

Volumen 24, No. 2
Abril/junio 1990

Educación Médica y Salud

**RECURSOS HUMANOS EN SALUD:
LA PROXIMA DECADA. PARTE II**

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

Revista trimestral de la Organización Panamericana de la Salud, creada en 1966 para servir a los países de las Américas en relación con sus actividades de desarrollo de recursos humanos en ciencias de la salud. En ella se dan a conocer experiencias en el proceso de enseñanza-aprendizaje, resultados de investigaciones, documentos de trabajo e informes de reuniones de importancia para la formación de personal de salud.

La Organización Panamericana de la Salud publica también las series de **Publicaciones Científicas**, **Cuadernos Técnicos** y **Documentos Oficiales**, y otras publicaciones periódicas, incluyendo el **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, revista mensual y órgano principal de información científica y biomédica de la OPS y el **Bulletin of PAHO**, revista trimestral que contiene material seleccionado especialmente por su interés para los países de habla inglesa de la Región de las Américas.

*Las opiniones expresadas en los artículos
firmados que aparecen en esta revista son
de la exclusiva responsabilidad de los autores*

ISSN 0013-1091

Ultimos números publicados:

Vol. 22, No. 4: Promoción de liderazgo y formación avanzada en salud pública. Primera parte

Vol. 23, No. 1: Promoción de liderazgo y formación avanzada en salud pública. Segunda parte

Próximo número:

Vol. 23, No. 3: PASCAP: una experiencia de cooperación técnica entre países

Educación Médica y Salud

Volumen 24, No. 2
Abril/junio 1990

101 **PRESENTACION**

ARTICULOS

103 **Orientación biosocial de la educación y salud en la sociedad.** *Saúl Franco Agudelo*

115 **Los sistemas locales de salud y el mercado de trabajo médico: resultados de un estudio de preferencias de ubicación geográfica.** *Gustavo Nigenda, Julio Frenk, Cecilia Robledo Vera, Luis Alonso Vásquez Segovia y Catalina Ramírez Cuadra*

136 **Proceso de trabajo y educación permanente de personal de salud: reorientación y tendencias en América Latina.** *Jorge Haddad, María Alice Roschke y María Cristina Davini*, editores

RESEÑAS

205 **Capacitación avanzada en desarrollo de recursos humanos: Curso Internacional para Personal en Niveles de Conducción del Sector Salud**

207 **Variables relacionadas con el éxito académico de los estudiantes de medicina en la Universidad Autónoma de Nuevo León, México**

NOTICIAS

213 **Sistemas de información en recursos humanos**

213 **Reunión continental de facultades de farmacia de las Américas**

214 **Capacitación en servicio en epidemiología: grupo de consulta**

214 **Investigación educacional en apoyo a la capacitación permanente**

215 **Primer Congreso Brasileiro de Epidemiología**

215 **México: sistemas locales de salud (jurisdicciones sanitarias tipo)**

216 **III Curso Internacional de Especialización en Desarrollo de Recursos Humanos**

216 **IX Congreso Panamericano de Anatomía**

217 **La universidad latinoamericana y la salud de la población**

CONSEJO EDITORIAL DE EDUCACION MEDICA Y SALUD:

- Dr. José Roberto Ferreira, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Presidente)
- Dr. Jorge Haddad, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, OPS (Secretario)
- Dr. Jean Pillet, Banco Mundial
- Dr. Carlos Martini, American Medical Association
- Dr. Manuel Bobenrieth, Programa de Información Científico-técnica en Salud, OPS
- Ing. Horst Otterstetter, Programa de Salud Ambiental, OPS

INFORMACION PARA LOS AUTORES

1. Los artículos enviados para publicación serán inéditos y así han de permanecer hasta su aparición en *Educación Médica y Salud*. La Organización Panamericana de la Salud (OPS) se reserva todos los derechos de propiedad del material recibido.

2. Los originales se remitirán al Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, 525, 23rd Street, NW, Washington, DC, 20037, EUA.

3. Los artículos deberán tratar directa o indirectamente sobre temas de educación y adiestramiento de personal de salud en su concepto más amplio, especialmente los relacionados con planificación, desarrollo y evaluación de programas de enseñanza, nuevos métodos educacionales, investigación de educación médica y desarrollo de recursos humanos para la salud.

4. La OPS se reserva el derecho de aceptar o rechazar, de acuerdo a las recomendaciones del Consejo Editorial, los trabajos recibidos. También se reserva el derecho de realizar cualquier revisión editorial que estime necesaria, incluso la condensación u omisión de parte del texto, cuadros, ilustraciones y anexos.

5. Deberán incluirse los nombres del autor y de los coautores, el nombre de la institución a que pertenecen y la dirección postal del autor.

6. Cada artículo incluirá una introducción donde se explique la razón por la cual se ha llevado a cabo el trabajo y lo que se espera que aporte en el campo científico; conclusiones y recomendaciones, de ser pertinentes, **y terminará con un resumen que dé una idea precisa del contenido.**

7. La lista de referencias y la bibliografía se ajustarán a las normas seguidas en la revista: apellido del autor e iniciales del nombre; título del trabajo o del libro en su idioma original; nombre completo de la revista, de la casa editora, o de la institución; lugar de publicación (ciudad y país); y volumen, página y fecha de publicación. Las referencias deben aparecer en el texto por orden numérico consecutivo (números arábigos en paréntesis y subrayados), en el mismo orden en que se agrupan al final del trabajo.

8. El autor podrá solicitar gratis 10 ejemplares del número en que aparece su artículo.

P PRESENTACION

Educación Médica y Salud dedica los tres primeros números del Volumen 24 a revisar distintos aspectos del desarrollo de recursos humanos para la salud que tienen implicaciones en la orientación que dicho proceso debe buscar en la década de 1990, con el fin de ajustarse a nuevas demandas y situaciones de salud que evidentemente se plantearán durante el próximo siglo.

La intención del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud ha sido inducir la reflexión sobre estos problemas, por parte de los grupos y sectores de trabajadores que tienen o tendrán responsabilidades en el manejo de estas cuestiones. Se ha querido proporcionar elementos de juicio, nuevos conocimientos y experiencias concretas, para que sean incorporados al proceso de toma de decisiones que afectan al desarrollo de la fuerza de trabajo del sector.

Así, en la Parte I (Vol. 24, No. 1) se revisan aspectos políticos y perspectivas económicas para la década que se inicia, se analizan las estrategias en los procesos de planificación y se induce un nuevo espacio de trabajo: el de la investigación educacional para transformar la práctica educativa en salud, de modo que contribuya a una eventual transformación de la práctica en salud.

En este número se promueve la reincorporación de las ciencias sociales en el manejo de los problemas de salud, se induce la meditación sobre los problemas de la fuerza de trabajo y su ubicación como uno de los aspectos críticos que deben ser considerados a profundidad en los próximos años (con base en una experiencia concreta en México), y se promueve el estudio de las tendencias en los aspectos metodológicos de la formación y la capacitación, proveyendo diez casos latinoamericanos que revelan esfuerzos concretos, con ventajas y dificultades, con espacios libres y limitaciones formidables.

En el próximo número (Vol. 24, No. 3), la cuestión de la aplicación y usos de la epidemiología como instrumento de investigación y de trabajo concreto será también analizada a la luz de experiencias y ejemplos reales que ocurren en nuestra Región.

El Programa de Desarrollo de Recursos Humanos considerará que ha cumplido su objetivo si los materiales presentados en estos tres números de *Educación Médica y Salud* son objeto de estudio y de pensamiento creador, y promueven la búsqueda y la generación auténtica de nuevas ideas y de opciones diferentes, más acordes con la nueva realidad en salud para nuestra América en la próxima década. La conformación de grupos de trabajadores en los países con el fin de estudiar e investigar constituye un paso indispensable para emprender este trabajo en forma responsable.

El Programa agradece profundamente la colaboración de los autores de los distintos trabajos presentados en estos tres números, por el esfuerzo realizado y por su valiosa contribución a los planteamientos señalados arriba.

O RIENTACION BIOSOCIAL DE LA EDUCACION Y SALUD EN LA SOCIEDAD¹

*Saúl Franco Agudelo*²

DELIMITACION DEL TEMA

Si a alguien le dicen que debe escribir u oír hablar acerca de “la orientación programática biológico-social de la educación en salud y nivel de salud de la población”, es posible que prefiera escribir o escuchar acerca de algo más simple y coherente. El enunciado, a más de complejo, es confuso. Desagregarlo puede aclarar un poco el camino y abrirlo hacia otro más simple.

Posiblemente la hipótesis que subyace a este enunciado sea: si a los programas de educación en salud se les da una orientación no exclusivamente biológica sino biológico-social, tales programas contribuirían mejor a elevar el nivel de salud de la población. A su vez, esta hipótesis se apoya en dos premisas:

1. Que la orientación de la educación en salud tiene un cierto potencial de participación en la determinación del nivel de salud de la población.
2. Que la orientación actual de tal educación es predominantemente biológica y que tal predominio reduce el potencial de participación enunciado anteriormente.

No se ponen en tela de juicio —por ahora— ni la validez de la hipótesis ni la de las premisas. Estamos —repito— desagregando para aclarar. Entre la hipótesis y las premisas nos aclaran los componentes reales del tema en discusión. Enunciados en forma de preguntas los podemos formular así:

¹ Documento presentado en la Reunión de un Grupo de Trabajo sobre Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población. Quito, Ecuador, 8 al 11 de noviembre de 1989.

² Consultor a corto plazo, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos en Salud, Organización Panamericana de la Salud, Washington, DC.

Pregunta más general: la orientación de los programas de educación en salud tiene una influencia real en el nivel de salud de la población; ¿Qué tipo de influencia?

Pregunta más específica —y que supone una respuesta positiva a la anterior—: ¿se logrará una mayor y mejor influencia sobre el nivel de salud dando a la educación en salud una orientación bio-social?

Es evidente que en la práctica y para discutir estos temas lo que realmente interesa es la segunda pregunta, la más particular. A la más general se la da por un hecho indiscutible, respaldado por experiencias históricas en diferentes campos. Aparece casi como sutileza académica preguntarse si la educación puede o no modificar la práctica. Y aunque parece sano dudar hasta de las evidencias, una vez más demos por hecho que, en efecto, la educación sí influye en la práctica. Conviene advertir, sin embargo, que la educación es uno de los determinantes de la práctica y reconocer, por tanto, que existen otros determinantes de respetable importancia.

Con los recortes y supuestos anteriores, el tema real queda un poco mejor delimitado. Pragmáticamente se lo puede enunciar así: ¿Cómo lograr mediante una orientación integradora biológico-social de la educación en salud mayor eficacia en el mejoramiento del nivel de salud de la población?

NECESARIA PRECISION DE LOS TERMINOS DEL PROBLEMA

Configurado el tema, se puede avanzar un poco tratando de descodificar los términos que lo componen.

La categoría más general parece ser la de *educación en salud*. Aunque el efecto medicalizador y la formación recibida llevan casi naturalmente a referirla a educación médica, la categoría se resiste a tal reduccionismo. Como también lo hace frente a la otra reducción: no es solo educación para prevenir o enfrentar o curar enfermedades. Es educación para la salud, de la que forman parte, pero sin agotarla, la prevención y la cura de enfermedades. Y como la salud y la enfermedad solo tienen realidad dentro de la polaridad mayor vida-muerte, posiblemente lo que queremos decir es Educación para comprender, enfrentar e interpretar los procesos de salud-enfermedad, vida-muerte.

Cabe proponer también aquí una categoría que englobe esta doble polaridad (salud-enfermedad, vida-muerte), que conlleve los niveles e interacciones biológico-sociales e individual-colectivo, y que mantenga su realidad dinámica. Esa categoría es Proceso Vital Humano (PVH). Si se la construye cuidadosa y colectivamente puede llegar a significar un avance en el instrumental conceptual que se requiere.

Volvamos a la educación para la salud. La educación no es solo el producto (que creemos evidenciar cuando nos encontramos, por ejemplo, con “un niño educado”). Es también —y principalmente— el proceso de construcción, transmisión y puesta en práctica de conocimientos, hábitos y actitudes frente a algo, en nuestro caso la salud, con las aclaraciones (o confusiones) señaladas. Así entendida, la educación incluye pero supera el saber formal y el espacio académico científico —generalmente referido a la universidad— y se coloca en el espacio más real de la educación en la sociedad en el que los medios de comunicación, las escalas valorativas, la confrontación clasista y la experiencia cotidiana educan muchísimo más que el particular aparato educativo escolar universitario.

Estas complicaciones de la categoría más general no pretenden extraviar lo particular en lo general, ni desestimular el esfuerzo educativo sanitario institucional, pero sí mantener la invitación a la precisión temática y terminológica, y al reconocimiento de las fronteras de las realidades y procesos particulares. La reacción puede ser similar a la que tenemos cuando en un mapa del universo nos señalan el pequeñísimo punto que representa al enorme planeta tierra en que vivimos. Sin duda no perdemos las ganas de trabajar en la minúscula región de ese punto diminuto en que se desarrolla el PVH, pero se puede adquirir un mejor sentido de las proporciones.

La otra categoría general del tema que nos ocupa es *nivel de salud de la población*. La categoría implica que la salud es un estado resultante de un conjunto de condiciones, y que ese estado puede ser más o menos bueno, estableciéndose diferentes niveles. Y asume también que ni la salud es un acontecimiento exclusivamente individual, ni la salud de la población es un sumatorio —o mejor un promedio— de los estados de salud individuales.

Como ya se ha planteado, la salud, mejor que un estado es un proceso. ¿Es posible determinar el nivel de un proceso? A primera vista sí, pero tanto las unidades de medición como los fenómenos medidos, serían diferentes. Con todo, pensando en la realidad sanitaria como proceso y no como estado parece menos adecuado hablar de nivel y habría que pensar más en aspectos tales como momento del proceso o condiciones del proceso. Aun aceptando entonces en gracia de discusión el concepto de niveles de salud, quedan por resolver dos problemas de importancia: cómo seleccionar los indicadores del nivel y cómo aplicarlos a colectivos. Y así se entra al otro componente de la categoría: *población*.

Población es cualquier conjunto de seres vivos. Carece absolutamente de cualquier otro delimitante. A diferencia de otros términos colectivos —como país, en el que hay fronteras geográficas y nexos histórico-culturales, o familia, en el que la delimitación es de parentesco

y consanguinidad, o clase social en el que las diferencias se establecen por la ubicación y participación económica y la conciencia de pertenencia— población no tiene otro cierre de campo. Su uso frecuente puede deberse justamente a que no limitando ni especificando casi nada, aparece más aséptico y aplicable a cualquier conjunto que quiera estudiarse. Nivel de salud de la población queda entonces en un intolerable nivel de generalidad. Y a la pregunta anterior (¿Cuál nivel de salud?), estamos agregando otra: ¿nivel de salud de cuál población?

Entre las dos grandes categorías —educación en salud y nivel de salud de la población— hay una categoría intermedia: *orientación programática biológico-social*, que hace el puente y que establece las especificidades y el sentido de tal relación. Al delimitar el tema en el inicio de esta discusión, se empezó a aclarar su contenido. Pero como en la realidad el objetivo específico de esta discusión es preguntar y ensayar respuestas a la pregunta de cómo una orientación más consistente biológico-social de los programas de educación en salud puede contribuir más a mejorar las condiciones de vida y de salud de los diferentes grupos que conforman la sociedad, conviene su consideración más cuidadosa.

SI EL PROCESO VITAL HUMANO FUERA BIO-SICO-SOCIAL

La discusión científico-política acerca de si los problemas propios de la salud y la enfermedad, ampliados aquí a los de la vida y la muerte humanas, son de naturaleza exclusivamente bio-natural o bio-social es ya secular y aún tiene vigencia. No es oportuno resumirla aquí y ahora. Pero sí es necesario explicitar en qué campo y momento de tal discusión nos ubicamos para poder avanzar un poco en el tema. Los siguientes enunciados pueden ayudar a ubicarnos.

- Como momentos del PVH, los problemas de la salud y la enfermedad son esencialmente tanto del orden bionatural como del orden social en su naturaleza, en sus manifestaciones, en la manera como se los entiende, se los interpreta y se los enfrenta, así como en sus consecuencias.
- Ofreciendo la propia naturaleza de la realidad, esta rica y compleja unidad bionatural-social, el esfuerzo humano de conocimiento y de acción consecuente tiene que recurrir al método, categorizaciones e instrumental de ambos niveles de realidad.
- La complejísima estructura y dinámica bionatural del PVH en su conjunto, y de sus elementos constitutivos, requiere el concurso de las disciplinas científicas específicas, con sus res-

pectivos soportes metodológicos, tecnológicos y conceptuales. Son insuficientes tanto los reduccionismos etiológicos de la microbiología y la parasitología, como el simplismo quimioterapéutico. La ingeniería genética, la inmunológica, la bioenergética, por ejemplo, están ampliando el horizonte de visibilidad y las posibilidades comprensivas.

- La estructura y dinámica social de la problemática en cuestión no es un elemento complementario o marginal. Es algo de naturaleza, de forma de ser, de manera de presentarse, distribuirse, de mecanismos de acción y reacción. Su comprensión requiere entonces de todo el arsenal de conceptos, métodos y técnicas desarrollados por la humanidad para entender e interpretar sus relaciones, su dinámica, su organización, sus representaciones y su lucha constante, que es a lo que llamamos ciencias sociales.
- La dimensión, el arsenal y el método científico-sociales no son auxiliares de la cientificidad bionatural en la comprensión de los problemas sanitarios ni un recurso para comprender aspectos complementarios o posibilitar (¿manipular?) acciones “comunitarias”. Es una cientificidad sin la cual el sustrato básico del problema permanece confuso, insuficientemente conocido y, por tanto, más difícil de transformar.
- No son dos entidades en una, dos seres en alternancia. En el PVH, el ser social —la historicidad— del ser bionatural no es nada más que su ocurrencia, su ser en acción, realizándose y transformándose en y a la manera de la especie humana, de la sociedad en construcción-transformación por la acción de sus polaridades internas y externas.
- Estando viva y presente en toda realidad o problema sanitario esta entidad bionatural-social, no es constante la proporcionalidad —digámoslo así, con toda la imprecisión y riesgos que implica el término— de los componentes. O sea: no todas las dimensiones de la misma problemática tienen 50% de bionatural y 50% de social. Ninguna de ellas, inclusive, debe tener tal composición. Es la especificidad de cada fenómeno y de cada dimensión la que conlleva y hace expresivo un mayor o menor contenido bionatural o social. Posiblemente la epidemiología del SIDA requiera más rigor científico-social que genético-inmunológico. Pero ni es posible la epidemiología del SIDA sin comprender e integrar los aportes de la virología y la inmunología, ni su inmunología o la búsqueda de una vacuna específica puede avanzar a espaldas de la epidemiología y su acontecer social. El problema de la proporcionalidad es apenas para el caso una manera de formularnos

el problema más complejo de cómo se desenvuelve y se puede comprender una permanente pero cambiante polaridad propia de la realidad que nos ocupa.

