyecto y que incluyó la intervención en cinco subproyectos cuyo financiamiento había finalizado) (véase más adelante la evaluación sobre el impacto de la capacitación).

La estrategia de evaluación: comienzo de un recorrido

Para la puesta en práctica de la capacitación en servicio, tanto en el momento inicial, cuando se instala como estrategia nueva, como en su desarrollo posterior, resultó sumamente importante el contacto e intercambio entre el equipo central y los distintos grupos de capacitadores de los

subproyectos (proyectos de ejecución local en un área geográfica determinada), no solo en sentido radial sino también entre ellos (véase más adelante "Un camino compartido"). Eso favoreció la creación de espacios educativos, cuyos sujetos de enseñanza-aprendizaje son los propios equipos, que discuten perspectivas, analizan en forma conjunta cuestiones claves, confrontan prácticas y profundizan contenidos específicos.

Implantar una estrategia centrada en los problemas de la práctica en el marco de un programa vertical es poco común y constituye un verdadero desafío, ya que supone revisar concepciones y prácticas arraigadas, muchas veces contradictorias o con visiones opuestas. La forma más típica de organizar las actividades de capacitación en torno a un tema o contenido, y no por problemas, pone el acento en una estructura y secuencia de reuniones prefijadas, en la transmisión de conocimientos y en un encuadre de difusión vertical —sin contemplar el seguimiento y el monitoreo en el terreno—, a fin de evaluar los logros efectivos alcanzados. En algunos casos, hay prácticas que contemplan el trabajo sobre las "demandas" de capacitación, es decir que se toma en cuenta la forma en que los individuos o grupos perciben y explican sus prácticas, un factor de suma importancia por el fuerte peso subjetivo que le dan los destinatarios.

En cambio, tomar como punto de partida la resolución de problemas supone indagar acerca de las "necesidades objetivas" de capacitación, es decir, analizar las "distancias" existentes entre las prácticas actuales y las deseadas, entre el "ser" y el "deber ser", y pensar en las formas más adecuadas de intervenir según el tipo de problemas detectados.

Tal como se ha señalado en otro trabajo (*6*):

> Algunas de las dificultades para mejorar las respuestas desde el sistema y desde los trabajadores de la salud es qué se entiende por problema, qué carencia se quiere abordar, qué necesidades se intenta satisfacer. A veces no se conoce bien el problema que se quiere solucionar. [...] Cuando hablamos de problema, es porque hay una distancia entre un hecho que se da en la realidad, "el ser", y las expectativas que un grupo tiene sobre cómo ese hecho debe darse, "el deber ser". Un problema es una situación que un grupo considera indeseable, que afecta a alguien o a algo, y que seguirá existiendo si no se hace nada por modificarlo.

Para orientar la tarea, es necesario, entonces, "problematizar" los modelos y prácticas de capacitación, y las modalidades de evaluación. En particular, es indispensable definir con claridad qué se espera lograr y cuáles son las transformaciones necesarias para generar procesos de atención, prevención y promoción de la salud y el desarrollo infantil deseables. En el caso del PROMIN, la capacitación y el diseño de la evaluación se realizaron sobre la base de estas definiciones de lo deseable.

El diseño de evaluación propuesto para el PROMIN favoreció el trabajo de los equipos basado en las expectativas y demandas, y su entrenamiento para la identificación de los problemas y de las necesidades reales de capacitación. Desde esta perspectiva, los instrumentos de evaluación que elaboró el equipo central constituyen materiales disparadores del análisis y la reflexión, esto es, son herramientas de trabajo para los equipos de supervisores capacitantes que se espera sirvan para la discusión conjunta y el fortalecimiento de enfoques que orienten las actividades de capacitación en los efectores.

Los equipos de capacitación local: instancias de evaluación diagnóstica e instrumentos de sistematización

Para llevar adelante una capacitación centrada en los problemas de la práctica resulta imprescindible apelar a la observación en el terreno, en el trabajo concreto y en el lugar mismo donde se realizan las actividades. Es necesario tomar contacto directo con el desempeño técnico real del personal de los efectores de salud destinatario de la capacitación. Este momento es el más apropiado para sugerir la evaluación diagnóstica, que tiene como finalidad principal la "ubicación", es decir, ordenar, orientar la elección sobre el modo de intervención más apropiado, localizando el punto de partida más adecuado.

"Las visitas iniciales de los supervisores capacitantes representan un espacio de identificación de problemas, de caracterización de los equipos, de descripción de prácticas. Ellas permiten formular un diagnóstico inicial. Asimismo, facilitan la realización de actividades de aproximación, verificando el tipo de efectos que se producen en los efectores a partir de estas primeras intervenciones" (7). Es el momento de la incorporación e inserción de los capacitadores en los grupos destinatarios de la capacitación, por medio del diálogo y el conocimiento mutuo.

En esta etapa, es conveniente reunir información acerca de la forma de pensar de las personas y los grupos, y de sus puntos de vista sobre los cambios que habría que introducir para mejorar. Si bien estos datos aún no permiten identificar los problemas y sus dimensiones, ni ponderar las necesidades efectivas de capacitación, son muy importantes para detectar las cuestiones operativas y de gestión problemáticas y colaborar en su solución comunicándolas a las respectivas áreas responsables.

El responsable del área de capacitación y el grupo de capacitadores deben comenzar a interpretar el "material de terreno", intercambiar algunas ideas y esbozar un perfil del efector definiendo su punto de partida y adecuando las intervenciones para el desarrollo de la educación en servicio. Uno de los instrumentos de sistematización propuestos para esta etapa, que puede discutirse en las reuniones del equipo de capacitación, es la Guía de evaluación diagnóstica. Como modelo de registro posible de esta primera etapa se presenta el siguiente esquema, en general útil para el primer bimestre de trabajo, después de lo cual se comenzará a evaluar utilizando la Guía de seguimiento (véase más adelante):

Problemas detectados	Actividades realizadas	Efectos de las intervenciones

A fin de realizar el seguimiento de las actividades de capacitación en servicio, conviene aplicar en esta fase diagnóstica otros instrumentos evaluativos, tales como las Guías de seguimiento y evaluación y el Cuestionario de percepciones de los miembros de los efectores, en los que se profundiza más adelante, que funcionan como "línea de base", es decir, como una evaluación del punto de partida de la capacitación. La aplicación de estos mismos instrumentos al promediar y al finalizar el proyecto de capacitación permite ponderar los avances y dificultades, entendidas estas últimas como los aspectos que no se logró modificar a pesar de la intervención y de las expectativas.

Instancias de evaluación del seguimiento de la capacitación: principales instrumentos

Ya se ha señalado que una propuesta de capacitación centrada en la resolución de problemas necesita indagar en la distancia existente entre las prácticas actuales y las deseadas. En el PROMIN, la capacitación en servicio propuso facilitar el pasaje progresivo desde las prácticas vigentes en los centros de salud, hospitales y centros de desarrollo infantil hasta su transformación en función de las prácticas deseadas. Muchas veces, algunos aspectos del desempeño de los equipos de los efectores no son compatibles con la imagen deseable de los modelos de gestión y atención que se pretende alcanzar.

Como aporte al proceso de definición compartida de los desempeños deseables y para orientar las actividades de capacitación se elaboraron las Guías de seguimiento y evaluación de las actividades de capacitación en servicio. Cada indicador de seguimiento expresa los contenidos globales, más allá de los contenidos particulares que surjan de la situación específica o de la demanda de los efectores. Se trata de objetivos de transformación básicos y comunes para el mejoramiento de los modelos de gestión y atención que plantea el programa, y se expresan en términos de prácticas de trabajo consideradas deseables. Estas guías también han servido como herramientas de monitoreo, ya que están orientadas a evaluar los progresos y detectar los nudos críticos que obstaculizan los cambios. Las guías no se consideraron instrumentos rígidos y cerrados, sino que a medida que se detectaron necesidades en los equipos de capacitación o en el nivel central, se introdujeron ajustes en función de las características y objetivos de los subproyectos o de los cambios en las expectativas.

Para facilitar la coordinación de los procesos de evaluación, se sugirió utilizar una guía de seguimiento por efector, con objeto de identificar los avances y dificultades en forma particularizada, y luego completarla en grupo para ir confrontando los puntos de vista y las observaciones del equipo de capacitadores. Se construyó así una síntesis compartida por efector, del período en cuestión. Las Guías de seguimiento y evaluación de las actividades de capacitación en servicio (véase el Anexo I) se elaboraron según tipos de efectores, con el aporte de las diversas áreas del programa, para su utilización a lo largo del tiempo. Se incluyeron columnas de seguimiento divididas en un primer momento por trimestres y luego por semestre, para que en cada una de ellas se considerara un puntaje capaz de traducir el seguimiento de la capacitación en cada período, y en las subsiguientes se incluyeran los avances o retrocesos posteriores, teniendo en la misma grilla la totalidad del año (véase el Anexo I). Se propuso utilizar una calificación en la escala de 0 a 10 para cada ítem, donde 0 es el desempeño ausente o inexistente, y utilizar una raya cuando el indicador no fue trabajado en el período en cuestión, ya que es posible que no se haya priorizado ese aspecto en la planificación de la intervención, en función del diagnóstico inicial. Se sugiere abordar a lo largo del tiempo todos los aspectos problemáticos detectados. En función de la planificación educativa que se realice, se seleccionarán y organizarán los problemas y contenidos que de ellos se desprendan y que sucesivamente se aborden.

Al considerar los logros y dificultades de la capacitación se tuvieron en cuenta tanto los aspectos referidos al “hacer” como al “modo de pensar y valorar” que sustentan las prácticas actuales y sostendrán las prácticas deseables. Para ello, las estrategias de trabajo de los capacitadores incluyeron entrevistas y reuniones combinadas con la observación directa. Cada una de estas instancias son eficaces según los aspectos que se desee conocer: las situaciones de diálo-

gos, entrevistas o reuniones resultan útiles para comprender la manera de percibir, valorar y pensar de los sujetos y los grupos, material fundamental para el trabajo de capacitación.

Sin embargo, "del dicho al hecho hay mucho trecho", dice el refrán, y estas formas de trabajo por lo general dicen poco acerca de cómo son efectivamente las prácticas y desempeños. Por ejemplo, si se pregunta a los responsables de realizar el seguimiento del crecimiento del niño cómo trabajan, seguramente enumerarán varios de los pasos normalizados que siguen, pero difícilmente se sabrá —por tomar algún aspecto— si la técnica para pesar y medir ha sido realizada adecuadamente, o cómo son las interacciones reales entre el personal médico o de enfermería y el niño o la familia.

Por ello, es vital la observación de las prácticas en el terreno, pues permite verificar todas las variables y avanzar en una intervención pertinente y oportuna, tanto sobre el modo de pensar y valorar las acciones como sobre las formas de realizarlas. Las guías de seguimiento apuntan a conseguir que las estrategias de trabajo de los capacitadores incluyan la observación directa y sistematicen su aplicación. En este sentido, se reafirma la vinculación directa entre el modelo de capacitación y la modalidad de evaluación. Las prácticas educativas están impregnadas de intencionalidad, y cuando lo que se busca es la participación de los sujetos en la reflexión y en el compromiso con la acción, la capacitación no se agota en el conocimiento de las normas o en el "adiestramiento" en una técnica. El proceso de capacitación necesita incluir como contenidos la comprensión del porqué y el para qué de las prácticas, y promover un cambio en la forma de pensar la propia acción. De este modo, cambiar las prácticas no solo requiere un entrenamiento sobre el hacer sino también sobre las representaciones del hacer. A medida que se desarrollan las acciones, se detectan problemas comunes que desembocan en la definición de contenidos. Este paso es necesario para orientar las actividades de capacitación y para que el equipo construya una visión compartida. Muchas veces se detectan aspectos que requieren un tratamiento particular por medio de talleres, seminarios, cursos o encuentros.

Para conocer las formas de pensar, que, como ya se mencionó, influyen decisivamente en los modos de hacer e interactuar, y definir las brechas en cuanto a los desempeños deseables, se idearon el Cuestionario de percepciones de los miembros de los efectores de salud (véase el Anexo II). Mediante estas preguntas se procuró evaluar las percepciones del personal sobre sus creencias o concepciones, sus conocimientos del propio trabajo, sus prácticas laborales, sus opiniones sobre qué aspectos desearían profundizar y su valoración de la capacitación en servicio. Las preguntas apuntaron a indagar en torno de las representaciones (percepciones, concepciones, valoraciones, conocimientos previos) del personal de salud sobre temas relevantes para el ejercicio de su función técnica, desde el hacer y desde el saber hacer, y sobre las concepciones que sostienen los aspectos sociales y la interacción recíproca.

El cuestionario estaba destinado al personal de efectores de salud y centros de desarrollo infantil, y adoptó la forma de escalas de opinión cerradas, autoadministradas individualmente y estratificadas según la función. Es importante crear un espacio motivador al administrar el cuestionario, explicando sus características y objetivo, instando a contestarlo en forma individual y autónoma, y aclarando las dudas que surjan. Se debe asegurar el anonimato de las respuestas para fortalecer la confianza y lograr informaciones fidedignas, y establecer una forma rápida y segura de entrega. Es conveniente, para evitar la pérdida de información, establecer una instancia de

devolución grupal de la información, en la que se compartan las tendencias generales que ha arrojado el procesamiento.

En cuanto a la forma de administración de este instrumento, se plantearon dos estrategias posibles: a) la administración después de un tiempo (post) de desarrollo de la capacitación en servicio (año y medio), que permite evaluar la situación en ese momento y repensar cómo seguir (esto ha sido especialmente útil para los efectores que ya estaban en proceso de capacitación); b) la administración en dos momentos (ante-post), al comienzo, antes del inicio de la capacitación, y después de haberla llevado a cabo. El objetivo era comparar los cambios en estas percepciones, considerando un período de intervención significativo en medio de ambas aplicaciones del cuestionario. Se podía hacer una administración universal del cuestionario (a todo el personal de todos los efectores) o por muestra de efectores (todo el personal de los elegidos). Se planteó también una forma mixta: diseño "post", para los que ya llevaban un año y medio de capacitación, y diseño "ante-post" para los que iban escalonando su entrada a la capacitación.

El análisis de la información obtenida, tanto a partir de las guías como del cuestionario, orientó las intervenciones y permitió avanzar hacia una evaluación más ajustada de la capacitación. Los equipos, a su vez, se reunían una vez por semana para identificar problemas y necesidades, intercambiar experiencias, evaluar los logros y obstáculos, y diseñar formas de intervención apropiadas para cada contexto.

A medida que se reconocían las causas probables de los avances, retrocesos o dificultades, y se identificaban alternativas de solución, se sugería a los equipos de capacitación que compartieran sus observaciones con los miembros de las áreas sustantivas. Se realizaron así, en varios equipos locales, reuniones entre los diferentes actores para discutir problemas y aciertos e idear soluciones en forma conjunta.

Se definieron luego las acciones necesarias para mejorar los procesos de capacitación, y se fue discriminando cuáles eran las actividades que justificaban una gestión político-institucional específica y cuáles se debían seguir abordando en el marco de la capacitación, como espacio real de prácticas técnicas y sociales. En este sentido, se ha señalado (*8*) que para poder pensar cuáles serían las formas más adecuadas de intervenir según los tipos de problemas relevados: "habrá que adaptar la enseñanza lo más posible a las competencias profesionales que se hayan definido previamente, ya que hay unas estrategias más adecuadas que otras para alcanzar los fines pretendidos".

Al ampliarse la oferta de capacitación a otros efectores de salud, se integraron a los equipos locales nuevos capacitadores, aprovechando la experiencia de sus pares. Los coordinadores de estos equipos colaboraron con la articulación del trabajo, la evaluación del proceso y del producto, y la proyección de nuevas actividades. Los responsables de capacitación de cada equipo cumplen un papel fundamental, ya que acompañan el trabajo en los efectores, hacen visitas de seguimiento con información objetivada y pertinente, y apoyan y orientan a los capacitadores en el transcurso de la intervención educativa. Se ocupan también de elaborar los informes de evaluación periódica, tanto cualitativos como cuantitativos. Si bien estos informes responden a pautas establecidas en el nivel central, constituyen instrumentos fundamentales para monitorear la capacitación y facilitan la comunicación entre este y cada uno de los subproyectos (véase, más adelante, "Un camino compartido"). Asimismo, permiten hacer "un alto en el camino" para evaluar y programar el avance de las actividades del equipo de capacitación.

El informe cualitativo de avance semestral constituye un instrumento de seguimiento de la capacitación que pretende facilitar el ejercicio de programación de las actividades que se realizan en el nivel local, y permite conocer con mayor precisión qué se está haciendo y cómo, y qué obstáculos se han identificado, y pensar en las posibles estrategias de intervención y de acciones de capacitación. Para la mejor planificación de las tareas de capacitación, se ha sugerido que la información considerada pertinente se organice en torno de los siguientes puntos:

- *Acciones de capacitación realizadas:* son las relacionadas con las variables que han sido definidas para la evaluación de resultados (véase más adelante), entre ellas, la organización del efector, la calidad técnica, el trabajo en equipo y el trabajo con la población.
- *Logros:* expresan los cambios en las prácticas de los equipos de los efectores como resultado de las actividades de capacitación. Se trata de traducir los puntajes de las guías de seguimiento en logros concretos con objeto de sistematizar los datos obtenidos en las guías y su interpretación.
- *Principales obstáculos y estrategias para superarlos:* señalan los problemas que dificultan el cambio en los modelos de atención y gestión, así como las estrategias de intervención seleccionadas para superarlos.
- *Proyección de cobertura para el próximo semestre.*
- *Plan de actividades para el próximo semestre.*

El informe cuantitativo de avance trimestral, elaborado en forma sistemática, incluye informaciones útiles para la organización de los equipos, tales como la cantidad de capacitadores que llevan a cabo las actividades, el número y características de los efectores involucrados en el proceso de capacitación, el número de recursos humanos destinatarios, las horas semanales ejecutadas en los efectores y las observaciones generales. Estos datos se vuelcan en un cuadro que los organiza (véase el Anexo III). En el transcurso de la capacitación, este cuadro de sistematización de los datos cuantitativos se fue modificando (los cambios propuestos se inscriben en el concepto de generalización del modelo de atención a otros efectores de las localidades donde se ejecuta el proyecto PROMIN, y por lo tanto, a la consecuente extensión de la capacitación en servicio como estrategia pedagógica).

En la misma línea, se sistematizan por rubro los gastos ejecutados en el trimestre, en la Planilla de distribución presupuestaria. Este aspecto es de suma importancia para que las áreas de capacitación de los subproyectos se fortalezcan en cuanto a los criterios de distribución racional y optimizada de los recursos financieros, considerando un plan de trabajo. Se procura alcanzar los mejores resultados con el gasto más ajustado.

Los instrumentos que se acaban de describir apuntan a la construcción de procesos de trabajo en equipo, fortaleciendo los criterios técnicos que permitan fundamentar las decisiones de los responsables y planificar el desarrollo de la tarea. Se pretende así alejarse de la lógica del control burocrático.

Como muestra de lo expresado, es interesante el siguiente texto de los coordinadores de uno de los equipos locales de capacitación:

> Ni bien se iniciaron las actividades de capacitación, el equipo acordó la realización de un encuentro semanal con el objetivo de poner en común las experiencias generadas por la aplicación de una estrategia para todos innovadora, tanto por los contenidos como por la metodología. Sin embargo, este espacio no tardó en convertirse en un dispositivo de evaluación y retroalimentación, durante el cual se analizaba: el avance de los proyectos programados a nivel local; los modos particulares de integración y de intervención de los equipos en función de los diagnósticos previos; la transformación de las prácticas de los destinatarios; la evaluación de los indicadores del Programa en relación con los resultados esperados y como insumo para la redefinición de los contenidos propuestos en los períodos acordados. Al mismo tiempo, dichas reuniones se constituyeron claramente en una verdadera usina de ideas y propuestas para la toma de decisiones, las cuales fueron consensuadas únicamente en el contexto de las mismas. Este espacio permitió, igualmente, la articulación entre los lineamientos del Programa a nivel nacional, la demanda de la línea política —a su vez perteneciente a varias jurisdicciones— y las necesidades de los destinatarios (*9*).

Los procesos descritos ayudaron en mayor o menor medida a reflexionar sobre las prácticas docentes de los capacitadores, agudizando la percepción de la necesidad de evaluar distintos aspectos de la tarea. Así, los equipos locales generaron instrumentos "a la medida" de los desafíos que se les iban presentando. En esta línea, por ejemplo, y a fin de mejorar la calidad de la capacitación y los resultados esperados, surgió en la coordinación del equipo de capacitadores de Corrientes la necesidad de profundizar el análisis de la práctica docente, más allá de la especialidad de cada capacitador. Se planteó entonces la necesidad de elaborar un instrumento capaz de arrojar resultados y promover reflexiones personales y profesionales: una ficha de autoevaluación para capacitadores que circuló entre todos los equipos locales y sirvió de estímulo para la administración de otros similares. Esta ficha aborda aspectos tales como la reflexión personal ante la tarea de capacitación, el grado de sistematización de la programación, y la incorporación de la evaluación como proceso permanente. "Es una propuesta que permite considerar los procesos de apropiación y aplicación de las nuevas prácticas, no solo por parte del sujeto capacitado, sino del mismo capacitador como actor fundamental en la transformación de las prácticas de los beneficiarios (*9*)".

La autoevaluación se incorporó como parte del sistema de evaluación, tanto en los efectores de salud, cuando ellos mismos aplican las guías de seguimiento de la capacitación (avanzando hacia grupos de calidad), como en los supervisores capacitantes, cuando realizan la autoevaluación en forma sistemática. Este aspecto es de gran importancia, ya que el eje del componente de capacitación entiende a los actores del proceso como constructores de su propio conocimiento, avanzando en la concientización de sus necesidades de aprendizaje. Se pretende así favorecer la autonomía y generar, tanto en los capacitadores como en el personal de los efectores, conocimientos sobre su propio proceso de aprendizaje, facilitando la reflexión y el desarrollo de estrategias metacognitivas. Para ello, es fundamental crear un espacio de autoevaluación orientado a objetivar el desempeño, los progresos alcanzados y las dificultades.

Instancias de evaluación del proceso y del producto; principales instrumentos

En las instancias de evaluación del seguimiento descritas, se intenta precisar el grado de dominio de determinadas competencias y señalar la parte de la tarea que no se domina, no con el propósito de calificar sino de ayudar tanto al personal de los efectores de salud como a los capacitadores y al equipo de gestión local a concentrarse en las decisiones y en el aprendizaje necesarios para alcanzar los objetivos de un modelo deseable. En las instancias de evaluación del proceso y del producto se realiza una estimación más general de los logros alcanzados, se informa a los responsables de los otros componentes de los subproyectos (áreas sustantivas) y al nivel de gerencia del proyecto acerca de las decisiones de gestión necesarias para modificar el rumbo. La evaluación del producto se reconoce fundamentalmente por la posición en la línea temporal del proceso de aprendizaje, ya que se realiza con determinada frecuencia y con regularidad fija, y representa un resultado final o punto de inflexión, donde las habilidades y los conceptos se incluyen como resultado logrado o no. En este punto, la atención no se centró en el análisis de los procesos subyacentes.

"Se elaboró un modo de evaluación con incidencia directa sobre los beneficiarios de la capacitación, que permitiera establecer resultados referidos a la transformación del modelo de atención en salud y de los centros de desarrollo infantil (CDI): gerenciamiento del efector, atención obstétrica y pediátrica, funcionamiento de redes y actividades extrainstitucionales, entre otros aspectos" (*9*). Se planteó la importancia de definir estos logros desde el punto de partida hasta el momento en que se realiza el corte evaluativo. En algunos casos los logros pueden ser totales y en otros parciales (un porcentaje de lo deseado). Se explicita el nivel de los logros, que son variables según los efectores: en algunos, de nivel alto, y en otros logros, parciales. Por ello, se propuso un agrupamiento de las planillas de evaluación por zonas y grupos de efectores.

