

consejo directivo



ORGANIZACION
PANAMERICANA
DE LA SALUD

XXIV Reunión

comité regional

ORGANIZACION
MUNDIAL
DE LA SALUD

XXVIII Reunión



México, D.F.
Septiembre-October 1976

INDEXED

Tema 30 del programa provisional

CD24/25. (Esp.)
14 septiembre 1976
ORIGINAL: ESPAÑOL

PROPUESTA DE CREACION DE UN CENTRO PANAMERICANO
DE ADIESTRAMIENTO EN SALUD DE LA COMUNIDAD

ESTUDIO DE FACTIBILIDAD PARA LA CREACION DE UN CENTRO PANAMERICANO
DE ADIESTRAMIENTO EN SALUD DE LA COMUNIDAD EN COSTA RICA

Costa Rica - 13 de agosto al
6 de septiembre de 1976

Resumen

Este estudio tuvo su origen en la resolución aprobada en la Cuarta Sesión Plenaria de la 76a Reunión del Comité Ejecutivo de la Organización Panamericana de la Salud (Resolución VI), motivada por el proyecto para la "creación de una escuela de salud rural con sede en Costa Rica" presentada por el Gobierno de dicho país.

Para el encuadre de este estudio se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos conceptuales: que siendo la función lo esencial en un centro, no se consideraba necesario que todos los componentes de la estructura estuvieran ubicados en un mismo lugar físico; que no debían duplicarse, ni total ni parcialmente, funciones o actividades que ya se estaban desarrollando; que se debían tener en cuenta todas las instituciones de la Región que pudieran contribuir a los fines del centro.

Los elementos referenciales fueron tomados de las recomendaciones del Plan Decenal de Salud para las Américas; del pedido efectuado a los gobiernos que han iniciado programas para que compartan la información y las experiencias con los otros países; la colaboración ofrecida por el Gobierno de Costa Rica; lo señalado en la Resolución VI de la 76a Reunión del Comité Ejecutivo de la OPS; lo resuelto en la Sexta Reunión de Directores Generales de Salud de Centro América y Panamá; el análisis y evaluación de los programas de cobertura que se están realizando en Costa Rica, y las leyes que en dicho país rigen todo lo relacionado con el sector salud.

A continuación se introdujeron una serie de definiciones relacionadas con los conceptos y expresiones incluidos en la resolución y en la presentación del Gobierno de Costa Rica, con el fin de determinar la extensión y el contenido que se daría a cada uno de ellos en este contexto.

Se efectuó luego un diagnóstico de situación con el fin de identificar los recursos existentes para poder ulteriormente confrontarlos con los recursos necesarios para la creación de un centro como el propuesto.

Se analizaron cuidadosamente los componentes de los programas de ampliación de cobertura, tanto del de salud rural como del de salud comunitaria, cuáles eran las funciones que cumplía el personal de campo, así como el de los distintos niveles del programa y se utilizaron algunos indicadores para evaluarlos. Se determinó en cada uno de ellos la necesidad del recurso humano que calculaban que iban a necesitar hasta el fin de la década. (Debe hacerse notar que el programa de salud comunitaria solamente intenta formar 200 asistentes de la salud comunitaria durante el año 1977 y si no se han señalado las necesidades ulteriores ha sido porque la formación se efectúa exclusivamente cuando existen las vacantes para que ese personal pueda ser absorbido por el sector salud.)

Se analizó también el entrenamiento que recibía el personal en terreno, tanto los auxiliares de enfermería como el asistente rural y se analizó el programa de asistente de salud comunitaria que ya estaba terminado.

Con toda esa información se intentó determinar el valor docente y pedagógico de los programas de ampliación de cobertura, que es lo que ellos podrían entregar que tuviera características sobresalientes como para justificar su utilización en los cursos de un centro. Solo se hará aquí un simple enunciado de esos aspectos: existencia de un aceptable nivel de coordinación interinstitucional, reajuste de un modelo preexistente; logro de una cobertura total en un tiempo relativamente corto y con un costo no demasiado alto; un alto grado de motivación en todos los participantes desde el personal de campo hasta la dirección del programa; limitación del adiestramiento a las tareas que se deben efectuar en terreno.

También se tuvo en cuenta la necesidad de capacitación de personal intermedio y superior de la estructura administrativa del sector salud partiendo de las deficiencias observadas que están señaladas en el Plan de Salud que el Gobierno elaboró, y los mecanismos que se piensan utilizar y que ya están en marcha para lograr una mayor eficacia en las tareas de ese personal. Por otra parte, la valiosa información que va a entregar a corto plazo el Instituto Centroamericano de Administración Pública como resultado de la encuesta que va a realizar a este respecto en todo el sector público de todos los países de Centro América y Panamá.