- Tiene ya suficiente consistencia histórica y científica la dimensión psico-emocional en todo el PVH. En realidad este es entonces bio-sico-social, y la orientación educativa que venimos discutiendo debe incluir también la triple dimensión de la misma realidad.
- A pesar de que ya existe mucho pensamiento acumulado y en marcha sobre la naturaleza bio-sico-social de toda la problemática sanitaria, falta todavía claridad sobre problemas como mecanismos de interacción y metodologías para la comprensión global más adecuada. Y aún nos falta mucho por imaginar respecto a las implicaciones que una cabal comprensión de la realidad sanitaria en su complejidad bio-sico-social tendrá en toda la construcción teórica y la práctica social frente a la salud y al PVH en su conjunto. La sección siguiente se refiere justamente a algunas de tales implicaciones en el campo específico de la educación para la salud, objeto de estas reflexiones.

QUE HACER PARA TRATAR DE APOYAR EL CAMBIO

Incluso con las restricciones señaladas en la delimitación del tema, parece claro que un cambio en la orientación educativa puede producir en un plazo razonable y a diferentes niveles cambios metodológicos, conceptuales, aptitudinales y actitudinales. Y no todo hay que imaginarlo o dejarlo a la futurología. De hecho hay ya camino recorrido y experiencias observables que vienen trabajando a partir de enfoques afines con el esbozado.

En lugar de elucubrar sobre lo que podría ser pero casi seguramente no será, dediquemos esta sección a enunciar algunas de las implicaciones del cambio de orientación en cuestión, tratando de identificar campos de trabajo y de acción posibles.

La concepción biomédica aún hegemónica en el campo de la salud significó un avance histórico y abrió horizontes insospechados en el oscurantismo anterior, e inclusive hoy renueva su vitalidad, extiende sus territorios y plantea nuevos retos. Pero ha generado también reducciones, desenfoces, exclusiones y desviaciones de gravísimas consecuencias. Ha priorizado la atención al enfermo sobre el cuidado de la salud; ha reducido excluyentemente la científicidad al territorio y a los métodos de las ciencias bio-naturales; ha medicalizado la ciencia y la conciencia sanitaria de la sociedad; ha focalizado la búsqueda de la

génesis de los problemas en el establecimiento de etiologías específicas; ha dado gran visibilidad a ciertos problemas (especialmente las enfermedades), pero ha ocultado o dificultado la visibilidad de muchos otros y la articulación de los que visualiza con instancias y niveles que escapan a la racionalidad bionatural, y ha posibilitado y mantenido una mercantilización creciente por las vías de los insumos y tecnologías para el sistema hospitalar, de diagnóstico, intervención, terapéutica y rehabilitación, y por los bimillonarios flujos de capital en los sistemas de seguros de vida y de salud individuales y colectivos. Una reversión de este cuadro, en la cual juega un papel esencial pero insuficiente la comprensión y consiguiente orientación bio-sico-social del PVH, es un proceso histórico social producto de múltiples transformaciones en diferentes espacios y relaciones de la sociedad. Entre las implicaciones en la educación en salud de un cambio en la comprensión de la problemática sanitaria hacia un enfoque más científico bio-sico-social, es posible identificar las siguientes:

- Modificación del patrón de científicidad para que supere la hegemonía bio-natural y asuma también la científicidad de las ciencias sociales. Esto implica, además, enriquecimientos metodológicos y modificaciones de las prioridades investigativas. Ya en este campo se ha venido trabajando por parte tanto de programas de pregrado, como de postgrado y de grupos y centros de investigación en distintos países de América Latina. Por supuesto no es un proceso sin dificultades y ya en varios documentos y debates se han señalado los problemas emergentes de estos intentos científico-metodológicos.
- Ampliación, reformulación y repriorización de la problemática abordada. Se anotó anteriormente la prioridad que han tenido en el saber médico las enfermedades, relegando otros problemas esencialmente relacionados pero no ajustables al concepto de enfermedad. La redelimitación del campo por algo así como la categoría Proceso Vital Humano, e integrada su naturaleza y dinámica también sociales (y, en consecuencia trabajando también con la óptica y los recursos de las ciencias sociales), permitirá ver como propios otros temas y problemas hoy desconocidos, priorizar otros hoy marginalizados, y re-colocar otros hoy priorizados. La génesis social de muchos problemas, la explicación científica real de muchos determinantes de la distribución desigual de ciertas formas de enfermar y morir, las implicaciones de las dimensiones internacionales del PVH, la ética social y las cuestiones de la violencia y de las guerras son algunos de los temas que sin duda merecen ser reformulados y priorizados. Sin duda mu-

chos de los trabajos en gestación o en pleno desarrollo sobre tales temas están abriendo el camino y anunciando el cambio. Impulsarlos es una tarea viable y cargada de futuro. Es posible que los más importantes e innovadores ni los vislumbremos aún, debido en parte a los vicios y límites de nuestros enfoques actuales.

- Cambiado y ampliado el escenario, los actores tienen necesariamente que cambiar. Y es esta posiblemente la mayor implicación no solo educativa sino global del cambio de enfoque y contenido en salud. Recuperar para la sociedad y para los ciudadanos la iniciativa y el protagonismo en el conocimiento y la acción en salud, apropiada hoy por algunas instituciones y por el "personal de salud", no es una modificación epidérmica sino substancial. No apunta solo a mejorar el nivel sino a modificar el contenido mismo de la salud de la sociedad y sus distintos grupos. Defender hoy la salud como derecho y deber ciudadano; contribuir a que las organizaciones populares, clasistas, sindicales y profesionales asuman la salud y la vida entre los objetivos centrales de su accionar social; descodificar el lenguaje científico y traducirlo a los códigos de la vida cotidiana; desalamburar el cerco de la informática y trabajar para que su riqueza fluya democráticamente, son empresas posibles en la línea del cambio discutido. No es crear clientela o receptores o usuarios para los servicios de salud, sino recolocar la vida y la salud en sus escenarios y en manos de sus protagonistas originales y reales.

LO ESPECIFICO DE LA EDUCACION PROFESIONAL

Las posibles implicaciones de un cambio en la comprensión del PVH incluyen y además trascienden a la educación de profesionales de la salud. Enunciamos a continuación algunas consideraciones al respecto.

En los diferentes programas de formación de personal profesional para la salud, la orientación bio-sico-social podría concretarse mínimamente en campos como los siguientes:

- En la configuración de una base teórica más amplia para la problemática sanitaria. Tal ampliación implica procesos de debate para repensar y redefinir categorías y método; trabajo interdisciplinario sistemático; vinculación de personal profesional de otras áreas; diversificación bibliográfica; replan-

teamiento de los temas tradicionalmente “médicos” a la luz del marco conceptual más comprehensivo.

- En la selección y construcción de temas prioritarios en cuyo análisis se conjuguen los aportes de las diferentes disciplinas implicadas, incluyendo las bionaturales. Si la orientación no deviene en contenidos temáticos específicos, corre el riesgo de quedarse como algo exterior y ajeno, incapaz de penetrar las realidades enfrentadas.
- En cambios en la metodología tanto docente como investigativa. Desde la selección de los temas y objetos a investigar o a enseñar, hasta las categorías, los métodos de aproximación a la realidad, las pruebas, los análisis y las técnicas pedagógicas e investigativas, tienen que ir siendo penetradas por el enfoque en cuestión. Seguir considerando “lo sico-social” como aspecto complementario o como técnicas de manipulación conductista más que un avance puede seguir siendo un retroceso que mantiene el modelo dominante. Darle presencia sistemática en los aspectos enunciados es un paso importante en la construcción de alternativas.
- En la selección de los espacios en los cuales se desarrolla el proceso formativo, tanto en su momento docente como investigativo. Continuar centrados en el espacio hospitalar o solo en los espacios de atención a los enfermos o de investigación básica impide observar inteligentemente los espacios y circunstancias en que se desarrolla la vida de las personas y de los grupos y en que se hace posible enfermar, sobrevivir y morir.
- En los tipos de prácticas formativas elegidas y en las aptitudes cultivadas en el personal en formación. No se debe formar solo para tratar de curar enfermedades ni centrar las prácticas en los eventos individuales.
- El mejor indicador de si la orientación está o no penetrando no debe ser el número o la proporción de horas de ciencias sociales dadas frente a las horas clínicas o básicas biológicas, o el número de profesores no médicos o enfermeras. Posiblemente sean mejores otros indicadores, tales como el tipo de problemas seleccionados por docentes y estudiantes para articular el proceso formativo y la forma en que se los aborda; el rigor histórico social en el análisis de los problemas y la elaboración de propuestas; el interés por prácticas extrahospitalarias y el grado de participación en ellas; los temas escogidos y la metodología empleada en las investigaciones de docentes y estudiantes, y la creatividad en las formas de “nuevas prácticas”, ya no médicas, sino sociales de promoción y

defensa de la vida y la salud y de confrontación y entendimiento de la enfermedad y la muerte.

A MANERA DE RESUMEN O ENUNCIADO FINAL

Asumiendo los riesgos que puede entrañar una síntesis, a continuación se enuncian las bases conceptuales de la discusión planteada y de las propuestas esbozadas, para que sean objeto de reflexión y discusión.

1. La educación desempeña un papel importante pero dependiente de otros procesos en la transformación de la realidad.

2. La educación formal es apenas uno de los mecanismos mediante los cuales se realiza el proceso educativo en la sociedad. Otros mecanismos, como la acción de los medios de comunicación, cumplen una función importante y a ellos debe accederse con los contenidos que quieran inculcarse.

3. Tanto la categoría *nivel de salud* como *población* son problemáticas en general y parecen inadecuadas en particular dentro de un enfoque bio-sico-social de la problemática de la salud. Parece más conveniente referirse a momento o a condiciones de salud de grupos sociales especificados en función de variables definidas en cada caso según las realidades estudiadas o los objetivos propuestos.

4. La Categoría Proceso Vital Humano (PVH) es sometida a consideración tratando de integrar las polaridades salud-enfermedad, vida-muerte, los niveles individual-colectivo y bio-sico-social, y resaltando su carácter dinámico de proceso.

5. La posibilidad de avanzar en la propuesta de un enfoque bio-sico-social de la problemática sanitaria (¿PVH?) se debe tanto a las limitaciones del modelo bio-natural aún dominante, como al esfuerzo de una comprensión más científica del problema, contando con los aportes de las ciencias sociales y con el desarrollo de ideas y experiencias ya seculares.

6. La orientación bio-sico-social de la educación en salud en general y de la educación de personal profesional en salud, en particular, si pretende ser algo más que un discurso ideológico externo debe concretarse mínimamente en campos como:

- Modificación del patrón biomédico de cientificidad dominante. Esto implica tanto solidez y rigor teórico-metodológico en el tratamiento bio-social de los problemas, como presencia creciente en la lucha de poder que se realiza permanentemente en el campo del saber en salud.

- Reformulación, ampliación y repriorización de los problemas abordados.
- Reversión de la actual apropiación excluyente del saber en salud y recomposición del protagonismo de la sociedad en la defensa de la vida y la salud y en la confrontación e interpretación de la enfermedad y de la muerte.
- La implementación de la orientación comentada implica además: cambio en el epicentro temático y espacial actual del proceso formativo; modificación de la metodología docente e investigativa; diseño de nuevas prácticas formativas y de nuevas prácticas ya no solo "médicas", sino sociales ante el PVH; trabajo interdisciplinario, con énfasis en la visión y el método históricos.

7. Si los contenidos, significados e implicaciones de este enfoque bio-sico-social no penetran las distintas fibras y entrecruzamientos del tejido social, entre ellos los educativos formales e informales, su capacidad de transformación positiva de las condiciones de vida y salud será cada vez más reducida y autolimitada. Expresado con un sentido positivo: los esfuerzos de la educación profesional en salud, por contribuir a mejorar las condiciones de vida y salud de los diferentes grupos sociales a partir de un enfoque más científico e integrador bio-sico-social, lograrán su objetivo en la medida en que los contenidos y prácticas derivadas de tal enfoque rompan la barrera académica y penetren el lenguaje, las preocupaciones, la ideología y las luchas cotidianas y estratégicas de la sociedad.

BIBLIOGRAFIA

- Breilh, J. y Granda, E. *Investigación de la salud en la sociedad*. Quito, Ediciones CEAS, 1982.
- García, J. C. Paradigmas para la enseñanza de las ciencias sociales en las escuelas de medicina. *Educ Med Salud* 5(2): 130-150, 1971.
- García, J. C. *La educación médica en la América Latina*. Washington, DC, Organización Panamericana de la Salud, 1972. Publicación Científica 255.
- Last, J.M. *A dictionary of epidemiology*. Nueva York, Oxford University Press, 1988.
- Laurel, A. C. La salud-enfermedad como proceso social. *Cuadernos Médico-sociales*. No. 19. Rosario, Argentina, 1982.
- Laurel, A.C. El estudio social del proceso salud-enfermedad en América Latina. *Cuadernos Médico-sociales*. No. 37. Rosario, Argentina, 1986.
- Madel, T.L. *Natural, Racional, Social*. Rio de Janeiro, Editora Campus, 1988.
- Menéndez, E. El modelo médico dominante y las limitaciones y posibilidades de los modelos antropológicos. *Desarrollo Económico* 24 (96), enero-marzo, 1985.
- Nunes, E., ed. *Ciencias sociales y salud en América Latina: tendencias y perspectivas*. Montevideo, OPS/CIESÚ, 1986.

Nunes, E., ed. *Juan Cesar García: Pensamiento Social em Saúde na America Latina*. São Paulo, Cortez Editora, ABRASCO, 1989.

OPS. *El desafío de la epidemiología. Problemas y lecturas seleccionadas*. Washington, DC, 1988. Publicación Científica 505.

OPS/UDUAL. La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población. Informe del Núcleo básico III. Caracas 7 al 11 de noviembre de 1988.

OPS. Grupo de Trabajo sobre Articulación del Conocimiento Básico Bioló-

gico-social en la Formación de Personal de Salud. Informe Final. Paipa, Colombia, 17 al 20 de abril de 1989.

OPS. Medicina familiar y medicina comunitaria. Estado del arte. Washington, DC, mayo de 1989. Documento provisional.

OPS. La reforma de la educación médica: un desafío inaplazable. *Bol Of Sanit Panam* 107 (2) 155-172, 1989.

Possas, C. Padrões Epidemiológicos e Políticas de Saúde no Brasil. Tesis de doctorado. Rio de Janeiro, ENSP/FIOCRUZ, 1988.

LOS SISTEMAS LOCALES DE SALUD Y EL MERCADO DE TRABAJO MEDICO: RESULTADOS DE UN ESTUDIO DE PREFERENCIAS DE UBICACION GEOGRAFICA¹

Gustavo Nigenda,² Julio Frenk,³ Cecilia Robledo Vera,⁴ Luis Alonso Vásquez Segovia⁴ y Catalina Ramírez Cuadra⁴

INTRODUCCION

Durante los últimos años los sistemas de salud de gran parte del mundo se han enfrentado a una contradicción fundamental. Por un lado, hemos sido testigos —oficialmente a partir de 1978— de la consolidación de un nuevo paradigma representado por la atención primaria de salud, la cual ha ido ganando terreno a tal punto que la mayoría de los países en desarrollo han aceptado, al menos en principio, sus postulados básicos, es decir, la extensión de la cobertura, el uso de tecnologías adecuadas a las condiciones locales, la racionalización de los recursos a fin de producir una atención de bajo costo pero de alta calidad, la participación de la comunidad y la adopción de una estrategia anticipatoria basada en las necesidades definidas de la población. Por otro lado, encontramos que los recursos humanos para la salud presentan desequilibrios tanto cuantitativos como cualitativos que han ge-

¹ Presentado en el Congreso Nacional de Salud Pública, organizado por el Centro de Investigaciones en Salud Pública, México, D.F., noviembre de 1989.

² Jefe del Departamento de Investigación en Recursos Humanos para la Salud, Centro de Investigaciones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, México. Dirección postal: Centro de Investigaciones en Salud Pública, Francisco de P. Miranda No. 177-5 Piso. Col. Merced Gómez, 01480, D. F., México.

³ Director General, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

⁴ Investigador, Departamento de Investigación en Recursos Humanos para la Salud, Centro de Investigaciones en Salud Pública, Instituto Nacional de Salud Pública, México.

nerado subutilización y desperdicio (1). Estos desequilibrios no son privativos de los países en desarrollo, ya que la concentración de la fuerza de trabajo médica en zonas urbanas y su consecuente escasez en zonas rurales también representan un problema en muchos países desarrollados (2, 3).

La estrategia más promisoría para instrumentar el paradigma de la atención primaria de salud estriba en el desarrollo de los sistemas locales de salud (SILOS). Los SILOS representan el rescate y la cristalización de planteamientos surgidos hace ya algunas décadas, pero que por distintas causas no habían podido concretarse. Uno de los elementos centrales que la estrategia de los SILOS requiere para su funcionamiento es la ejecución de una política de descentralización de los sistemas de salud en cada país, pues la centralización ha sido un fenómeno que ha limitado fuertemente la equidad en la prestación de servicios a la población. La descentralización representa, según los términos de la Organización Panamericana de la Salud (4), la posibilidad de permitir al nivel local la capacidad de tomar decisiones sobre los recursos con los que se cuenta para brindar atención, sobre la base de estrategias generales previamente definidas. Dentro de estos recursos contamos a los humanos.