Las planillas semestrales de monitoreo y de evaluación de las acciones de capacitación (véase el Anexo IV) comenzaron a utilizarse en el año 2000, cuando se realizó un corte evaluativo en cada subproyecto, denominado evaluación de medio camino. La primera considera aspectos relacionados con las habilidades operativas, de comprensión y concepción, las capacidades de gestión, la calidad de la atención, y el trabajo con la población destinataria. Para evaluar estos aspectos, se determinaron cuatro variables: organización del efector, trabajo en equipo, calidad técnica y trabajo con la población. Estas dimensiones se consideran en las guías de seguimiento, cuyo análisis permite realizar una ponderación numérica (del 0 al 10) por efector en cada rubro, comparando los puntajes actuales con los del semestre anterior. En la segunda planilla deben completarse los datos de los efectores y el nombre de los capacitadores a cargo. Se intenta asociar los avances de cada efector con el trabajo de los capacitadores, identificando si alguno de ellos tiene alguna dificultad.

El uso de estos instrumentos pretende constituirse en un aporte. Su utilidad radica en que permiten ver "el todo" de lo realizado —no sin esfuerzo, por cierto— para profundizar la evaluación del proceso y de los productos. Se pretende que este momento de la evaluación se cargue de significación y ayude a potenciar los logros, detectar los problemas, analizar sus causas, buscar nuevas líneas de acción y racionalizar los esfuerzos. Sus resultados son útiles para la elaboración del informe cualitativo, ya que es el momento de traducir el puntaje en logros concretos. Se trabaja definiendo los logros observables en los efectores, es decir, los resultados concretos que expresen cambios en las prácticas de trabajo de los equipos de los efectores.

Las instancias de evaluación en el nivel central: un camino compartido

La gestión central del componente constituye una pieza clave para la estrategia de evaluación, pues ayuda a comprender qué se evalúa cuando se objetivan las expectativas de logro, en qué se está fallando y qué dificultades se plantean, y a entender que la función primordial de la evaluación es mejorar las acciones, alentando los logros y reorientando los desaciertos.

El nivel central apoyó la implementación de cada instrumento específico, orientando la tarea y monitoreando el proceso. En tal sentido, se trabajó con el referente de capacitación de cada equipo local y con sus capacitadores, para que la evaluación fuera un elemento de la programación. Se llevó a cabo la sistematización de los distintos informes de avance enviados, por medio de informes consolidados que permitieron comparar períodos y subproyectos. Asimismo, se cruzaron las informaciones que produjo cada equipo de capacitación, se detectaron inconsistencias y nudos críticos y, como parte de las actividades de acompañamiento de la capacitación, se realizaron "devoluciones" con el ánimo de enriquecer las actividades en cada uno de los subproyectos y hacer más sostenible la capacitación.

Compartir con los equipos la información sistematizada que generan, es devolverla a sus legítimos "dueños", enriquecida desde una visión más global, con otra perspectiva. Se parte de una concepción según la cual la socialización de la información permite la reflexión conjunta en torno a los resultados obtenidos y produce nuevos insumos en relación con la posibilidad de intervenir pedagógicamente en los procesos, en razón de un saber compartido. La idea central es que la información que se obtiene les pertenece a quienes la han brindado.

Los instrumentos de seguimiento elaborados en el nivel central del componente con la finalidad de objetivar las acciones realizadas en los efectores fueron:

- Un informe consolidado elaborado sobre la base de la planilla de información cuantitativa.
- Un informe consolidado del presupuesto de capacitación ejecutado por trimestre.
- Un informe consolidado de las horas de capacitación en servicio ejecutadas y de los recursos humanos en proceso de capacitación en servicio por trimestre.
- Una actualización permanente, por subproyecto, de los supervisores capacitantes y de otras actividades docentes.

Se aspira también a que los informes consolidados sirvan para la evaluación global y progresiva de resultados y para el trabajo del equipo de coordinación central (UCP), con los miembros de los otros componentes, de las áreas sustantivas y de las gerencias. Sin embargo, la modalidad de valoración más significativa para el equipo del nivel central es la evaluación compartida *in situ,* en la que se analizan los resultados de la capacitación en el terreno, se visita a los efectores y se sistematizan la observación y la recolección de la información. La guía de observación en el terreno (Anexo V) presenta los ejes principales de la visita a los efectores, plantea las preguntas que orientan el proceso de recolección de información y permite compartir criterios con los equipos locales. Se confrontan luego las opiniones y puntos de vista del personal de los efectores y de los representantes del nivel central con las percepciones de los capacitadores sobre cada

uno de los ejes señalados. Estos espacios de trabajo constituyen ámbitos de construcción colectiva de conocimiento.

Otra instancia de valoración de la capacitación en el nivel central es la evaluación de medio camino que, como ya se mencionó, representa un corte evaluativo que se realiza a cada subproyecto y en todos sus componentes. En esta instancia se construye el instrumento de evaluación del producto descrito en el punto anterior. En este momento se trabajó con instrumentos de puntaje por evolución del desempeño, por efector y por zona, los cuales constituyeron el insumo para el monitoreo y evaluación de la capacitación en el marco de los procesos evaluativos de "medio camino" de cada subproyecto.

Se utilizaron los siguientes datos:

- Cobertura:

  Cantidad de efectores bajo capacitación/total de efectores.

  Total de personal bajo capacitación/total de recursos humanos.

- Eficacia del proceso: evolución del puntaje promedio al inicio y al final, según planillas.

Salud (Puntaje 1 a 10)

	Puntaje inicial	*Puntaje final*	*Porcentaje de variación*
Organización del efector			
Trabajo en equipo			
Calidad técnica			
Trabajo con la población			

Desarrollo infantil (Puntaje 1 a 10)

	Puntaje inicial	*Puntaje final*	*Porcentaje de variación*
Organización del efector			
Trabajo en equipo			
Calidad técnica			
Trabajo con la población			

La evaluación del PROMIN I, que correspondió al cierre de la primera fase del proyecto e incluyó la intervención en cinco subproyectos cuya financiación había llegado a su término, se apoyó en expertos externos. Una comisión del nivel central del programa elaboró un informe a partir del cruce de documentos, comunicaciones, indicadores e instrumentos evaluativos del proceso. Este fue, a su vez, analizado por expertos, que se centraron en el impacto del proyecto en general, y uno de los aspectos considerados fue la capacitación. En esta instancia se expresó:

> Otro logro importante ha sido la conformación de equipos de supervisores capacitantes, para la capacitación en servicio del recurso humano de los efectores de salud y de desarrollo infantil, mecanismo asumido en algunos casos como propio por las contrapartes provinciales. En el caso puntual de los Centros de Desarrollo Infantil (CDI), debe agregarse que las actividades de capacitación con las madres —Promotoras Educativas Comunitarias (PEC)— han tenido un impacto al nivel individual, grupal y familiar, en cuanto a la socialización y el incremento de la autoestima.

Por último, otra estrategia de evaluación utilizada ha sido la elaboración de Cuadernos de sistematización de experiencias. Cada equipo local seleccionó experiencias valiosas por su carácter innovador o porque presentan alternativas de enseñanza-aprendizaje para el trabajo en los servicios. Publicados por el nivel central bajo el título de *Cuadernos de experiencias: prácticas para compartir,* estos Cuadernos se han constituido en un insumo para la evaluación de acciones y también en un material para la capacitación, obtenido a partir de la práctica de los propios actores (*10*).

Conclusiones. Lecciones aprendidas: obstáculos, logros y perspectivas

> *La estrategia de evaluación diseñada e implementada en el PROMIN promovió el análisis y la reflexión y constituyó un instrumento de trabajo para los equipos de supervisores capacitantes en particular y, en mayor o menor medida, para los equipos maternoinfantiles provinciales. Resultó de utilidad para la discusión conjunta y el fortalecimiento de enfoques destinados a orientar no solo las actividades de capacitación en los efectores, sino también las decisiones y acciones de gestión. La evaluación "en el terreno", eje central de la estrategia, mostró la importancia de la capacitación en servicio, y en especial de la valoración del desempeño como modalidad que permite desarrollar competencias y plantearlas como problemas críticos de los servicios.*

Los resultados de las evaluaciones reflejan grados dispares de avance en los distintos subproyectos, áreas y efectores, a veces utilizando los mismos ejes de orientación y abordajes similares. Ello pone de relieve que los resultados eficaces no dependen exclusivamente de la calidad del espacio educativo que se genera en los efectores —si bien este es un aspecto importante—, sino que están estrechamente relacionados con: a) el nivel de resistencia ante la posibilidad de transformación de las prácticas institucionalizadas, y las actitudes de aceptación o rechazo del personal; b) las actitudes facilitadoras u obstaculizadoras de los responsables de los efectores de salud involucrados; c) la existencia de medidas originadas en la línea política, que respalden los procesos de cambio esperados.

No en todos los subproyectos y, dentro de ellos, no en relación con todos los aspectos, se han puesto en práctica el monitoreo y la evaluación con igual rigurosidad y resultados. Pero en todos los casos las acciones de evaluación mejoraron las prácticas de atención de los efectores de salud y promovieron el desarrollo de los equipos técnicos. Un aspecto para destacar, que facilitó las prácticas de evaluación, fue que los equipos de capacitadores, en su gran mayoría pertenecientes a la estructura de línea de los servicios de salud y educación, se fortalecieron en cuanto al uso de las fuentes de información y la capacidad técnica para la programación y desarrollo de la capacitación en servicio.

La fortaleza o debilidad de los equipos locales y la formación específica del coordinador de los capacitadores ejercieron gran influencia en las tareas de evaluación y en sus resultados. El equipo central acompañó estas situaciones, y muchas veces fue necesario reforzar el equipo local con un perfil de formación pedagógica que apoyara al grupo de capacitadores en la tarea cotidiana. En ocasiones la capacitación y, por lo tanto, su evaluación se vieron interferidas por cambios políticos locales que no fueron ajenos a las dificultades para resolver. La actitud comprometida de los capacitadores con el modelo propuesto resultó determinante, facilitando tanto el compromiso con la tarea como la apropiación de procedimientos didácticos y técnicas.

La capacitación en servicio constituye un proceso permanente, progresivo y de logros continuos. Al desarrollarse en contextos reales, los diversos factores institucionales que facilitan u obstaculizan las actividades de capacitación por lo general se van modificando paulatinamente. La evaluación ha facilitado la identificación de problemas críticos en los servicios y la producción de cambios necesarios. Por otra parte, la evaluación misma se ha visto fortalecida, tanto localmente como en el ámbito central, por el trabajo de los equipos en los encuentros sistemáticos de intercambio, organización y programación del proceso de capacitación, así como en las reuniones técnicas regionales y en las pasantías entre subproyectos, que tenían por objeto compartir experiencias que resultaran de utilidad en otros contextos y ayudaran a resolver los problemas detectados.

Las propuestas de capacitación en general, y de evaluación en particular, han sido valoradas como estrategias de apoyo a los actores participantes tomando en cuenta que a menudo se arriba a los resultados esperados y otras no, y también que muchas veces se producen resultados no esperados y aun sorprendentes. Lo realmente valioso es que todos los análisis de los procesos evaluativos han servido para "darse cuenta", esto es, para aumentar los niveles de conciencia de las acciones de los actores involucrados, y han favorecido la "desnaturalización" de situaciones. Paradójicamente, los logros alcanzados por la nueva estrategia de capacitación, por un lado, y la tendencia a polarizar las opciones en el nivel central, por otro, han creado un nuevo obstáculo para el área de capacitación: se ha generado la percepción de que la supervisión capacitante es la única modalidad de capacitación, obturándose, en muchos casos, su desarrollo posterior, y con el peligro de que se convierta en una práctica repetitiva.

La unificación de los programas maternoinfantiles plantea un nuevo desafío: la modalidad de trabajo de los técnicos de los programas regulares en general, y en particular en materia de capacitación, se abordaba mediante prácticas que traslucían una lógica distinta de la adoptada por el PROMIN. No se contaba con un componente educacional, sino que se realizaban actividades de capacitación a medida que se recibían las demandas y se generaban necesidades desde cada área de trabajo. Tampoco se contemplaba la realización de evaluaciones y, en caso de haberlas, eran de

tipo reactivas. La unificación de los programas maternoinfantiles, tanto en la esfera nacional como provincial, plantea un proceso de confrontación de modelos de capacitación que aún no ha sido resuelto. La existencia de un componente educativo está en proceso de legitimación en el nuevo escenario, y por lo tanto también las actividades de evaluación sistemática de la capacitación.

Plantear una estrategia centrada en los problemas de la práctica desde un programa vertical es una cuestión difícil y a la vez estimulante. La propuesta es trabajar, desde realidades particulares y con dinámicas específicas; identificar en cada contexto cuál es la distancia entre la práctica real y la práctica deseable, entre el "ser" y el "deber ser". Y aquí la tensión: ¿quiénes determinan ese "deber ser"?, ¿quién establece cuál es la práctica deseable? En los primeros años del desarrollo del PROMIN, el programa central indicaba con claridad —e incluso con rigidez— qué se esperaba lograr, cuáles eran las transformaciones necesarias para el mejoramiento de la atención, la prevención y la promoción de la salud y el desarrollo infantil deseables. Sobre la base de esas definiciones se desarrollaron la capacitación y el diseño de la evaluación.

En el nuevo contexto institucional, estos aspectos se encuentran en proceso de revisión y se están planteando en el componente educativo. El equipo del nivel central muchas veces percibe como secundario el trabajo sobre las evaluaciones que se realizan con continuidad en los subproyectos, y no se destina para esos fines ni el personal ni el tiempo suficiente. En las decisiones de cambio de rumbo del proyecto se tiende a cumplir metas fijadas de antemano, sin que la información que surge del proceso de evaluación permanente de la capacitación sea explotada en todo su potencial para orientar las decisiones; al contrario, muchas veces se da prioridad a las intervenciones normativas.

Al ser el escenario político-institucional necesariamente cambiante en lo que atañe a las conducciones, se plantea la necesidad de renegociar el diseño de evaluación con los decisores de cada período, lo que deriva en una tensión entre las visiones que mutan y la necesidad de mantener constantes algunas variables para evaluar, a fin de que sean comparables. A su vez, en muchas ocasiones los cambios institucionales multiplican los requerimientos de la institución y se resienten los espacios para comunicar y acordar intereses en torno a la evaluación, y para trabajar las percepciones sobre el plan de evaluación de la capacitación. "Dificultades a sortear [...] aquellos determinantes relativos a la gestión del componente, donde intervienen elementos de orden político, administrativo y técnico que tienen la capacidad de facilitar u obstaculizar el desarrollo de los procesos educacionales tal como habían sido programados" (*5*).

Los contextos en los que diferentes objetivos e intereses están en pugna o tensión, son habituales. Pero los actores, el conjunto de personas que construyen los proyectos, son en mayor o menor medida los que realizan las definiciones, son los que arman, desde sus prácticas cotidianas, algunas construcciones conjuntas, los que generan o no el consenso. Así, el equipo de capacitación se ve frente a la necesidad de ampliar los espacios de negociación con otras lógicas de pensamiento. Algunos actores de otros componentes del PROMIN imponen exclusivamente una lógica de control de los procesos, centrando las expectativas en que el mejoramiento de los indicadores será consecuencia directa de una acción única. Y ello, en el marco de una cultura de la evaluación débil y de falta de espacios para comunicar los resultados de la evaluación, compartir, preguntar y construir consensos en torno de ella.

Así como los equipos locales se han apropiado de un modelo que incluye la adquisición de habilidades de gestión, organizacionales y de procesos de aprendizaje institucional, no siempre son estos valores los que privan en el conjunto de los actores implicados. Las visiones más normativas que estratégicas afectan al desarrollo de un diseño de evaluación. Como ya se mencionó, la importancia otorgada a la evaluación muchas veces es secundaria, y ello se traduce en la falta de tiempo asignado para realizarla. Se persiguen objetivos fijados de antemano sin que la información surgida de los procesos de evaluación permanente pueda emplearse al máximo para la transformación de aspectos de la realidad que no permiten atender de manera apropiada los problemas de salud de la población.

Si bien la experiencia descrita se caracterizó por un reconocimiento a las actividades de capacitación en general y de evaluación en particular, a menudo también se vislumbran algunos inconvenientes para producirlas y usarlas como instrumento de cambio. Las concepciones previas, las vivencias de la evaluación como control para sancionar o imponer normativas verticalmente, son parte de las representaciones de los actores que están presentes en la toma de decisiones y refuerzan la resistencia a un modelo de cambio. Se percibe la evaluación como un esfuerzo adicional y a menudo no se conoce con claridad la función que debe cumplir. Es necesario generar espacios para avanzar en la construcción de representaciones sociales que favorezcan un aprendizaje y una evaluación centrados en los problemas de la práctica y en la modificación de las concepciones obstaculizadoras.

Las habilidades necesarias para las nuevas modalidades de atención y gestión del sistema de salud son múltiples y no solo están ligadas a cuestiones formales. Ellas incluyen la percepción crítica de los problemas, la anticipación de probables resultados, la integración de los componentes que participan en el proceso de la salud, y la interpretación de investigaciones, entre otras. Es preciso jerarquizar y ampliar el componente de capacitación. Desde esa perspectiva, el sistema de evaluación es un elemento clave de la ejecución y continuidad de programas de capacitación en salud que ayuden a mejorar efectivamente las prácticas promoviendo así la salud y calidad de vida de la población.

Referencias bibliográficas

1. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, Programa Materno Infantil y Nutrición (PROMIN). Carpeta institucional. Buenos Aires: Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación; 1997.

2. Davini MC. La estrategia de capacitación en el PROMIN. En: Manuales de Intercambio de Experiencias N° 1. *Capacitación en servicio: prácticas para compartir.* Buenos Aires: PROMIN; 1999.

3. Davini MC. Definiendo capacitación. Buenos Aires: PROMIN; 1998 (documento interno).

4. Sirvent MT. Precisando términos. Pero... ¿es sólo cuestión de términos? *Propuestas. Revista de Educación No Formal* 1999;1(1), Buenos Aires.

5. Davini MC, Nervi L, Roschke MA. *Capacitación del personal de los servicios de salud. Proyectos relacionados con los procesos de reforma sectorial.* Quito: OPS/OMS; 2002 (Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud No. 3).

6. Llosa S, Lomagno C. *Estrategias didácticas II: Las prácticas comunitarias en salud.* Módulo 8. Subsecretaría de Planificación de la Salud. Dirección Provincial de Capacitación para la Salud. Argentina; 1999 (Serie Formación Docente en Salud).

7. Davini MC. Guía de evaluación diagnóstica. Programa de Educación en Servicio, Componente de Capacitación del PROMIN. Argentina; 1997.

8. García Barbero M et al. (eds.). *Planificación educativa en ciencias de la salud.* Barcelona: Masson; 1995.

9. Luzuriaga T, Casco M. de. Capacitación y evaluación: transformando las prácticas. Corrientes: PROMIN; 2003 (documento interno).

10. OPS/OMS/Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia/Programa de Desenvolvimento de Recursos Humanos. Oficina de Trabalho. A avaliação de processos e projetos de capacitação nos serviços de saúde. Salvador, Bahía; junio de 2002 (informe preliminar).

ANEXOS

ANEXO I
GUÍAS DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE CAPACITACIÓN EN SERVICIO

(Se han elaborado también para hospitales y centros de desarrollo infantil)

CENTROS DE SALUD

Objetivos

1. Fortalecer las prácticas del equipo de salud orientadas a la atención comunitaria y no solo (ni principalmente) a la atención individual, afianzando un comportamiento activo en materia de prevención y promoción de la salud, y de captación de la población maternoinfantil y ampliación de la cobertura, y evitando el enfoque de atención como respuesta a la demanda espontánea y asistemática.

2. Hacer hincapié en la organización eficaz del equipo y del proceso de trabajo, atendiendo al trabajo cooperativo y la división complementaria de su funcionamiento, así como a la eficiencia del servicio.

3. Afianzar la calidad técnica de las prestaciones, promoviendo servicios oportunos, eficaces, equitativos, accesibles y de alto grado de aceptabilidad.

4. Promover la participación de los usuarios.

DENOMINACIÓN DEL CENTRO: .....

I. ORGANIZACIÓN Y DINÁMICA DEL EQUIPO

T1	T2	T3	T4

- ¿Valorizan la importancia de la programación conjunta de las actividades? ¿Saben cómo realizarla? ¿Distribuyen los tiempos y las acciones? ¿Las evalúan en común?
- ¿Actualizan el registro de población? ¿Saben cómo hacerlo? ¿Lo utilizan como herramienta de trabajo?
- ¿Valoran la importancia de la atención programada, con registro de citaciones para niños y embarazadas? ¿Saben cómo organizarla?
- ¿Utilizan sistemáticamente los registros?

Historia Clínica Perinatal (HCP base)

  - carné perinatal,
  - HC Pediátrica,
  - carné pediátrico,
  - curvas de crecimiento y desarrollo,
  - fichero cronológico de niños y embarazadas.

- ¿Utilizan en forma sistemática las normativas vigentes?
  - control de la embarazada,
  - control pediátrico (crecimiento y desarrollo),
  - control de desnutridos,
  - control de enfermedades prevalentes de la mujer,
  - control de enfermedades prevalentes: infecciones respiratorias agudas (IRA), enfermedades diarreicas agudas (EDA), etc.,
  - entrega de leche y alimentos.
- ¿Se articulan con efectores de desarrollo infantil de su área? ¿Saben cómo hacerlo? ¿Con qué frecuencia lo hacen?
- ¿Utilizan correctamente los formularios de referencias al hospital? ¿Realizan un seguimiento para su contrarreferencia?
- ¿Informan en forma continua a las instituciones de la zona de las actividades del centro de salud y sus horarios de atención?

	T1	T2	T3	T4
• ¿Coordinan acciones con otros programas, con organizaciones no gubernamentales o con instituciones de la comunidad? ¿Aplican alguna estrategia en este sentido?				
• ¿Realizan actividades de educación para la salud con la comunidad? ¿Aplican alguna estrategia apropiada al contexto? ¿Integran a miembros influyentes en la comunidad? ¿Aprovechan instancias del servicio para orientar a las madres? ¿Realizan actividades de prevención dirigidas a adolescentes?				

II. CALIDAD TÉCNICA

A) Atención del niño. Control del crecimiento y desarrollo	T1	T2	T3	T4
• Realización de actividades de captación orientadas a la comunidad				
• monitoreo del área programática,				
• educación a la familia sobre la importancia de la prevención y la consulta temprana,				
• captación de niños para su atención,				
• recaptación de desertores.				
• Realización de anamnesis, que incluye				
• indagación del hábitat social,				
• indagación sobre historia y situación familiares,				
• indagación sobre afecciones familiares,				
• antecedentes personales y de etapas de desarrollo.				
• Valoración física, que debe incluir				
• medición de peso y talla, sin ropas,				
• examen odontológico,				
• examen neurológico (reflejos y motricidad),				
• auscultación cardiorrespiratoria,				
• examen de audición,				
• examen abdominal y genital,				
• valoración de trastornos psicosomáticos.				

	T1	T2	T3	T4
• Evaluación antropométrica				
• uso de tablas de peso para la edad (P/E), talla para la edad (T/E) y peso para la talla (P/T),				
• diagnóstico antropométrico según las normas vigentes,				
• utilización de curvas nutricionales nacionales,				
• utilización de flujograma de evaluación nutricional.				
• Exploración del desarrollo del comportamiento por intervalos de edad				
• área del lenguaje,				
• área de coordinación visomotora.				
• Organización del control programado				
• seguimiento longitudinal,				
• organización y uso del carné pediátrico,				
• control de inmunizaciones,				
• organización del fichero cronológico, control de salud y patologías.				
• Cumplimiento de la cobertura de vacunación				
• aplicación de las vacunas indicadas según el calendario nacional,				
• monitoreo periódico de la cobertura del área,				
• realización de un censo sobre inmunización en el terreno.				
• Atención, seguimiento y retención de desnutridos				
• monitoreo del área programática,				
• atención domiciliaria,				
• orientación nutricional a la familia,				
• entrega de alimentos según las normas,				
• coordinación con otros efectores.				
• Atención de enfermedades eruptivas de la infancia				
• realización de diagnósticos diferenciales,				
• orientación oportuna a las madres,				

	T1	T2	T3	T4
• control de probables complicaciones,				
• control de brotes epidémicos.				
• Atención de infecciones respiratorias				
• control bacteriológico,				
• administración de medicamentos,				
• cumplimiento de las normas vigentes,				
• derivación oportuna según las normas,				
• seguimiento de la derivación.				
• Atención de enfermedades diarreicas				
• atención precoz y control,				
• detección de riesgo biológico y social,				
• terapia de rehidratación oral y tratamiento,				
• educación preventiva a las madres y saneamiento,				
• derivación oportuna según las normas.				
• Atención de parasitosis				
• realización de diagnóstico clínico y parasitológico,				
• administración de medicamentos conforme a las normas,				
• educación preventiva a las madres,				
• participación en actividades de saneamiento ambiental.				
• Atención de infecciones urinarias				
• realización de diagnóstico clínico, de laboratorio y bacteriológico,				
• administración de medicamentos conforme a las normas,				
• educación preventiva a las madres,				
• diagnóstico precoz de enfermedades asociadas según las normas.				
• Atención y prevención de accidentes y maltrato infantil				
• diagnóstico,				
• atención del daño o traumatismo,				

	T1	T2	T3	T4
• apoyo en situaciones de crisis,				
• derivación oportuna,				
• realización de actividades educativas dirigidas a la población.				