Para determinar el recurso docente potencial con el cual se podría contar, e independientemente del que en este momento está cumpliendo tareas docentes de entrenamiento en el Ministerio de Salubridad, se visitaron dos instituciones formadoras por excelencia: la Facultad de Medicina, perteneciente a la Universidad, y el Centro de Docencia e Investigación que pertenece al CCSS, y se enunciaron los cursos que dichas instituciones ofrecen. Debe tenerse en cuenta que la existencia de un personal docente que pueda ser adecuado y suficiente no garantiza que el mismo quiera participar de las actividades de un centro; solamente está señalando su existencia potencial.

Teniendo en cuenta que se pensaba en un centro desde el punto de vista funcional, también se analizaron los tipos y niveles de cursos de capacitación o especialización que ofrecían otras instituciones nacionales y regionales de Centro América y Panamá, aunque para ello no se contó con toda la información necesaria al día.

Por último, se trató de establecer si las funciones que el Gobierno de Costa Rica proponía para el centro: de información y divulgación, asesoría, y de investigación operativa, se estaban efectuando en este momento o se contaba con personal suficiente para que en un futuro pudieran efectuarse, llegando a la conclusión de que para las dos primeras la Oficina Sanitaria Panamericana está en las mejores condiciones de poder hacerlo y para la última se cuenta con una infraestructura que comienza a hacerse cada vez más fuerte en la Facultad de Medicina a este respecto, y con un

departamento de investigaciones en el Centro de Docencia e Investigación del CCSS que es de una alta calidad científica y que en este momento, por un convenio firmado con la Universidad de Michigan, va a iniciar estudios de modelos de salud comunitaria.

Con la información precedente y el marco referencial se identificaron las opciones para lo cual se tuvieron en cuenta, por una parte, lo contenido en la presentación del Gobierno y en la resolución y, por otra, la necesidad que podría existir para que una o varias de las funciones propuestas debieran concretarse.

Se identificaron tres opciones que pueden ser complementarias y de complejidad creciente:

1. Centro de Adiestramiento en Salud Comunitaria; 2. Centro de Información, Asesoría e Investigación; 3. Centro de Capacitación Docente.

Para determinar la necesidad de crear un Centro de Adiestramiento en Salud Comunitaria se comenzó construyendo un modelo teórico de atención que solamente tuvo por finalidad establecer niveles y funciones. El análisis efectuado parece mostrar que sería inconveniente la formación de personal de campo en un lugar centralizado, no solo por razones de costo sino, y fundamentalmente, por razones educativas; que el personal intermedio, que es necesario actualizar y capacitar mejor y que ya está dentro del sistema, no es conveniente que concorra a cursos formales ni en su propio país, sino que efectúe aprendizaje en servicio para lo cual, como en el caso de Costa Rica, han sido diseñados programas especiales; para el personal intermedio que va a ingresar al sector salud existen en Costa Rica, así como en los demás países, cursos formales para iniciar o completar su entrenamiento. Quedaría por último el nivel más alto dentro del sector, que incluye la planificación, la asesoría y los niveles de decisión. No parecería demasiado conveniente establecer cursos formales para el personal de este nivel, de Costa Rica u otros países, que quisieran utilizar los beneficios de un centro de adiestramiento; parece mucho más razonable diseñar otros procedimientos no tan formales que pudieran entregar la misma información y donde se pudieran efectuar estudios de casos y análisis de diseños teóricos, ya que en realidad lo que puede pretenderse es más un incremento de la experiencia que entregar aspectos formativos básicos.

En relación con la segunda opción, parece evidente la necesidad de informar y divulgar experiencias de otros países; la que de dichos países puedan contar con asesoría y, naturalmente, que existan mecanismos y procedimientos que permitan efectuar investigaciones en reducida escala para establecer costos y factibilidad en la introducción de programas de mayor escala. Si bien gran parte de estas funciones ya son efectuadas por la Oficina Sanitaria Panamericana, una centralización que pudiera significar un refuerzo y un recurso mayor para los países, así como la inclusión en ese núcleo central de un tipo de personal altamente especializado en aspectos tales como análisis de tarea (task analysis), análisis de sistema, procesamiento de datos y manejo de metodología científica, podría ser de gran utilidad.