De acuerdo con los postulados de la estrategia de los SILOS, se necesita personal de salud con una serie de características, tanto técnicas como "humanísticas", que le permitan adaptarse adecuadamente a las particularidades de los sistemas en las distintas comunidades (5). Por el lado técnico, se requiere personal con gran capacidad de manejo administrativo, experiencia en el diagnóstico epidemiológico, habilidades de liderazgo y sentido crítico. Por el lado "humanístico", el perfil deseado se acerca mucho al de un agente de participación y compromiso con el cambio y la gestión social que permita guiar las acciones en salud en un proceso de intermediación entre el nivel local y el general. Es decir "los sistemas locales de salud requieren un personal suficientemente calificado para asumir las tareas y responsabilidades que impone la reorganización. Exigen, igualmente, un personal íntimamente ligado al proceso de participación social cuya dinámica trascienda los esquemas de la institucionalidad, tan arraigada en el sector salud" (6).

También es importante señalar que el proceso de descentralización que se ha dado en distintos países de América Latina, incluido México, tiende a promover la distribución equitativa de recursos, bajo la premisa de que a mayores necesidades de salud, mayor debe ser la proporción de recursos asignados. Pero, a diferencia de otro tipo de recursos, los humanos tienen la capacidad volitiva de elegir donde ubicarse y donde no, a favor o en contra de los modelos existentes. Si partimos de la premisa de que los SILOS deben ser diseñados y operados

prioritariamente en poblaciones que no cuentan con servicios de salud, estaremos requiriendo, además de las características ya señaladas, de un personal con disposición a trabajar con poblaciones marginadas, de localización tanto urbana como rural.

En México la mayor parte del personal médico existente no cuenta con estas características. Si hacemos una revisión breve y esquemática de la forma en que los médicos son educados, encontraremos que su formación está dirigida hacia la consecución de valores que imperan en un sistema con principios distintos a los de la atención primaria. Desde comienzos de los años cuarenta, el paradigma dominante en la educación médica —comúnmente denominado paradigma flexneriano— proveyó a los médicos de valores que se ajustaban a la atención especializada, individual, hospitalaria y cuyas técnicas daban prioridad a la práctica curativa sobre la preventiva (7). A mediados de los años setenta, el incremento masivo de la educación médica restó a las escuelas la capacidad para inculcar todos los elementos técnicos del paradigma flexneriano. Sin embargo, la difusión de los valores y las expectativas del médico como insumo del modelo de atención científico o de especialización se mantuvo. Así, el nivel de especialización se convirtió en el proveedor de los elementos técnicos de la educación médica y reforzador de los valores del modelo dominante.

No obstante, en estas mismas fechas empezaron a surgir modelos alternativos de educación que apuntaban hacia un posible cambio de paradigma. En México, varias experiencias —entre ellas, el Plan A-36 de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), la Unidad Xochimilco de la Universidad Autónoma Metropolitana, los planteles Zaragoza e Iztacala de la Escuela Nacional de Estudios Profesionales de la UNAM y el Plan Guadalupe de la Universidad Autónoma de Nuevo León— jugaron un papel importante en la difusión de los valores de la medicina basada en la atención primaria. Es importante mencionar que estos programas surgieron antes de la Declaración de Alma-Ata y que por tanto representan programas pioneros en cuanto a su orientación.

También a mediados de la década de los años setenta, se empezó a generar una inquietud sobre la creciente cantidad de médicos que se encontraban desempleados (8). Ambos modelos, el de la atención basado en la especialización y el de la educación flexneriana, mantenían una armonía cualitativa en términos del tipo de la formación y la práctica que brindaban al médico, pero empezaban a perder la armonía cuantitativa que los había caracterizado algunos años antes. Los médicos desempleados comenzaron a representar un exceso de insumos al modelo de atención, el cual empezó a mostrar sus carencias y limitaciones. El modelo de especialización funcionaba (y todavía lo hace) con costos muy altos, la crisis económica mexicana evidenciaba que su posibilidad

de expansión había llegado a sus límites, y las necesidades de salud de grandes sectores de la población aún no encontraban dentro de este modelo un espacio en el que pudieran ser satisfechas.

Frenk *et al.* (9) han calculado que en 1986, casi 20% de los médicos mexicanos en capacidad de brindar atención no lo hacían por distintas razones. Dentro de este grupo, aproximadamente 70% no ejercían como médicos porque las condiciones del mercado de trabajo no se los permitía. Entre ellos se encontraban los subocupados —que tenían un trabajo fuera de la medicina— y los desocupados —que no hacían otra cosa más que buscar empleo. El 30% restante —representado básicamente por médicas que se dedicaban por completo a su hogar— no participaban en el mercado laboral aunque existiera la oportunidad. De entrada podríamos definir a estos grupos como susceptibles de incorporarse a un modelo alternativo de práctica médica. Sin embargo, si consideramos que la mayoría de ellos comparten los valores de la educación flexneriana, resulta de interés preguntar si realmente se encuentran en disposición de integrarse a una nueva forma de práctica.

La pertinencia de esta pregunta resalta al considerar que, en general, existen tres instancias que determinan las condiciones del mercado de trabajo médico. La primera es la oferta de médicos, producida principalmente por los egresos de las escuelas de medicina; la segunda es la demanda institucional de médicos, y la tercera son los requerimientos de la población. En sistemas de salud como el mexicano, donde predominan los organismos gubernamentales, una alta proporción de los requerimientos poblacionales se encuentran mediados por la demanda institucional.

Las tres instancias señaladas permiten identificar los puntos de desequilibrio en los recursos humanos. Así, entre la oferta y la demanda existe un desajuste cuantitativo que se traduce en el desempleo y subempleo de médicos. Entre la demanda institucional y los requerimientos de la población encontramos otro desajuste cuantitativo, expresado en la existencia de amplios grupos que no cuentan con atención médica.

También existen entre las tres instancias desajustes de tipo cualitativo. En primer término, hay un desequilibrio entre el perfil de los médicos egresados y las especificaciones del tipo médico demandado por las instituciones. En segundo lugar, entre la demanda institucional y los requerimientos de la población, el desajuste se expresa en el hecho de que el modelo de atención con frecuencia no corresponde a las necesidades colectivas de salud.

Sin menoscabo de la trascendencia de la dimensión cualitativa, el presente trabajo enfoca al análisis de los desequilibrios cuantitativos. Ello nos lleva a algunas preguntas a las que es necesario dar respuesta a fin de conocer la verdadera disponibilidad de la comunidad médica

ante un probable cambio. Es decir, dado el excedente de médicos en zonas urbanas, ¿es posible suponer que estarían en disposición de redistribuirse geográficamente? ¿Qué proporción y tipo de médicos están dispuestos a distribuirse en las zonas geográficas de menor densidad poblacional? ¿De qué manera influyen las características socioeconómicas, educacionales y la situación ocupacional sobre las preferencias de ubicación geográfica?

MARCO CONCEPTUAL

Gran cantidad de estudios se han dedicado a analizar las causas que influyen en la desigual distribución geográfica de los médicos. A principios de los años setenta, Yepes (10) sistematizó una serie de investigaciones con el fin de clasificar las causas que cada una de ellas atribuye a dicha distribución. Según su clasificación, dos enfoques dominan el análisis: el ecológico y el de las características asociadas al individuo. El primer enfoque se sustenta en el hecho de que los médicos requieren de una base de población mínima para poder establecerse y en ello estriba la distribución. La lógica subyacente señala que los médicos se distribuyen según la siguiente premisa: a menor densidad de población, menor cantidad de médicos. Para Rosenthal y Frederick (11) el enfoque ecológico ha mostrado deficiencias para interpretar los resultados de estudios realizados en Estados Unidos sobre la distribución geográfica de médicos.

El segundo enfoque incluye el estudio de variables como el tipo de localidad en la que el médico cumplió su residencia, el tamaño de la localidad donde el médico vivía antes de entrar a la escuela de medicina y la localidad de procedencia previa. En opinión de Parker (12), las variables que determinan la distribución de los médicos son: tamaño de la población; composición de la población según raza, edad y educación, y “ambiente médico”.

Un tercer enfoque, que según Yepes ha sido pasado por alto, consiste en el estudio de las políticas gubernamentales para tratar de modificar la distribución existente.

Otro estudio (13) propone que la distribución inequitativa de médicos tiene su explicación primaria en diversas condiciones sociales y económicas externas al campo de la salud. Basado en el análisis de dos estrategias de redistribución de recursos en los Estados Unidos, el programa de construcción de hospitales Hill-Burton y el Programa de Servicio Médico Regional, Rushing señala que ninguno de los dos, diseñados en función de variables sanitarias, tuvo el impacto que se esperaba en la distribución de médicos.

Frenk (14) señala que los enfoques teóricos sobre el problema

de la distribución pueden ser resumidos en dos grandes grupos: el primero es el enfoque económico basado en la “hipótesis de las señales del mercado”, la cual supone que el médico graduado responde a las condiciones del mercado de trabajo cuando selecciona la especialidad a la que pretende ingresar o cuando elige su ubicación geográfica para ejercer la medicina. El otro enfoque es el de la teoría de la socialización de adultos, la cual se centra en los procesos educativos y las influencias de los colegas para explicar la adopción de valores que guían la elección de especialidad o de localización geográfica.

Por su parte, Sorkin (15) advierte que los diversos estudios de distribución de médicos han arrojado resultados contradictorios, pero de ellos se pueden rescatar al menos tres conclusiones: “a) los factores económicos juegan un papel modesto en la ubicación; b) las consideraciones profesionales son de mayor importancia, especialmente en lo que respecta a la elección urbano-rural, y c) los factores ambientales como los climáticos, recreacionales y otros son importantes ya que los médicos buscan una calidad de vida consistente con sus ingresos”.

Como se señaló antes, uno de los acercamientos teóricos que mejor han analizado el problema es la teoría de la socialización en adultos (16), la cual supone que ciertas instituciones dentro de la sociedad —básicamente las escuelas— tienen como meta fundamental permitir la socialización de sus miembros. El objetivo es prepararlos para el período de “postgraduación”, donde tendrán que ejecutar ciertas actividades socialmente significativas. La institución funciona como un sistema de insumo-producto, donde el insumo (los estudiantes) es educado y entrenado para obtener algún grado de cambio psicosocial perdurable. Por ejemplo, las escuelas de medicina educan y entrenan a individuos sobre ciertos aspectos técnicos a través de un proceso que les permite, al abandonar la institución, tener la capacidad de ejecutar actividades reconocidas por la sociedad como positivas para atender sus necesidades de salud.

Aunque la teoría de la socialización ha sido muy utilizada para el estudio de instituciones educativas, en este trabajo la consideramos con una visión más amplia. En primer lugar suponemos que, en la vida de un médico, instituciones como la familia y la clase social proveen de valores iniciales. Por ello, a esta parte del proceso la consideramos como una etapa de *socialización temprana*. Etapas subsecuentes, como el paso por distintas instituciones educativas, van añadiendo valores a la persona o en ocasiones sustituyendo o transformando los iniciales. Para el caso que nos ocupa, reconocemos dos etapas más en la vida del médico: la etapa de la *socialización educativa* y la de la *socialización laboral*.

Esta división ha servido para guiar la selección de las prin-

cipales variables independientes del presente estudio. Así, las dos primeras —género y origen social— representan variables de socialización temprana. Dentro de las variables de socialización educativa destacan la calidad de la escuela de medicina a la que asistió el médico, el plan de estudios característico de la escuela, el tipo de población atendida durante el servicio social, el tipo de especialidad y la institución donde cursó la especialidad. Como variables de socialización laboral se encuentran las siguientes: situación ocupacional, número de empleos, institución de trabajo, posición en el trabajo, productividad e ingresos mensuales. Otras dos variables utilizadas en el análisis, la edad y el estado civil, reflejan atributos básicos del ciclo vital del médico.

METODOS

Muestra

Se realizó una encuesta en una muestra de 604 personas en 16 de las principales ciudades de México, que incluían médicos titulados (89,8%), pasantes en servicio social (5,6%) e internos de pregrado (4,6%).

La muestra de casos se obtuvo de los 41 000 hogares que trimestralmente utiliza la Encuesta Nacional de Empleo Urbano (ENEU) para obtener las cifras oficiales de participación económica de la población urbana del país. De la encuesta de 1985 se seleccionó a todas aquellas personas que declararon haber terminado al menos el cuarto año de la carrera de medicina. Esta estrategia muestral permitió identificar la gama total de situaciones laborales entre los médicos, desde aquellos que tienen empleo pleno hasta los médicos desocupados, pasando por aquellos casos que tienen ocupación fuera de la medicina.

A todos los casos les fue aplicado un cuestionario estandarizado y precodificado bajo una estricta supervisión técnica, habiéndose obtenido una tasa de respuesta de 97%. Con la información contenida en los cuestionarios se preparó una base de datos computadorizados.

Debido a que el presente trabajo se concentra en las preferencias de ubicación geográfica de los médicos activos —es decir, aquellos que ya tienen un trabajo o lo están buscando— hemos excluido del análisis a los jubilados y a los estudiantes de internado de pregrado y servicio social, aunque hemos incluido a las amas de casa, pues representan una capacidad de trabajo potencialmente recuperable. En total, 505 médicos forman la base de este estudio.

VARIABLES INDEPENDIENTES

Género. Las diferencias atribuibles a esta variable están en función del respectivo papel social asignado a mujeres y a hombres en el proceso de socialización que se inicia en la familia y que continúa en las escuelas y en el mercado de trabajo.

Edad. Comprende cuatro categorías: menos de 30 años, 30–39 años, 40–49 años y 50 y más.

Origen social. Las tres categorías de esta variable (bajo, medio y alto) derivan de una estratificación basada en la combinación de tres indicadores referidos a la persona que sostuvo al médico (generalmente el padre) cuando este inició la carrera de medicina: ingreso promedio, ocupación específica y posición en el trabajo.

Estado civil. Se utilizan dos categorías, con y sin unión conyugal, las cuales resumen las diferencias atribuibles a las funciones derivadas de las responsabilidades dentro del núcleo familiar.

Calidad de la escuela de medicina. Las tres categorías de las que consta esta variable (mala, regular y buena) fueron el resultado de una encuesta de apreciación entre expertos en educación médica sobre la calidad de las escuelas de medicina en México.⁵

Plan de estudios. Esta variable tiene dos categorías: tradicional e innovador. Interesa observar si, independientemente de la apreciación de la calidad de la escuela, el plan de estudios transmite valores a los estudiantes hacia la preferencia de algún tipo de práctica médica específica.

Población atendida en el servicio social. El último año de la carrera de medicina en México equivale al período de servicio social, donde los estudiantes deben prestar sus servicios a poblaciones de escasos recursos. Sin embargo, no todos los estudiantes prestan sus servicios a dichas poblaciones. La diferencia entre una experiencia y otra podría establecer distintas preferencias. La variable tiene dos categorías de acuerdo con si el médico atendió o no una población marginal (urbana o rural) durante su servicio social.

Tipo de especialidad. Esta variable presenta cuatro categorías: sin especialidad, medicina familiar, especialidad básica y subespecialidad.

Institución de especialidad. También consta de cuatro categorías según el tipo de población a la que la institución atienda: sin especia-

⁵ Esta encuesta fue aplicada a 27 expertos en educación médica del país. Las calificaciones obtenidas fueron validadas mediante correlación con un indicador objetivo, derivado del promedio de calificación obtenido por todos los aspirantes de cada una de las escuelas en el examen nacional de selección de aspirantes a las residencias de especialidad en 1987.

lidad, población abierta, seguridad social y otras (incluyendo las instituciones privadas). Las diferencias pueden ser interpretadas en términos de la orientación que el médico recibe a partir del tipo de sector de la población que atiende cada institución.

Situación ocupacional. Esta variable comprende tres categorías: desocupados, subocupados y ocupados. Los desocupados son los médicos que no trabajan, pero que buscan hacerlo o se encuentran esperando la respuesta a una solicitud de empleo. Por su parte los subocupados realizan un trabajo de menor complejidad al nivel de educación adquirido. Como ocupados definimos a aquellos médicos que desempeñan un trabajo correspondiente al nivel alcanzado en su formación educativa. Esta variable se incluye bajo la hipótesis de que la ubicación en el mercado de trabajo crea expectativas distintas de los médicos ante la elección de posibilidades de reubicación.

Ingresos acumulados mensuales. Se establecen 5 categorías según el número de salarios mínimos (sm) equivalentes (hasta 1,9 sm, de 2 a 2,9 sm, de 3 a 4,9 sm, de 5 a 9,9 sm y 10 y más sm). El total salarial se obtiene del número de empleos que el médico declaró. Para 1986 el salario mínimo mensual promedio en el país era de aproximadamente 45 000 pesos, cifra equivalente en ese momento a \$US85,00—\$US90,00.

Variable dependiente

La variable dependiente —las preferencias de ubicación geográfica— se construyó de la siguiente manera:

En el cuestionario se preguntó al médico sobre su disposición a aceptar un puesto de trabajo dentro de una institución pública en una localidad con población de menos de 15 000 habitantes. Se establecieron tres respuestas posibles: sí incondicional, sí con condiciones y no rotundo. Si el médico elegía la opción “sí con condiciones”, se le pedía que se pronunciara por alguna(s) de las siguientes: que tuviera un buen salario; que tuviera oportunidades de superación y desarrollo profesional; que el puesto de trabajo fuera en un hospital, y que tuviera comodidades habitacionales, culturales y recreativas para su familia.

La misma pregunta se repitió para otras dos opciones geográficas: una localidad de entre 15 000 y 100 000 habitantes y una localidad de más de 100 000 habitantes. En el análisis se hace hincapié en el tipo de localidad menor de 15 000 habitantes, ya que se considera que es la opción más extrema y más difícil que se presenta al médico, y además porque es en este tipo de localidades donde vive la mayor parte de la población aún no atendida en México.