B) Atención de la mujer embarazada	T1	T2	T3	T4
• Captación de la embarazada				
• monitoreo de la zona de influencia,				
• articulación con instituciones de la comunidad,				
• información de horarios de atención,				
• recaptación,				
• fichero cronológico.				
• Realización de anamnesis, que incluye				
• informaciones sobre el hábitat social,				
• informaciones sobre la situación familiar,				
• datos sobre embarazos y partos previos,				
• número de hijos y peso de los recién nacidos,				
• antecedentes clínicos y factores hereditarios,				
• evaluación de riesgo,				
• confección de la historia clínica,				
• vacunación antitetánica.				
• Realización de exámenes prenatales				
• examen clínico general,				
• valoración del peso y la talla,				
• medición de la presión arterial,				
• confirmación de embarazo,				
• cálculo de la edad gestacional y de la fecha probable del parto,				
• examen mamario y preparación para la lactancia,				

- examen genital,
  - incremento de peso durante el embarazo (curva de Rosso-Mardones),
  - evaluación nutricional según las normas vigentes,
  - control odontológico,
  - solicitud de análisis y estudios complementarios,
  - diagnóstico de anemia,
  - entrega de libreta sanitaria y carné perinatal.
- Seguimiento y evaluación de la mujer embarazada
  - entrega de turnos programados,
  - interpretación de los exámenes complementarios y control del incremento de peso,
  - psicoprofilaxis del parto y preparación para la lactancia.
- Complementación alimentaria durante el embarazo y lactancia
  - orientación sobre alimentación,
  - administración de hierro y ácido fólico,
  - entrega de alimentos según normas.

T1	T2	T3	T4

C) Atención de la mujer en edad reproductiva (de 12 a 49 años)

T1	T2	T3	T4

- Captación de la mujer en edad reproductiva (desde la menarca)
  - captación en la sala de espera y área programática,
  - realización de actividades educativas en la comunidad,
  - articulación con instituciones del área de influencia.
- Realización de control anual
  - apertura de historia clínica única,
  - inclusión de informaciones sobre el hábitat social y familiar,
  - control clínico general,
  - control ginecológico,
  - control odontológico,

T1	T2	T3	T4

- evaluación de riesgos o patologías.
- Entrega de turnos programados
  - confección de carné de salud,
  - fichero cronológico.
- Realización de acciones de educación para la salud reproductiva
  - orientación preconcepcional,
  - prevención de enfermedades de transmisión sexual,
  - concientización sobre la importancia del control periódico,
  - procreación responsable.

D) Algunos aspectos específicos de enfermería

- esterilización correcta y uso adecuado de los materiales y equipos,
- mantenimiento de existencias de vacunas suficientes,
- observancia estricta de la cadena de frío,
- administración del plan de inmunizaciones,
- realización de los controles de salud (P/T/PC y tensión arterial),
- registro adecuado de los resultados de los controles,
- orientación a las madres sobre la lactancia y alimentación.

OBSERVACIONES: .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

ANEXO II. CUESTIONARIO DE PERCEPCIONES DEL PERSONAL DE LOS EFECTORES

CENTRO DE SALUD/HOSPITAL (elaborado sobre la base de las opiniones acerca de la infancia y la crianza)

I. OPINIONES SOBRE LA ATENCIÓN DE LA SALUD

A continuación figuran una serie de enunciados que expresan diferentes puntos de vista acerca de la atención de la salud. Usted puede estar de acuerdo o en desacuerdo con estas opiniones. Por favor, al lado de los enunciados que se transcriben marque con una cruz su grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de ellos. **Solo debe figurar una cruz por renglón.**

ENUNCIADOS	Muy de acuerdo	De acuerdo	En desacuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
1. La mejor atención de la salud es la que brindan los médicos.					
2. Todas las personas tienen derecho a saber cómo y por qué se enferman.					
3. La principal función del personal de enfermería es prestar apoyo a los médicos.					
4. El bajo nivel educativo de la gente es el principal motivo de que la gente se enferme.					
5. La verdadera atención de la salud está en los hospitales y no en las salitas y centros de salud.					
6. Saber de qué se enferma y cómo vive la gente de la zona es importante para la práctica de la atención de la salud.					
7. La tarea de un equipo de salud debe limitarse a atender a los pacientes que vienen enfermos.					
8. Otras instituciones de la comunidad (escuelas, centros de desarrollo infantil, parroquias, etc.) no tienen mayor importancia en el cuidado de la salud.					
9. La atención brindada en un centro de salud y en un hospital pueden ser de la misma calidad.					
10. Cuando un niño está enfermo, los padres tienen derecho a participar de las decisiones sobre su tratamiento.					
11. Aun con escasos recursos, el seguimiento y recuperación de los pacientes es posible.					

ENUNCIADOS	Muy de acuerdo	De acuerdo	En des-acuerdo	Muy en desacuerdo	No sé
12. El trabajo en equipo es fundamental para tener buenos servicios.					
13. No es posible mejorar la salud de los pobres en el centro de salud.					
14. Los primeros cuidados de la salud son responsabilidad de la familia, principalmente de las mujeres.					
15. La programación de turnos de atención permite organizar mejor el trabajo cotidiano.					
16. Las tareas de promoción de la salud deben ser realizadas exclusivamente por personal no médico.					
17. Las prácticas tradicionales respecto de la salud familiar pueden generar graves enfermedades.					
18. Es casi imposible trabajar en equipo por las diferencias profesionales.					
19. El equipo de salud debe preocuparse para hacer más accesibles los servicios a la gente.					
20. Las acciones preventivas son responsabilidad exclusiva de las salitas y los centros de salud.					
21. Una vez derivado el paciente a otro nivel de atención es responsabilidad de ese nivel realizar su seguimiento.					

ANEXO III. INFORME CUANTITATIVO DE AVANCE TRIMESTRAL

		Hospitales	Centros de salud	Efectores de desarrollo infantil	TOTAL
Coordinadores de los capacitadores en servicio					
Capacitadores en servicio					
Efectores bajo capacitación	**Focalizados**				
	Por extensión				
Recursos humanos	**Focalizados**				
	Por extensión				
Horas de capacitación	**En servicio**				
	Pasantías				
	Otras				

ANEXO IV. PLANILLAS DE MONITOREO Y EVALUACIÓN DE LAS ACCIONES DE CAPACITACIÓN

Efectores bajo capacitación			Cantidad de personal bajo capacitación	Fecha de inicio	Puntaje segundo semestre de 2002				Puntaje primer semestre de 2003			
Zona	Tipo	Nombre			A Organización	B Trabajo en equipo	C Calidad técnica	D Trabajo con la poblqación	A Organización	B Trabajo en equipo	C Calidad técnica	D Trabajo con la población

Subproyecto

Efectores bajo capacitación			Equipo de capacitadores			
			2º semestre de 2002		1º semestre de 2003	
Zona	Tipo	Nombre	Nombre	Perfil	Nombre	Perfil

ANEXO V. GUÍA DE OBSERVACIÓN

Ejes para la visita en el terreno

Visita a efectores: centros de salud (CS) y centros de desarrollo infantil (CDI)

Tema: Alcance de la capacitación. ¿Qué mirar? ¿Qué preguntar?

Ejes:

- Impresión personal (clima – organización – aspectos que llaman la atención).
- ¿Tuvieron instancias de capacitación? ¿Cuántas y cuáles?
- Frecuencia de las visitas de los capacitadores a los efectores.
- Modalidades de la capacitación.
- Descripción de las acciones por intervención (calidad).
- Relación entre los capacitadores y el personal de los efectores: espacios, frecuencia, tipo de vínculo, acciones, intervenciones. Vínculo establecido entre los capacitadores y el personal de los efectores.
- Identificación de problemas, métodos de abordaje y alternativas de acción para solucionarlos. Logros y dificultades.
- Uso de los instrumentos de seguimiento de la capacitación: cuestionario de creencias y ficha del desarrollo psicosocial (indagar si ha habido devolución de estos cuestionarios y si se perciben como herramientas de trabajo para detectar problemas o para programar acciones de capacitación).
- Temas y contenidos de la capacitación.
- Articulación CS/CDI: modalidad, sistematización, frecuencia.
- Facilitadores y obstaculizadores de la tarea.
- Fortalezas y deficiencias técnicas para la tarea.
- Detección de ejes de asistencia técnica desde el área de capacitación (UCP).

Tema: Modelo de gestión

Ejes:

- Modelo de gestión: ¿Hay un coordinador? ¿Conduce los procesos? ¿Hay reuniones periódicas? ¿Para qué?
- Liderazgo
- Coordinación de procesos

Tema: Modelo de atención

Ejes: Indicadores de cambio

- Confección y utilización de historias clínicas.
- Utilización de indicadores.
- Turnos programados: ¿cómo son?
- Funcionamiento del fichero cronológico: ver cómo funciona. ¿Detectan? ¿Hacen algo? ¿Hay una recaptación de niños, embarazadas y mujeres en el programa de salud reproductiva?
- Incremento de la matrícula (CDI).
- Aumento del número de consultas (CS).
- Uso de cartografía (detección de grupos de riesgo, captación de embarazadas y niños desnutridos).
- ¿Qué hacen con los niños cuando llegan al centro? ¿Y con las familias? ¿Se realizan actividades en función del eje de desarrollo en la atención del niño? Tipo y calidad (CD y CDI).
- Actividades extrainstitucionales: promoción de acciones preventivas. ¿Visitas domiciliarias? ¿Tienen agentes sanitarios? ¿Captación? ¿Qué hacen? ¿Qué están pensando? ¿Qué apoyo necesitarían? ¿Cómo hacen para detectar a la población que no demanda?
- Referencia y contrarreferencia.

Tema: Articulación CD/CDI

Ejes:

- Modalidad de la articulación.
- Sistematización.
- Frecuencia.

Capacitadores

Confrontar las opiniones y puntos de vista del personal de los efectores con las percepciones que los capacitadores tienen sobre cada uno de los ejes señalados.

CAPÍTULO 6

LOS EFECTOS DEL DESARROLLO GERENCIAL EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD (PROYECTO GERUS): UN ESTUDIO DE CASO

LOS EFECTOS DEL DESARROLLO GERENCIAL EN UNIDADES BÁSICAS DE SALUD (PROYECTO GERUS): UN ESTUDIO DE CASO [17]

Débora Cristina Bertussi[18]
Márcio José de Almeida[19]

I. Introducción

Este artículo trata sobre los efectos de la implantación y desarrollo de un proyecto de gestión en las unidades básicas de salud (UBS) del Municipio de Curitiba, en el Estado de Paraná.[20] Está basado en una tesis de maestría que investigó y analizó las dimensiones políticas, administrativas y pedagógicas del proyecto GERUS (Desarrollo Gerencial de las Unidades Básicas de Salud) en Curitiba, en el marco del proceso de descentralización llevado a cabo en el sector de la salud. En cuanto a la metodología, se optó por realizar una investigación cualitativa basada en un estudio de caso de tipo histórico-organizacional.

La perspectiva de comprender el desarrollo gerencial a partir de un proyecto de intervención en el campo de los recursos humanos, y de analizar el modo en que se articula con la descentralización en el sistema de salud, surge en un momento de debate sobre el cambio de las prácticas sanitarias y la necesidad de intervenir en el perfil epidemiológico en función de la determinación de los problemas prioritarios.

El escenario municipal es un excelente espacio de observación y análisis de la organización de los servicios de salud y, por consiguiente, de su gestión a partir de la descentralización, principio fundamental del Sistema Único de Salud (SUS). Desde esta óptica, es necesario comprender la descentralización como concepto clave en la reorganización de los servicios de salud y a la gerencia profesional como la conductora del proceso de trabajo.

La descentralización, además de ser una de las directrices constitutivas en la organización del SUS, es uno de los presupuestos básicos para su viabilidad y ha orientado la redefinición de las

17 Artículo basado en la tesis de maestría de Débora Cristina Bertussi para obtener el título de Magíster en Salud Colectiva, Centro de Ciencias de la Salud (CCS), Universidad Estatal de Londrina (UEL).

18 Enfermera, Magíster en Salud Colectiva de la Universidad Estatal de Londrina (UEL), técnica del Departamento de Gestión de Educación en Salud/Secretaría de Gestión del Trabajo y de Educación en Salud/Ministerio de Salud. e-mail: dbertussi@uol.com.br

19 Médico, doctor en Salud Pública de la Universidad de São Paulo (USP), docente del Departamento de Salud Colectiva (CCS/UEL). e-mail: marcio49@uol.com.br

20 La ciudad de Curitiba, capital del Estado de Paraná, Brasil, ocupa una superficie de 430 km_ y está situada a 934,6 metros de altitud. Limita con los municipios de Almirante Tamandaré y Colombo, al norte; Campina Grande do Sul y Quatro Barras, al nordeste; Pinhais, al este; São José dos Pinhais, al sudeste; Fazenda Rio Grande, al sur; Araucária, al sudoeste, y Campo Largo, al oeste. Según el Censo del año 2000, divulgado por el Instituto Brasileño de Geografía y Estadística (IBGE), el municipio de Curitiba tiene una población general de 1 587 315 habitantes (47,93% de población masculina y 52,07% de población femenina) y una densidad demográfica de 37,4 habitantes/hectárea.

funciones de las tres esferas de gobierno (federal, estatal y municipal). Sin embargo, en la medida en que no exista una profunda redistribución del poder, de los recursos humanos y de las competencias del gobierno, la reformulación del modelo de atención, de las prácticas de salud y del control social se verá profundamente perjudicada y, por consecuencia, también la implementación del SUS.

La estrategia de descentralización apunta a recolocar cada ente federativo en su peculiar espacio de acción, de modo que el municipio preste los servicios locales a sus habitantes y el Estado brinde el apoyo necesario por medio de la regulación de las relaciones y la reducción de las desigualdades regionales, garantizando la acción intergubernamental e intersectorial en el ámbito de la unidad federada, con miras a la calidad de vida de su población.

La descentralización puede ser conceptuada, según Pimenta (*1*), de tres formas: la descentralización interna (de arriba hacia bajo en la estructura administrativa del sector público), la descentralización externa (de adentro hacia afuera de la estructura del Estado), y la descentralización entre los niveles del gobierno, con el objeto de fortalecer el poder local. Por su parte, Muller Neto (*2*), basado en la política sanitaria nacional y, más específicamente, en la municipalización de la salud, define la descentralización según dos tipos básicos: la sectorial (o funcional) y la territorial, que pueden existir de forma combinada. La descentralización funcional se refiere a la transferencia de funciones y tareas de un nivel jerárquicamente superior a otro inferior e involucra, por tanto, el poder de actuar; puede definirse netamente como desconcentración. La descentralización territorial implica la redistribución del poder entre el Estado y la sociedad, mediante la participación y el control social en la planificación y la acción gubernamental; puede definirse como democratización de la gestión social.

Desde la perspectiva sostenida en este estudio, la descentralización involucra la redefinición de la estructura del poder en el sistema gubernamental, realizada mediante cambios en la asignación de las competencias decisorias y ejecutivas, así como de los recursos financieros necesarios para solventarlas. Este punto de vista no implica, sin embargo, la eliminación de otros conceptos, ya que, como señala Neves (*3*), donde exista descentralización habrá también desconcentración.

Los requisitos básicos para una descentralización efectiva son: la distribución racional de las funciones entre las instancias de gobierno; la disponibilidad de recursos financieros; y la competencia institucional y organizacional, lo que requiere autonomía municipal, modelos organizacionales y métodos operacionales apropiados, sistemas de mérito y carrera, relaciones intergubernamentales adecuadas y responsabilidad política (*4*).

Al abordar la descentralización, debemos entender el concepto de municipalización, pues, como afirma Teixeira (*5*), este último proceso es parte de la descentralización política, técnica y administrativa del sistema de salud. La profundización de estas intervenciones invierte la relación entre el nivel central (federal) y el nivel local (municipal) en lo que concierne a la formulación e implementación de políticas, así como a la organización y gestión del trabajo y el manejo de recursos (financieros, humanos, fiscales, materiales). Ello implica una amplia reorganización, no solo de las estructuras y prácticas de cada esfera del gobierno del sistema de salud (federal, estatal y municipal), sino también de las relaciones políticas y administrativas, que están mediadas por la racionalidad técnica. En esta perspectiva, la municipalización no se confunde

con la desconcentración, ni tampoco con la delegación de responsabilidades de atribuciones o con la privatización, ya que se trata de una reestructuración del poder en el ámbito del sistema de gobierno y, por tanto, del aparato gubernamental público.

En cuanto al modo en que se está conduciendo la descentralización, existen, según Silva (*6*), claras discordancias: mientras algunos creen que se está otorgando una excesiva autonomía municipal, otros, por el contrario, consideran que los municipios aún no tienen la autonomía deseable para asumir la gestión de la salud. Este autor afirma, también, que:

> esas dudas y discordancias pueden explicarse, al menos en parte, por las dificultades que enfrenta la realización del proyecto de reforma sanitaria brasileña, especialmente a partir de la década de 1990, en un contexto político donde pasó a ser común el incumplimiento de los dispositivos constitucionales, donde la descentralización de la salud empezó a considerarse no como una de las estrategias de garantía de los derechos conquistados, sino como la reducción de las responsabilidades del poder central. La contradicción entre el proyecto de la reforma, que amplía derechos, y las políticas recesivas, que los restringen, aumenta los espacios para los proyectos de salud dirigidos exclusivamente hacia los intereses del mercado. [...] [Existe] una permanente tensión entre el proyecto de la reforma sanitaria y el proyecto neoliberal, articulado con el mercado y pautado por las políticas de ajuste fiscal y de reforma del Estado (6, pp. 50-51).

Es de amplio conocimiento que el SUS enfrenta una serie de dificultades, entre cuyas consecuencias se cuentan la baja cobertura, un impacto insuficiente en la atención de los problemas de salud y el reducido grado de satisfacción de los ciudadanos. Sin embargo, la descentralización de los servicios de salud, a pesar de sus muchos problemas y limitaciones, ha ampliado considerablemente la red de servicios bajo la responsabilidad de los municipios y, por consiguiente, también el acceso de la población a los servicios de salud, no obstante la baja resolutividad.

El mejoramiento del nivel de salud de la población remite a la cuestión de la utilización eficiente de los recursos disponibles para producir servicios de atención. El desafío consiste en aumentar la coherencia entre los recursos, los servicios y las necesidades de la población, es decir, tratar de eliminar los desequilibrios entre la oferta y la demanda, y poner los servicios en donde se encuentren las necesidades. Un mayor volumen de recursos administrados de manera ineficiente aumentará los costos, sin que por ello mejore significativamente la atención que brindan los servicios.

Los servicios de salud, por sus propias características, plantean exigencias particulares en términos de organización y gestión. Atienden necesidades complejas y variables, que poseen dimensiones biológicas y psicosociales, y cuya definición varía en función de la clase social y las respectivas representaciones acerca de la salud, la enfermedad, la muerte; de los usuarios (niños, ancianos, hombres y mujeres), y del tipo de problema tratado (agudo, crónico, o ambos).

La organización de los servicios públicos depende del ambiente sociopolítico en mayor grado que la de otras instituciones. Estos servicios deben tener autonomía en la dirección de las acciones que ejecutan y, por esta razón, es de suma relevancia el papel de la gerencia en los proyectos locales del sector sanitario, como comienza a reconocerse a partir de la municipalización de las unidades de salud. Sin embargo, se observa que la gerencia en el sector salud ha hecho hin-

capié en las actividades burocráticas, como completar los informes de productividad para alcanzar el techo financiero deseable, y en la ejecución de procedimientos mensurables, como los de recuperación y rehabilitación de la enfermedad, reforzando así el modelo de atención más dirigido a la enfermedad que a la salud.

La necesidad de discusión y análisis de la gestión local en las UBS adquiere clara relevancia, ya que estas unidades productoras de servicios constituyen la puerta de entrada del sistema local de salud, en donde los problemas pueden ser detectados, priorizados y atendidos por las personas capaces de imprimir cambios en la forma de promover la salud.

Aun cuando varios temas estén en permanente construcción, es en este proceso de transformación donde se configura una nueva organización tecnológica del trabajo en salud y en donde se ponen de manifiesto un conjunto de necesidades: mayor autonomía y poder decisorio en las unidades prestadoras de atención; la organización y administración de los recursos humanos vistos no como simples insumos, sino como agentes sociales necesarios para cambiar el "tono" de la atención en salud; un número mayor y más diversificado de profesionales; mayor complejidad tecnológica; búsqueda de una atención integral; y la presencia de la población en las decisiones de salud, con la constitución de comisiones locales de salud (*7*).

En cuanto a las funciones de gestión en las UBS, siempre hubo un desfase entre la oferta y la demanda de las oportunidades de capacitación. Es muy poca la disponibilidad de cursos frente al número de establecimientos existentes en el país, además de estar restringida al área hospitalaria (*8*). Sin embargo, no hay dudas de que el fortalecimiento de la capacidad de gestión es condición fundamental para mejorar la eficiencia, la eficacia y la efectividad de los servicios de salud en el sistema municipal.

2. La propuesta GERUS: desarrollo gerencial en las unidades básicas de salud

La propuesta para promover la capacidad de gestión en las UBS —componente inicial del proyecto GERUS— fue resultado de la cooperación técnica entre el Ministerio de Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OPS), bajo la responsabilidad del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Representación del Brasil (8). El proyecto se desplegó en las siguientes etapas: desarrollo metodológico, cuyo producto fue la elaboración del currículo de un curso de especialización; test metodológico, mediante la puesta en práctica del proyecto en algunas Secretarías de Salud, que permitió perfeccionar y revisar el programa del curso y adecuar el material de instrucción; e implementación en varios municipios.

Este proyecto, considerado prioritario por los Consejos de Secretarios de Salud (CONASS y CONASEMS), se destina a apoyar el desarrollo gerencial en los servicios de salud. La experiencia acumulada en estos años de implementación en las redes municipales de UBS fortalece la expectativa inicial en cuanto a la posibilidad de delinear un nuevo perfil de gestión y, simultáneamente, proyectar y llevar adelante cursos de capacitación que lo consoliden en una escala proporcional a la demanda del SUS (8).

El proyecto GERUS se define como una intervención en el campo de los recursos humanos en salud, centrada en la formación y capacitación técnica y administrativa de gerentes de UBS,

con el objetivo de promover el desarrollo institucional y, por ende, aumentar la capacidad de gestión, desde la perspectiva del cambio de las prácticas sanitarias y del modelo de atención de la salud. Los participantes del proyecto son profesionales de nivel superior que cumplen funciones de gerencia en UBS.

La concepción pedagógica aplicada se basa en el principio de la acción-reflexión-acción, y en la utilización del trabajo propio y la realidad local como objetos de análisis y de reflexión y, a su vez, como base para la construcción y reconstrucción de conocimientos. Esta propuesta pedagógica también se centra en la apropiación (en un sentido constructivista) de la estructura del conocimiento por parte del actor del aprendizaje y, para ello, se apoya en metodologías coherentes con la naturaleza del objeto en construcción.