Aun cuando el centro de entrenamiento docente se presume que debe ser un componente esencial de las dos opciones antes mencionadas, de ser rechazadas habría que considerar la posibilidad de crear exclusivamente un centro para entrenamiento docente, por la alta prioridad que esto tiene y por la necesidad cada vez mayor de que el personal docente sea adecuadamente entrenado.

En su presentación, el Gobierno ofreció una serie de recursos materiales (edificio e instalaciones adecuadas a las funciones de investigación, docencia, administración y apoyo de los proyectos); apoyo financiero (partidas para contratar recurso humano permanente o eventual para las funciones de apoyo, de secretaría y de movilización); áreas de demostración, tanto rurales como periurbanas; mecanismos de enlace con la universidad, la CCSS y otras entidades nacionales, y la infraestructura general del Ministerio de Salubridad.

Hay sin duda recursos necesarios cuyo origen deberá determinarse una vez seleccionada la opción ya que, por una parte, incluyen gastos relacionados con la función docente (equipo de docencia, recursos audiovisuales y biblioteca; equipo para reproducción y publicación de documentos; gastos de transporte y viáticos del recurso humano a ser capacitado) incluidos en la primera opción. En relación con la segunda, será necesario destinar fondos para contratación de un grupo mínimo de expertos en las áreas de análisis de tarea, análisis de sistema, diseño experimental, planificación y evaluación en general.

No es posible en este momento del análisis de factibilidad poder establecer costos, ni de instalación ni operativos, ya que los mismos dependerán del tipo de centro que se cree. Sin embargo, el análisis anterior entrega suficiente información como para que una vez tomada la decisión ese cálculo pueda ser fácilmente realizado. Si los gastos iniciales y de mantenimiento que toma a su cargo el Ministerio de Salubridad son comparados con las necesidades totales que tiene la opción seleccionada, se pondrá en evidencia las necesidades a cubrir.

Para decidir la ubicación geográfica de un centro deben tenerse en cuenta una serie de variables que hagan posible la mejor utilización de los recursos existentes en el lugar; que se aprovechen las ventajas de lo que ya se está haciendo; de lo que el país ofrece para iniciarlo y mantener su costo operativo, y de los medios y recursos que harán posible un funcionamiento eficiente. El ofrecimiento efectuado por Costa Rica, que incluye iniciativa, motivación y medios; los recursos humanos con que el país cuenta, y el éxito que obtuvo en la aplicación de los modelos de cobertura, lo identifican como uno de los países que reúne el mayor número de condiciones. Lo anterior no quiere significar que no haya otros países que cuenten con modelos de ampliación de cobertura igualmente eficientes y con recurso humano suficiente; la única diferencia residiría en la inquietud señalada por el Gobierno de Costa Rica y en los medios y recursos que explícitamente éste ofreció en su presentación.

Conclusiones

1. El estudio de factibilidad intentado por los consultores estuvo limitado en su extensión y profundidad por la relativa imprecisión que todavía existe en la conformación de la idea de creación de un Centro Panamericano de Adiestramiento en Salud de la Comunidad.

Esto se fundamenta en la falta de las siguientes previsiones:

1.1 Selección de la alternativa más adecuada en cuanto al fin último del Centro.

1.2 Esquemmatización, con base en la acción resultante del punto anterior, de un plan de desarrollo del Centro, que indique:

- 1.2.1 instituciones participantes
- 1.2.2 recursos humanos disponibles
- 1.2.3 disponibilidad de locales
- 1.2.4 programa de posibles realizaciones

1.3 Consecuencias políticas en relación a la decisión que se adopte.

2. Estas mismas indefiniciones han dificultado también el análisis de la necesidad y justificativa del Centro, en términos del tipo de servicios que realmente pueda ofrecer a los demás países de la Región.

3. La limitación de tiempo no permitió un análisis comparativo de la misma problemática en otros países de la Región, lo cual podría eventualmente orientar no solo la adecuación de la sede en Costa Rica sino también el ajuste de los aspectos sobresalientes de esta experiencia frente a las necesidades de los demás países.

4. A pesar de las dificultades señaladas, el presente estudio puede representar un avance en tanto trata de plantear más claramente las alternativas posibles. Esto no solo deberá facilitar el proceso de toma de decisiones en cuando a selección de una opción final, como servirá de base a la elaboración posterior de la información que se requerirá para completar el análisis de factibilidad.

5. Obviamente, los aspectos señalados impidieron el estudio financiero que debería completar el presente estudio de factibilidad. En consecuencia de la definición de una alternativa operacional se podrán establecer costos de iniciación y concluir por los recursos necesarios.