RESULTADOS

La figura 1 muestra que aproximadamente 50% de los médicos respondieron que no aceptarían una propuesta de trabajo en una localidad menor de 15 000 habitantes; por el contrario, solo 9% de ellos aceptaría sin más condiciones que tener un puesto de trabajo. Si la propuesta es referida a localidades con mayor número de habitantes, el porcentaje de médicos que aceptaría sin más condiciones se eleva a 15% para las ciudades entre 15 000 y 100 000 habitantes, y a 22% para las de más de 100 000. Cabe destacar que para las tres opciones, el porcentaje de médicos que acepta con condiciones es similar, alrededor del 40%. Dentro de este último grupo observamos que la condición "superación y desarrollo profesional" constituye la mencionada con mayor frecuencia para los tres tipos de localidad. En orden de importancia se ubica después la condición de "buen salario" y por último las dos restantes. Esta distribución se presenta en la figura 2.

Como hemos señalado, el resto del análisis se enfocará en el estudio de las preferencias referidas a las localidades menores de 15 000 habitantes. El cuadro 1 muestra las asociaciones de estas preferencias con las variables sociodemográficas: En lo que respecta al género, encontramos que existe una tendencia moderadamente más acentuada en

FIGURA 1. Respuesta de los médicos activos ante una propuesta hipotética de trabajo, de acuerdo al tamaño de la localidad sugerida.

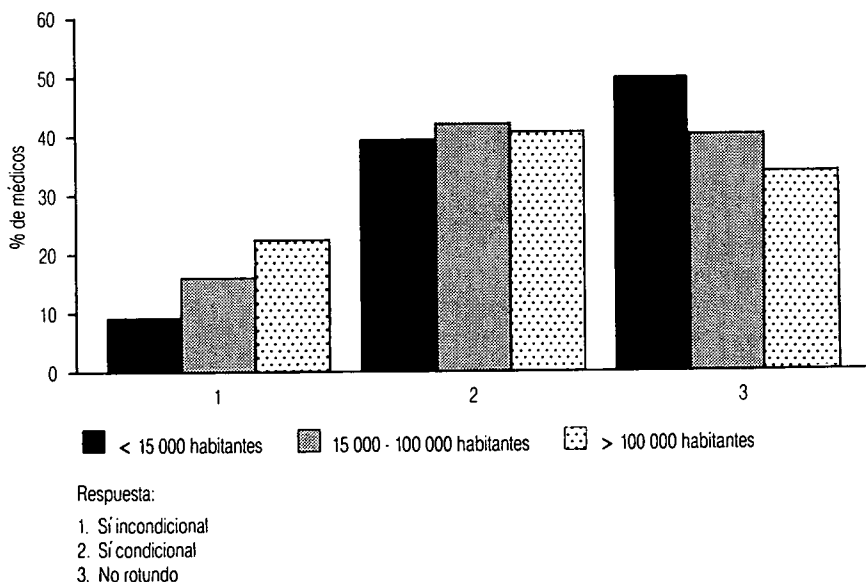
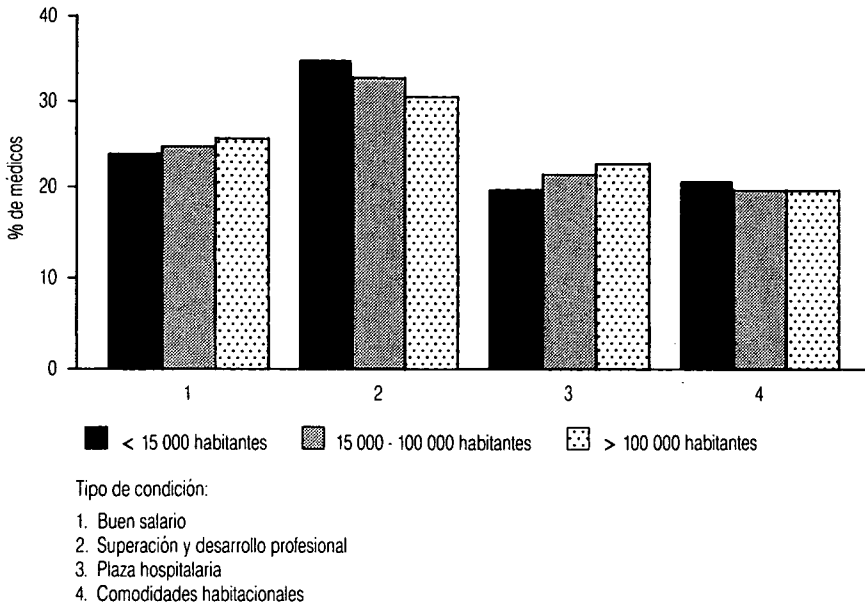


FIGURA 2. Tipo de condición que requieren los médicos activos ante una propuesta hipotética de trabajo, de acuerdo al tamaño de la localidad sugerida.



las mujeres a aceptar condicionalmente la oferta de trabajo, pero la proporción de aceptación sin condiciones es prácticamente igual en los dos géneros.

En cambio, la edad produce diferencias significativas. Baste señalar que en promedio 75% de los médicos mayores de 40 años no aceptaría la oferta de trabajo bajo ninguna condición. Por el contrario, 16% de los médicos menores de 30 años aceptarían sin poner condiciones. Esta distribución refleja el hecho de que los médicos de mayor edad tienen mayor tiempo en el mercado de trabajo y su ubicación dentro de él es más estable. Como se puede ver, la edad representa la variable sociodemográfica que exhibe la asociación más fuerte con las preferencias, alcanzando un valor de gamma de 0,46.

Otra variable con una asociación relativamente fuerte es el origen social, la cual exhibe un gradiente claro: mientras más alto es el origen social, mayor es la proporción de no aceptación. Al parecer, el origen social le proporciona al médico una serie de valores y expectativas que plasma en su respuesta respecto al tipo de población a la que prefiere prestar sus servicios. Baste señalar, como ejemplo, que 61% de los médicos que tienen origen social alto no aceptaría el puesto de trabajo comparado con 41% de los médicos de origen social bajo.

CUADRO 1. Relaciones entre las variables sociodemográficas y la disposición a trabajar en una localidad menor de 15 000 habitantes.

Tipo de respuesta	Variables independientes												
	Género		Edad				Origen social			Estado civil		Total	
	Masculino (%)	Femenino (%)	<30 años (%)	30--39 (%)	40--49 (%)	50 o más (%)	Bajo (%)	Medio (%)	Alto (%)	Casado(a) (%)	Soltero(a) (%)	(%)	N
Sí incondicional	9%	8%	16%	6%	5%	4%	12%	8%	5%	7%	13%	9%	(44)
Sí condicional	37	51	52	45	29	13	47	37	35	38	48	40	(204)
No definitivo	54	41	32	49	66	83	41	56	61	55	39	51	(257)
Total (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Total N	(391)	(114)	(158)	(202)	(76)	(69)	(199)	(187)	(119)	(375)	(130)		(505)
χ^2		6,8			62,8			15,6		16,9			
Grados de libertad		2			6			4		10			
P		0,033			<0,001			0,003		0,08			
V de Cramer		0,11			—			—		0,15			
Gamma		—			0,46			0,25		—			

Una relación que cumple con todas las expectativas es la que caracteriza al estado civil. Aunque el porcentaje de médicos solteros que aceptarían sin otra condición que la de tener seguro el puesto de trabajo no es muy alta (13%), sí se muestra alto para la aceptación condicionada (48%).

El cuadro 2 presenta varias relaciones importantes, referidas a las variables de socialización educativa. De acuerdo con las propuestas teóricas, la escuela de medicina provee al estudiante de valores que proyecta a lo largo de su vida profesional. En una primera aproximación a la escuela, que se refiere a su calidad, se observa un gradiente que cumple con tales propuestas: mientras mayor es la calidad, mayor es la proporción de médicos que no aceptarían trabajar en una comunidad pequeña. Así, 69% de los médicos provenientes de escuelas buenas no aceptarían, comparado con 38% de los egresados de las escuelas de menor calidad. Igualmente, el porcentaje de los que aceptarían con condiciones es casi la mitad para las escuelas buenas que para las otras dos categorías. Las pruebas estadísticas señalan que esta relación es significativa y fuerte.

Con el fin de contrastar la relación anterior, conviene examinar la relación entre el tipo de plan de estudios de la escuela de medicina y las preferencias de ubicación. En primer lugar, debe destacarse que el grupo de personas que cursaron un plan innovador (con orientación hacia la atención primaria) representó solo 4% de la muestra. Más aún, el análisis estadístico revela que no existen diferencias entre uno y otro grupo. Es decir, al igual que sus homólogos educados según el plan tradicional de la carrera de medicina, aquellos médicos educados en programas innovadores no muestran una gran disposición de aceptar empleos en zonas rurales. Así, 48% de los médicos con educación tradicional no aceptarían la propuesta de trabajo, mientras que 43% de los médicos egresados de planes innovadores están en la misma situación.

Otra asociación de interés potencial se refiere a la distribución de las preferencias de acuerdo con experiencias previas de los médicos con poblaciones rurales. El desempeño en el servicio social da la oportunidad a los estudiantes de vivir esa experiencia. Aunque el servicio social fue pensado para otorgar servicios a la población rural marginada, se puede decir que este objetivo ha perdido en gran parte su sentido original. Esto queda demostrado por el hecho de que 59% de los entrevistados declararon que no atendieron a una población marginal durante su servicio social. En todo caso, el haberlo hecho no parece tener un efecto sobre las preferencias posteriores de ubicación geográfica. Así, 50% de los médicos que trabajaron con poblaciones rurales marginales durante su servicio social no aceptarían un empleo para atender de nuevo a este tipo de población. Es decir, la experiencia vivida

CUADRO 2. Relaciones entre las variables educacionales y la disposición a trabajar en una localidad menor de 15 000 habitantes.

Tipo de respuesta	Variables independientes												N
	Calidad de la escuela de medicina			Tipo de especialidad			Institución de especialidad			Total			
	Mala (%)	Regular (%)	Buena (%)	Sin espec (%)	Méd familiar (%)	Espec básica (%)	Subespec (%)	Sin espec (%)	Pob abierta (%)	Seg social (%)	Otras (%)	(%)	
Sí incondicional	14%	7%	6%	11%	20%	3%	2%	11%	5%	6%	5%	9%	(44)
Sí condicional	48	48	25	51	41	30	22	51	31	26	34	40	(204)
No definitivo	38	45	69	38	39	67	76	38	64	68	61	51	(257)
Total (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Total N	(164)	(171)	(170)	(274)	(41)	(90)	(100)	(274)	(61)	(126)	(44)		(505)
χ^2		37,6				59,7				39,2			
Grados de libertad		4				6				6			
P		<0,001				<0,001				<0,001			
V de Cramer										0,19			
Gamma		0,36				0,45				—			

en el servicio social de acuerdo con el tipo de población atendida no produce diferencias a la hora de expresar las preferencias.

En contraste, el tipo de especialidad sí presenta un gradiente muy bien delineado, que concuerda con las expectativas: a mayor grado de especialización, menor probabilidad de aceptar la reubicación. Así, 76% de los médicos que han alcanzado el nivel de subespecialistas no aceptaría la oferta, comparado con 38% de los médicos generales. Es interesante destacar el caso de los especialistas en medicina familiar. De ellos, 20% aceptaría la propuesta de empleo sin otra condición, un porcentaje de hecho mayor que el de los médicos sin especialidad. Ello parecería indicar que la educación en medicina familiar aumenta las preferencias de los médicos por trabajar con poblaciones rurales.

Al analizar el ámbito donde se realizó la especialidad observamos que, independientemente del tipo de institución, la proporción de casos que no aceptarían reubicarse está por encima de 60% y que, en contraste, menos de 7% lo aceptaría sin condiciones. Así, la gran diferencia ocurre entre los médicos especialistas y los no especialistas. A su vez, la diferencia entre los especialistas se establece por el tipo de especialidad que escogieron, más que por la institución donde estudiaron. Por último, el cuadro 3 examina las relaciones entre las características de incorporación laboral de los médicos y su preferencia por las localidades de menor tamaño. Como puede verse, la distribución de preferencias cambia para aquellos que tienen empleo (ocupados y subocupados) respecto a los que no lo tienen (desocupados). Para la respuesta "sí incondicional", la proporción de casos no supera el 11% para cualquiera de los tres niveles de ocupación. Este comportamiento cambia para las otras dos opciones. Así, es mucho más alta la proporción de desocupados (59%) que pone condiciones para desplazarse, que la de subocupados y ocupados (38%). En consecuencia, la proporción de desocupados que no acepta la oferta de empleo bajo ninguna condición es más baja (33%) que la de los subocupados (51%) y los ocupados (53%).

Dentro del grupo de los médicos incorporados al mercado de trabajo, una variable que establece claras diferencias es la de ingresos totales. A este respecto, existe un gradiente muy bien definido, que señala que a mayor cantidad de ingresos, existe una mayor proporción de médicos que no aceptaría el ofrecimiento de empleo, sobresaliendo la poca disponibilidad de aquellos grupos cuyos ingresos están por encima de 5 salarios mínimos. De esta manera, mientras que solo 30% de médicos con ingresos de hasta 1,9 salarios mínimos rechazarían definitivamente la oferta de empleo, 73% de médicos con ingresos de 10 o más salarios mínimos lo harían.

Cabe señalar que otras características de ubicación laboral, como la institución de trabajo, la posición en el trabajo (patrón, independiente o asalariado), el número de horas de trabajo a la semana, el

CUADRO 3. Relaciones entre las variables ocupacionales y la disposición a trabajar en una localidad menor de 15 000 habitantes.

Tipo de respuesta	Variables independientes									
	Situación ocupacional			Ingresos mensuales (en salarios mínimos)					Total	
	Desocupados ^a (%)	Subocupados (%)	Ocupados (%)	Hasta 1,9 (%)	De 2 a 2,9 (%)	De 3 a 4,9 (%)	De 5 a 9,9 (%)	10 y más (%)	(%)	N
Sí incondicional	8%	11%	9%	15%	12%	11%	4%	2%	9%	(44)
Sí condicional	59	38	38	55	50	48	28	25	40	(204)
No definitivo	33	51	53	30	38	41	68	73	51	(257)
Total (%)	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	
Total N	(51)	(45)	(409)	(105)	(58)	(118)	(161)	(63)		(505)
χ^2		8,6				63,6				
Grados de libertad		4				8				
P		0,07				<0,001				
Gamma		0,19				0,44				

^aIncluye 37 casos de médicos desocupados activos, esto es, que no tienen trabajo pero lo buscan, más 14 casos de médicas inactivas, todas ellas amas de casa.

número de empleos y la productividad, no mostraron asociaciones significativas con las preferencias de ubicación geográfica.

DISCUSION

De acuerdo con los postulados de la teoría de la socialización, las instituciones de una sociedad proveen a los individuos de ciertos valores que idealmente deberían adaptarlos al quehacer social, tanto en su relación con otros individuos como con otras instituciones (17). Sin embargo, esto no necesariamente es así. Se considera que las normas ideológicas que sustentan a las instituciones no son estáticas y que deben modificarse con el tiempo. De esta manera, la formación de los individuos cambia de acuerdo con nuevas normas que sustituyen a las antiguas, aunque estas no necesariamente desaparecen. En el campo de la salud ello se puede identificar claramente al menos en dos niveles: el de la educación médica y el de la organización del sistema de atención a la salud.

Los resultados presentados nos permiten examinar este fenómeno. Si realmente se desea que los médicos que se incorporen a la extensión de la cobertura a través de los sistemas locales de salud tengan un rendimiento óptimo en términos técnicos y administrativos (18), es preciso pensar primero si ellos desean esta incorporación. Como hemos señalado, en México la mayor parte de los médicos disponibles para ampliar la cobertura están educados bajo el paradigma de la educación flexneriana que, además de proveerlos de ciertos conocimientos técnicos, los dota de expectativas a favor del modelo médico basado en la especialización. Ello incluye el supuesto de que el médico debe ser un profesional de alto status social y con éxito económico.

A través de la interrogación a los médicos sobre sus expectativas o preferencias de cambio de ubicación geográfica, les estamos también proponiendo, implícitamente, la posibilidad de un cambio de adscripción al modelo de atención primaria. De hecho, nos interesa mostrar cuáles son los componentes de la educación médica que realmente generan los valores que guían sus preferencias. Dentro de las instituciones que socializan primariamente al individuo se encuentra la familia. El núcleo familiar del médico normalmente le provee de valores relacionados con su origen social. Los resultados observados al correlacionar el grupo social del médico con sus preferencias nos brinda una distribución esperada: mientras más alto el grupo social de pertenencia, menor la disposición a moverse a una zona rural. Sobre estas expectativas básicas trabajan otras instituciones sociales.

La escuela de medicina, como institución generadora de valores, debe considerarse de manera especial. Es a este nivel donde las

expectativas originales pueden modificarse o reforzarse. Normalmente es el segundo fenómeno el que se da. De manera interesante, nuestra categorización nos vuelve a mostrar un gradiente de preferencias. En otro análisis (19) hemos mostrado que los médicos provenientes de grupos sociales altos tienen una marcada tendencia a estudiar la carrera en escuelas de alta calidad, sean estas públicas o privadas. En los últimos años, el establecimiento de escuelas privadas de alta calidad ha ampliado la posibilidad de ofrecer este tipo de educación a los grupos sociales que económicamente pueden sufragar sus altos costos.

Más aún, sabemos que los grupos de médicos en todos los países, pero principalmente en los de marcada estratificación social, pertenecen a sectores restringidos de la sociedad. En México los estratos que sociológicamente se podrían definir como medios y altos son los que proveen la mayor proporción de estudiantes al sistema de educación médica (20). Entre otras consecuencias, ello contribuye a explicar la interesante paradoja de que las tasas de desocupación entre los médicos puedan ser similares o aun superiores a las de la población general. Por el apoyo familiar-social que su origen social les suele asegurar, muchos médicos recién graduados tienen la capacidad de diferir su necesidad de obtener empleo, situación que no sucede en otros sectores de la población. Por lo tanto, la desocupación no necesariamente implica una disponibilidad para aceptar un empleo en alguna localidad que carezca de servicios de salud.

Otra posible consecuencia del predominio de los estratos medios y altos en el origen social de los estudiantes de medicina, es la presencia de posiciones generalmente conservadoras entre los médicos como grupo. En efecto, es probable que la adscripción social sea tan poderosa que ni siquiera la educación innovadora pueda modificar los valores heredados a este nivel. Lo anterior lo sugiere el hecho de que nuestros datos no revelan diferencias entre los egresados de programas tradicionales e innovadores. Una explicación alternativa es que aun los egresados de estos últimos responden a las condiciones objetivas del mercado de trabajo, las cuales no han generado los incentivos suficientes para hacer atractivo un trabajo fuera de las áreas urbanas.