Antes de la implantación del proyecto GERUS, se lleva a cabo una discusión local y, luego, se constituye un grupo de conducción compuesto por un coordinador general y por miembros representantes de la Secretaría Municipal que ocupen cargos directivos y participen de la toma de decisiones. Con ello se procura asegurar la implantación y puesta en práctica del proyecto, ya que se origina un proceso permanente de negociación, lo que refuerza la importancia de su composición y formalización institucional.

Dada la opción metodológica adoptada en el curso de especialización, cabe destacar el papel clave del monitor. Su permanente actuación a lo largo de todo el proceso tiene por objeto asegurar la conexión entre los diferentes momentos de las secuencias de actividades, así como garantizar el cumplimiento de los propósitos y objetivos de las unidades didácticas. El grupo de monitores debe asimismo, con el apoyo del equipo de conducción, movilizar e incluir los distintos niveles de la institución en la realización del curso (*9*).

El proyecto se lleva a cabo en cuatro fases:

- Sensibilización de los representantes de la Secretaría de Salud que ocupen cargos directivos y participen en la toma de decisiones, y de los potenciales monitores. En ese momento se realiza una discusión de la guía curricular, que incluye: lectura de la presentación, textos, funcionamiento del curso, programa, propósitos y objetivos de las tres unidades del material de instrucción, y planteo de dudas con respecto al proyecto.

- Preparación local para llevar adelante la gestión. En esta fase se determinan las diversas áreas de la Secretaría Municipal que participarán del programa, se recogen datos, y se analiza cómo se hará la articulación con los gerentes de UBS para discutir conceptos y la marcha del trabajo de los sectores.

- Realización de un taller con potenciales monitores y personas que ejerzan funciones de dirección y participen de la toma de decisiones en la Secretaría Municipal de Salud; capacitación y preparación técnica y pedagógica de los monitores. Esta fase se realiza en dos etapas: la capacitación técnica, que consta de tres talleres de 40 horas intercalados cada una o dos semanas (Unidad I: Evaluación; Unidad II: Reorganización de los servicios de salud; y Unidad III: Ejecución del proyecto en la unidad de salud), y la capacitación pedagógica, con una duración de 72 horas, que abarca dos unidades didácticas que deben realizarse en secuencia inmediata (Unidad I: El trabajo pedagógico del monitor: reflexión crítica, y Unidad II: La conducción del proceso pedagógico).

- Realización del curso de especialización para los gerentes de UBS. En este momento se establece la coparticipación entre las universidades locales y las Secretarías Municipales de Salud, con el fin de lograr la integración enseñanza-servicio-comunidad para la titulación de los profesionales de la salud.

El curso de especialización está organizado en tres unidades, con el siguiente contenido:

- En la primera unidad —Evaluación— la reflexión gira en torno de estudios sobre el perfil epidemiológico (datos demográficos, datos de morbilidad y mortalidad y condiciones de vida), infraestructura (recursos humanos, financieros y materiales, equipamientos, instalación física, producción y productividad, normas y procedimientos), accesibilidad (barreras organizacional, geográfica, económica y sociocultural), impacto (evento centinela y condición marcadora) y concepto de evaluación (resultado y proceso).

- En la segunda unidad —Reorganización de los servicios de salud— se estudian los siguientes temas: territorio, sistema de información, planificación en salud y proceso de trabajo.

- En la tercera unidad — Ejecución del proyecto en la unidad de salud— se estudian los siguientes conceptos: negociación, conducción del proceso de trabajo, gestión de recursos humanos, gestión de recursos materiales (medios de trabajo y servicios de apoyo) y papel de la gerencia.

La propuesta de capacitación del proyecto GERUS debe entenderse como un instrumento para impulsar la reorganización de los servicios y, asimismo, como parte integrante de un conjunto de medidas cuyo punto en común es tener, en su origen, la decisión política de brindar una atención de salud universal, ecuánime y de buena calidad (*10*).

El informe final del taller de trabajo, "Análisis de experiencias y formulación de recomendaciones", realizado durante el XIV Congreso Nacional de Secretarios Municipales de Salud, señaló algunos elementos generales y comunes a todas las intervenciones (*11*):

- Hasta julio de 1998, el proyecto había llegado, en las etapas de sensibilización, implantación o ampliación, a cerca de 120 municipios de la región sudeste, 50 municipios de la región centro-oeste, 30 municipios de la región nordeste y 20 municipios de la región sur del país, esto es, un total de 250 municipios participantes. Se capacitaron a 1 800 profesionales: 560 monitores y 1 240 gerentes de UBS.

- Principales dificultades: diferentes grados de apropiación institucional del proyecto; exposición del proyecto a los cambios político-coyunturales en las instituciones involucradas; desajustes en las instancias de gestión del SUS en cuanto a las prioridades de acción para el desarrollo institucional y la reorganización de los servicios de salud; situación funcional de los gerentes de las UBS poco definida en el ámbito de la institución; ausencia de sistematización en los programas de educación permanente para los profesionales de la salud; problemas de planificación en el área de recursos humanos en las diversas Secretarías de Salud.

- Resultados observados después de la realización del proyecto: mejoría en la práctica pro-

fesional de los gerentes y equipos locales; cambio de actitud, y mayor compromiso con la institución y con la realidad sanitaria. Se señaló, además, que el proyecto tuvo efectos positivos en la organización de los servicios locales y en la mejora de la calidad de la atención; representó una estrategia de apoyo para consolidar el proceso de descentralización/municipalización; propició la institucionalización de la función de la gerencia en la estructura organizacional en las Secretarías de Salud; y contribuyó al desarrollo institucional, debido a su forma flexible de funcionamiento, descentralizada y basada en la realidad socioepidemiológica.

Las experiencias de implantación del proyecto GERUS demostraron que, a pesar de las dificultades que enfrenta la implementación del SUS, la capacitación de la gerencia puede contribuir para potenciar la reorganización de los servicios de salud, con la perspectiva de garantizar mayor cobertura, el impacto de las acciones y la satisfacción de los usuarios (*9*).

En cuanto a la consolidación del SUS, se lograron numerosos avances, pero ciertamente también se han puesto de manifiesto límites y puntos de tensión. Entre los avances se cuenta, sin lugar a dudas, la descentralización llevada a cabo en las últimas décadas, que ha otorgado al municipio la responsabilidad en la gestión de los servicios públicos y fortalecido la municipalización. En efecto, la necesidad de mejorar la calidad y la productividad de los servicios trajo a colación la importancia de la función de la gerencia en los niveles locales, lo que conllevaría mayor flexibilidad administrativa y la desconcentración de poder, hasta entonces restringidas a los niveles centrales (*12*).

La planificación en salud, aunque incipiente, empieza a tener una inserción en las administraciones públicas como un instrumento de gestión y responde, entre otros aspectos, a la necesidad de priorizar los problemas. En el sector de la salud, el impacto de la crisis económica se refleja tanto en el aumento de la búsqueda de atención por parte de la población, como en la mayor la gravedad de los trastornos; por consiguiente, la demanda social por mejores servicios ha sido una reivindicación constante de los usuarios y la tónica del sector.

El proyecto GERUS impulsó la discusión sobre el cambio de la práctica gerencial y, en consecuencia, de la conducción del proceso de trabajo en las UBS, al colocarla como una cuestión fundamental de la organización de los servicios de salud municipales y de la atención que brindan a la población.

3. El proyecto GERUS en la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba

La implantación del proyecto GERUS en Curitiba fue resultado de la relación interinstitucional entre la Secretaría Municipal de Salud de Curitiba (SMS-Curitiba) y el Núcleo de Estudios en Salud Colectiva (NESCO), que dio lugar a la discusión de estrategias para el análisis de la gestión. La Coordinación de Desarrollo en Salud Colectiva (CDSC), sector responsable del área de recursos humanos en el Sistema Municipal de Salud, en conjunto con el representante del Gabinete del secretario, la Coordinación Nacional del proyecto GERUS, la OPS y el NESCO, inició el debate acerca de cómo realizar una adecuación local y elaborar estrategias de articulación intrainstitucional.

Para llevar adelante la propuesta de desarrollo gerencial se planteó, desde el primer momento, la necesidad de constituir un grupo de tareas con la atribución de conducir la implantación y la marcha del proyecto GERUS en Curitiba. Se creó así el Grupo de Conducción, constituido por el jefe de Gabinete del secretario municipal, un asesor del Gabinete del secretario, un técnico, la gerente de la Coordinación de Desarrollo en Salud Colectiva, que asumió el papel de coordinadora del Proyecto, y dos técnicas del NESCO. El Grupo de Conducción se propuso llevar la discusión a todos los departamentos y núcleos regionales de salud (distritos sanitarios) a fin de realizar la adecuación local y negociar algunos puntos necesarios para poner en marcha la iniciativa.

La SMS-Curitiba firmó un convenio con el NESCO para contar con asesoría técnico-pedagógica durante la realización del proyecto GERUS en el municipio y, asimismo, se planteó la necesidad de articulación con las instituciones de enseñanza superior para obtener la certificación académica del curso de especialización, lo que condujo a la asociación con la Pontificia Universidad Católica de Paraná (PUC-PR).

Con relación a la definición del grupo de monitores, se comenzó por discutir el perfil mínimo requerido y se determinó que deberían ser técnicos involucrados en la transformación de la práctica sanitaria y con disponibilidad de tiempo para asumir la función. Se definió también que los monitores del proyecto GERUS deberían cumplir la función de apoyos técnicos de los núcleos regionales y colaborar con la gestión de las autoridades sanitarias locales (gerentes de UBS) (*13*). Además, dado que el proyecto tenía como objetivo el desarrollo institucional, se optó por incorporar en el grupo de monitores a técnicos del nivel central vinculados con los distintos sectores de la institución.

Fueron muchas las horas de trabajo necesarias para llevar a cabo la adecuación local del proyecto GERUS. Además de tener que lidiar con la acumulación institucional existente, la implantación del proyecto requirió, como ya se dijo, definir el grupo de monitores y gerentes de UBS, discutir el financiamiento para el curso de especialización, lograr la articulación con la institución de enseñanza superior que garantizara la titulación, y al mismo tiempo, sensibilizar a los diversos sectores de la Secretaría.

En enero de 1995, con la recomposición del cuadro de gestión de la Secretaría, se vuelven a realizar las articulaciones con relación al cuadro de monitores, atendiendo al perfil propuesto. Se inicia así la segunda etapa: la capacitación técnica, en tres talleres de 40 horas (120 horas en total), de marzo a abril de 1995, y la capacitación pedagógica, con 72 horas en el mes de mayo del mismo año, lo que hace un total de 192 horas de mucha discusión. Es importante destacar que también se definió que todas las autoridades sanitarias locales, es decir, los gerentes de UBS del Sistema Municipal de Salud, participarían en el curso de especialización en gerencia de UBS.

A partir de la coparticipación establecida con la PUC/PR, se determinó que el curso de especialización formaría parte del área de Salud Colectiva, orientado a la Gerencia en Salud. En términos curriculares y debido a la organización de esta universidad, que imparte una enseñanza tradicional con currículos aprobados por disciplinas, fue necesario ajustar el curso con respecto a la formalización de los contenidos y a la carga horaria exigida para cumplir con los créditos requeridos. En cuanto al financiamiento del curso de especialización en Salud Colectiva, la Conferencia Municipal de Recursos Humanos, realizada en junio de 1994, aprobó la inversión

municipal para la formación en gerencia en la SMS-Curitiba y se estableció que los recursos estarían a cargo del Fondo Municipal de Salud (*13*).

El curso de especialización se inició el 22 de mayo y finalizó el 14 de diciembre de 1995. Se llevó a cabo en las distintas regiones: seis cursos en siete distritos sanitarios. Con respecto a la carga horaria, se planificaron 320 horas de concentración y 108 horas de dispersión, es decir, un total de 428 horas. Las actividades de concentración se realizaron en cada uno de los seis núcleos regionales y las de dispersión en las 75 UBS; esto es, los procesos de adquisición de conocimientos, reflexión y discusión se efectuaron en los momentos de concentración, coordinados por los monitores, y la elaboración de productos se realizó en cada UBS, como parte del trabajo de cada gerente de unidad (nuevas prácticas gerenciales). Se formaron 95 especialistas en Gerencia de Unidad Básica de Salud (20 monitores y 75 alumnos gerentes de UBS).

Para el acompañamiento del curso de especialización y del desarrollo institucional, se aplicaron algunas estrategias como la reunión semanal de los monitores con la Coordinación del proyecto y asesores del NESCO. Ello permitió mantener una discusión técnico-pedagógica a lo largo de cada curso con los diversos sectores de la institución y promover la búsqueda colectiva de soluciones para los problemas hallados (13). Otra de las estrategias empleadas consistió en recurrir a consultores nacionales del Proyecto GERUS, expertos en temas técnicos y pedagógicos, ya sea en momentos de dificultades durante la marcha del proyecto, o bien, en los casos necesarios, para fortalecer los conceptos trabajados en el currículo.

4. El diseño de la investigación. Metodología de encuesta

Para analizar los efectos del GERUS cinco años después de su implementación, se optó por realizar un estudio de caso — un tipo de encuesta cualitativa, que consiste en el estudio exhaustivo de uno o pocos objetos en profundidad (*14*)—, pues se consideró que era un método suficientemente sensible para captar el proceso llevado a cabo y su posible impacto en la gestión en las UBS. Entre los distintos tipos de estudio de casos, se aplicó el histórico-organizacional, cuya realización requiere que el investigador se instale en la vida de una institución y, además, parta del conocimiento existente acerca de la organización, pues esta información básica le permite realizar el diseño preliminar para la recolección de datos (*15*).

Puesto que la encuesta cualitativa no se basa en principios numéricos, se seleccionó el Municipio de Curitiba/PR por responder a los siguientes criterios: cumplir con los requisitos para funcionar en la modalidad del SUS, haber realizado el proceso de distritalización/territorialización, haber definido el territorio por UBS, tener la función de gerente de UBS como parte de la estructura organizacional, haber finalizado el curso de especialización para los gerentes de UBS, y haber compuesto el grupo de conducción del proceso.

En un comienzo se analizaron los documentos producidos por el municipio, elaborados antes, durante y después de la implantación y desarrollo del proyecto GERUS. Posteriormente, se realizaron entrevistas semiestructuradas con los actores sociales que tenían alguna vinculación significativa con la realización del proyecto en el municipio, con la intención de abarcar la totalidad en sus múltiples dimensiones.

La primera medida con relación a la recolección de datos, fue institucionalizar la encuesta en la SMS-Curitiba. En un segundo momento, se inició el contacto con los informantes claves y se procedió a fijar las entrevistas con los actores sociales representantes de los grupos de conducción, monitores y gerentes de UBS.

La entrevista semiestructurada presupone la existencia de un itinerario que sirve para orientar al investigador y no para cercenar la respuesta. Según Minayo (*16*), el orden de los asuntos abordados no obedece a una secuencia rígida, sino que frecuentemente está determinado por las preocupaciones particulares y el énfasis que los entrevistados dan a los asuntos en pauta.

Se aplicó a un entrevistado el itinerario preliminar de las entrevistas semiestructuradas, con el fin de comprobar si este permitiría obtener respuestas dentro de las hipótesis previamente construidas a partir de las categorías analíticas. Posteriormente, se caracterizaron a los entrevistados por edad; sexo; categoría profesional; año de formación; cursos de posgrado; tiempo de actuación profesional; tiempo de desempeño en el sector público, en la SMS-Curitiba y en la gerencia de servicios de salud; función (cargo), y lugar de trabajo actual.

El itinerario definitivo abordó los temas de acuerdo con cierta secuencia, lo que permitió que los entrevistados reflexionasen sobre la situación previa, el desarrollo y los conflictos generados con la implantación del proyecto GERUS. En cuanto a la selección de los entrevistados y considerando los objetivos del estudio, se buscó captar miembros del grupo de conducción, monitores y gerentes con el propósito de lograr una visión de conjunto.

El corte temporal se estableció una vez desencadenado el proceso, con la implantación y desarrollo del proyecto GERUS: de junio de 1994 a febrero de 1995, momento en que se produjo el ajuste local y la articulación con el Consejo de Gestión, y de febrero a diciembre de 1995, cuando se llevó a cabo la capacitación técnica y pedagógica de los monitores y el curso de especialización destinado a los gerentes de UBS.

El período de realización de las entrevistas se extendió de marzo a julio de 2001; estas se fijaron en función de la disponibilidad de los entrevistados y en el mismo lugar de su desempeño, durante períodos formales de trabajo. Se entrevistaron a personas que pasaron a ocupar funciones estratégicas de gestión, otras que volvieron a la función de formación básica (médicos, enfermeros, cirujanos-dentistas, etc.) y también a los que siguieron ejerciendo la misma función que desempeñaban en el momento de realización del proyecto GERUS. En total, se llevaron a cabo 15 entrevistas. Es importante mencionar que todos los entrevistados fueron convocados con anticipación y que ninguno de ellos rechazó la propuesta. Por último, se consideró que el número de entrevistas era suficiente cuando pudo reconocerse, en su conjunto, la repetición de los contenidos de los testimonios, de modo que se adoptó el criterio de saturación.

5. Efectos de la propuesta en la realidad

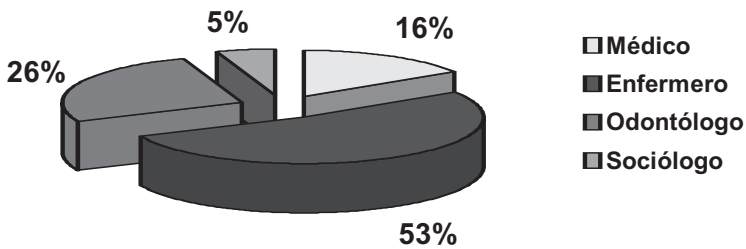
5.1. Una mirada sobre el proyecto GERUS y su aplicación en el Municipio de Curitiba

La iniciativa de llevar adelante el proyecto de desarrollo gerencial en el Municipio de Curitiba respondió a la necesidad de la SMS de profesionalizar la gestión de los servicios de salud. El curso de especialización se llevó a cabo en forma descentralizada en los núcleos regionales de salud (distrito sanitario). La selección del grupo de monitores se realizó en función de los criterios antes mencionados y su número, en cada distrito, dependió del número de gerentes de UBS: para cada grupo de diez gerentes, existirían dos monitores.

Los monitores y las autoridades sanitarias locales (gerente de UBS) fueron clasificados según las siguientes variables: categoría profesional, sexo, edad, tiempo de servicio en la Secretaría Municipal de Salud y tiempo en la gerencia de servicios de salud. Las categorías profesionales del grupo de monitores y de autoridades sanitarias locales fueron: médico, enfermero, odontólogo y sociólogo.

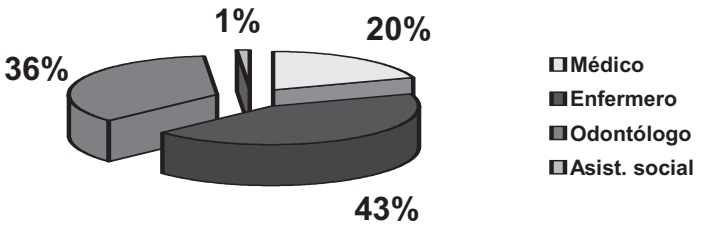
El primer punto que cabe destacar es que, tal como se esperaba, en el grupo de monitores la cate- egoría de enfermero representaba 53% del total; la de odontólogo —a diferencia de otras localidades—, 26%; la de médicos, 16%, y la de sociólogo, 5% (Figura 1). El grupo de autoridades sanitarias locales contaba con 43% de enfermeros, 36% de cirujanos dentistas, 20% de médicos y 1% de asistente social (Figura 2).

Figura 1. Distribución de los monitores según categoría profesional, municipio de Curitiba/PR, 1995



Fuente: Coordinación de Desarrollo de Personal/Centro de Educación en Salud/SMS-Curitiba

Figura 2. Distribución de los participantes del curso de especialización según categoría profesional, municipio de Curitiba/PR, 1995



Fuente: Coordinación de Desarrollo de Personal/Centro de Educación en Salud/SMS-Curitiba.

En cuanto a las categorías profesionales distribuidas en cada núcleo regional de salud, se observa en el Cuadro 1 que se presentaron diversas situaciones en términos de composición: solamente enfermeros, en el núcleo regional de Portão; un monitor por categoría profesional en el de Pinheirinho; enfermeros y médicos en el de Boqueirão; solo odontólogos en el de Cajurú y Matriz; y enfermeros y odontólogos, en los de Santa Felicidade y Boa Vista.

Esta variación remite a la discusión planteada en el grupo de conducción en cuanto a la definición de los monitores, lo que llevó a que la composición profesional de los grupos en los núcleos regionales terminara siendo una variable incontrolable. Hubiese sido interesante contar con las distintas categorías profesionales en cada grupo de monitores, pues ello habría facilitado la conducción del proceso pedagógico con el grupo de gerentes.

Cuadro 1. Distribución de monitores según categoría profesional, por núcleo regional de salud (NRS), municipio de Curitiba/PR, 1995

	Médico	Enfermero	Odontólogo	Sociólogo	TOTAL
NRS Boqueirão	2	2	-	-	**4**
NRS Pinheirinho	1	1	1	1	**4**
NRS Santa Felicidade	-	1	1	-	**2**
NRS Portão	-	3	-	-	**3**
NRS Cajurú y Matriz	-	-	3	-	**3**
NRS Boa Vista	-	3	1	-	**4**
TOTAL	**3**	**10**	**6**	**1**	**20**

Fuente: Coordinación de Desarrollo de Personal/Centro de Educación en Salud/SMS-Curitiba.

Con relación al grupo de autoridades sanitarias locales, la composición según categoría profesional por núcleo regional de salud también varió, pues se planteó la misma discusión que en el caso del grupo de los monitores (Cuadro 2).

Cuadro 2. Distribución de alumnos del Curso de Especialización según categoría profesional, por núcleo regional de salud (NRS), municipio de Curitiba/PR, 1995

	Médico	Enfermero	Odontólogo	Asistente social	TOTAL
NRS Boqueirão	2	6	3	-	**11**
NRS Pinheirinho	4	8	5	-	**17**
NRS Santa Felicidade	-	2	6	1	**9**
NRS Portão	3	6	6	-	**15**
NRS Cajurú y Matriz	2	4	5	-	**11**
NRS Boa Vista	3	7	2	-	**12**
TOTAL	**14**	**33**	**27**	**1**	**75**

Fuente: Coordinación de Desarrollo de Personal/Centro de Educación en Salud/SMS-Curitiba

Al interpretar las observaciones recogidas sobre la implantación y puesta en práctica del proyecto GERUS, se destacan algunos hechos y efectos significativos. Cabe resaltar que el grupo de conducción, tal como había sido propuesto, tuvo un papel fundamental en la dirección de las actividades. Este grupo pensó y desencadenó acciones que iban desde la sensibilización del Consejo de Gestión de la SMS-Curitiba para la implantación del proyecto, hasta el acompañamiento de las actividades pedagógicas en el curso de especialización. Se sentó con cada equipo, con el del gabinete del secretario, con el de la superintendencia, con el de los departamentos y con el de los distritos, para presentar y discutir el proyecto, preparándolos para las demandas que surgirían a lo largo de su ejecución.

Fueron varios los conflictos y las dificultades, y este grupo trató de negociar y concertar con los distintos actores institucionales. La coordinadora del proyecto enfatizó en varias oportunidades que era necesario “mucho hilo para coser el proceso” y “mucho aceite para aceitar la máquina”, y de hecho costó “sangre, sudor y lágrimas”. Fueron sucesivas las aproximaciones, o mejor dicho, la “sucesivas alucinaciones” en relación con el objetivo a ser alcanzado.

Otro tema que merece destacarse fue el papel de los asesores del NESCO, quienes participaron de todo el proceso, desde la discusión inicial sobre la posibilidad de implantar el proyecto en Curitiba, integrando el grupo de conducción como instructores en la capacitación de monitores, hasta el acompañamiento a partir de las discusiones técnico-pedagógicas con el grupo de monitores y la asesoría directa a los cursos regionales de especialización (*13*).

El hecho de contar con una asesoría técnico-pedagógica externa, es decir, con una mirada “menos institucionalizada” y “más vinculada” con la marcha del proyecto, significó una contribución importante: la de “limpiar los lentes de la institución”, o mejor aún, la de contar con una visión no “contaminada” por las emociones y susceptibilidades históricamente construidas y

establecidas en la misma. Por otro lado, tuvo la desventaja de no ser institucional y, por consiguiente, no tener vínculos más fuertes con los distintos actores institucionales.

En cuanto a los monitores es importante mencionar, ante todo, que era un grupo con experiencia técnica, política e institucional, como se desprende del perfil ya descrito. Salvo raras excepciones, los monitores asumieron las actividades con tal empeño que las reuniones de grupo con la coordinación del proyecto y con la asesoría, invariablemente, estuvieron marcadas por una temática densa y profunda sobre las cuestiones técnicas y pedagógicas, lo que revelaba el esfuerzo realizado en los estudios y en la discusión con otros monitores copartícipes de los cursos regionales.

Como contrapartida, hubo algunas dificultades en la conducción técnico-pedagógica por parte de algunos monitores. El punto reside en la dificultad de asumir el papel de facilitador del proceso pedagógico en la concepción de la metodología problematizadora y de "despojarse" del papel del profesor característico de la metodología tradicional, en donde aquel es el único conocedor del objeto y quien define lo "correcto" o lo "equivocado".

Con relación al grupo de gerentes, es necesario señalar el gran interés y empeño en la realización de las actividades propuestas por el curso y en la apropiación de los distintos conceptos. También es importante indicar que el hecho de que el equipo de UBS no entendiese por qué el gerente estaba ausente en los momentos de concentración en el curso de especialización, pudo ser consecuencia de la baja participación promovida por él mismo, la falta de supervisión de los monitores de las actividades realizadas a nivel local, la dificultad de comprensión de la propuesta de integración enseñanza-servicio y la poca duración del curso (tiempo político definido por la institución).

Otro elemento que debe destacarse se vincula con la metodología de la problematización: algunos alumnos/gerentes de UBS tenían dificultad en asumir su papel en cuanto sujetos activos y reflexivos en el proceso de enseñanza y aprendizaje, y no fueron capaces de abandonar el papel de alumnos pasivos, pues pensaban que el curso les daría "recetas" sobre cómo mejorar la gestión de una UBS.

Los conflictos suscitados entre autoridades sanitarias locales y otras instancias y sectores de la SMS-Curitiba pueden explicarse por la cuestión histórica y culturalmente determinada de la centralización del poder y, en consecuencia, por el hecho de que los sectores medios pensaran que existían por sí mismos, cuando en verdad su función es hacer viables las condiciones necesarias y satisfactorias para la prestación de servicios, ya sean de protección, recuperación o rehabilitación de la salud, que es una de las misiones de una secretaría de salud.

Dada la naturaleza de la propuesta, y el movimiento que causó ya desde el intento de implantación, otro aspecto importante fue que algunas personas pensaron que con el proyecto GERUS "todos los problemas estarían resueltos" como por arte de magia. Entretanto, se sabía que sus efectos alcanzaban a las UBS y solo a los procesos de trabajo de otros ámbitos de gestión. Primero, por el hecho de que este proyecto se centraba en las actividades realizadas en las UBS y no en los otros servicios integrantes del Sistema Municipal de Salud, y, además, porque no se trata de un "modelo" para ser aplicado, sino que procura sistematizar el día a día del gerente de UBS y construir una nueva práctica de gestión.

Sin lugar a dudas, el mayor cuello de botella fue la falta de participación efectiva de los equipos de UBS y de la comunidad en el desarrollo del proyecto GERUS, que puede ser justificada y no explicada. Desde esta perspectiva, pueden citarse algunos factores como la falta de claridad, por parte del grupo de conducción, acerca de cómo encaminar la estrategia. En consecuencia, los monitores no priorizaron este tema y no llevaron a cabo acciones en este sentido, y los gerentes de UBS, a su vez, tuvieron dificultades para lograr la participación del equipo y de la comunidad.

Según Dussalt (*17*), un ambiente profesional exige la capacidad del equipo para trabajar en colaboración. El gerente no puede producir servicios ni llevar a cabo los programas personalmente. Los que saben reclutar buenos colaboradores, los que saben formarlos y ayudarlos a crecer profesional e individualmente, contribuyen mucho para elevar la calidad de los servicios.

De acuerdo con Jacobi (*18*), el tema de la participación también converge hacia el debate en torno de la descentralización y ha adquirido una importancia cada vez mayor en las iniciativas de democratización de la acción del Estado y de sus prácticas institucionales. La descentralización representa, en teoría, la posibilidad de ampliar el ejercicio de los derechos de los ciudadanos, la autonomía de la gestión municipal y la participación cotidiana de los ciudadanos en la gestión pública, así como la potenciación de los instrumentos adecuados para un uso y redistribución más eficientes de los recursos públicos.

Como un desdoblamiento de la capacitación en gerencia de unidades básicas de salud, en cuanto instrumento de impulso para la reorganización de la práctica sanitaria, corresponde destacar (*13*):

- la discusión e implementación de la función y la inserción de las unidades de atención de urgencia 24 horas y de referencia especializada en el Sistema Municipal de Salud;
- el reconocimiento de que el núcleo regional de la matriz desempeña un papel diferente, pues ocupa un territorio central del municipio, tiene gran parte de unidades de referencia especializada, y concentra el mayor número de establecimientos de distintos ramos de actividad y grados de riesgo;
- la reflexión sobre la práctica gerencial, propiciando el cuestionamiento y la revisión del papel de la autoridad sanitaria local;
- a discusión sobre el sistema de información que puede apoyar la práctica gerencial, y la revisión e implementación del existente;
- la necesidad de intercambio de experiencias entre los gerentes de los diversos sectores, reconociendo incluso la misión y las atribuciones de varios servicios que hasta entonces eran ignoradas;
- la aproximación de los sectores medios (departamentos, núcleos y servicios) y la UBS, a pesar de los conflictos enfrentados;
- la realización de una nueva y efectiva valoración del territorio, incluida la redefinición de la base territorial de algunas UBS.

"Un movimiento perceptible": esta es la constatación que se hace al analizar los efectos del GERUS (*19*). Es incontestable que el proyecto llevado a cabo con actores históricos de la SMS-Curitiba tuvo un papel fundamental en el fortalecimiento de la descentralización, así como en la reorganización del nivel distrital y local.

Enfocar el concepto y la práctica del nivel distrital desde esta perspectiva significa redirigir y modificar la forma de organización y el contenido de las acciones y servicios de salud, para poder responder a las demandas de la población, atender las necesidades de salud, contribuir sobre todo a solucionar los problemas de salud de las personas que viven y trabajan en el espacio territorial y social del distrito sanitario (*20*). La institución incorporó y fortaleció conceptos elaborados en el proyecto e instrumentos de gestión para una nueva práctica en los servicios de salud.

Según Motta (*12*), la descentralización significa atribuir funciones específicas, antes ejercidas por el poder central, a órganos del gobierno regional y local que gozan de autonomía política en la gestión de sus intereses. Es la transferencia de poder, responsabilidades y recursos. Por cierto, cuando se habla de descentralización no se está afirmando que se siga una dirección absoluta: es un movimiento al mismo tiempo centrífugo, que busca alejarse del centro, y centrípeto, que se mueve en el sentido inverso, esto es, que va del centro a la periferia y de la periferia al centro. Motta (*12*) afirma, asimismo, que la descentralización significa una ruptura con los lazos tradicionales de poder y una agregación más efectiva con los intereses comunitarios, así como la posibilidad de una gestión pública más eficiente y concordante con las necesidades locales.

5.2. Los efectos del desarrollo gerencial en la SMS-Curitiba

Al afirmar que el proyecto GERUS es una estrategia de intervención institucional basada en la capacitación de los gerentes de UBS, hay que pensar que "para toda acción existe una reacción". Por lo tanto, se debe considerar su influencia, esto es, qué efectos, consecuencias y resultados se obtuvieron después de la acción (proceso de formación/capacitación) ejercida sobre estos actores históricos transformadores.

Puesto que este estudio tiene como presupuesto una intervención institucional capaz de posibilitar la reorganización de los servicios de salud, basada en los principios y directrices del SUS, con énfasis en la descentralización de estos servicios y por ende en la construcción de un proceso social de cambio organizacional, es necesario considerar las dimensiones políticas, administrativas y pedagógicas. Tales dimensiones están presentes en el discurso de los entrevistados y se ven reforzadas cuando estos señalan la importancia del GERUS en la profundización de los conceptos y las prácticas de salud, con la perspectiva de responder a las necesidades de salud de la población del territorio de las UBS, así como en la acumulación institucional, con la perspectiva de promover el cambio organizacional.

Si se entienden a las organizaciones como sistemas en permanente transformación, hay que asumir que, como toda construcción social, solo pueden ser reconstruidas por la voluntad de los sujetos que las componen (*21*). Como actores sociales que interactúan en la estructura de poder de las organizaciones, los gerentes de UBS tienen influencia sobre el proceso de trabajo y, por consiguiente, sobre los agentes que forman parte del cambio.

Según Motta (*22*), el cambio organizacional implica una alteración significativa en las estructuras, las actitudes y los comportamientos existentes. El cambio es una ruptura, aun cuando sea gradual, con el statu quo organizacional, y también puede ser una consecuencia natural de los acontecimientos históricos y los factores que inciden sobre la organización. Y, en este caso, el punto de partida fue el proceso desencadenado a partir de la intervención institucional, como se lee en la siguiente entrevista:

> Así, años después de llevado a cabo el GERUS, hoy observamos que la institución absorbió y usa conceptos que incluso muchos gerentes actuales, que no participaron en el GERUS, tal vez ni siquiera sepan que provienen de aquel proyecto, usan conceptos que nosotros, que vivimos el proceso, sabemos que el comienzo se dio con el GERUS. Este dejó marcas profundas en la institución. Hoy en día son muchas las cosas que han adquirido nuevos nombres. Existe toda una visión de reingeniería política institucional. Sin embargo, algunas de esas cosas simplemente son la reproducción de lo que ya trabajaba o iluminaba el GERUS, pero con otros nombres. (Entrevista 3)

El tema que viene a colación es que, obviamente, los entrevistados tienen una visión diferente sobre los cambios ocurridos a partir del proyecto GERUS. En los testimonios que siguen a continuación, queda claramente explicitado el potencial del proyecto para desarrollar el trabajo a nivel local, con el objetivo de encarar los problemas de salud de la población, así como las "marcas" institucionales que quedaron.

> En verdad, el proceso GERUS removía las estructuras, las concepciones, las micropolíticas profesionales, la macropolítica, la visión del sistema de salud. Entonces, mientras se llevaba a cabo, ya estaba haciendo transformaciones políticas. Más que eso —después de la finalización formal del proceso de capacitación del proyecto GERUS—, este dejó marcas que yo considero indelebles, marcas que se ven hasta el día de hoy. El GERUS no se agotó en sí mismo ni tampoco un año después de concluido. Removió las bases culturales más profundas de la institución. (Entrevista 3)

> Ahora bien, el GERUS fue un proceso, desde mi punto de vista, fantástico. Reunió atributos de la mejor calidad, no solo en la parte técnica, sino también en la pedagógica. Hizo que entendiéramos que los cursos no deben ser un "curso", sino que deben estar conectados con el desarrollo institucional. [...] Aunque las personas concluyeron el GERUS en el mes de diciembre de 1995 y a pesar de que el curso terminó ahí, el efecto siguió existiendo. [...] Entonces, el GERUS fue un momento, en la institución, de aglutinación y organización y de avance para algunos crecimientos. (Entrevista 14)

También sobre la base de los testimonios anteriores, se destaca un indicio sobre la necesidad de educación permanente, una vez que, tras la clausura del curso de especialización, se produjo una ruptura del movimiento. Y este hecho determinó la discontinuidad en el plano institucional, cuya acción permanente sería necesaria para imprimir las transformaciones en curso en el modo de actuar de los servicios de salud. En la misma dirección, los discursos siguientes retratan bien esta desarticulación, pues ponen de manifiesto la dificultad concreta de los niveles central y distrital para coordinar el proceso posterior; esto es, ya no se trataba del "curso", sino del proceso de trabajo de los demás sectores transformados por el desarrollo institucional.

Durante el GERUS, lo que siempre se decía era: "El GERUS no es solamente un entrenamiento que tiene comienzo, medio y fin. Es un cambio en la forma en que la institución se ve y se gobierna a sí misma". Creo que no fue eso. Realmente fue un entrenamiento que tuvo un comienzo, un medio y un fin, y aquellas contradicciones que se señalaban, que aparecían al comienzo —¿cómo esa institución propone ese entrenamiento?—, desaparecieron. Porque la continuidad que se esperaba que ocurriera, desde mi punto de vista, no existió. (Entrevista 4)

Creo que el GERUS fue otra oportunidad perdida, como la oportunidad perdida de la vacunación: cada vez que la persona va y no puede vacunarse, podría haber sido vacunada y se acaba perdiendo la oportunidad. El GERUS fue una oportunidad perdida. Mucha gente que lo hizo, aprobó, lo aprovechó como ganancia personal, tal vez no se dé cuenta de ello, pero fue un momento que no podría haber cambiado muchas cosas. (Entrevista 12)

Estas afirmaciones no implican que no hubo avances en la institución; muy por el contrario, lo que se señala es que el progreso no fue potenciado de la forma en que el proyecto lo permitía y, que incluso, tenía como propósito. Esto ciertamente no fue posible, una vez que el acompañamiento por parte del nivel central y distrital no se dio como se había pensado, ni tampoco de forma sistematizada, posiblemente como resultado de los conflictos tratados anteriormente.

> ¿Qué significó políticamente para cada uno de los gerentes?, yo creo que significó mucho. Y también para la Secretaría de Salud. Fue una propuesta súper osada: [...] apostar a que durante el año entero se va a estar formando a cien gerentes, especialistas en el área de gerencia. ¿Qué institución hace eso? ¿Pública? ¿Cuál? Un proyecto fuerte, pesado, denso, y que hará aflorar ciertos tendones de Aquiles, pero no hay forma de que no afloren. Hay que disponerse a mostrar sus fragilidades también. Hay que ser fuerte y osado para ello. Y creo que todo el grupo de la Secretaría lo fue, desde la concepción, desde los orígenes, las primeras conversaciones, hasta su último día. Y desde el punto de vista político, también le dio una marca a Curitiba. Sedimentó y consolidó muchos procesos que estaban en desarrollo [...] Políticamente eso representó un avance "brutal". Así lo considero. (Entrevista 14)

Motta (*22*) afirma que la innovación no es fruto del acaso; ella exige una dirección y una intención predeterminada de cambiar el estado organizacional existente. Por lo tanto, requiere motivación para superar obstáculos, y capacidad de generar e implantar ideas nuevas y conducir el cambio hacia el fin deseado.

5.3. Proceso de gestión: un ejercicio de compromiso, autonomía y flexibilidad organizacional

Discutir el desarrollo gerencial después de un amplio proceso, en un período de tiempo prolongado, que involucra al plantel de gerencia de una Secretaría, no es tarea fácil, sobre todo cuando se abordan los distintos niveles de gestión: el central, el distrital y el local.

Las estructuras organizacionales actuales presentan, por lo general, un formato piramidal, compuesto de varios escalones jerárquicos verticalizados y departamentalizados sectorialmente por área de especialización. Se suman a estas características un conjunto de prácticas de organización del trabajo, como la centralización en la toma de decisiones, la planificación normativa,

la dicotomía entre planificación y ejecución, el sigilo y la ocultación de informaciones, la excesiva formalización y el distanciamiento del ciudadano e incluso del usuario, lo que dificulta el control social (*23*). Este modelo castra las posibilidades de innovación y reduce a los gerentes a simples cumplidores de normas y determinaciones superiores y, por otro lado, abre el camino para que mediante esas "determinaciones superiores", reales o ficticias, se instalen el patrimonialismo y el clientelismo (*24*).

El ejercicio de un nuevo tipo de gerencia exige compromiso, autonomía y flexibilidad organizacional. Compromiso con los resultados de la organización y con la eficiencia, eficacia y efectividad de los servicios. Autonomía para lograr ubicar y readministrar los recursos materiales y tecnológicos, incentivar la creatividad, con la garantía de poder implementar, como mínimo, las innovaciones que resulten de la colectivización de las ideas. Por último, una de las condiciones del compromiso y de la autonomía es la flexibilidad organizacional (*24*).

La búsqueda de flexibilidad organizacional significa vencer las barreras que imponen las concepciones rígidas de estructura prevalecientes en la práctica administrativa. Esa concepción rígida y estática de la estructura se fundamenta en la creencia de que es posible, por medio de la especialización del trabajo, de la jerarquía y de la distribución de la autoridad, determinar comportamientos humanos uniformes y previsibles y garantizar el alcance de los objetivos organizacionales (*12*).

Motta (*12*) afirma, asimismo, que la flexibilidad organizacional se corresponde con un modelo descentralizado, con unidades autónomas, que reflejan, en principio, la totalidad de la organización. Las unidades deben proyectarse sobre la base de equipos, con menos jerarquía y con responsabilidades compartidas en un equilibrio dinámico de poder, construidos en el mismo proceso de decisión. Las unidades descentralizadas son modulares, autónomas e independientes, pero con una interdependencia garantizada por un mínimo de valores absolutamente compartidos y por un sistema de comunicación intensivo. Coordinada desde arriba, esa organización pasa a ser un conjunto de pequeñas organizaciones, administradas con el máximo de interdependencia. Más aún, la flexibilidad de las organizaciones públicas es condición necesaria para el ejercicio de una nueva gerencia, esto es, para la construcción de un perfil de gestión de mayor autonomía (*24*).

Por otro lado, Castanheira (*25*) afirma que la gerencia de servicios de salud ha sido colocada como área estratégica en la transformación de las prácticas de salud. De hecho, su posición intermediaria entre las estructuras centrales, con poder de definición de directrices políticas, y la prestación directa de servicios, cuando está inmediatamente en contacto con la producción y con sus usuarios, la caracterizan como un polo privilegiado para la traducción de las políticas en formas concretas de organizar las acciones de salud.

Otro aspecto importante para resaltar y retomar es que en el discurso de los entrevistados quedó de manifiesto la necesidad de profesionalización, para superar la improvisación, el sentido común y la intuición como prácticas de la organización. Tanto las características innatas como las adquiridas en la vida profesional son insuficientes para desempeñar las funciones de gerencia, una vez que la complejidad de la organización del trabajo en salud y sus determinantes, así como la configuración del proyecto político del sistema de salud, entre otros temas, exigen habilidades de gestión que van más allá de la improvisación, el sentido común, la intuición y la experiencia de vida (*12*). Por lo tanto, el gerente de UBS debe estar habilitado para implementar un

modelo de gestión capaz de dotar a la organización de las condiciones adecuadas de funcionamiento, propiciando un modo de producción participativo que vaya al encuentro de los intereses de transformación social y satisfaga las necesidades de salud de la población (*26*).

El ejercicio eficiente de la función gerencial exige habilidades, conocimientos y actitudes que pueden ser aprendidas o enseñadas. Involucra la capacidad de estrategia (conocer, proponer alternativas y responder a las demandas y necesidades de la población); de racionalidad administrativa (actuar según las etapas de una acción racional calculada); y de tomar decisiones (interactuar con grupos e individuos, resolver problemas y conflictos en la medida en que aparecen, tener liderazgo y habilidad para el trato interpersonal; reactivar y reconstruir constantemente la idea de la misión y de los objetivos comunes, conduciendo a las personas a la acción cooperativa deseada) (*12*). Por lo tanto, el gerente será, ante todo, un factor de decisión, y para ello, según Barbosa (*26*), necesitará "saber decidir", "poder decidir" y "decidir decidir".

La gerencia implica un trabajo de integración y articulación, no solo en cuanto a las actividades internas de la UBS, sino también con los demás niveles del sistema de salud y con las instituciones de su territorio, tanto en el ámbito administrativo, como en el político y el asistencial (*7*). Es por ello una actividad que busca vincular los diferentes niveles de intervención y de poder, que le da dirección al trabajo realizado a nivel local y que se ocupa de la mediación de conflictos, siempre presentes entre los que prestan servicios de salud y los usuarios. El gerente es el eslabón que une la organización y la sociedad.

El programa de capacitación implementado en el proyecto GERUS se propone, por un lado, dotar de instrumentos a los gerentes para el ejercicio de sus actividades de coordinación política, estratégica y técnico-administrativa en la prestación de los servicios de salud, y, por otro, posibilitar la asimilación de nuevas vivencias a partir de la experiencia individual, no solo interna sino también externa a la UBS. En algunos discursos es posible advertir que, a partir de la capacitación de la gestión y su consecuente desarrollo institucional, el ejercicio de la gerencia en la UBS cambió en aspectos tales como la legitimidad, la responsabilidad y el compromiso. Incluso se ha señalado la potencialidad para implantar la Estrategia de Salud de la Familia dentro del enfoque de riesgo.

> Creo que desde el GERUS hasta ahora, la autoridad sanitaria ha asumido funciones que antes no tenía. En las personas que realmente asumieron las herramientas y las situaciones encontradas entre los elementos que aportó el GERUS, en el tema de la negociación, de recursos humanos, hubo un cambio cualitativo de la gestión. (Entrevista 7)

> Es obvio que el GERUS vino a continuación de algo que ya había empezado con los talleres de salud, con los mapas de territorio que ya se habían hecho. Claro, en las unidades del Programa de Salud de la Familia (PSF) se avanzó más, en la forma de trabajar, pero hoy tenemos todas las unidades divididas en microáreas, cada agente, sus familias de riesgo, es decir, uno trabaja con todo eso que hasta entonces no se trabajaba. Esos son los principales conceptos que yo aprendí en el GERUS, en la forma de trabajar y con relación a transmitirle eso al equipo. (Entrevista 9)

> El GERUS permitió que yo pudiera trabajar distinto. (Entrevista 12)

De los testimonios de los entrevistados surge, sin embargo, la visión de que el avance de la gestión en la UBS dependió del gerente que fue capacitado para implementar la gerencia local y, por lo tanto, la reorganización del servicio de salud a nivel local.

Es muy variable, porque cambiaron muchas autoridades y la unidad no está aislada. Si tienes un gerente que estimula, que discute, que apoya, uno avanza. Si se tiene un gerente que castra, por muy bueno que uno sea, a uno le va mal y apenas administra su tarea cotidiana. Entonces es muy variable. Hay lugares en donde se avanzó mucho. Lugares, con lo que quiero decir que no son distritos, son unidades. Y hay unidades que no avanzaron. (Entrevista 2)

cambia el gerente que hizo el GERUS, asume uno nuevo, pero como grupo, absorbemos y cambiamos la forma de trabajar, ya sea el supervisor, sean las coordinaciones. […] hay personas que en la época eran de la unidad básica y hoy están en la coordinación. Entonces queda aquella marquita y vamos, realmente, teniendo cambios. Fue muy positivo en ese sentido. (Entrevista 6)

En cuanto al envío de orientaciones contradictorias por parte de la organización, con base en la centralización organizacional, los entrevistados señalan que varios gerentes retomaron la rutina en el cumplimiento de las reglas y determinaciones del nivel central, incluso porque dejó de haber continuidad en la toma de decisiones de forma participativa. Ello demuestra un corte entre un "curso" con énfasis en la participación, la crítica y la reflexión sobre la reorganización del trabajo en la UBS, y una práctica de gestión que las autoridades sanitarias locales pasaron a ejercer de forma aislada, lo que trajo como consecuencia la pérdida de la globalidad del cambio organizacional.

> Después que finalizamos el proceso, pasamos por un período largo en donde todo era básicamente reuniones a nivel de las regionales de salud y había que implantar algo... [...] porque la implantación de algunos proyectos contrariaba totalmente la discusión hecha en el GERUS... [...] Pero que hubo cambio, lo hubo. En la medida de lo posible, los gerentes, casi en su mayoría, trataron de modificar su proceso de gestión. (Entrevista 1)

> Hubo poco cambio, porque las personas caían de vuelta en sus "rutinitas" de informes por hacer [...]. Entonces aquello que se podría haber realmente hecho, estar cambiando la unidad, crecer a partir de los problemas, evaluar todos los problemas de la unidad, hacer una buena planificación con el equipo involucrado, con la comunidad involucrada, no se hizo. (Entrevista 15)

Sobre este aspecto, Motta (*12*) afirma que el primer paso para la eficiencia de la gestión es tener una visión más dinámica de los procesos organizacionales. Es necesario comprender que existen hechos que no se encuadran en las reglas y determinaciones, y que, por lo tanto, las normas son insuficientes para dirigir las organizaciones. Es necesario, en fin, tener un sentido más amplio de la interdependencia y lateralidad de pensamiento para comprender la realidad.