No obstante, nuestros resultados apuntan a la posibilidad de que la educación de posgrado ofrezca un espacio importante para la transformación de valores. Nos referimos al caso de la especialidad en medicina familiar. El programa de medicina familiar fue concebido originalmente como un área en la que el acercamiento a las necesidades de salud de la población era de carácter holístico. La mayor disposición a trabajar en zonas rurales entre los médicos familiares muestra que la difusión de los elementos del paradigma de la educación basada en la atención primaria ha tenido influencia. Sin embargo, la interpretación puede no ser tan clara si consideramos que el mercado laboral urbano

para los médicos familiares se ha restringido en los últimos años. Probablemente al no encontrar empleo seguro como en un principio, los médicos familiares se vean forzados a cambiar sus expectativas de ubicación.

Debe destacarse que al comparar el comportamiento de las variables grupo social, calidad de la escuela de medicina y tipo de especialidad, los valores de las respectivas correlaciones con las preferencias de ubicación van aumentando entre la primera y la última. Así, los valores de gamma pasan de 0,25 para origen social, a 0,36 para calidad de la escuela y a 0,45 para tipo de especialidad. Ello puede reflejar un reforzamiento de los valores del modelo de atención especializada que lleva al médico a optar cada vez menos por trabajar bajo condiciones de baja tecnificación y de escasez de recursos. La corroboración de este tipo de interacciones complejas requerirá de un análisis multivariado de nuestros datos.

Las variables referentes al mercado de trabajo muestran patrones interesantes. En primer lugar, es de resaltar que aun bajo condiciones de desempleo, los médicos no aumentan sus probabilidades de aceptar la oferta de empleo en sí misma. Para ello generalmente requieren de otras condiciones. Este hallazgo debe disipar la noción de que la excesiva oferta de médicos generada durante los últimos años ha creado un "ejército de reserva" listo para ser movilizado con el fin de extender la cobertura. Sin embargo nuestro análisis revela que, si se dieran suficientes incentivos, los médicos desocupados sí estarían más dispuestos a redistribuirse geográficamente. Este hallazgo se confirma al contrastar que el salario mensual tiene un efecto significativo sobre las preferencias. No obstante, es interesante observar que el salario no es la única condición que los médicos requieren para desplazarse a otra localidad. Posiblemente el requerimiento de salario esté aparejado al de superación académica o sea consecuencia de esta, tal como señala Sorkin (21).

En suma, resulta claro que existen grupos de médicos dispuestos a incorporarse a los programas de atención de la población rural. Sin embargo, la oferta de un puesto de trabajo por sí misma no es condición suficiente para que puedan reubicarse. Para ello se requiere una serie de condiciones de tipo profesional, académico y social que deben ser satisfechas. Por otra parte, el enfoque que Yepes había identificado como poco estudiado, es decir, el de la política estatal de redistribución, continúa pendiente. En México se cuenta con la base jurídico-legal para llevar a cabo esta redistribución (22). No obstante, una política de redistribución de médicos debe estar ligada necesariamente a una política global de distribución de recursos y más aún, como señala Rushing (23), a una política de desarrollo rural integral.

Un campo en el que deben adoptarse medidas de racional-

zación es el de la educación médica. La tendencia actual continúa siendo la de regular la oferta de médicos desde el punto de vista cuantitativo. A pesar de que los programas educativos orientados hacia la atención primaria tuvieron un crecimiento destacado a principios de la década de 1980, el control sobre el número de escuelas de medicina a partir de 1983 ha detenido el surgimiento de nuevos programas con dicha orientación. Así, la proporción de egresados de estos programas es muy baja. Parece haber llegado el momento de hacer hincapié en la concertación cualitativa en la planeación de los recursos humanos para la salud. En particular, la educación médica debe transmitir valores que permitan a los egresados ser agentes del cambio social en aquellas poblaciones que requieren mayormente de sus servicios sobre la base del modelo de la atención primaria y de la estrategia de los sistemas locales de salud.

Junto con este cambio de valores, es indispensable crear los incentivos necesarios a fin de que la atención primaria constituya una opción realmente atractiva para los médicos, donde confluyan la vocación de servicio con las recompensas económicas y las posibilidades de superación profesional. A ello podría contribuir la ampliación del período de servicio social y su vinculación con el desarrollo de una línea de carrera estable y atractiva. Tales metas deberán alcanzarse en el corto plazo, pues de lo contrario amplios grupos de población llegarán al año 2000 con una carga abrumadora de necesidades y promesas insatisfechas.

Agradecimientos. Queremos expresar nuestra gratitud a las siguientes personas por su colaboración en el análisis estadístico así como en la revisión de las versiones preliminares de este trabajo: Lic. Begoña Artaloitia C., Dr. Luis Durán A., Dr. Jorge Ochoa M., Alejandra González R., Oscar Galván y Julio Ramírez. El apoyo financiero de la Organización Panamericana de la Salud, del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología y de la Fundación Mexicana para la Salud fue fundamental en el desarrollo de este trabajo.

REFERENCIAS

- 1 Bankowski, Z. Una burla y un derroche. *In: Salud Mundial*. Ginebra, OMS, abril de 1987.
- 2 Kindig, D.A. y Movassaghi, H. Physician Supply in Small Rural Countries. *Health Aff* Verano de 1989, pp. 63-76.
- 3 Field, M.B. American and Soviet Medical Manpower: Growth and Evolution, 1910-1970. *Int J Health Serv* 5(3):453-74, 1975.
- 4 Organización Panamericana de la Salud. *El estado y los servicios de salud. Descentralización de servicios de salud*. Serie Desarrollo de Servicios de Salud. No. 17. Buenos Aires, 1987.
- 5 Organización Panamericana de la Salud. *El desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud en la transformación de los sistemas nacionales de salud*. Washington, D.C., 1989.
- 6 OPS. *Op. cit.*

- 7 Berliner, H.S. A Larger Perspective on the Flexner Report. *Int J Health Serv* 5:573-591, 1975.
- 8 Frenk, J. The Political Economy of Medical Underemployment in Mexico: Corporatism, Economic Crisis, and Reform. Trabajo presentado en la conferencia "The Political Dynamics of Physician Manpower Policy". Londres, mayo 24-27, 1988.
- 9 Frenk, J., Robledo, C., Nigenda G., Arrendondo, A., Vázquez, L.A., Ramírez, C. Subempleo y Desempleo entre los médicos de las áreas urbanas de México. *Salud Pub Mex* 30(5): 691-699, 1988.
- 10 Yepes, F. Distribución geográfica de los médicos: factores que los afectan. *Educ Med Salud* 7(3-4), 1973.
- 11 Rosenthal, M. y Frederick, D. Physician Maldistribution in Cross-Cultural Perspective: United States, United Kingdom and Sweden. *Inquiry* 21:60-74, 1984.
- 12 Parker, M.A Demographic and Ecological Analysis of Distribution of Physicians in Metropolitan America, 1960. *Amer J Sociol* 72:290-300, 1966.
- 13 Rushing, A.W. *Community, Physicians, and Inequality. A Sociological Study of the Maldistribution of Physicians*. Lexington, MA, Lexington Books, 1975.
- 14 Frenk, J. Efectos del origen social y de la socialización profesional sobre las preferencias vocacionales de los internos de medicina en México. *Educ Med Salud* 19(4), 1985.
- 15 Sorkin, A. *Health Manpower*. Lexington, MA, Lexington Books, 1977.
- 16 Levinson, D. Medical Education and the Theory of Adult Socialization. *J Health Soc Behav* 8(4):253-265, 1967.
- 17 Levine, R. *Cultura, conducta y personalidad*. Madrid, Akal Editor, 1977.
- 18 De Moraes, N.H. Desarrollo de recursos humanos para la administración de sistemas locales de salud. *Educ Med Salud* 21(4), 1987.
- 19 Frenk, J., Alagón, J., Del Río, A., Nigenda, S., Robledo, C., Vázquez, L.A., Ramírez, C. *Determinantes del empleo médico urbano en México*. Serie Síntesis Ejecutivas. No: SE-16/89. México, Instituto Nacional de Salud Pública, 1989.
- 20 Frenk, J. La profesión médica en las áreas urbanas de México: Composición demográfica y origen social. *Gac Med Mex* (En prensa).
- 21 Sorkin, A. *Op. cit.*
- 22 Ríos, H. El análisis de los recursos humanos en la medicina. *Revista de la educación superior*. México, ANUIES, 9:36, 1980.
- 23 Rushing, A.W. *Op. cit.*

PROCESO DE TRABAJO Y EDUCACION PERMANENTE DE PERSONAL DE SALUD: REORIENTACION Y TENDENCIAS EN AMERICA LATINA¹

Jorge Haddad,² María Alice Roschke² y María Cristina Davini,³ editores

INTRODUCCION

La Organización Panamericana de la Salud ha señalado como una línea de acción prioritaria la búsqueda de formas de trabajo diferentes en la educación y la capacitación del personal que se desempeña en el sector. Fruto de esa prioridad es la propuesta de Reorientación de la Educación Permanente en la Región de las Américas, que comenzó a preparar en 1985 mediante un esfuerzo conjunto de distintos grupos de trabajadores latinoamericanos, y que laboriosamente ha ido abriendo espacios en distintos países de la Región. En coherencia con ello, la educación del personal de salud ya no se visualiza como una actividad privada de las aulas y los claustros de las instituciones docentes, que es predecida, que obedece a patrones y esquemas de conducta individualistas, y que teje sus acciones alrededor de un eje (o varios ejes) que responde a demandas académicas y a tradiciones "de excelencia", más que a la necesidad de buscar alternativas y soluciones a los problemas reales y concretos que se dan en el trabajo habitual.

Por el contrario, la citada propuesta *privilegia el proceso de trabajo* como eje central del aprendizaje y *enfatiza la capacidad humana* de crear conocimiento nuevo a partir de la discusión y el análisis con-

¹ En este trabajo se han editado y consolidado documentos e informes de diversas experiencias latinoamericanas, que posteriormente serán publicados en forma íntegra en la Serie Desarrollo de Recursos Humanos.

² Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Washington, DC.

³ Representación de la OPS/OMS en la Argentina.

junto y participativo de los problemas reales, de sus causales y de las implicaciones que las alternativas de solución tienen en la búsqueda de la transformación de la práctica de salud, objetivo esencial del acto educativo (1).

Una propuesta de ese tipo tuvo, necesariamente, que encontrar resistencias comprensibles y, en cierta medida, normales en una situación de cambio como la planteada. Pero a pesar de ello, distintos grupos de trabajo en Latinoamérica han ido abriendo gradualmente el espacio. La coyuntura de promover la capacitación en los niveles locales del sistema de servicios de salud, el costo cada vez mayor de una educación a base exclusivamente de encuentros, la perenne insatisfacción de las entidades que prestan servicios de salud por la discrepancia entre la calidad del producto de una educación preseñalada y las reales necesidades de los servicios de salud, y sobre todo, la convicción cada vez más generalizada de la necesidad de aprender a base del trabajo y en los escenarios de realidad, han sido factores que han favorecido el progreso de las ideas nuevas en educación de personal de salud.

En este trabajo se pretende, por un lado, poner de relieve los avances graduales que se han alcanzado, interpretando y consolidando las modificaciones aportadas por los grupos que enriquecen y mejoran cada vez más la propuesta inicial; y por otro, resumir lo relevante de los informes presentados por dichos grupos (que serán objeto de una publicación íntegra posterior), con el objeto de identificar las tendencias que se vislumbran ya para la próxima década, en el campo de la capacitación de la fuerza de trabajo del sector.

LA ESENCIA DE LA PROPUESTA REORIENTADORA

La propuesta de reorientación de los procesos educacionales en salud fundamentó sus proposiciones en apreciaciones alrededor de la *fuerza de trabajo*, alrededor del fenómeno de *aprendizaje* y en torno al *trabajo* de los servicios de salud; los debates promovidos, las lecturas proporcionadas y la interacción de distintos grupos dentro de los sistemas de servicios de salud fueron progresivamente modificando las concepciones iniciales. Es de esperar que en un proceso lento y prolongado como el que seguramente se presentará en este caso, ocurran algunas modificaciones adicionales futuras. Pero todo parece indicar que en el momento actual, los tres elementos básicos continúan y permanecerán inalterables como tales.

Uno de los grupos de autores en este esfuerzo conjunto (2) definió el aprendizaje como “un proceso dinámico que conduce a la modificación de pautas de comportamiento, a través de una integración y estructuración de conocimientos en todos los niveles de la conducta

humana. . .” Y agregaban, “la modificación de pautas de conducta consiste en vincular una nueva manera de pensar a una nueva manera de actuar. . .”

En algunos de los grupos de trabajo comprometidos con esta línea de pensamiento se ha manejado este concepto y se le ha relacionado con procesos educativos que “solamente son relevantes si tratan cuestiones relativas a la acción cooperativa implicada en el trabajo, incluyendo sus aspectos científicos y tecnológicos. . .” (3).

Al mismo tiempo, en esta propuesta se ha manejado la noción del trabajo (del proceso de trabajo específicamente) como elemento para promover el aprendizaje. Analizando las formas habituales de trabajo educativo en los servicios de salud, María Cristina Davini, estudiosa de estas cuestiones, señala que “no se trata de acercar los programas formativos a las instituciones de trabajo para estar en presencia del proceso de aprendizaje en el trabajo; en esos casos se trata solamente de cursos y conferencias dictados en ámbitos laborales pero con total falta de compromiso respecto a los procesos efectivos del trabajo. . .” (4). Para lograr una integración real entre ambos procesos (el educativo y el de trabajo) es necesario que el eje “integrador” emerja del estudio de un problema real de la práctica, ya que “a partir de la identificación de los problemas se avanza en el proceso reflexivo hacia la teoría, para arrojar nueva luz en la comprensión del problema y para elaborar las hipótesis de solución que serán luego contrastadas en la práctica” (5).

La incorporación de estos y otros conceptos a la actividad capacitante en los servicios de salud ha venido ocurriendo desde hace algún tiempo en algunos grupos de Brasil, mucho antes de iniciarse los trabajos cooperativos promovidos por la OPS; pero en el resto de los países que se han sumado a la tendencia reorientadora, el proceso de adopción de esta nueva visión de los procesos educativos ha tenido algunas dificultades al momento de instrumentar las propuestas. Las principales dificultades encontradas se resumen a continuación:

- En la etapa de *identificación de necesidades de aprendizaje*, el problema mayor radica en la dificultad para caracterizar un problema de trabajo, para identificarlo y delimitarlo, y para definir, en consecuencia, aquellas características del mismo que son objeto de transformación y mejoramiento mediante la capacitación (necesidad de aprendizaje).
- La articulación de acciones que garanticen el seguimiento (en términos de evaluación constante del desempeño laboral) de la educación de dicha necesidad de aprendizaje, a fin de determinar si ella persiste, si desapareció o si se ha modificado; el seguimiento permite, además, identificar nuevas necesidades, que son de aparición constante en el proceso de trabajo

y de manejo de un problema; esta es la etapa de *monitoreo del proceso de aprendizaje*, que es precisamente la que otorga la característica de permanencia al proceso, que se desarrolla así constantemente realimentado, en perenne enriquecimiento (6).

- Algunos grupos encuentran dificultad y escasa fluidez en cuanto a: a) la *adecuación de los procesos educacionales* actuales a la innovación propuesta para ellos, especialmente en el uso de la problematización como propuesta pedagógica; b) la *escasa receptividad del propio personal de los servicios* ante una acción educacional no necesariamente preestructurada ni conducida por agentes externos al proceso de trabajo; c) la *capacitación de los responsables de facilitar* el aprendizaje y el desarrollo de las experiencias educativas; el manejo del proceso educativo es, en suma, el área donde se perfilan las dificultades mayores, porque es aquí la etapa en que se rompe con los esquemas tradicionales más profundamente arraigados en los grupos dirigentes.
- Finalmente, un área de dificultad es el estímulo a la interacción y la participación de los distintos actores del proceso en las decisiones críticas; el uso de metodologías participativas, así como la valoración de los aportes individuales y grupales a la búsqueda de alternativas metodológicas ha sido más común con los niveles primarios de atención, ya que en ellos se propicia en mayor grado la participación social. La propuesta de reorientación de la educación permanente, si bien se orientó individualmente hacia esos niveles, en el momento actual busca ampliar el radio de su instrumentación hacia los niveles profesionales; la dificultad probablemente será mayor, ya que, por una parte, se requiere en estos casos de adiestramientos “formales” (en técnicas quirúrgicas, por ejemplo) y por otra, a estos niveles se conserva más celosamente la idea de que la excelencia técnica tiene que estar vinculada, necesariamente, a los modelos educativos rígidos y preconcebidos.

LAS EXPERIENCIAS ACTUALMENTE EN CURSO EN LA REGION

Tal como se ha dicho, en la Región de las Américas se lleva a cabo un movimiento tendiente a la revisión de los modos de trabajo en educación del personal que labora en los servicios de salud; las experiencias son de lo más variado en cuanto a sus características y limitaciones, y en lo que se refiere a las poblaciones a las que está dirigido

el proceso educativo, así como a las determinantes y motivaciones que cada país ha tenido para desarrollarlo.

Algunos de esos procesos nacionales se han desarrollado merced al esfuerzo de grupos de trabajadores de las instituciones de salud de los países, habiendo contado con el respaldo y apoyo de los niveles decisorios del sistema de salud; otros han iniciado el proceso como parte del esfuerzo multinacional referido antes, con el apoyo técnico y financiero de la OPS.

Se resumen a continuación dichas experiencias hasta el momento actual, a fin de poder construir una base que permita identificar las tendencias educativas en salud, así como sustentar las mejores decisiones sobre la orientación de los procesos, a la luz de los resultados que se van obteniendo.