En cierta medida, algunos entrevistados mencionan el tema de que los gerentes que fueron capacitados se distinguieron de los que no lo fueron por la manera en que pasaron a conducir el trabajo en la UBS.

> Algunas personas que conversaron conmigo dicen [...] que el GERUS terminó dejando

> mucho para la persona que se capacitó, y que no llevó a las unidades de salud una nueva manera de pensar. Yo no lo creo así. Creo que […] el GERUS [dio lugar] a una capacitación para lograr entender lo que es la gestión en salud. Les llevó a los equipos una nueva forma, pero como todo, cuando se termina cualquier capacitación, todos los asuntos quedan guardados dentro del cajón. Los equipos maduraron mucho, aprovecharon bastante. Pero eso es una cosa que tiene que ser continua porque si no lo es, realmente, termina dentro del cajón. (Entrevista 5)

> Hoy vemos que entre las personas que hicieron el GERUS y las personas que no hicieron el GERUS y que son gerentes, existe una diferencia en la forma de llevar a cabo la gestión... [...] Esas diferencias pueden no haber sido sentidas de la forma como nos hubiese gustado, pero existieron. (Entrevista 7)

> Pasamos a ver en aquellas personas que no tuvieron la oportunidad de capacitarse como gerentes, la dificultad para entender el proceso que vivenciamos en una unidad de salud. Eso le permite efectivamente al gerente tener más seguridad, tener más noción de la conducción del trabajo, procurar hacer una actividad planificada, organizada. [...] Tengo algunas jefaturas que son nuevas y ellas, realmente, le dan duro con todo lo que tienen. (Entrevista 11)

En el testimonio que sigue a continuación se expresa un fuerte "tono" de crítica con relación a la autoridad sanitaria local que se sintió acreditada por la capacitación y la titulación, pues se pone de manifiesto que en determinados momentos el gerente de UBS usó el título para diferenciarse de los demás actores institucionales en un sentido peyorativo y no profesional.

> Algunas personas pasaron a utilizar el GERUS como una especie de certificado, como una certificación: "Yo hice el GERUS". "¿Él hizo el GERUS o no?, "No, él no hizo el GERUS". "Pero, ¡él hizo el GERUS!"; y trabajar como si el GERUS, por sí solo, le diera calidad a la persona, mejorase el "pedigree" de aquella jefatura, específicamente. Pero solo eso. Las personas trabajaron en ese sentido. (Entrevista 12)

Existe un reconocimiento de que el nivel distrital, en aquel momento, no tenía clara su misión en la organización como instancia de coordinación del conjunto de unidades de salud localizadas en su territorio, y que el desarrollo gerencial posibilitó volver a dirigir y modificar la forma de organización del trabajo, dando continuidad al movimiento iniciado con la distritalización en el año 1992.

> En aquella época estaba ocurriendo una cosa con la práctica de la gestión del distrito que me parece que era apenas una instancia, una instancia más. No había una actuación; no sé si era por el propio perfil del gerente en el lugar donde yo trabajaba, que no asumía para sí el territorio, no administraba el territorio...[...] no se sabía mucho cuál era su papel, no se lograba definir bien el papel del distrito sanitario y cuál era el grado de autonomía de los distritos sanitarios. Después del proyecto GERUS, percibí que cada regional, cada distrito, marchaba de una forma. Nosotros teníamos dentro de Curitiba siete, poco después ocho secretarías diferentes, porque la mayor dificultad de la descentralización es tener un objetivo que debe ser alcanzado y que es general para la ciudad. (Entrevista 5)

> Todo proceso de capacitación trae ganancias. Lo que tenemos hoy como sistema de salud, en Curitiba, se fue haciendo y se fue consolidando, y hay mucho del GERUS en esa consolidación. Es difícil medir cuánto tiene del GERUS y cuánto tiene de otras cosas, pero el proyecto sumó positivamente y fuertemente. [...] la instancia a las que se refieren las unidades de salud es el distrito sanitario. Aquí se concentra todo el movimiento que hoy existe en las unidades de salud, y ellas tienen siempre como referencia el distrito sanitario. [...] Es una instancia que fue bien consolidada, y su consolidación tuvo mucho que ver con lo que el GERUS produjo en cuanto al concepto del equipo de la gestión, del cuerpo gerencial, no solamente los supervisores o los directores, sino el equipo de la unidad de salud, de la autoridad sanitaria. (Entrevista 11)

Por otro lado, según constatan los entrevistados, este proceso no influyó fuertemente en la organización del trabajo en el nivel distrital, debido al distinto grado de participación de los gerentes y equipos de distrito, es decir, a su mayor o menor aproximación del grupo de gerentes de UBS.

> Hay algunos gerentes de distritos que aún se mantienen, que realizan algunas acciones que parecen tener alguna contribución del GERUS. (Entrevista 4)

> Existían distritos donde, cuando conversábamos con los monitores, percibíamos que había gerentes que venían a las principales discusiones, que estaban participando del proceso, que veían aquello como un desarrollo de la gestión, porque en todos los momentos en que se hacían pequeñas reuniones plenarias de finalización de módulos o de discusiones, ellos estaban juntos, pero eso no era la tónica general. Existían gerentes de distrito que les preguntaban a los monitores cómo iban las cosas, y que solo estaban en las discusiones cuando, realmente, se pedía que estuvieran, cuando la misma estructura de seguimiento del GERUS exigía la presencia de los gerentes. (Entrevista 7)

> Como ellos quedaron a un lado del proceso, estaban siempre muy a la defensiva. Las personas empezaron a exigirles y ellos tampoco tenían grandes respuestas. No hubo grandes progresos. (Entrevista 15)

Existen pruebas de que el desarrollo gerencial no produjo cambios en el nivel central de la SMS-Curitiba. Obviamente, los obstáculos que no fueron solucionados o encaminados en la organización, trajeron conflictos y contradicciones marcados por la divergencia con respecto a la gestión interna y por el "choque" entre el nivel local y los demás sectores de la Secretaría.

> Era bastante heterogéneo, ideológicamente heterogéneo, y algunas personas no tenían claro qué era el GERUS. Aunque la mayoría se empeñara en hacer con que el GERUS marchase, algunos no tenían claro qué representaba políticamente, porque eran personas que sintonizaban con la orientación completamente opuesta al GERUS, que existía en la institución, pero estaban allí defendiendo para que el GERUS existiese. (Entrevista 4)

> Hubo cambios en algunas cabezas, pero que no pudieron hacer eco de lo que pensaban. Pero yo no veo tantos cambios. (Entrevista 10)

Unido a ese tema, el testimonio que sigue llama la atención por el énfasis dado en la relación conflictiva entre el nivel local y los demás sectores de la SMS-Curitiba, y por explicitar que los equipos de esos sectores se sintieron incluso intimidados en la discusión junto al nivel local.

> Hubo un momento en la Secretaría en que el GERUS causaba envidia. Algunas personas te miraban: "Ah… eres monitora del GERUS", "Esa está en una situación diferente de la de nosotros. Yo quisiera estar allá y no estoy". Muchos sectores se sintieron invadidos por el GERUS. Muchos sectores se sintieron juzgados por el GERUS. Entonces, en los momentos en que nosotros llevábamos al personal al nivel central para discutir, muchas veces, venían pensando que iban a ser crucificados, y ese no era el objetivo real, que era discutir los problemas, y no una arena para "combatir". Y aún hoy tenemos mucho de eso en la Secretaría, muchos sectores medios se creen fines, y esos sectores medios no pudieron entender por qué estaban discutiendo en algunos momentos. (Entrevista 7)

Este discurso es significativo porque revela que los cambios pueden causar rupturas y tener consecuencias distintas a las planeadas. Por lo tanto, la necesidad de "cuidar" las relaciones en la organización es vital cuando se pretende llevar adelante cambios. Motta (12) observa que el equilibrio no significa síntesis entre posiciones opuestas, sino la convivencia con las contradicciones y las paradojas de la realidad. Las contradicciones no requieren ser totalmente resueltas para garantizar la eficacia, ya que la visión paradójica acepta que elementos opuestos sean igualmente verdaderos.

En este sentido, se ha reconocido que el nivel central no posibilitaba que las UBS estableciesen prioridades y estrategias de intervención concertadas con la realidad local, y de cierta forma ello hacía inviable un proceso de trabajo más integrado a las necesidades observadas en el territorio de las unidades locales, como también una actuación más creativa por parte del equipo.

> [en el apoyo al] proceso de desarrollo dentro de la Unidad de Salud, ahí hubo muchas fallas. En ese sentido sí. En el sentido de que uno ayudara a la autoridad a practicar lo que ella estaba desarrollando dentro del proyecto. En ese sentido hubo muchas fallas, principalmente de los sectores medios, porque ahí veíamos el desfase. Cada uno estaba trabajando a un paso diferente. (Entrevista 1)

Por otro lado, surge del testimonio de algunos entrevistados que, efectivamente, el desarrollo gerencial potenció la descentralización, y que conceptos e instrumentos provenientes del proyecto pasaron a ser parte de la organización aun cuando no se les reconociera su origen.

> En muchos lugares, sí. Hasta el día de hoy veo personas usando herramientas del GERUS, ellas las usan hasta hoy. No fueron reconocidas como del GERUS. Hoy uno ve autoridades que tienen más experiencias de planificación. [...] Eso es una extensión de todo ese espíritu, que antes no existía tan diseminado. No pasó a ser un eje institucional, pero no se perdió por completo. (Entrevista 2)

> Quedó una marca muy fuerte [de] todo ese trabajo que fue hecho a lo largo del tiempo. Y el GERUS sí contribuyó, para todos nosotros que estamos en la gerencia y en el modo en que idealizamos un trabajo de mejor calidad. (Entrevista 6)

> Quien hizo el GERUS y siguió trabajando como gerente, desarrolló un raciocinio estratégico. (Entrevista 14)

La eficacia del cambio organizacional depende del empeño de los dirigentes y de su forma de involucrarse en el proceso; de su voluntad y fuerza política para cambiar y alterar las prácticas; y de su capacidad para movilizar a la organización y lograr su compromiso y participación en la transformación. El nuevo formato organizacional debe ser consecuencia de ese esfuerzo y dar lugar a una nueva forma de organizar el trabajo, lo que puede contrariar intereses de grupos, dentro y fuera de la organización. El cambio solo es posible si los actores institucionales que creen en él se involucran y se comprometen (*27*).

Corriendo algunos riesgos, podemos afirmar que hubo un esfuerzo concentrado dentro de la organización en llevar a cabo el desarrollo gerencial; no obstante, se debe señalar que tuvo limitaciones para cambiar la cultura organizacional y establecer un modo de gestión desde la perspectiva del cambio de las prácticas sanitarias. Por lo tanto, reorganizar servicios de salud significa no solo formular un nuevo modelo de atención, sino además definir los conceptos y herramientas que les posibiliten a las unidades sanitarias, y al mismo sistema de salud, intervenir en los problemas y necesidades de la población con eficiencia, eficacia y efectividad.

En este estudio partimos del supuesto de que la gerencia es un instrumento de conducción del trabajo en el sector salud capaz de posibilitar la construcción y transformación de las prácticas sanitarias. Sin embargo, como afirma Junqueira (28), no se debe correr el riesgo de reificar el concepto o reducirlo a un discurso que transforme la gerencia en la solución mágica para la eficacia del sector. No hay duda alguna de que no existe organización eficaz sin gerencia, es decir, sin un trabajo competente de previsión, organización, dirección, evaluación y control. El trabajo de la gerencia realiza la mediación entre personas, tecnología, materiales y ambiente, y el responsable por esa tarea debe estar comprometido con los objetivos organizacionales y con la población.

6. Consideraciones finales

El proyecto GERUS es una propuesta que articula educación y servicio con una metodología democrática, participativa y problematizadora para la reorganización de la atención básica. Ello significa alterar las relaciones internas de la organización, al igual que los valores que las determinan. Es por eso que se habla de proceso, ya que el cambio no es algo que ocurra solo por la voluntad de algunos, sino que depende de la participación activa de la mayoría en un proyecto institucional que se construye en el tiempo y que, sin dudas, dará lugar a conflictos.

De cierto modo, es comprensible que se presenten relaciones conflictivas cuando se llevan a cabo cambios organizacionales, ya que con la descentralización se produce una redistribución del poder de decisión, restringido antes a los niveles centrales. Entre lo ideal y lo real existe, por cierto, un largo camino por recorrer, y una de las cuestiones inherentes a todo proceso de cambio es la resistencia activa o pasiva. Por ello, la perspectiva de solución de conflictos requiere la visibilidad del proceso como un todo y una amplia intervención a nivel organizacional.

Los avances en este campo exigen superar diversos desafíos, porque las organizaciones aún viven arraigadas en los modelos tradicionales de administración, basados en la racionalidad burocrática, que cercenan la libertad y la creatividad de sus miembros. Los antecedentes del Municipio de Curitiba posibilitaron el desarrollo gerencial porque el contexto político era favorable al cambio y a la experimentación de lo nuevo, aunque circunstancialmente desafiase el statu quo y las estructuras de poder establecidas en las décadas anteriores.

El plan de distritalización desencadenado en la SMS-Curitiba, con la implantación de distritos regionales (regional de salud) y la creación del cargo de gerencia de UBS (autoridad sanitaria local), planteó la necesidad de profesionalizar a los gerentes. Por lo tanto, es importante destacar que la propuesta de desarrollo gerencial llegó en un momento en que la descentralización estaba siendo estructurada y consolidada con la constitución de los distritos sanitarios y las gerencias de UBS.

En la marcha del proyecto, el grupo de conducción tuvo algunos cuidados. Uno de ellos fue la participación de un asesor del gabinete del secretario de la Salud, para asegurar la coparticipación institucional en la dirección del proceso, con una visión estratégica y global de la institución, y para pactar todas las decisiones con el Consejo de Gestión.

Corresponde destacar que la propuesta de desarrollo gerencial tuvo el objetivo de impulsar avances institucionales y es posible afirmar que hubo una evolución en la organización, puesta de manifiesto en la incorporación de conceptos e instrumentos en la práctica de atención de la salud, a pesar de la existencia de un "eco" discordante en la SMS-Curitiba, proveniente de actores institucionales que, de acuerdo con sus percepciones, afirman que ese proceso no ocurrió.

La SMS-Curitiba pasó a tener una nueva cultura organizacional, independientemente de que algunos actores negaran los progresos institucionales, porque las condiciones favorables y desfavorables al cambio se crean y son propias del medio. Un tema que llamó mucho la atención fue cierto maniqueísmo en afirmaciones como "¡El GERUS dio resultado!", o bien "¡el GERUS no resultó!" Sin dudas, no es este el eje de la propuesta, sino impulsar movimientos institucionales para reorganizar la producción de servicios desde la perspectiva de la eficiencia, eficacia y efectividad del sector salud.

Referencias bibliográficas

1. Pimenta CC. A Reforma gerencial do estado brasileiro no contexto das grandes tendências mundiais. *Revista de Administração Pública* 1998;32(5):23-35.

2. Muller Neto JS. Políticas de saúde no Brasil: a descentralização e seus atores. *Saúde em debate* 1991;31:54-66.

3. Neves GH. *Descentralização ou desconcentração dos serviços de saúde.* Rio de Janeiro: IBAM; 1987.

4. Mello DC. *A evolução do município no Brasil.* Rio de Janeiro: IBAM; 1988.

5. Teixeira CF. Municipalização da saúde: os caminhos do labirinto. *Saúde em Debate* 1991;33:27-32.

6. Silva SF. *Municipalização da saúde e poder local: sujeito, atores e políticas.* São Paulo: Hucitec; 2001.

7. Mishima SM. *Constituição do gerenciamento local na rede básica de saúde em Ribeirão Preto* [tesis de Doctorado en Salud Pública]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 1995.

8. Santana JP (ed.). *Desenvolvimento gerencial de unidades básicas do Sistema Único de Saúde (SUS)*. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 1997.

9. Bertussi DC, Fekete MC, Petris SM. Enfocando o GERUS: elementos para uma análise. *Espaço para a Saúde* 1996;5(5):23–26.

10. Santana JP. Desenvolvimento gerencial no SUS: demandas e perspectivas. *Espaço para a Saúde* 1996;5(5):3–22.

11. Brasil, Ministério da Saúde. *Desenvolvimento gerencial da rede municipal de serviços de saúde - oficina de trabalho: análise de experiências e formulação de recomendações.* Goiânia: Ministério da Saúde; 1998.

12. Motta PRO. *Gestão contemporânea: a ciência e a arte de ser dirigente*. 11ª ed. Rio de Janeiro: Record; 2001.

13. Bertussi DC et al. Implantação do projeto GERUS na Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba - Paraná. *Espaço para a Saúde* 1996;5(5):48–56.

14. Gil AC. *Métodos e técnicas de pesquisa social.* 5ª ed. São Paulo: Atlas; 1999.

15. Triviños ANS. *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.* São Paulo: Atlas, 1995.

16. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 4ª ed. São Paulo: Hucitec; 1992.

17. Dussault GA. A gestão dos serviços públicos de saúde: características e exigências. *Revista de Administração Pública* 1992;26(2):8-19.

18. Jacobi P. Participação e gerência dos serviços de saúde: desafios e limites no município de São Paulo. *Revista de Administração Pública* 1992;26(2):32-43.

19. Baracho JCG. Gerar geração "GERUS". *Espaço para a Saúde* 1996;5(5):60–62.

20. Mendes EV (ed.). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.* 2ª ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 1994.

21. Carvalho MMV de. Desenvolvimento gerencial no setor público. *Revista de Administração Pública* 1995;29(4):27-37.

22. Motta PR. O processo de mudança organizacional. En: Kisil M. *Gestão da mudança organizacional.* São Paulo: Facultad de Salud Pública de la Universidad de San Pablo; 1998;4:87-97 (Serie Saúde & Cidadania).

23. Inojosa RM. Intersetorialidade e a configuração de um novo paradigma organizacional. *Revista de Administração Pública* 1998;32(2):35-48.

24. Junqueira LAP, Inojosa RM. Gestão dos serviços públicos: em busca de uma lógica da eficácia. *Revista de Administração Pública* 1992;26(2):20-31.

25. Castanheira ERL. A gerência na prática programática. En: Schraiber LB, Nemes MIB, Mendes-Gonçalves RB (eds.). *Saúde do adulto: programas e ações na unidade básica.* 2 ed. São Paulo: Hucitec; 2000.

25. Barbosa PR. Gerência de serviços de saúde: competência política ou capacidade administrativa. *Saúde Debate* 1998;23:79-81.

27. Junqueira LAP. A mudança organizacional no setor público de saúde: delineamento de uma metodologia. *Revista de Administração Pública* 1992;26(2):139-44.

28. Junqueira LAP. Gerência dos serviços de saúde. *Cadernos de Saúde Pública* 1990;6(3):247-259.

CAPÍTULO 7

EVALUACIÓN DE PROYECTOS Y PROCESOS DE CAPACITACIÓN: INFORME FINAL DE DOS TALLERES SUBREGIONALES

EVALUACIÓN DE PROYECTOS Y PROCESOS DE CAPACITACIÓN: INFORME FINAL DE DOS TALLERES SUBREGIONALES*

*Jorge Haddad Q.***

Antecedentes

Los encuentros subregionales descritos en este informe se enmarcan en el proyecto de construcción de programas de educación permanente en salud (EPS) como una opción estratégica para el desarrollo y capacitación de los trabajadores del área. El enfoque de EPS se ha fortalecido en los países latinoamericanos desde su aparición en la década de 1980; sin embargo, ya desde su origen, fue notorio el vacío conceptual y metodológico en cuanto a la evaluación de los procesos y proyectos de capacitación. Este vacío se constituyó en fuente de problemas y frustraciones para los grupos responsables de la ejecución de los programas de formación.

Las propuestas de reforma sectorial planteadas en la mayoría de los países, así como la demanda de proyectos de capacitación orientados a apoyarlas hicieron aún más evidente la necesidad de contar con mecanismos que permitieran, a las instituciones y grupos de trabajo involucrados, evaluar oportunamente los programas de capacitación y su pertinencia en relación con los objetivos y propósitos de la reforma. El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), principal impulsor de la propuesta de EPS en su etapa inicial, asumió la responsabilidad de apoyar los esfuerzos nacionales en la búsqueda colectiva de modelos y sistemas de evaluación de la capacitación. Con ese propósito, convocó a los sectores interesados de los países latinoamericanos para que aportasen ideas y propuestas para su elaboración.

La convocatoria se concretó en la reunión de un Grupo de Consulta sobre Evaluación de la Capacitación en Salud, que tuvo lugar en Buenos Aires en 1997, y luego en otro encuentro, esta vez de un Grupo de Trabajo que se reunió en Salvador, Brasil, en junio de 2002. Una de las conclusiones relevantes de ambos eventos trató sobre la necesidad de socializar las experiencias mediante la realización de seminarios y talleres sobre el tema, de tipo subregional, primero, y de índole nacional los siguientes. El presente informe pretende recopilar los resultados más signifi-

* El presente documento consolida los informes finales de dos talleres subregionales sobre Evaluación de la Capacitación de Personal de Salud que tuvieron lugar en Buenos Aires, Argentina, del 18 al 22 de noviembre de 2002, y en Antigua, Guatemala, del 25 al 28 de marzo de 2003. Maria Alice Roschke estuvo a cargo de la coordinación general de los talleres, y María Cristina Davini y Gabriela Charnes de su conducción.

**Médico, Consultor de la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS).

cativos de dos eventos realizados en esta línea, en un esfuerzo por sistematizar los aportes de los participantes y, en la medida de lo posible, contribuir a la solución del problema señalado.

El primero de esos talleres tuvo lugar en Buenos Aires, Argentina, del 19 al 22 de noviembre del 2002, y contó con un total de 36 participantes, entre ellos 30 representantes de Ministerios de Salud, universidades, institutos nacionales y gobiernos provinciales de 10 países de la Región (15 de la Argentina, uno de Bolivia, dos del Brasil, uno de Colombia, dos de Chile, uno de Ecuador, uno de México, dos del Paraguay, dos del Perú y tres de Venezuela). Concurrieron también tres funcionarios de Recursos Humanos de las Representaciones de la OPS de los países participantes y tres consultores regionales.

El segundo encuentro se realizó en Antigua, Guatemala, del 25 al 28 de marzo del 2003, y contó con la presencia de 25 participantes (dos de Costa Rica, uno de República Dominicana, uno de El Salvador, ocho de Guatemala, uno de Honduras, tres de Nicaragua, además de cinco funcionarios nacionales de las Representaciones de OPS/OMS de los países en las áreas de Desarrollo de Recursos Humanos y de Servicios de Salud, dos consultoras regionales y dos consultores temporales de la Organización con sede en Washington, D.C.

2. Propósito y objetivos

Los talleres "representan una continuidad y profundización de distintos procesos de cooperación técnica que la Organización Panamericana de la Salud viene desarrollando desde hace varios años en el campo de la capacitación de recursos humanos" (*1*). En ese marco, se ha señalado el propósito de definir una propuesta programática de apoyo directo para la evaluación de los proyectos de capacitación de personal llevados a cabo en los procesos de reforma del sector. Se definieron, además, dos niveles y tipos de actores: por una parte, los responsables de la gestión institucional de los proyectos educativos, y por otra, los profesionales y técnicos encargados de su concepción técnica y su implementación. Los talleres reunieron, por tanto, a gestores, coordinadores y responsables institucionales, dada su función de decisores en los proyectos educativos, así como en su evaluación.

La planificación, el diseño programático y la ejecución de los encuentros se ciñeron al logro de los siguientes objetivos:

- analizar y discutir los problemas comunes en la evaluación de los proyectos y programas educativos en los servicios de salud, desde la perspectiva de las coordinaciones decisorias en esta materia;
- analizar las distintas opciones y proyectos para la evaluación de los procesos y resultados de la capacitación del personal, como marco para la toma de decisiones;
- delinear criterios para el diseño evaluativo que implementarán los niveles técnicos, en función de los propósitos y objetivos de los proyectos educativos.