ARGENTINA: EDUCACION PERMANENTE DEL PERSONAL EMPIRICO DE ENFERMERIA PARA SU NIVELACION COMO AUXILIARES⁴

Diversos factores confluyeron para que en Argentina, al igual que en otros países de la Región, no exista un programa nacional de educación permanente que abarque a todo el personal de salud; sin embargo, la necesidad de contar con tal programa es sentida en todas las provincias que analizan la problemática de la prestación de servicios.

En el país hay un serio déficit de personal de enfermería, tanto de nivel profesional como auxiliar, por lo que la atención directa de los pacientes en muchas provincias es ofrecida mayoritariamente por auxiliares de enfermería y personal empírico.

En algunas provincias varios grupos nacionales emprendieron desde 1986 experiencias aisladas de capacitación o reconversión del personal empírico de enfermería. En algunos casos se decidió emplear metodologías no convencionales que permitiesen una articulación efectiva entre el aprendizaje y el trabajo; en otros, se aplicaron los métodos convencionales utilizados generalmente en la capacitación de auxiliares de enfermería.

Aquí se resume la experiencia llevada a cabo en la provincia de Córdoba, donde se aplicó un programa diferente de capacitación basado en la metodología estudio-trabajo, y con la cual se han capacitado 1 200 personas en un período de 4 años.

⁴ Este informe fue preparado por: Susana E. de Alayo y María Cristina Davini, Representación OPS/OMS en la Argentina; Zulema Curtis, Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, Departamento Central de Enfermería, y Dora Díaz, Universidad Nacional de Córdoba, Escuela de Enfermería.

Justificación

La formación de auxiliares de enfermería en Argentina se inició en 1958. Pero los cursos de auxiliares no lograron incrementar la cantidad de egresados de acuerdo con el crecimiento de la población y sus necesidades de salud, produciéndose en consecuencia un déficit cuantitativo de personal.

La expansión de la red de servicios sumada al déficit mencionado permitió la entrada al sistema de personal sin capacitación específica y, en algunas oportunidades, con insuficiente escolaridad previa en relación con el mínimo requerido para capacitarse como auxiliar de enfermería. Esta problemática obedece a circunstancias históricas, económicas y políticas del país. En 1986 existían en Córdoba 1 200 prácticos, de los cuales solamente el 85% tenía educación primaria completa.

Teniendo en cuenta la cantidad de personal que se debía capacitar, su dispersión geográfica, su nivel de escolaridad y su desempeño real, así como el tipo de supervisión que recibía, se decidió abordar el proceso de capacitación en dos etapas. La primera de ellas consistió en la capacitación de los capacitadores —formación de agentes que habrían de guiar el proceso de aprendizaje a través del método estudio-trabajo. La segunda incluyó el desarrollo del proceso de capacitación del personal práctico en sus respectivos lugares de trabajo, por etapas y a lo largo de tres años (1987–1989). De acuerdo con las necesidades y recursos disponibles de cada zona, se decidió realizar la capacitación en forma progresiva y continua.

En una primera etapa, el grupo de capacitadores (30) se constituyó con enfermeras básicamente. En su capacitación se analizaron aspectos generales que significaban verdaderos obstáculos al mejor desempeño del personal, tales como la integración docente-asistencial, el trabajo de salud comunitario y la aplicación de la estrategia de atención primaria de salud. El proceso capacitante general se efectuó en forma paralela, es decir que después de una primera capacitación de capacitadores se inició un programa de educación permanente de los empíricos utilizando la metodología de estudio-trabajo como proceso real y continuo, y desarrollado en sus respectivos lugares de trabajo.

El proceso de capacitación de capacitadores permitió replantear la atención de enfermería que se ofrecía diariamente, así como la situación de la gerencia del servicio donde operaban junto con el personal práctico y buscar soluciones inmediatas a los problemas. Se discutió en segundo término la problemática en el propio terreno con los supervisores del nivel central. En tercer lugar, en los talleres de capacitación técnico-pedagógica se analizaron globalmente las soluciones

dadas a los problemas desde el ámbito de su competencia con el nivel central.

En la actualidad, los capacitadores continúan su educación orientada a solucionar los problemas de su práctica como enfermeros generales, jefes de sala o supervisores y son ahora responsables del desarrollo de los programas de educación permanente.

Metodología

La opción metodológica partió de la idea de que la experiencia a desarrollar con la capacitación del personal práctico de ninguna manera pretendía reemplazar en forma mecánica las conductas mantenidas durante años en su quehacer diario por otras previamente decididas. Por el contrario, se sostuvo que el cambio debía ser el resultado de un proceso que favoreciera su desarrollo intelectual y social, su transformación en personas activas capaces de reflexionar ante cada situación de la vida y del trabajo y de emprender acciones que los beneficien tanto a sí mismos como a su trabajo.

Con esta opción el grupo responsable se propuso, entonces, cultivar la inteligencia y racionalizar el aprendizaje con el objeto de preparar al adulto para desenvolverse en su medio en forma activa, reflexiva y solidaria.

El punto de partida del aprendizaje es la experiencia adquirida por el adulto en su trabajo diario, porque es allí donde vive sus experiencias más valiosas y percibe sus carencias. Además, el trabajo es la preocupación principal del adulto y su vía de realización esencial. En consecuencia, la metodología propuesta se basa en proporcionar al adulto un entrenamiento que le permita desplegar sus potencialidades.

El grupo responsable recalcó la necesidad de emplear métodos que propiciaran el aprendizaje en el trabajo teniendo en cuenta que se trataba de un proceso de educación de adultos que, si bien no tenían preparación formal, realizaban una práctica valiosa. Las carencias educativas de este personal se agrupan en tres áreas: *dificultades para analizar su medio de trabajo, dificultades para expresarse, y dificultades para seleccionar fuentes de información.*

La primera de ellas está concentrada en las dificultades que el adulto tiene para realizar observaciones analíticas acerca de los grupos en que participa y de su propio comportamiento, y para detectar los problemas del contexto. Esto le impide proponer soluciones.

El hecho de partir de las experiencias de trabajo no significa que el aprendizaje del adulto se mantenga en ese nivel. Para superarse necesita ser estimulado y orientado, a fin de que pueda recurrir a otras

fuentes de información. Es decir que otro objetivo de la metodología empleada es entrenar al adulto para la búsqueda y selección de fuentes de información. Durante el proceso de aprendizaje se procura desarrollar en el adulto actitudes creativas, participativas y autónomas, así como capacidades de comunicación eficaz que le permitan expresar con precisión los diversos matices de su pensamiento.

De esta manera, el adulto se prepara para ser agente de cambio en su medio de trabajo y, basándose en la visión racional de los problemas, puede proponer soluciones viables. Por lo tanto, para sistematizar el proceso de aprendizaje se deben considerar las características del proceso de pensamiento, y aquí entran en juego una serie de operaciones que son producto de la maduración individual y del entrenamiento.

Teniendo en cuenta que los ejes de la integración entre la práctica del trabajo y el proceso formativo se construyen a través de los problemas de la práctica, se orientó a los capacitadores sobre cómo identificar los problemas del quehacer diario del trabajo y cómo analizarlos estratégicamente, avanzando en el proceso reflexivo hacia la teoría, para arrojar nueva luz en la comprensión del problema y en la búsqueda de soluciones que luego fueron contrastadas en la práctica. Como puede suponerse, se requiere un entrenamiento permanente y una supervisión constante para adquirir el hábito de una nueva forma de hacer las cosas y de resolver los problemas.

El hecho de empezar la etapa de capacitación inicial del personal práctico sin tener un currículo preestablecido, creó ansiedad en quienes participaban en los diferentes niveles del programa. Sin embargo, la decisión se basó en el hecho de que se estaba navegando en aguas desconocidas, ya que no existía ninguna experiencia previa. Cada unidad de aprendizaje se inicia con el análisis de la práctica relacionada a una situación de atención de la salud (madre-niño, escolar, adolescente, adulto o anciano, que eran los sujetos de atención) que involucra también a la familia y la comunidad con la cual el paciente tiene un vínculo inseparable.

Por otro lado, en el análisis general contextualizado del problema de atención es necesario examinar la organización y funcionamiento del servicio como un todo, y el trabajo con el equipo de salud entre otros. En consecuencia, se requiere un análisis integral. Sea cual fuere el sujeto de atención, es preciso conocer su estado de crecimiento y desarrollo, sus características personales, su relación con el medio, su estado de salud, tratamiento, problemática personal inherente a su condición de paciente (persona dependiente) hospitalizado o que recibe atención ambulatoria así como sus creencias y costumbres respecto a la salud, etc., todos ellos conocimientos necesarios para cuidar personas contando con su participación activa.

A partir del análisis contextualizado y de las prácticas institucionales y de trabajo, se detectan los problemas sobre los que hay que operar. Estos problemas, vividos cotidianamente por los trabajadores, se convierten en motor para el análisis y la busca activa de información. La nueva información amplía el horizonte para la comprensión más profunda de los problemas. El comportamiento reflexivo y solidariamente compartido sirve para la elaboración de alternativas de solución, la creatividad en la elección de nuevas respuestas y la modificación de las prácticas.

A continuación se ofrecen algunos principios metodológicos cuya discusión ayudó a definir la táctica a adoptar en el proceso de educación permanente y en la producción de materiales de apoyo.

- Centrar el aprendizaje en la formulación de problemas y búsqueda de alternativas de solución, a fin de comprender y operar sobre las necesidades de salud de la población en la vida cotidiana.
- Considerar el aprendizaje como un proceso de reflexión y abstracción para la construcción del conocimiento, así como para la participación en su producción.
- Rescatar y valorar el "saber hacer", y asegurar una actitud activa, reflexiva, analítica y crítica frente a la adquisición, sistematización y ampliación del saber científico-tecnológico.
- Valorar el trabajo y la educación como elementos de realización personal y factores de bienestar de la comunidad.
- Entender y valorar el trabajo como una experiencia educativa, en virtud de que el trabajo es creación e investigación y se torna educativo por su contenido y su método.
- Propiciar acciones permanentes de evaluación que permitan la toma de decisiones durante las diferentes situaciones de aprendizaje.
- Centrar el aprendizaje en el protagonismo del estudiante, de modo que se exprese como agente activo, favoreciendo su creatividad, la elaboración de su conocimiento y la elección fundamentada de sus estrategias de acción.

Algunos aspectos particulares fueron motivo de análisis y profundización del saber y del hacer durante el desarrollo del programa, por ejemplo: colaboración en los cuidados de enfermería a la madre y al niño, así como a los adolescentes, adultos y ancianos; apoyo a los principios básicos de nutrición de las personas; procedimientos que colaboran con el desarrollo del diagnóstico de salud y tratamiento médico; procedimientos para mantener la asepsia médico-quirúrgica; acciones de prevención de infecciones hospitalarias; colaboración en programas de promoción y prevención de la salud de la comunidad.

Este listado comprende acciones básicas de enfermería, y cada una de ellas configura un núcleo de conocimiento en el que se apoyó el proceso capacitante, que continúa expandiéndose, fortaleciéndose y enriqueciéndose de forma permanente.

Obviamente, el núcleo de conocimiento en que se apoyó el currículo de formación de los prácticos de enfermería, representado por las acciones básicas enunciadas, se fundamenta a su vez en conceptos más generales, como son los principios básicos de la epidemiología, el conocimiento del hombre y su medio, particularmente las necesidades biopsicosociales y espirituales, y la concepción de la enfermería como un servicio de ayuda al hombre (familia y comunidad) para enfrentar los problemas de salud (amenaza o daño), basado en principios científicos y tecnológicos. Otro concepto general se refiere al ciclo vital del hombre, que constituye el sujeto de atención.

Durante los cuatro años de desarrollo de la experiencia en la provincia de Córdoba, el programa del grupo capacitador recibió apoyo técnico-pedagógico, el cual se concretó con mayor fuerza en 1989 mediante un taller exclusivo de estudio-trabajo. A lo largo de 1990 se llevará a cabo una preparación especial técnico-pedagógica al grupo de capacitadores, para que acompañen con mayor éxito la educación permanente de todo el personal de enfermería.

NICARAGUA: EDUCACION PERMANENTE EN LOS SERVICIOS MUNICIPALES DE SALUD⁵

Contexto del proceso capacitante: el primer nivel de atención

Desde el punto de vista político-administrativo, la variable que cruza el escenario del nivel local es la voluntad política de mantener y extender el proceso de microregionalización sanitaria a través de una enérgica política de descentralización y desconcentración institucional.

Además se están construyendo en la práctica seis niveles resolutivos a partir de realidades territoriales en todo el país, que cuentan, como uno de los elementos destacados en este proceso, con fuerza de trabajo sujeta a un reordenamiento en función de la propuesta que ya está operando.

⁵ Este informe fue preparado por María I. Turcios, Representación OPS/OMS (PASCAP) en Nicaragua; Mariano Salazar, Ministerio de Salud, Centro de Investigación y Estudios en Salud (CIES); Angel Sánchez, Ministerio de Salud, Director de Formación y Capacitación; y Fabio Salamanca, Universidad Autónoma de Nicaragua, Facultad de Ciencias Médicas, Departamento de Medicina Preventiva.

Todo esto se realiza dentro de un proceso de identificación de unidades estables población/territorio/servicios/problemas/recursos, con el municipio como unidad básica de producción y coordinación extrainstitucional, adscritas o consideradas directamente como áreas de salud en carácter de unidades básicas de planificación y gobierno.

Por otro lado, la experiencia de trabajo en este nivel permite precisar, en poblaciones seleccionadas, las prioridades de atención a partir del conocimiento acumulado de daños y riesgos para la salud de mayor relevancia por su magnitud, trascendencia y vulnerabilidad, asociados, en general, a excepción de características epidemiológicas locales específicas, a la Campaña por la Defensa de la Vida del Niño y a los programas de dispensarios y de prevención existentes.

En términos de la construcción de un escenario central del primer nivel de atención, es posible prever una disminución de la incertidumbre en la consecución de los objetivos institucionales y una mayor solidez organizativa del Ministerio de Salud. Se prevén asimismo fuertes tensiones en la esfera del modelo histórico de gerencia y de servicios, generadas por la acumulación de expectativas y responsabilidades en torno a su capacidad potencial y real de incrementar la eficacia, la equidad y la eficiencia de las acciones en el campo de la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, en las diferentes jurisdicciones territoriales.

En este escenario aparece *el fortalecimiento de la educación permanente* como un proceso institucional de aprendizaje a partir del puesto de trabajo en base al enfrentamiento de los problemas cotidianos de la producción de la salud en los servicios y la comunidad, que involucra socialmente a los trabajadores de la salud y a los usuarios y destinatarios de los servicios, jugando un papel interesante como catalizador y movilizador en función del desarrollo de los servicios municipales o áreas de salud.

De hecho, forma parte de la estrategia tendiente a impulsar la transformación del primer nivel de atención, colocado como un proyecto dinamizador del cambio institucional. Sirve así para afianzar las tendencias positivas de la descentralización, el desarrollo de la capacidad gerencial y el incremento de la equifinalidad, eficiencia, eficacia y equidad del sistema de servicios configurado en el ámbito del municipio y del área de salud.

La imagen objetivo del proceso de educación permanente toma un perfil más definido a partir de su entendimiento como *vía de administración, reflexión y producción de conocimiento que incide en la mejor organización, disposición y utilización de los recursos, escasos por definición y en la realidad; que aumenta la capacidad de conocer y modificar el perfil higiénico sanitario y epidemiológico del territorio; que incentiva la adecuada direccionalidad de las acciones de salud de*

acuerdo con la microterritorialización de los principales problemas de salud, y que *incrementa* la capacidad de diálogo, encuentro, liderazgo y convocatoria del MINSA en el conjunto de fuerzas enfrentadas al reto de elevar el nivel de salud de la población en el nivel local.

Organización de una estrategia educativa nacional

Se parte del objetivo central de contribuir a incrementar, dentro del contexto, la equifinalidad de los diferentes actores, la mayor eficiencia en la utilización de los recursos, la mayor eficacia en el tratamiento de los principales problemas y la mayor justicia en la prestación de los servicios. Como modalidad educativa responde a principios de orden genérico que contribuyen a organizarla como un proceso inserto dentro del escenario del primer nivel de atención, utilizando como referencia los principales problemas de salud pública del municipio o área de salud.

Está dirigida a grupos seleccionados de trabajadores de la salud que se encuentran en el marco de la gerencia y operación de los servicios, programas y actividades asociadas a los problemas de salud priorizados en el territorio, así como a dirigentes y activistas de las fuerzas sociales de carácter político, gremial, sindical, religioso, de beneficencia y de otra índole, interesados en contribuir a mejorar el estado de salud de la población.

Su ámbito de acción, desde la perspectiva institucional, es el “servicio” —directo, de apoyo diagnóstico y terapéutico, y de apoyo general y administrativo— como unidad funcional interactuante dentro del nivel de resolución correspondiente, que enfrenta los problemas concretos de salud —especialmente los priorizados— desarrollando un proceso de producción de servicios con base en una división técnica del trabajo a partir de una determinada organización y combinación de recursos.

Mantiene una relación dinámica con el programa local de investigación de servicios de salud y con la red local de disseminación de información científica: bibliotecas, centros de información, redes, etc. (incentiva, analiza y utiliza la búsqueda de conocimiento e información por esta vía). Forma parte consustancial del proceso de acreditación de carreras técnicas y auxiliares en el territorio, unidad y servicio correspondiente.

Los problemas de salud constituyen los núcleos de atracción del proceso de educación permanente. Cada problema identificado como relevante, desencadena el ciclo en espiral de enseñanza-aprendizaje al plantear la necesidad de su definición, caracterización socio-

demográfica y microlocalización; así como la construcción y análisis de sus causas, la identificación y selección de soluciones y el monitoreo y evaluación de las acciones de intervención y sus impactos. En consecuencia, el conjunto problema/análisis/acción se convierte en el eje del proceso educativo.

Los servicios de salud como ámbito educativo

La fuerza de trabajo seleccionada enfrentada a los principales problemas de salud, realiza su actividad intramuros y extramuros a partir de una organización de servicios de salud dirigidos a las personas y al medio, basada en variables tales como edad, daño, riesgo, sexo, ocupación y otras, todas con un denominador común: son servicios que atienden directamente a las personas o al medio, y que se apoyan en servicios de apoyo diagnóstico, terapéutico, y administrativo.