3. La puesta en práctica de los talleres: aportes para una conceptualización de la evaluación

En ambos casos, el taller se inició con una puesta al día acerca del problema de la evaluación en el contexto de los proyectos de capacitación del personal de salud, con la finalidad de facilitar la ubicación de los participantes en cuanto al enfoque de la EPS en el marco de las propuestas de reforma sectorial. El propósito se logró con una introducción al tema a cargo de Maria Alice Roschke (2), funcionaria regional del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, que se sintetiza a continuación.

3.1 Usos de la capacitación en los procesos de cooperación técnica

A lo largo de las dos últimas décadas, se ha observado que tanto la OPS como otros organismos de cooperación internacional en materia de salud han privilegiado el desarrollo de un componente de capacitación del personal en la mayoría de sus proyectos de apoyo. En general, este componente (y sus actividades específicas) se ha llevado a cabo atendiendo a una serie de objetivos:

- *actualización técnica:* tiende a promover el aprendizaje de nuevos conocimientos, la introducción de nuevas tecnologías y la internalización de nuevas normas y pautas técnicas; en este caso, la capacitación puede ser puntual, esporádica o continua, y se implementa por medio de cursos presenciales o semipresenciales, seminarios, talleres y educación a distancia;

- *desarrollo de competencias:* persigue la preparación para un desempeño diferente al tradicional, con nuevos enfoques y modalidades de intervención, el aprendizaje de competencias y capacidades relacionadas con funciones nuevas o críticas, y el desarrollo gerencial; las modalidades aplicadas son la educación permanente en el servicio, que pone el acento en el aprendizaje en situaciones de trabajo, el aprendizaje tutorial y la educación a distancia;

- *sensibilización:* promueve el cambio de enfoques, políticas, intervenciones y abordajes, y el apoyo por parte de los líderes y dirigentes sectoriales para el manejo de problemas y compromisos importantes; los talleres, seminarios y visitas de observación y de trabajo se incluyen entre las modalidades de preferencia;

- *promoción del cambio de actitudes:* incluye la introducción de nuevas formas de trabajo (en equipos, en redes, en otras modalidades de trabajo complementario y colectivo), así como la promoción del trabajo interinstitucional e intersectorial, tanto para el abordaje de cuestiones inherentes al desempeño laboral, como para el tratamiento de cuestiones éticas y ciudadanas; en esta línea, las distintas modalidades de educación permanente, incluidas la realización de talleres de trabajo y las pasantías, son estrategias relevantes;

- *desarrollo organizacional:* se ocupa fundamentalmente de la factibilidad y viabilidad de los cambios en las organizaciones, el diseño y ejecución de nuevas funciones, y el

fortalecimiento de la capacidad estratégica en el quehacer sanitario; en este caso, puede adoptarse tanto una modalidad esporádica como una continua, y también son de utilidad los talleres, consultorías y pasantías selectivas;

- *desarrollo de liderazgo:* se refiere, en particular, a la formación de dirigentes (no solo de los encargados "oficiales" de dirigir la acción, sino también de los líderes naturales, que inducen a los grupos de trabajo a la búsqueda y la construcción de opciones para enfrentar problemas); por cierto, este tipo de intervención puede efectuarse mediante la combinación apropiada de distintas modalidades innovadoras.

En la segunda parte de su ponencia, la expositora enfatizó otros aspectos críticos del enfoque actual sobre capacitación, tales como:

- los programas de capacitación para las reformas sectoriales se ubican en dos categorías esenciales: los programas para los cuadros directivos y gerentes, que apoyan los cambios institucionales y administrativos, y los destinados al personal en servicio, que inciden en la organización y el diseño de estrategias para la mejora de la atención;
- los destinatarios suelen ser miembros de una población masiva, heterogénea y dispersa;
- la capacitación debe realizarse preferentemente en el propio servicio;
- los objetivos y contenidos de la capacitación se establecen en función de los cambios que se desea poner en práctica en el servicio (objetivos de los proyectos);
- la capacitación, en lo posible, deberá descentralizarse, y también deberá promoverse el uso de enfoques y metodologías educacionales nuevos e innovadores;
- hay necesidad de fortalecer tanto la capacidad de *gestión* de proyectos como la de *evaluación* educacional y de proyectos. En este sentido, se destaca la interacción de ambas instancias, así como las implicancias de la gestión en la evaluación en aspectos como la descentralización, la interrelación entre gestión y competencia, la intermediación en la gestión educacional, los fondos concursables, la necesidad de responder a cuestiones como la eficiencia, la masividad y la heterogeneidad, la sostenibilidad, la capacidad técnica de los equipos de conducción, las contrapartes técnicas nacionales y locales, y la infraestructura tecnológica y productiva.

A continuación, Roschke llamó la atención del grupo hacia cuestiones relevantes de la evaluación de la capacitación en servicio que deben ser consideradas en el diseño de los planes:

- la evaluación en el diseño y la planificación del proyecto,
- la utilidad de un sistema de información como punto de referencia,
- la evaluación ex ante,
- la necesidad de definir metas e indicadores,
- el tiempo de "maduración" de los proyectos, los marcos y los métodos,

- la evaluación del impacto,
- la evaluación del desempeño.

Sobre la base de la exposición, Roschke planteó al grupo un interrogante cuya respuesta es fundamental para la continuidad del trabajo: *¿por qué se evalúa?*; y ofreció algunas opciones para que los talleristas las confrontaran con sus propias realidades y sugirieran, en la medida de lo posible, otras adicionales. La expositora señaló que, en general, se evalúa para:

- proporcionar una base para la toma de decisiones,
- sacar conclusiones sobre los resultados del aprendizaje,
- verificar el mérito de un currículo o programa,
- acreditar escuelas, hospitales, bibliotecas y otros recursos de aprendizaje,
- monitorear la efectividad del gasto,
- medir el impacto de la capacitación y la formación,
- ejercer influencia en una agenda política,
- mejorar o cambiar procesos de trabajo,
- seleccionar entre diferentes estrategias,
- reconocer competencias relevantes,
- valorar el desempeño,
- demostrar a las agencias financiadoras la efectividad de los programas,
- valorar la calidad y la pertinencia técnica y pedagógica de los materiales educativos,
- determinar el grado de satisfacción de los usuarios con el programa educativo,
- fundamentar las acciones de clasificación y promoción de personal y alumnos,
- diagnosticar problemas en la intervención educativa y optar por soluciones.

La ponencia de Roschke, en tanto introducción al tema, allanó el camino para que los talleristas tuvieran una visión clara del propósito del encuentro; se promovió así, desde el principio, un amplio debate sobre la problemática y las expectativas de los participantes. De allí en adelante, las actividades del primer día de trabajo se concentraron en reconocer tales expectativas y en revisar las experiencias de capacitación de cada uno en sus instituciones y países de procedencia, a la luz de las orientaciones proporcionadas por Roschke. Por lo tanto, la tradicional "presentación de los participantes", con que se suele dar inicio a este tipo de encuentros, constituyó un insumo fundamental para el trabajo de la semana, pues permitió destacar los efectos de las acciones de evaluación llevadas a cabo en los países representados y, sobre todo, los problemas y dificultades hallados en cada situación particular.

3.2 Momentos, orientación, niveles, actores y paradigmas de la evaluación. Algunas cuestiones sobre la transferencia a la práctica

El tratamiento de esta temática fue un aporte fundamental para que el grupo reconceptualizara la evaluación. La conducción de esta instancia estuvo a cargo de María Cristina Davini, de la Universidad de Buenos Aires, promotora infatigable del cambio educacional en salud en América Latina y actualmente consultora regional del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS (*1*).

La ponente planteó al grupo un primer interrogante: *¿cuándo se evalúa?* La discusión subsiguiente, facilitada por Davini, permitió a los participantes avanzar en el reconocimiento de tres *momentos* del proceso evaluativo, que a su vez determinan el tipo de evaluación realizada: diagnóstica (implica la producción de nuevos conocimientos), de proceso (muestra los efectos significativos de una capacitación, una política, un modelo de desempeño, o de la calidad y oportunidad de los recursos), y de resultados parciales o finales (indica la necesidad de fortalecer o corregir aspectos particulares de lo que se está evaluando).

La intervención continuó brindando información esencial acerca del tema y giró en torno de una segunda pregunta: *¿qué buscamos con la evaluación?* El grupo abordó la cuestión mediante el análisis de sus propias experiencias, y concluyó en que la evaluación puede aplicarse para controlar resultados y tomar conciencia acerca de la relación costo-beneficio de una actividad dada, y como una herramienta para mejorar y perfeccionar la capacitación.

A esta altura de las discusiones, la participación grupal estimulada por la ponencia desencadenó un esfuerzo colectivo de precisión y afinamiento conceptual sobre el tema, que permitió no solo disminuir el nivel de confusión preexistente acerca de algunos aspectos particulares, sino también que el grupo reinterpretara la función de la evaluación y percibiera la necesidad de su incorporación permanente en los programas de capacitación. La noción de que "evaluar significa algo más que medir", la percepción de que "evaluar implica siempre un juicio de valor", la aclaración de que "en la evaluación se trabaja con objetivos y con metas, y que el objetivo debe ser medible y la meta puede ser cuantificable", fueron algunos de los productos de ese esfuerzo grupal para lograr mayor claridad conceptual.

Asimismo, la intervención de Davini llevó al grupo a debatir acerca de quiénes son los destinatarios de la evaluación (audiencias) y los eventuales participantes en los procesos evaluativos (actores). En cuanto a estos últimos, se señalaron, entre otros, a los miembros de los equipos de trabajo del servicio y del sector educativo, administradores, decisores y gerentes (los "dueños" del proyecto), financiadores y beneficiarios.

A seguir, se abrió el espacio para la discusión sobre los *niveles de la evaluación*. Se reconocieron así los niveles: 1) *de reacción*: se sistematizan las informaciones —cualitativas y cuantitativas—, así como las opiniones, nuevos conocimientos y reacciones grupales en cuanto a aspectos particulares de un problema u objeto de trabajo); 2) *de aprendizaje*: se procura medir la eficacia de técnicas, estrategias y programas educativos respecto de la adquisición de nuevas destrezas y conocimientos para el desempeño; 3) *de transferencia a la práctica:* se analizan criterios, orientaciones y modalidades de traducción de la teoría a las actividades de la práctica concreta, tanto desde el punto de vista individual como grupal, y los problemas y conflictos inherentes, también desde un punto de vista individual y grupal —prohibiciones, restricciones y desalientos en

cuanto a los resultados de la transferencia a la práctica; olvidos, omisiones y discrepancias, o bien, por otro lado, requerimientos, apoyos y solicitudes en favor de la transferencia—, y 4) *de producto:* se busca medir el impacto de la capacitación en la mejora de la calidad del desempeño y del servicio en la forma de una "cadena de resultados" observada en distintos contextos.

La internalización de los conceptos tratados en la intervención se fortaleció con la práctica de un ejercicio colectivo en el que los participantes, divididos en grupos, analizaron dos casos de estudio con el objeto de reconocer, en cada uno de ellos, los propósitos y fines (¿para qué?), los momentos y objetivos (¿qué?), las modalidades y niveles (¿cómo?), los actores (¿quiénes?) y los resultados. En el taller realizado en Buenos Aires los casos examinados fueron: la Evaluación del impacto de la capacitación en la calidad de los servicios de salud (PROFAE, Brasil) y la Evaluación del Programa de Educación Permanente para la mejoría de la calidad de la atención en hospitales (Chile). En el taller llevado a cabo en Antigua, el trabajo grupal se centró en el análisis de dos experiencias de evaluación sistemática de procesos educativos en los servicios de salud. La puesta en común que siguió al trabajo grupal en cada uno de los encuentros, reveló coincidencias y similitudes significativas en el aprendizaje logrado.

En otro momento de la presentación conceptual, siempre a cargo de Davini, se promovió una reflexión grupal acerca de la cuestión de los paradigmas de la evaluación en educación. Se planteó que, en este contexto, el término paradigma podía definirse como una construcción teórica que modela la acción e implica una connotación ideológica acerca de la visión del mundo. Con el fin de estimular la reflexión y la creatividad del grupo, la expositora consideró de interés fundamentar los distintos paradigmas de evaluación en función de los hechos relevantes de las diferentes etapas históricas de la educación, incluyendo asimismo la ideología subyacente en cada una de esas etapas.

El recorrido histórico presentado partió de la época en que la evaluación era percibida como una herramienta de trabajo dentro de una modalidad de ejercicio del poder (*magister dixit*), que operaba sobre la base del otorgamiento de premios y castigos. Luego, en la etapa de la revolución industrial —que se caracterizó, entre otras cosas, por el incremento desordenado de las migraciones del campo a la ciudad, la aparición de epidemias y enfermedades infecciosas, la alta incidencia de alcoholismo, hacinamiento y severas deficiencias sanitarias— la evaluación pasó a considerarse como un factor de disciplinamiento de las masas, en el marco de un paradigma que la definía como una modalidad de control.

En la segunda mitad de la década de 1940 y la primera mitad de la de 1950 (tras la Segunda Guerra Mundial), se produjeron profundas transformaciones sociales y políticas en el mundo, sobre todo en Europa y los Estados Unidos, algunas de las cuales afectaron al sector educación. "El sistema educacional dejó de ser elitista, se promovió el acceso de las mayorías a las distintas opciones educativas del momento, lo que determinó la expansión del aparato educativo, la necesidad de más control del trabajo de los docentes incluyendo la supervisión educativa, la aparición de nuevas formas de desarrollo curricular y la proletarización ideológica de la docencia" (*3*). La evaluación respondió, así, a un paradigma que privilegiaba la regulación del trabajo educativo, lo que implicaba el predominio de un pensamiento dinámico y político y la interacción desde distintas posiciones de poder ("la búsqueda constante del equilibrio entre polos que siempre fueron opuestos"), en la que todos trataban de tener algún grado de control sobre los hechos. En ese momento se produjo, también, la modificación del rol de "la dirigencia", que pasó de la modalidad de "dar órdenes" a la obligación de construir consenso para la toma de decisiones.

La trayectoria histórica revisada por la ponente llegó luego a los acontecimientos de los años setenta. En esa etapa, la concepción de la evaluación implicaba ya la participación de distintos grupos sociales y, en alguna medida, se observó el predominio de los que tradicionalmente habían estado siempre en situación de desventaja. Es la época en que aparecen en los escenarios educativos las propuestas pedagógicas de la liberación y la autonomización, y los conceptos de descentralización y de autogestión ("lo esencial generalmente es invisible al ojo común"). La evaluación se enmarca entonces en el paradigma de la emancipación, que se entiende como la satisfacción de un anhelo humano permanente y como la búsqueda de formas propias y autónomas de regulación.

La expositora señaló, además, que el desarrollo de un proceso evaluativo no solo responde a un paradigma específico, sino que depende también de la dinámica particular de la organización, su complejidad, su apego a reglas explícitas e implícitas, así como de los distintos actores y las modalidades para la transferencia de información, en busca de una mejor calidad, de democratización y del mantenimiento o la superación del statu quo.

La discusión suscitada llevó al grupo a concluir que los cuatro paradigmas son cambiantes y que si bien se acepta, por lo general, que la aparición de un paradigma sustituye al precedente, ello no significa que sean necesariamente excluyentes. En tal sentido, se resaltaron experiencias particulares en las que un proceso de evaluación puede combinar aspectos de los cuatro paradigmas, cuando se da en un contexto político, comunicativo y hábil, que no solo es capaz de brindar información e inteligencia para la toma de decisiones y controlar resultados y procesos, sino también de construir ciudadanía y fortalecer la democracia.

3.3 La elaboración de un plan de evaluación

Sobre la base de los temas ya tratados, los participantes destacaron la importancia de que, siempre que una organización o grupo se proponga llevar adelante un proyecto de evaluación, se debe elaborar de inmediato un plan sistemático que detalle la forma de su ejecución. El propósito del plan es otorgar direccionalidad al proceso a la luz de objetivos más claros y hacer factible la participación de los distintos actores y audiencias. A fin de promover el trabajo colectivo acerca de este tema, Gabriela Charnes, consultora de corto plazo de la OPS, hizo una exposición en la que sistematizó los distintos componentes de un plan (*4*):

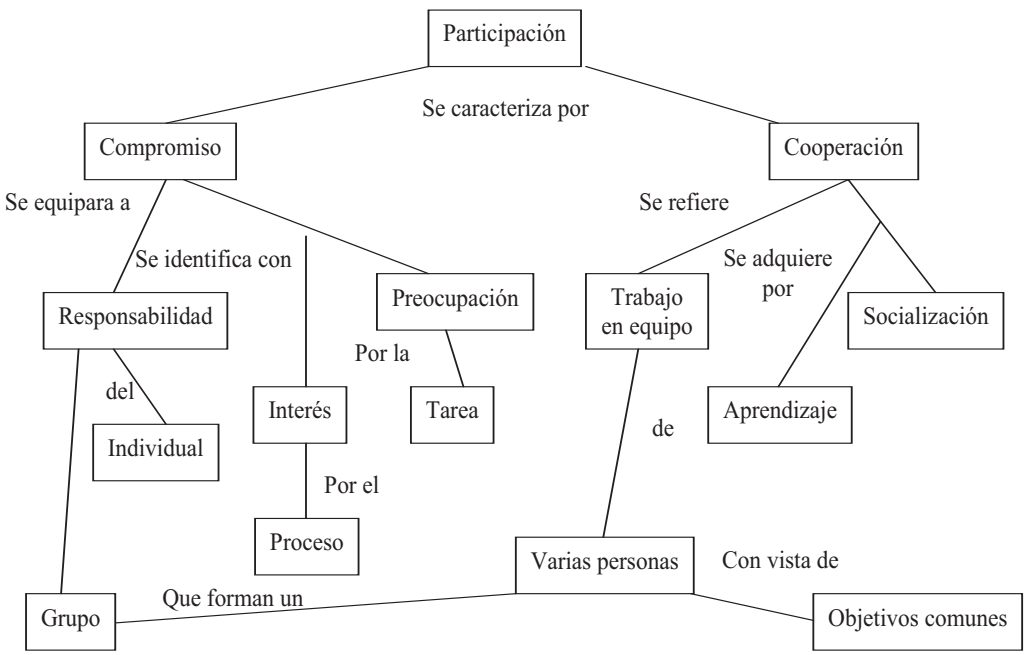
- la definición de propósitos,
- el análisis de la viabilidad técnica y política,
- la definición de los niveles evaluativos,
- la focalización de los problemas sujetos a evaluación,
- la identificación de actores y audiencias,
- la elaboración de un marco conceptual,
- la selección de estrategias y técnicas,

- la preparación de instrumentos,
- la definición de las formas y canales de circulación de la información.

La intervención de la ponente logró sus objetivos, pues articuló, de manera coherente, una serie de experiencias que contribuyeron a crear las condiciones propicias para que el grupo alcanzara un aprendizaje relevante y significativo alrededor de la temática en consideración. Así, partiendo de la fundamentación teórica, los talleristas describieron de manera secuencial y ordenada las siguientes experiencias de aprendizaje:

- Una actividad participativa sobre mapas conceptuales, vistos como una herramienta educacional que permite representar el conjunto de significados conceptuales que un grupo maneja por medio de un resumen visual de lo aprendido, ordenado de manera jerárquica. La expositora presentó un ejemplo que sirvió de base para un ejercicio grupal (véase la Figura 1) y señaló, asimismo, que los mapas conceptuales "tienen por objeto representar relaciones significativas entre conceptos, ayudando a los que aprenden a hacer más evidentes los conceptos claves, y sugiriendo conexiones entre los nuevos conocimientos y los preexistentes" (*5*).

Figura 1. Mapa conceptual



Fuente: Charnes G, Videla C. "Seguimiento y evaluación de procesos de capacitación e intervenciones de aprendizaje organizacional". Santiago de Chile: junio de 2002. Mimeo.

- A partir del modelo anterior, los talleristas, divididos en pequeños grupos, realizaron un ejercicio de construcción de un mapa conceptual alrededor del tema "evaluación de la capacitación". Para ello, los grupos utilizaron diversas categorías (y adelantaron aproximaciones definitorias) obviamente relacionadas con la evaluación, tales como:

información	proceso	proceso sistémico
proceso continuo	parámetros	paradigmas
juicio de valor	indicadores	análisis
sistematización	toma de decisiones	objetivos
resultados	medición	impacto
beneficio	beneficiarios	capacitación
aprendizaje	observación	construcción
revalorización	replanteamiento	retroalimentación

- Una presentación complementaria sobre la evaluación de procesos de capacitación e intervenciones de aprendizaje organizacional (*6*), en la que se expuso una experiencia realizada en Chile en conjunto con el ente gubernamental rector del sector salud y una institución de educación superior. En esa experiencia, la evaluación fue considerada como "una herramienta de retroalimentación que funciona como un espejo que va reflejando en sus distintas etapas los avances y retrocesos de las personas y de los equipos, ayudando a los 'educandos' a percatarse por sí mismos acerca de la capacidad que tienen para dar sentido a los hechos y objetos que constituyen su experiencia y su práctica" (*6*).

- Un ejercicio de simulación con dos grupos de actores que se encargaron de programar un plan de evaluación en dos contextos diferentes: 1) una propuesta de capacitación de auxiliares de enfermería en normas de atención prenatal en la que había necesidad de gestionar recursos financieros, y 2) una propuesta que reflejara la interacción entre un área de salud, una organización privada no gubernamental y la OPS. En cada caso, un grupo se encargó de la actuación, mientras el otro observaba y registraba los aspectos relevantes. El trabajo se organizó en dos momentos: uno de preparación (los actores escriben el libreto y distribuyen roles, y los observadores elaboran criterios y modos de registro), y otro de acción (unos actúan y otros registran). En uno de los talleres, se filmó el ejercicio para dar lugar a los comentarios y debates, lo que permitió recuperar las categorías trabajadas y enriquecerlas, al colocarlas en contexto, y, además, detectar obstáculos, debilidades, insuficiencias, errores y otros componentes de "la cara fea" de la evaluación.

3.4 Repertorio de metodologías y técnicas de evaluación

Este componente fue el tema central de la última jornada en ambos talleres. La discusión partió de una intervención de María Cristina Davini (*7*), dirigida a formar criterios para decidir acerca de las estrategias de coordinación de equipos técnicos, procurando que sean compatibles con las características del proceso de capacitación y viables desde el punto de vista técnico. La

ponente buscó, asimismo, crear espacios para la comprensión de todo un mosaico y repertorio de técnicas de ejecución sencilla, de baja complejidad y de alto valor en términos de su capacidad evaluativa. Se indujo la discusión y se promovió un debate que, sobre la base de experiencias propias de los participantes, permitiera crear un espacio para definir de forma colectiva distintas técnicas. Se señalaron, de modo preferente, las técnicas siguientes:

- el *análisis cartográfico:* permite ubicar a la gente en el tiempo y el espacio, facilitando así la creación de redes y la identificación de recursos humanos, físicos y de otra naturaleza;
- el *censo participativo:* es una estrategia de diagnóstico para el reconocimiento participativo de recursos, expectativas y actores;
- las *apreciaciones rápidas:* son observaciones en el terreno, precisas y rápidas, que utilizan técnicas de observación y sondeo de opiniones;
- el *análisis de funciones y tareas:* es de suma utilidad en la evaluación de la capacitación para el cambio organizacional, dentro del modelo, por ejemplo, de "la organización que aprende";
- los *sistemas para monitorear el avance de un programa de capacitación hacia el logro de metas y objetivos:* se basan en indicadores de progreso construidos, a su vez, sobre la base de las necesidades de intervención previamente establecidas;
- la *entrevista estructurada o semiestructurada a informantes claves:* puede ser de naturaleza individual o grupal, o incluso dirigida a expertos externos;
- la *observación en el trabajo*: puede hacerse a lo largo de toda la labor y permite examinar las características del proceso de trabajo y del desempeño;
- las *historias personales o de grupo*;
- el *estudio de casos:* incluye el estudio de proyectos de mejoramiento de la atención de salud, y también la formulación, ejecución y análisis de tales proyectos como herramientas de aprendizaje;
- la *encuesta*, o bien una de sus variantes de uso frecuente, el cuestionario, que puede ser amplio o cerrado, individual o grupal, actual o prospectivo;
- las *escalas de opinión o de valoración*;
- el *informe pautado*: permite plantear interrogantes claves, tales como ¿dónde estamos?, ¿en qué período?, ¿en qué grado de avance?, ¿cómo llegamos hasta aquí?, en suma, ¿qué está pasando?;
- el *taller*: puede ser de discusión grupal, de confrontación de informaciones o de análisis en el curso de procesos decisorios;
- el *portafolio*: es una manera de producir y aportar ideas para la evaluación (los datos se van incorporando a los compartimientos internos); en otros términos, es una actividad

que facilita la clasificación de la información referida a una institución o región determinada, que luego favorece su integración con otras informaciones similares;

- los *mapas conceptuales*: ya mencionados a propósito del plan de evaluación, se definen como "un recurso pedagógico esquemático, que responde a la teoría del aprendizaje significativo de Ausubel";
- los *estudios longitudinales*: permiten establecer comparaciones a partir de la información obtenida en el seguimiento de la actividad de distintos grupos, con o sin control, a lo largo del tiempo.