En la práctica, el hacer frente a los problemas de salud, a través de la generación de acciones de salud, significa que para producir una intervención es necesaria la interacción de los diferentes tipos de servicios bajo un eje de interdependencia.

Se concluye que *la interdependencia funcional de los servicios*, base de las acciones intra y extramuros, *proporciona a la educación permanente el hilo conductor para potenciar la asociación de servicios para hacer frente a los problemas*. A partir de esta misma asociación y de su sentido de abordar y resolver problemas, es posible elevar la capacidad de cada uno de los servicios involucrados de manera independiente, aumentando, en general, el umbral de sincronía funcional dentro de la organización de servicios existente.

En el desarrollo de esta estrategia educativa de los municipios, las actividades de monitoreo y evaluación del proceso se redimensionan a partir de la ruptura que se viene produciendo con relación al modelo histórico de gerencia de los servicios de salud del primer nivel de atención, especialmente en lo que se refiere a la fijación de objetivos que se traducen en la transformación cualitativa de aspectos seleccionados del perfil de morbimortalidad de poblaciones escogidas en el territorio.

El conocimiento para la reflexión y la acción, eje de este proceso educativo, puede obtenerse de diferentes fuentes; una de ellas es la investigación de servicios de salud, que construye su objeto de estudio a partir del conocimiento histórico de la configuración de los servicios de salud y de la determinación de factores de equifinalidad, eficiencia, eficacia y equidad y en los servicios de salud que estén relacionados con el tratamiento local a los problemas priorizados.

Finalmente, la acreditación de carreras técnicas y auxiliares

es otro foco de interés para la instrumentación del proceso de educación permanente del personal de salud de Nicaragua, pero este tema se tratará en otra ocasión.

Programación de la educación permanente en los servicios municipales

Con base en los principios enunciados, en 1989 el Ministerio de Salud dio inicio al proceso capacitante a nivel de las regiones de salud seleccionadas, orientando sus acciones al propósito de traducir dichos principios en un enfoque metodológico cuya primera etapa incluía, la construcción del escenario básico para la programación y la elaboración del programa de capacitación propiamente dicho.

El escenario básico se construyó a partir de la identificación de sus componentes fundamentales: problemas principales de salud, organización de servicios, dotación de fuerza de trabajo esencial y producción de acciones. Se basa en el paradigma propuesto por la Resolución 75 y los motivos de consulta, admisión y egreso más frecuentes en el primer nivel de atención, incluyendo aquellos propuestos por la Campaña por la Defensa de la Vida del Niño.

Esto permitió, a través de la información disponible y el juicio heurístico del equipo de dirección y trabajadores de la red local de servicios, identificar los principales problemas de salud pública prevalentes en el territorio, establecer la organización de servicios e identificar las ocupaciones en vigor y las unidades de producción de servicios correspondientes.

Se utilizaron como eje integrador las diferentes categorías de "fuerza de trabajo esencial" presentes en la Resolución 75, de tal manera que por cada categoría pudo microlocalizarse el *servicio* donde se ubica, los problemas principales de salud que enfrenta y las acciones de salud que se realizan con este fin.

Se incorporaron como iniciativas municipales, especialmente en el plano epidemiológico, peculiaridades locales consideradas como relevantes con relación a los componentes del escenario, y se utilizó como marco de referencia la apertura de servicios del primer nivel de atención, por tipo de unidad, fuerza de trabajo esencial, acciones de salud, tipo de servicio, y el listado básico y de prioridades de atención, admisión y egreso del primer nivel.

Para instrumentar la propuesta, se instruyó al personal responsable para que aprendiera a identificar la apertura de servicios del municipio, por tipo de unidad, fuerza de trabajo esencial, acciones de salud y tipos de servicio, utilizando los formularios e instrumentos correspondientes de acuerdo con el instructivo distribuido.

Se identificaron los principales motivos de consulta y egreso del municipio, utilizando los formularios e instrumentos que fueron preparados y distribuidos para tal fin. Para programar la capacitación, la lógica utilizada partió de la identificación de los cargos propios de los servicios de consulta externa e internamiento, y cuando fue necesario, de los servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico.

La identificación de las capacidades requeridas por el personal seleccionado (habilidades/destrezas y conocimientos) se hizo de acuerdo con los principales motivos de consulta y egreso del primer nivel de atención en el municipio; adicionalmente se complementaba con base en las tareas que desempeña el personal en cuestión y en todos los casos la determinación de necesidades de capacitación se logró preferentemente a partir de una perspectiva colectiva: la del equipo de trabajo del servicio en cuestión de acuerdo con los motivos de consulta o egreso seleccionados.

Las etapas subsiguientes

Al momento de escribir este informe, se ha completado la etapa de diagnóstico situacional, la definición de un contexto de trabajo y, en una primera aproximación, se han identificado áreas en las que existe necesidad de capacitación, dado el contexto definido. Se ha iniciado además un vasto proceso de capacitación de facilidades del proceso de aprendizaje. En una comunicación posterior, se informó sobre el desarrollo del proceso educativo y los aspectos metodológicos pertinentes.

CHILE: METODOLOGIA DE RESOLUCION DE PROBLEMAS COMO UNA ESTRATEGIA PARA LA CAPACITACION Y EL DESARROLLO DEL PERSONAL DE SALUD⁶

El Sistema Nacional de Servicios de Salud (SNSS) de Chile está constituido por 26 servicios de salud descentralizados, incluyendo los establecimientos trasladados a la administración municipal, y un servicio de salud del ambiente ubicado en la Región Metropolitana. Existen, además, cuatro Instituciones dependientes del Ministerio de Salud: el Fondo Nacional de Salud, la Central de Abastecimiento, el

⁶ Este informe fue preparado por Hilda Toro Madariaga, Ministerio de Salud, Departamento de Recursos Humanos; Eugenio Guzmán I., Universidad de Chile, Facultad de Medicina, Departamento de Salud Pública, y Angel Guzmán V., Ministerio de Salud, Oficina de Planificación y Presupuesto, Santiago, Chile.

Instituto de Salud Pública y la Subsecretaría de Salud. El número de funcionarios con que cuenta el sector es de aproximadamente 56 000.

Ante la necesidad de responder con mayor eficacia y eficiencia a los requerimientos presentes y futuros que plantea la atención de salud de la población, se hace cada vez más urgente la tarea de efectuar una revisión crítica del papel que en la actualidad desempeña el recurso humano de salud frente a esta demanda de atención, con el fin de determinar la brecha que separa esta realidad del papel esperado o deseable que permita al sector responder adecuadamente a este desafío.

Las acciones y estrategias que se desarrollen para alcanzar esta meta procurarán, entre otras prioridades, cualificar este recurso humano de salud de modo que sus acciones logren el impacto deseado en la transformación y mejoramiento de los servicios de salud.

En este marco, la capacitación está centrada en el aprendizaje de habilidades y destrezas alrededor de la búsqueda de solución a los problemas que enfrenta en su trabajo y que, al tiempo que favorece su desarrollo personal y funcionario, le permite el ascenso a otros niveles de calidad de vida.

Con este resumen se pretende dar a conocer una experiencia de capacitación que reúne elementos importantes del enfoque estratégico planteado y que se inició en el país en junio de 1985, con la organización de un taller piloto de estudio del trabajo a partir de materiales experimentales producidos al efecto por la OMS.

2

¿Qué se entiende por estudio del trabajo?

Los administradores de la atención en los servicios de salud son responsables del trabajo que en ellos se desarrolla, el que impacta directamente en la atención de salud otorgada a la población. Una de las formas de lograr el mejoramiento del trabajo que genera la atención de salud proporcionada por los servicios consiste en estudiar este trabajo, tal como se efectúa en la realidad, y obtener información acerca de los problemas que en él surgen, con el fin de definirlos correctamente y encontrar las mejores soluciones y estrategias para resolverlos, permitiendo de esta manera tomar las decisiones que favorecen el mejoramiento de la gestión de los servicios y de la atención de salud, y el aprendizaje de los modos correctos de actuación.

Esta metodología permite, en consecuencia, analizar principalmente un problema que ocurre, por ejemplo, en un servicio de salud; el análisis puede llevarse a cabo en un taller (o varios), en los cuales, entre otras cosas:

- Se pone a administradores y ejecutores en el terreno en que se realiza el trabajo (realidad).
- Se ponen a prueba muchos prejuicios, premisas y actitudes hacia la gente y su trabajo a diversos niveles.
- Se eleva la reflexión crítica y el nivel de conciencia de la gente con respecto al trabajo que realiza, lo que conlleva a un aumento de su motivación y compromiso por mejorarlo, que a su vez contribuye a una mayor satisfacción laboral.
- Se promueve el trabajo en equipos y las relaciones entre las personas en el medio laboral.

Por otra parte, el aprendizaje logrado tiene que ver con la naturaleza, relevancia y calidad del trabajo. La información requerida (marco conceptual) es, en consecuencia, solo la pertinente para estudiar y resolver los problemas que afectan dicho trabajo, descartándose la acumulación de conocimiento "ocioso" que no favorece la acción.

No solamente permite ver lo que realmente se hace actualmente en el trabajo sino compararlo con lo que debería hacerse. De manera que los esfuerzos por acortar y hacer desaparecer la brecha entre lo real y lo deseable son permanentes y llevan a replantearse constantemente metas por alcanzar, logrando en cada oportunidad niveles más altos de desarrollo y de aprendizaje.

Esquema general y metodología

Para ilustrar algunas características metodológicas del taller, conviene señalar que cronológicamente existen tres grandes etapas: una primera etapa pretaller en que se selecciona a los participantes y se elige y capacita al personal docente en la metodología y contenidos del taller, además de concertar el apoyo logístico necesario. El taller propiamente tal constituye una segunda etapa, cuyo principal énfasis está en el enfoque de resolución de problemas para el mejoramiento de los servicios de salud, con una aproximación práctica más que teórica y en la estimulación del uso de la creatividad simultáneamente con la racionalidad para la solución de los problemas. Se define con precisión tanto el efecto deseado como la realidad de la cual se parte, lo cual aumenta las probabilidades de éxito. Luego de finalizado el taller viene una tercera etapa de completación y afinamiento de los proyectos específicos elaborados por los participantes durante el taller, ejecución de los mismos y evaluación final.

En la etapa pretaller se destaca la importancia de los criterios de decisión que se usen para la formación de los grupos de participantes que trabajarán juntos en el taller. Es importante que sean equipos multidisciplinarios cuyos miembros tengan vecindad física, permanencia en el tiempo y áreas de afinidad y complementación en su quehacer laboral, de forma tal que aumenten las posibilidades de ejecución de los proyectos que se elaboran en el taller y la utilización de la metodología de resolución de problemas aprendidas en el mismo. El Esquema 1 ilustra los componentes esenciales del taller.

Los problemas se definen en forma de “brechas” entre lo que realmente ocurre y lo que debería ocurrir o sería deseable que ocurriera en función de la salud de la población; esto obliga a trabajar con información pertinente y de buena calidad para resolver los problemas y no a intentarlo con opiniones, prejuicios o creencias, como a veces pudiera suceder.

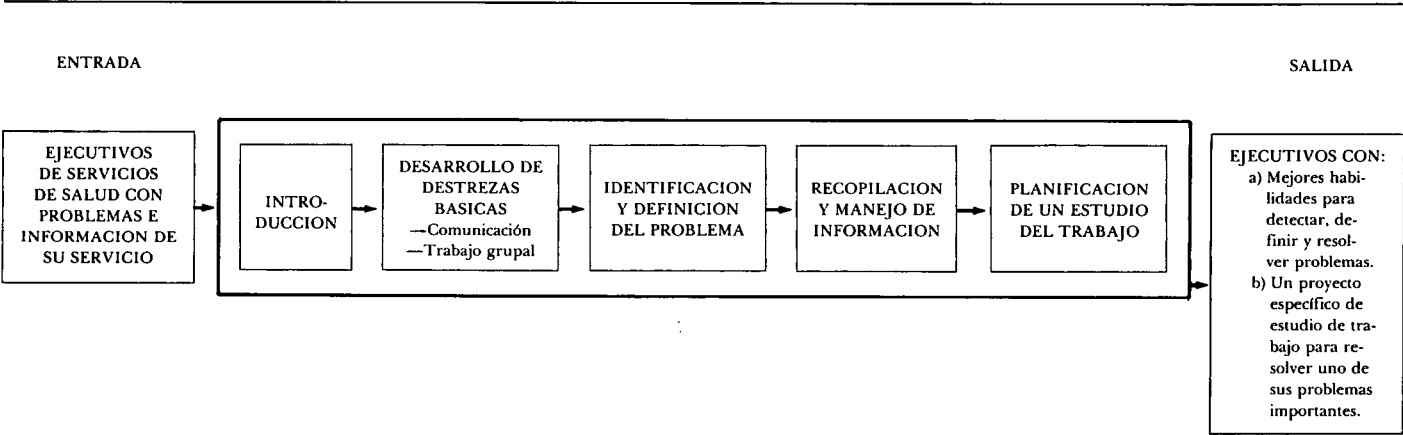
Durante el taller se desarrollan en forma simultánea las habilidades, actitudes y conocimientos de los participantes, combinando actividades individuales, de grupo y plenarias, incluyendo discusiones y trabajos de grupo, presentaciones de avance, exposiciones interactivas, análisis documental, entrevistas, elaboración de proyectos, etc. Todo pertinente a la realidad concreta de los participantes.

El taller pretende, entre otras cosas, estimular y desarrollar habilidades que permitan a los participantes llegar a ser miembros productivos en cualquier grupo de trabajo, proveyendo oportunidades para que se den cuenta de actitudes personales que impiden o favorecen el desarrollo de la creatividad, la resolución de problemas y el establecimiento de relaciones humanas armoniosas y productivas.

Estudios del trabajo y el mejoramiento de los servicios de salud

El Esquema 2 describe los pasos habituales a seguir en un servicio de salud que desee implementar un estudio del trabajo para identificar, definir y resolver problemas de salud de su competencia. En esta etapa es necesario destacar la trascendencia decisiva de los criterios que se empleen o no se empleen para constituir el equipo responsable de conducir el estudio del trabajo en cuestión, ya sea para problemas claramente definidos, como para otros en que “*el principal problema es saber cuál es el problema*”. En los talleres de estudio del trabajo los participantes producen un anteproyecto de estudio para un problema real de su servicio de salud.

ESQUEMA 1. Estructura general de un taller de estudio del trabajo.



ESQUEMA 2. Pasos para el estudio de un problema de trabajo.

Constitución de equipo humano responsable del estudio

Definición clara y precisa del o de los problemas

Generación de soluciones opcionales con énfasis en la creatividad

Decisión acerca de qué información es necesaria para clarificar el problema y sus posibles soluciones

Planificación de cronograma de acción y presupuesto y ajuste del equipo humano para realizar el estudio

Diseño y prueba de los instrumentos necesarios para la recopilación de información pertinente válida y confiable

Evaluación del impacto

Implementación de las soluciones

Redacción de informe con recomendaciones fundamentadas para la toma de decisiones destinadas a resolver el o los problemas

Análisis del trabajo con problemas, a la luz de la información recopilada

Recopilación de la información

Principales aportes de la metodología en un proceso de desarrollo de servicios

Capacitación

El estudio del trabajo *determina qué cosas, dónde, cuándo y cómo deben hacerse para lograr mejorar el trabajo a través de la solución de los problemas que lo afectan*. El desarrollo de las habilidades y destrezas necesarias para realizar esas cosas (tareas o trabajo concreto) es lo que constituye el componente de capacitación, en un nivel de estrategia, evitando de esta manera que el programa deje fuera áreas importantes y procurando integrar la teoría con la práctica.

Por este motivo, el estudio del trabajo es adicionalmente un excelente método para la detección de necesidades de capacitación, y es en sí una metodología de aprendizaje que se centra en la solución

de problemas y en el desarrollo de las habilidades personales para lograr producir los cambios de conducta que el proceso conlleva.

La capacitación que requiere el personal de salud para transformar su papel de educador convencional en el de un facilitador del aprendizaje de los usuarios de los servicios de salud, así como del desarrollo de sus habilidades para cambiar el enfoque convencional de atención de salud en otro deseable, basándose para ello en las capacidades de cada individuo para tomar sus propias decisiones respecto a su salud y a la calidad de vida que desea para sí, tiene sin duda una respuesta y una orientación visibles al emplear esta metodología problematizadora, sustentada en la realidad del trabajo, que facilita la cualificación del recurso humano.

Los aportes concretos de esta metodología a la capacitación funcionaria realizada en los servicios de salud de nuestro país, han permitido llevar a cabo un plan de desarrollo de la capacitación caracterizado por las siguientes etapas:

- Elaboración y aplicación de *instrumentos de recopilación de información* uniformes en el país que permitan efectuar un diagnóstico de la capacitación realizada a nivel nacional, detectar los problemas existentes y proponer e implementar las soluciones pertinentes.
- *Capacitación de los capacitadores en los servicios de salud* con el fin de facilitar su papel en el nivel local que es el de proponer planes y programas de capacitación de acuerdo con las necesidades detectadas y ejecutar y evaluar dichas actividades. Esta capacitación se ha venido haciendo en forma sistemática a partir de 1985, a través de un taller anual, que pretende lograr que los jefes de unidades de capacitación desarrollen sus habilidades y destrezas personales para detectar y resolver problemas susceptibles de solucionar, a través de la capacitación y para comunicarse y relacionarse con otros eficaz y eficientemente, condiciones básicas para llegar a desempeñarse como docente "facilitador". Esto con el fin de lograr la transformación de un estilo convencional de otorgar atención de salud y de realizar la docencia en salud, por otro estilo basado en las necesidades reales de salud de la población y en el aprendizaje, por parte del funcionario, de las formas más adecuadas para resolver dichos problemas.

Educación continua

Un programa de educación continua diseñado para ayudar a los funcionarios a detectar y solucionar problemas específicos que

tiene en su trabajo, puede transformarlo en una valiosa herramienta de desarrollo personal y de transformación de los servicios, mediante:

- La utilización de una metodología problematizadora en el aprendizaje. Los objetivos, contenidos y técnicas educativas de talleres y cursos se acercan, cada vez más, a que el participante aprenda a solucionar los problemas que enfrenta en su trabajo.
- La capacitación de docentes y facilitadores de los propios servicios de salud.