En la discusión siguiente, el grupo rescató el valor de la evaluación en los programas educativos, ya no solo como un mecanismo para el control y seguimiento de una actividad, sino como componente esencial de la gestión de la capacitación y del propio aprendizaje, en la medida en que fortalece las interacciones, estimula la creatividad de los participantes y crea nuevos conocimientos a propósito de situaciones particulares. El análisis se orientó también a examinar, en conjunto, otras metodologías y técnicas de manejo dinámico, orientadas al perfeccionamiento de la capacitación y basadas en el análisis de procesos y resultados.

4. La metodología utilizada en los talleres

El encuentro privilegió la construcción grupal, que se desarrolló, para cada área de trabajo, en los siguientes momentos:

- una introducción al tema, planteada en una intervención a cargo de la coordinación general del evento (cada una de estas introducciones aparecen citadas en las referencias bibliográficas este informe);
- una instancia de reflexión y de debate a propósito de cada temática, en la que se estimuló el relato de experiencias propias de los participante; la síntesis de las discusiones fue un aporte para la elaboración de cada tema en particular;
- reuniones plenarias de síntesis y puesta al día de las discusiones;
- trabajo con materiales de referencia suministrados por la coordinación del evento; se proporcionaron materiales de orden conceptual y relatos de experiencias vinculadas a proyectos de cooperación externos realizados en la Argentina (PROMIN), el Brasil (PROFAE), el Ministerio de Salud de Chile, así como documentos de apoyo del UNICEF, la Universidad de Bahía y el Proyecto del Crédito Alemán para los Servicios de Salud de Chile;
- un *ejercicio de simulación.*

El proceso sistemático de la evaluación fue objeto de un tratamiento ordenado, con espacios para el abordaje de sus distintos componentes organizados secuencialmente, según se puede observar en la Agenda de los Talleres, incluida en el Anexo I de este informe. La dinámica de trabajo fue fluida y amena, y ello permitió alcanzar un alto nivel de calidad conceptual en los productos obtenidos. Según la opinión de los participantes, esta forma de organización del

encuentro propició espacios de discusión alrededor de los conceptos básicos y los ejemplos planteados, así como la adquisición de una mirada crítica en cuanto a la propia práctica.

5. Los productos obtenidos[21]

Los talleres reseñados en este informe forman parte de las iniciativas del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS en apoyo de los países que procuran llevar adelante reformas en el sector de la salud. Para valorar el beneficio potencial de estos eventos, se han utilizado como puntos de referencia la apreciación general de la Coordinación de los Talleres, la percepción de los participantes —recogida por medio de un cuestionario de evaluación del taller— y, finalmente, como resultado de ambos, los aspectos sobresalientes de un análisis prospectivo en términos de expectativas para el futuro.

Como se ha señalado al comienzo, la construcción progresiva de una propuesta pedagógica de educación permanente del personal de salud ha adolecido de un vacío operativo y conceptual de fundamental importancia en cuanto a la evaluación de los programas de capacitación. En ese sentido, y para los efectos del taller, se consideró a la evaluación como parte intrínseca de la planificación y la gestión de los proyectos educacionales en los servicios de salud. A partir de esta perspectiva, se puso el acento en detectar los problemas y las necesidades que se presentan al plantear proyectos de evaluación, y se buscó sensibilizar, involucrar y apoyar técnicamente a los responsables, gestores y directivos institucionales.

A continuación se describen y sintetizan las opiniones recogidas por medio del cuestionario que se planteó a los participantes, y que cubría los siguientes puntos:

- pertinencia y relevancia de la iniciativa de evaluación en el contexto de la capacitación,
- dinámica del trabajo y de las actividades realizadas,
- aprendizajes significativos adquiridos a lo largo del taller,
- transferencia y aplicación de conocimientos,
- provisión de observaciones para mejorar el taller,
- opiniones sobre la organización del encuentro,
- sugerencias para la continuidad (expectativas).

5.1 Pertinencia y relevancia de la iniciativa de evaluación

En relación con los objetivos, la pertinencia y relevancia de la iniciativa y los contenidos del taller para los proyectos de capacitación, la mayor parte de los participantes tuvo una opinión

21 En este informe se articula, como se ha señalado, la narración de los hechos relevantes de los dos talleres subregionales celebrados en 2002 y 2003. En esta sección —"Los productos obtenidos"— se sigue la misma tónica; en consecuencia, su contenido es resultado de la consolidación de los informes y de las respuestas de los participantes en ambos encuentros a los cuestionarios de evaluación, que fueron elaborados por Gabriela Charnes.

positiva y destacó, también, sus aspectos innovadores. No solo se reconoció la importancia de la temática de la evaluación, sino que también se la señaló como una de las dimensiones más problemáticas y menos exploradas en el ámbito de la capacitación. Se observó además una opinión generalizada acerca de su pertinencia respecto de las necesidades cotidianas de quienes trabajan en programas sociales, educativos y de desarrollo curricular. Se señaló que de continuar con la tradición de "dejar de lado" la cuestión de la evaluación, la mayoría de los países no podrá contar oportunamente con los elementos informativos necesarios para conocer en profundidad los resultados de las intervenciones educativas. Se valoró, como un beneficio adicional, la oportunidad de intercambiar experiencias con grupos similares de diversos países.

La coordinación consideró muy significativa la opinión predominante acerca de que el taller contribuyó a sistematizar el proceso de evaluación, ya que los conocimientos adquiridos tuvieron como eje el desempeño en las organizaciones, los modelos de gestión por resultados y los procesos de cambio organizacional. Por otra parte, en términos de la coherencia necesaria con los planes de educación permanente y el aprendizaje en el trabajo, los participantes señalaron que los contenidos permitieron reorientar y redimensionar la intencionalidad de las intervenciones educativas, y reconocer a la capacitación en los servicios como el medio por excelencia para "educar" a los equipos y responder mejor y en forma oportuna a las necesidades de la población.

5.2 Dinámica del trabajo y de las actividades realizadas

Las respuestas de los participantes, en cuanto a la dinámica de trabajo y las actividades del taller, destacaron que hubo una combinación proporcionada de momentos de conceptualización teórica con momentos de reflexión grupal. Se juzgó que el intercambio de experiencias mantuvo un equilibrio oportuno entre las actividades participativas y exposiciones, por un lado, y las actividades productivas y dinámicas, por otro. Apoyan estas opiniones comentarios particulares que calificaron las intervenciones como "de muy buen nivel", "variadas, inductoras de la reflexión", "estimuladoras de la participación", "fortalecedoras y estimuladoras del crecimiento grupal", "facilitadoras de la integración de teorías y conocimientos con las experiencias y los casos trabajados", entre otros.

5.3 Aprendizajes significativos

Los participantes respondieron a las preguntas sobre el aprendizaje adquirido planteando una serie de ideas fuerza, referidas esencialmente a:

- la evaluación como parte integrante de la planificación y gestión de los proyectos de capacitación, ya desde el inicio de los programas; la importancia de contextualizarla a fin de que responda a las necesidades nacionales o locales, y su función clave como herramienta técnica de gestión y como instrumento para la negociación;
- las concepciones y paradigmas de la evaluación; en este plano, los participantes valoraron la posibilidad de problematizar la evaluación y reconocer distintas representaciones y modelos ("se puede rescatar y consensuar diversos paradigmas de evaluación de acuerdo con distintos tipos de necesidades, y aplicarlos en los países");

- el sentido y la utilidad de la evaluación, conceptuada como una herramienta esencial en la transferencia de conocimientos e indispensable en los procesos de toma de decisiones y de replanteamiento de estrategias, y como un mecanismo para fortalecer el trabajo en equipo;
- el aprendizaje que se logra al compartir experiencias y objetivar lo que acontece en la práctica cotidiana, sobre todo cuando las discusiones incluyen participantes y hábitos de trabajo de distintos países y sociedades, lo que permite construir el conocimiento a partir de comparaciones y debates.

5.4 Transferencia y aplicación de conocimientos

En relación con la transferencia de conocimientos y su aplicación a las situaciones laborales, los participantes destacaron la utilidad de los espacios de discusión en la agenda del taller, la recuperación y análisis de los ejemplos planteados, y la adquisición subsiguiente de una mirada crítica ante la propia práctica. Se analizaron los principales elementos de tipo conceptual y metodológico de algunas experiencias presentadas, el planteamiento de objetivos centrados en el desempeño y la práctica, y la dinámica desarrollada, por ejemplo, en los casos del Brasil y de Chile.

Los grupos hicieron una valoración crítica de la transferencia de conocimientos en el marco de situaciones específicas, tales como el trabajo en equipo ("compartir con el equipo todas las vivencias de estos cuatro días, así como reflexionar sobre lo que acontece en la práctica cotidiana"), los procesos que conducen a la toma de decisiones ("un mejor desempeño de mis responsabilidades como gestor y tomador de decisiones") y el desarrollo metodológico de la evaluación ("la problematización de la evaluación" y las posibilidades de poder "evaluar la evaluación"), son algunas de las respuestas de los participantes al cuestionario de evaluación del taller.

5.5 Observaciones para mejorar el taller

Los talleristas aportaron algunas observaciones para la mejora de futuras ediciones del taller (sobre todo si pueden llevarse a cabo a nivel nacional y local), en cuestiones estructurales y de dinámica interna, tales como: incorporar mayor número de experiencias nacionales, conocer la agenda con anticipación, focalizar las discusiones y evitar las repetitivas, extender la duración del encuentro a cinco días, ampliar la participación de las consultoras, no solo como expositoras, sino como integrantes del colectivo para lograr una mayor interacción.

Se hizo hincapié en la selección y perfil de los participantes; en ese sentido, se propuso incluir a personas con alguna estabilidad laboral en los programas de capacitación, a fin de garantizar la continuidad, y también a decisores y financiadores de las capacitaciones, autoridades y políticos.

En cuanto a los contenidos, se recomendó plantear como requisitos que los participantes busquen y preparen una experiencia de evaluación de la capacitación y describan el instrumento utilizado. Se propuso también "abrir" más la discusión sobre los paradigmas educativos y de evaluación, con la finalidad de promover el análisis acerca del modo como los productos o resultados de la evaluación pueden usarse para controlar, regular o emancipar, y de qué manera las

acciones evaluativas pueden convertirse en determinantes o condicionantes del cambio de los modelos de atención por medio de la capacitación. Se recomendó, finalmente, profundizar más en la relación educación-evaluación-gestión a la hora de diseñar modelos conceptuales apropiados para los servicios de salud de los países participantes.

5.6 Opiniones sobre la organización del encuentro

Los participantes tuvieron una opinión favorable sobre el nivel de excelencia organizativa, técnica y logística del encuentro. Se planteó que la agenda demandó un trabajo intenso, dada su amplitud y la complejidad de algunas de las cuestiones tratadas, por lo que se recomienda proveer más tiempo para las discusiones (asunto ya mencionado en el punto anterior), lo que permitiría, a la vez, la elaboración o el afinamiento de proyectos concretos para cada país. Hubo algunos comentarios sobre las diferencias en el nivel técnico y laboral de los distintos participantes, lo que crea ciertas dificultades para el manejo uniforme de la temática; se recomendó al respecto uniformizar, en la medida de lo posible, los perfiles para la selección de los participantes, o bien, la realización de actividades de nivelación antes del taller o en los momentos iniciales del encuentro.

5.7 Sugerencias para la continuidad

Obviamente, la motivación que un evento de esta naturaleza despierta, crea preocupaciones en cuanto a la internalización de la necesidad de que las actividades de capacitación sean siempre sometidas a evaluación. Ello implica la creación de instancias de intercambio y el arraigo de una "cultura evaluativa", que aseguren la difusión, la consolidación de los aprendizajes y la sostenibilidad de los procesos evaluativos. Las observaciones de los talleristas en este aspecto pueden sistematizarse de la manera siguiente:

- difusión, intercambio de información y creación de redes, a fin de que los aprendizajes puedan ser aprovechados por más personas (se busca la masificación de los aprendizajes, tal vez mediante la formación de un foro en Internet con los participantes de los talleres o de un sitio Web dedicado a la difusión conceptual, la creación de una lista de interés virtual, el establecimiento de una red de gerentes de capacitación y de mecanismos de realimentación permanente, y la entrega de información a los medios para el análisis y la exposición de cuestiones críticas acerca del tema);

- establecimiento de mecanismos para aprovechar la experiencia en el ámbito de trabajo local, ya sea universidades, servicios de salud u otras entidades y grupos, en los que se pueda incorporar los elementos evaluativos desde el inicio de los proyectos de capacitación. Ello requiere involucrar a las autoridades y grupos de poder, socializar la experiencia con agrupaciones gremiales, replicar el taller en distintos niveles y, sobre todo, procurar que gradualmente se internalice una visión de la evaluación como componente esencial de la capacitación, y no como un fin en sí misma;

- creación de instancias de educación permanente en los servicios, universidades y grupos locales de trabajo (hospitales, comunidades), para sistematizar y socializar las expe-

riencias nacionales e internacionales; estímulo a la realimentación fluida y expedita; profundización de las técnicas de evaluación y de recolección de información en la práctica concreta; realización de jornadas y encuentros frecuentes para enriquecer el conocimiento sobre el tema, y creación de una masa crítica capaz de visualizar la evaluación en su real dimensión, como instrumento adicional de aprendizaje y no como una amenaza;

- creación de redes de información, comunicación, monitoreo y seguimiento de procesos, que incluyan la organización y realización de talleres regionales para la elaboración de indicadores y estándares apropiados que respondan a las características nacionales, regionales y locales; constitución de un cuerpo técnico para el seguimiento y monitoreo de la formación en evaluación, en el que debería incluirse a las Representaciones nacionales de la OPS, con el propósito de fortalecer la capacidad técnica instalada en los países y promover la participación de los consultores nacionales de las Representaciones. En esta misma línea, se señala la conveniencia de estrechar la relación con el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, con la finalidad de que la cooperación técnica forme parte de un proceso permanente y no sea solo una intervención esporádica a propósito de un taller en particular.

Referencias bibliográficas

1. Davini MC. Informe final de consultoría para la coordinación y conducción del taller subregional de evaluación de procesos y programas de capacitación en salud. Buenos Aires, 19-22 de noviembre de 2002.

2. Roschke MA. Usos de la capacitación en los procesos de cooperación. Planteamiento introductorio. Trabajo presentado en los talleres subregionales sobre Evaluación de la Capacitación de Personal de Salud. Buenos Aires, Argentina, 18-22 de noviembre de 2002, y Antigua, Guatemala, 25-28 de marzo de 2003.

3. Davini MC. Apuntes para guiar una presentación conceptual. Presentación en los talleres: "Evaluación de Proyectos y Procesos de Capacitación", realizados en Buenos Aires, Argentina, 18-22 de noviembre de 2002, y Antigua, Guatemala, 25-28 de marzo de 2003.

4. Charnes G. Elaboración del Plan de Evaluación, presentado en los Talleres realizados en Buenos Aires, Argentina, 18-22 de noviembre de 2002, y Antigua, Guatemala, 25-28 de marzo de 2003. Mimeo.

5. Charnes G. Programa de Educación Permanente para el mejoramiento de la calidad de atención. Asesoría metodológica. Ministerio de Salud de Chile; 1998-1999.

6. Charnes G. Seguimiento y evaluación de procesos de capacitación e intervenciones de aprendizaje organizacional. Santiago de Chile; junio de 2002. Mimeo.

7. Davini MC. Notas para elaborar un informe final de consultoría en relación con la conducción del taller subregional de Evaluación de procesos de capacitación celebrado en Buenos Aires en noviembre de 2002. Mimeo.

ANEXOS

ANEXO I
AGENDA DE LOS TALLERES

En ambos encuentros, el trabajo se llevó a cabo sobre la base de una agenda común, que se sintetiza a continuación:

Objetivos	Temeaticas	Actividades
Primer día		
Apertura.	Objetivos y programa del taller. Presentación de los participantes.	Presentación (a cargo de M. A. Roschke). Presentación de las experiencias de evaluación de la capacitación.
Discutir concepciones, expectativas y dificultades acerca de la evaluación.	Experiencias nacionales de evaluación de proyectos y de acciones de capacitación.	Diálogo grupal.
Sistematizar niveles de evaluación.	Evaluaciones de reacción, de aprendizaje, de transferencia a la práctica y de productos (impacto). Cadena de resultados en contextos distintos.	Discusión sobre los niveles de acción, considerando el valor de la información, la demostración de resultados, la frecuencia de uso y las dificultades en el proceso y en los contextos (a cargo de M. C. Davini).
Discutir modalidades y estrategias en casos particulares.	Evaluaciones del impacto y estudios de proceso.	Trabajo en grupo sobre dos casos de evaluación de proyectos de capacitación. Puesta en común del trabajo.
Segundo día		
Analizar la evaluación en la dinámica de los proyectos y las organizaciones.	Organizaciones, actores y audiencias de la evaluación.	Discusión colectiva sobre niveles, modalidades y estrategias de evaluación en la dinámica de los proyectos.
Analizar los distintos paradigmas de la evaluación.	Excelencia, control, regulación y emancipación. Distintas lógicas.	Presentación conceptual y debate (a cargo de Davini).
Reconocer los diversos estilos de evaluación y establecer su congruencia con el propósito del proyecto educativo.	Propósitos y enfoque de la evaluación: búsqueda de definiciones.	Trabajo en grupos para definir el "qué" y el "para qué" de la evaluación en proyectos y acciones de educación permanente. Puesta en común: estrategia colectiva para elaborar definiciones de un proceso complejo.

Objetivos	Temeaticas	Actividades
Tercer día		
Analizar las fases y los actores de un plan de evaluación.	Elaboración de un plan de evaluación: fases, componentes y actores. La cuestión de los indicadores.	Presentación dialogada (a cargo de G. Charnes).
Reflexionar acerca de la construcción de una evolución viable.	Reconocimiento de problemas, fortalezas y debilidades; solución de viabilidad.	Simulación. Situación: coordinar la elaboración de un plan (trabajo grupal: uno coordina, otros participan y otros observan y registran). Puesta en común del ejercicio y señalamiento de facilitadores y obstáculos.
Cuarto día		
Formar criterios para decidir acerca de las estrategias que se adoptarán en la coordinación de equipos técnicos.	Repertorio de metodologías y técnicas de evaluación. Objetivos, indicadores y selección de estrategias.	Presentación y debate. Recuperación de la simulación del día anterior y discusión acerca de las potencialidades de las estrategias y técnicas para fortalecer la educación del personal.
Pensar en metodologías abiertas y reconocer las potencialidades y contribuciones de la evaluación como herramienta para la gestión de los programas de EPS.	Gestión y evaluación.	Puesta en común del trabajo anterior. Identificación de los aportes de la evaluación para la gestión de los programas. Evaluación del taller y cierre de las actividades.

ANEXO II
LOS PARTICIPANTES

En el Taller de Buenos Aires, Argentina:

Mónica Abramzón, Universidad de Buenos Aires, Argentina

Cristina Alcón, Ministerio de Educación, Argentina

Guadalupe Alarcón, Secretaría de Salubridad, México

Victoria Barreda, Ministerio de Educación, Argentina

Janeth L. de Báscones, Instituto de Salud Pública, Venezuela

Amable Bermeo, Universidad de Loja, Ecuador

Rosa María Borrell, Recursos Humanos, Representación OPS-OMS, Argentina

María Cecilia Botindari, Ministerio de Salud, Argentina

María Elena Cabreras, Universidad de Rosario, Argentina

William Capo, Instituto de Salud Pública, Venezuela

Gabriela Charnes Cars, Consultora temporal OPS-OMS, Chile

Gustavo Cristaldo, Ministerio de Salud, Paraguay

María Cristina Davini, Consultora OPS-OMS, Argentina

Frida Goldenstein, SIEMPRO, Argentina

Luz Teresa Horta, Consultora de Educación Permanente, Colombia

Luis Larrea, Ministerio de Salud, Bolivia

Martín Lellis, Ministerio de Salud, Argentina

Claudia Lomagno, Ministerio de Salud, Argentina

María de los Ángeles Maldonado, Universidad de Rosario, Argentina

Mirta Marina, Ministerio de Educación, Argentina

José Marín Massolo, Ministerio de Salud, Paraguay

María Luisa Morales, Ministerio de Salud, Argentina

Marisol Olivera Vílchez, Ministerio de Salud, Perú

Celia Pierantoni, Universidad Estadual de Río de Janeiro, Brasil

Miguel A. de la Mora Pimienta, Secretaría de Salubridad, México

Julio Portella, Instituto de Desarrollo de Recursos Humanos, Perú

Fabiana Reboiras, Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Nora Repetto, Secretaría de Educación de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Patricia Rodríguez, Secretaría de Salud de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

Carlos Rosales, Recursos Humanos, Representación OPS-OMS, Paraguay

María Alice Roschke, Consultora Regional OPS-OMS, Washington D.C.

Carmen Rosa Serrano, Recursos Humanos, Representación OPS-OMS, Venezuela

Sebastián Tobar, Programa de Salud Internacional, OPS-OMS, Washington D.C.

Hilda Toro Madariaga, Ministerio de Salud, Chile

María G. Ventura, CEFOR, Brasil

Alicia Zelicman, Secretaría de Educación de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina

En el Taller de Antigua, Guatemala:

Nelly Arceda Blandón, Ministerio de Salud, Nicaragua

Luis Arturo Boza Abarca, CENDEISS, CCSS, Costa Rica

Violeta Barreto Arias, Ministerio de Salud, Nicaragua

Mirna Evelyn de Contreras, ISSS, El Salvador

Álvaro Cruz Paniagua, Ministerio de Salud Pública, Guatemala

Gabriela Charnes Cars, Consultora OPS-OMS, Chile

María Cristina Davini, Consultora OPS-OMS, Washington, D.C.

Carlos Humberto Escobar, Universidad de San Carlos, Guatemala

América de Fernández, Recursos Humanos, Representación OPS-OMS, Guatemala

Tomás E. Figueroa, Recursos Humanos, Representación OPS-OMS, El Salvador

Miguel A. Garcés, Universidad Rafael Landívar, Guatemala

Nidia E. Gómez, Secretaría de Salud, Honduras

Pura Guzmán Lara, Secretaría de Salud Pública, República Dominicana

Jorge Haddad Quiñónez, Consultor temporal OPS-OMS, Honduras

Marco Tulio López A., Ministerio de Salud Pública, Guatemala

María Jesús Mojica, Recursos Humanos, Representación OPS-OMS, Honduras

Lilian B. de Rivas, Representación OPS-OMS, Guatemala

María Alice Roschke, Consultora Regional, OPS-OMS, Washington D.C.

Olga María Sequeira, Ministerio de Salud, Nicaragua

Ninette Siguí Fajardo, Ministerio de Salud Pública, Guatemala

Almeda A. de Urbina, Ministerio de Salud Pública, Guatemala

Javier Uribe Echeverri, Servicios de Salud, Representación OPS-OMS, Nicaragua

Ileana Vargas Umaña, Universidad de Costa Rica, Costa Rica

Carmen Alicia de Vásquez, Universidad Rafael Landívar, Guatemala

Selma Zapata, Recursos Humanos, Representación OPS-OMS, República Dominicana