Mejoramiento de la eficiencia y eficacia del trabajo

Se consigue cuando se identifica realmente el problema y sus causas y las soluciones se trabajan con la gente involucrada en implementarlas. Una experiencia que demuestra la aplicación de esta metodología en beneficio de los aspectos señalados, especialmente en lograr el mejoramiento de la eficiencia y eficacia del trabajo realizado y el mejoramiento de la gestión del servicio de salud, es la siguiente: En Valdivia se planteó la necesidad de realizar un análisis del trabajo desarrollado por el equipo de salud del nivel primario de atención y establecer la brecha con la situación deseable, constituida por la organización y desarrollo de “Equipo de salud de nivel primario” y de “Equipos de atención integrada de salud”. Se recopiló la información pertinente para determinar la brecha de este problema y estructurar el correspondiente plan de trabajo que incluya las soluciones y estrategias para resolverlo, el que se encuentra en ejecución con resultados inmediatos observables, como por ejemplo: cambio en los estilos de dirección y de supervisión del equipo de jefatura técnica del servicio de salud hacia los equipos de salud locales, lo que ha generado, a su vez, un cambio en la relación de ambos, que de autocrática pasó a ser participativa y colaborativa, facilitándose la solución de los problemas de salud prioritarios de este nivel.

Planificación y administración de recursos

La metodología entrega los elementos necesarios para basar la toma de decisiones en hechos objetivos y no en simples suposiciones u opiniones: la selección de problemas se sustenta en criterios de prioridad y, por su parte, la selección de soluciones y estrategias se basa en criterios de factibilidad. La evaluación del impacto de las soluciones una vez implementadas, se mide en la persistencia del problema como tal. Todo esto permite desarrollar una planificación estratégica que responda de modo racional a las realidades y prioridades del nivel local.

Integración docente-asistencial

La multicausalidad de los problemas que se presentan en los servicios de salud, la heterogeneidad de sus soluciones y estrategias y el amplio espectro de las personas involucradas en resolverlos constituyen algunas de las características más frecuentes. Es así que resolver integralmente dichos problemas constituye por lo general una responsabilidad compartida de salud con otros sectores de la actividad nacional, siendo el de educación el que adquiere más relevancia en este aspecto, especialmente en relación con la formación de los recursos humanos de salud y con su capacidad para responder adecuadamente a las necesidades asistenciales presentes y futuras.

Dadas sus características y tomando en consideración que los servicios de salud han iniciado la asimilación de esta metodología, también debiera incorporarse a las actividades de pregrado dentro del currículo de los alumnos en formación, de modo que el lenguaje y los criterios de abordaje de los problemas en la práctica tengan cierta uniformidad.

Investigación educativa en salud

La metodología de estudio del trabajo ofrece varias instancias para la investigación operativa en salud, como podría ser, por ejemplo: la verificación de las brechas reales existentes en la definición de un problema, la pertinencia de los criterios de prioridad propuestos, la factibilidad de las soluciones y estrategias propuestas, el impacto de estas en la solución del problema, etc. De esta manera se generan nuevos conocimientos y líneas de trabajo y desarrollo susceptibles de extrapolar a otras situaciones o realidades locales similares.

Para finalizar esta reseña, brindaremos a continuación algunos ejemplos de problemas de trabajo que han sido utilizados para la capacitación permanente del personal de los servicios de salud de Chile.

¿Qué hacer para disminuir la tasa de infecciones intrahospitalarias en Arica a un máximo de 4,0%?

El 10% de los pacientes referidos desde el hospital de Iquique a otros establecimientos de mayor complejidad, durante el primer semestre de 1987, han sido devueltos sin ser atendidos. Lo deseable es que el 100% de los pacientes referidos a establecimientos de mayor complejidad sean atendidos.

¿Cómo llegar a disminuir al menos en un 80% durante 1988 las siguientes brechas detectadas?

- Aproximadamente un 50% de las recetas prescritas a los pacientes ambulatorios se prescriben para períodos superiores a la norma.
- Aproximadamente un 20% de las recetas prescritas a los pacientes hospitalizados se prescriben considerando solo la supuesta efectividad y no el costo, con incumplimiento de normas terapéuticas.
- Aproximadamente un 10% de los medicamentos recetados a los pacientes hospitalizados no son administrados, ni tampoco devueltos a la sección de farmacia y prótesis.
- El 45% de los documentos no son procesados en la dirección del servicio de salud de la VI Región en el plazo promedio de 10 días hábiles.
- ¿Qué hacer para disminuir la tasa de ataque de IIH en el servicio de obstetricia y ginecología del hospital Herminda Martín de Chillán del 9,7% (4to. trimestre 1986) al 5% al 30 de junio de 1988?
- ¿Cómo disminuir la incidencia de ETS a 5 casos de sífilis, a 150 casos de gonorrea y prevenir los contagios de SIDA en 1988?

Desde 1980 a 1986 la tasa de mortalidad infantil ha disminuido un 40,2%. En el primer semestre de 1987 se constató un incremento absoluto de 17 casos respecto a igual período 1986; registrándose en 1986, 157 casos y en 1987, 175 casos.

1a. Brecha: Mortalidad infantil. En la provincia de Bio-Bio es de 8,07% de la mortalidad general (1987).

2a. Brecha: Mortalidad infantil tardía, 62,85% de la mortalidad infantil total.

3a. Brecha: Bajo peso al nacer y desnutrición son factores básicos en problemas de crecimiento en el menor de un año.

Necesidad de aumentar el número de intervenciones de cirugía mayor realizadas durante el último año hasta alcanzar los niveles de 1983, vale decir un aumento de 32%. Disminuir a 0 el número de pacientes con solicitud de hospitalización pendiente más de un mes y que por no tener resolución quirúrgica de su problema pueda estar expuesto a un riesgo vital, anatómico o funcional importante.

En un 70% de los casos en que se requiere comunicación y coordinación entre los usuarios y la sección de abastecimiento, estas no son formales ni oportunas.

En los policlínicos del nivel secundario y terciario del hospital Base de Valdivia, se produce una postergación de la atención ambulatoria que fluctúa para distintas especialidades entre un 0% y un 80%

de la demanda. La diferencia entre la demanda satisfecha y la real constituye la brecha que representa el problema y que debe ser corregida.

REPUBLICA DOMINICANA: EDUCACION PERMANENTE PARA LOS MEDICOS DEL SERVICIO RURAL. UNA PROPUESTA DE TRABAJO⁷

Antecedentes

Los programas educativos desarrollados por muchos años en el ámbito de la salud pública dominicana se caracterizaron fundamentalmente por la "transmisión de contenidos" de manera fragmentada y por la ausencia de continuidad. El predominio del concepto de "capacitación o entrenamiento" ligado a la idea de "refrescamiento y actualización" sigue presente en muchos de los programas educativos del área de la salud.

Las críticas identificadas por grupos interesados en la Educación Permanente de la Secretaría de Estado de Salud Pública y Asistencia Social (SESPAS) se corresponden con las ya señaladas por grupos latinoamericanos y de expertos en el área, en varios aspectos:

- Poca atención al proceso de aprendizaje de los participantes y carencia de evaluación y monitoreo de la aplicación de los nuevos conocimientos.
- Ausencia de definiciones que expliciten claramente el verdadero y real objeto de estudio y trabajo de la educación en los servicios de salud.
- Carencia de un cuerpo teórico que oriente y fundamente la adecuación e innovación de los procesos educativos de salud en el servicio, lo cual ha contribuido en gran parte a reproducir los modelos y patrones que caracterizan la práctica médica hegemónica, a la vez que refuerzan la estructura de poder de los servicios de salud.

⁷ Este trabajo fue preparado por Rosa María Borrell L., cuando se desempeñaba como funcionaria de la Dirección Técnica de Recursos Humanos, Secretaría de Salud, República Dominicana. Tal como se indica en el título, se trata de una Propuesta de Trabajo, que actualmente está en una etapa inicial. No se presenta como una experiencia acabada; el valor intrínseco del trabajo (y la razón para incluirlo en este artículo) es la fundamentación, la concepción acerca de los procesos educativos en salud y los pasos iniciales que se han dado en cuanto a organización y estructuración, que parecen propicios al alcance de los objetivos señalados. Se comunicará posteriormente el grado de avance de esta Propuesta.

- La transmisión de conocimientos de manera fragmentada y el uso de metodologías educativas tradicionales.
- La escasa cobertura de los programas, su dispersión y falta de direccionalidad en relación con las políticas de salud.
- Diseños educativos desligados de toda posibilidad reflexiva sobre los contenidos de los programas y sobre procesos más abarcativos de la problemática de la salud y la enfermedad en el contexto nacional e internacional.
- Utilización de modelos educativos importados y de especialistas y docentes extranjeros.
- Priorización de programas en función de intereses particulares e individuales y poca concreción de una política de desarrollo de recursos humanos en salud.
- El lento desarrollo administrativo que obstaculiza la institucionalización de programas de salud; la inexistencia de la carrera administrativa en el servicio público que facilita una alta rotación del personal técnico; la fragmentación del sector y el desarrollo de programas paralelos han caracterizado el escenario del servicio público en la República Dominicana.

Estas críticas, producto de un análisis colectivo de un grupo de trabajo nacional, constituyeron un marco referencial para justificar la creación de un espacio de estudio y reflexión que permitiera reorientar, conceptual y metodológicamente los procesos educativos en salud del personal trabajador de la salud pública del país.

Los orígenes de una propuesta de trabajo

En junio de 1989, la Dirección Técnica de Recursos Humanos de la SESPAS presentó una propuesta de un Programa General de Educación Permanente en Salud que partía de la necesidad de replantear una concepción educativa apoyada fundamentalmente en el compromiso que implica la meta de salud para todos, para reducir la brecha y el desfase permanente entre el desarrollo del personal, los avances de la tecnología aplicada en salud y el contexto político-social cambiante del país y de la institución rectora de los servicios públicos. Así, la Dirección Técnica planteó la necesidad de discutir una nueva concepción educativa, surgiendo como hipótesis, que aportaría a los trabajadores de la salud los elementos que le permitirían decodificar los diferentes mensajes que le llegan, facilitándoles un proceso de reflexión y análisis de la problemática de salud-enfermedad y de la situación de los servicios, lo cual garantizaría en gran medida mejorar su efectividad en el trabajo.

La capacitación del personal fue definida como un proceso con base en la competencia del análisis del contexto de cada realidad, referida a los aspectos sociales, económicos y políticos y, en particular, a las políticas de salud y las estrategias para alcanzar los objetivos y metas trazadas.

La búsqueda de esa nueva concepción educativa, de procesos de enseñanza-aprendizaje adecuados y el análisis de contextos planteó la necesidad de diseñar estrategias y desarrollar experiencias que permitieran poner en práctica la propuesta general y facilitaran en lo posible desarrollar programas específicos dentro del amplio espectro de los servicios de salud pública.

Los objetivos iniciales se centraban en la generación de un proceso de aprendizaje en el trabajo, de identificación de problemas como base de las necesidades de capacitación, de delimitación del objeto de trabajo de la educación permanente y de la búsqueda de metodologías que faciliten los anteriores.

El trabajo inicial fue encomendado a las unidades de enfermería, epidemiología, hospitales, salud bucal, educación para la salud y recursos humanos.

El grupo coordinador y responsable se planteó de entrada los siguientes interrogantes:

- ¿Cuál es el fin mismo de la educación permanente?
- ¿Por qué y para qué desarrollar un espacio o programa de educación permanente en la República Dominicana?
- ¿Cuál será la definición más acertiva de la educación permanente en la República Dominicana en los momentos actuales?
- ¿Cuáles elementos habría que considerar en un programa de educación permanente?
- ¿Por qué plantear la educación permanente como un instrumento de cambio?
- ¿Cuáles serían las diferencias fundamentales entre el proceso de enseñanza-aprendizaje que en años anteriores se desarrollaba y la nueva concepción de educación permanente que adoptaría el equipo?
- ¿Cuál es el contexto concreto en el que se desarrollaría el programa? ¿Cuáles son sus características actuales?
- ¿Cuáles serían las estrategias para desarrollar un programa de educación permanente?
- ¿Cuál es la política de salud actual y cuáles son las necesidades de cambios necesarios en la salud de la población dominicana y por ende en el sistema de prestación de servicios de salud?
- Dentro de una perspectiva de solución de problemas de salud-

- enfermedad, ¿cómo enfocar el aprendizaje de los grupos que trabajan en salud?
- ¿Cómo aplicar metodologías innovadoras como la investigación participativa?

Una propuesta específica: los médicos “pasantes”

Descripción del contexto

La clínica rural es la unidad básica de atención primaria de salud, situada en localidades rurales que fluctúan entre 2 000 y 10 000 habitantes. Sus funciones están orientadas hacia la promoción, la prevención y la recuperación de la salud.

Estas clínicas rurales constituyen la base de la pirámide de atención en cuanto a servicios se refiere. Están a cargo de médicos recién graduados, que deben cumplir una pasantía de un año en ellas, para obtener el “*exequatur*” que los habilitará para ejercer la profesión en territorio dominicano.

El estudio de los currículos de las distintas facultades dominicanas de ciencias de la salud, en especial las de medicina, muestra que los médicos carecen de formación en ciencias sociales, epidemiología y administración de servicios de salud. Su formación se reduce al manejo de la medicina curativa individual. En un reciente taller de diseño curricular en ciencias de la salud realizado con cinco universidades del país, los grupos de trabajo concluyeron que: “los médicos y otros especialistas de la salud no manejan una visión colectiva del proceso de salud-enfermedad, formándose con una actitud acrítica de los mismos y de sus determinantes, y sin herramientas teórico-metodológicas que permitan la generación de conocimientos tendientes a la solución de dichos problemas”.

La falta de formación adecuada para enfrentar las situaciones que se presentan, ha generado en el médico pasante una respuesta facilista que lo libera de toda responsabilidad. Esta consiste en derivar a otros niveles de mayor complejidad (centros y subcentros del área) casos que podrían ser resueltos allí, pero que no resuelve por falta de provisión en el servicio de los recursos pertinentes, ya sean de orden terapéutico o de conocimiento.

Este comportamiento del médico pasante ha generado la búsqueda por parte de la comunidad de aquellos servicios de salud que dan respuestas a sus problemas, aunque le implique mayores dificultades en términos de gastos económicos y de tiempo. A su vez, la reducción de la demanda esperada se cristaliza en la subutilización de las

clínicas rurales y la alta demanda en servicios de segundo nivel, de prestaciones que podrían ser satisfechas en el primero.

La situación de los recursos humanos que ejecutan el servicio de salud del campo dominicano y sectores marginales constituyó la justificación para pensar que un programa dirigido a los médicos pasantes, directores del servicio rural, podría ser el inicio de un nuevo aprendizaje que diera paso a la transformación de los servicios de salud.

La propuesta educativa

El propósito de desarrollar un programa de educación permanente fue discutido en el sentido de generar un espacio de reflexión y de aprendizaje de aquellos aspectos que no fueron cubiertos en su formación básica pero que son imprescindibles para alcanzar la salud para todos.

El programa presentado tendría la misma duración que la pasantía requiere, es decir un año. Su diseño parte de la conceptualización de que la adquisición de conocimientos se efectúa dentro de un proceso progresivo y dinámico que se recicla, se renueva y se revalora. Siempre se está en la búsqueda de transformaciones que conduzcan al avance y al alcance de mejores condiciones de vida de las comunidades objeto de los servicios. Permanentemente hay algo nuevo por hacer y, por tanto, por aprender. Para el médico pasante, la incorporación a la clínica rural representa un nuevo aprendizaje, que demanda respuestas técnicas administrativas, matizadas por especificidades socioculturales de la comunidad con la que le corresponde compartir.

Desde esa perspectiva, el eje fundamental del proceso de aprendizaje es *el estudio de un problema o situación de salud-enfermedad derivado de la realidad* donde se desempeña el médico pasante. Se pretende que el médico pasante vaya tejiendo sobre su reflexión relaciones de abstracción que, en la vida práctica, le permitan abordar los problemas.

La propuesta busca que el aprendizaje se produzca por la confrontación del médico y su equipo con los problemas de salud de la comunidad específica, cuyo resultado es validado en la transformación de situaciones concretas. En este sentido, la confrontación con el problema o situación consiste en:

- la definición del problema;
- el análisis de sus causas;
- la formulación de alternativas de solución;
- la selección de una opción para el manejo del problema o solución;
- la observación de la evolución;

- la creación de nuevas formas e hipótesis; y
- las conclusiones (nuevo conocimiento).

Lo anterior implica que las cuestiones relevantes del proceso de aprendizaje surgirán necesariamente de la dinámica de la organización de los servicios de salud. En este entendido, son relevantes en el proceso educativo todas aquellas cuestiones que orientan acciones para posibilitar el funcionamiento del servicio, en el sentido de productividad, eficacia y eficiencia. De esto se desprende otro eje general de aprendizaje propuesto: *las grandes orientaciones de las políticas de salud y las estrategias sugeridas para alcanzarlas dentro del contexto nacional y en el marco regional*. La necesidad de conocer la estructura de los programas normativos, sus técnicas y herramientas y la posibilidad de constatar en la práctica su productividad.

La identificación y delimitación del contexto es fundamental para que el proceso educativo responda a necesidades concretas. Es en ese marco que el proceso y la acción educativa tienen lugar; es allí donde se generan los problemas cuya resolución es el propósito de la educación y es el contexto sobre el que el programa de educación permanente incidirá. *Las características de la comunidad y su forma de relacionarse con el servicio* forman parte del tercer eje del proceso de estudio e investigación que durante un año realizarán los médicos pasantes.

La identificación de otras necesidades concretas que demandan acciones de aprendizaje para los médicos pasantes se irán definiendo a lo largo del programa.

Metodología

En correspondencia con las bases conceptuales y metodológicas de los procesos de educación permanente se señalaron alternativas de acción fundamentadas en la investigación y el acompañamiento, seguimiento y supervisión del proceso de aprendizaje y de producción de conocimientos.

Estas alternativas presuponen una diversidad de técnicas y estrategias que se irán aplicando a lo largo del programa. Ellas se refieren a la utilización de técnicas diagnósticas y de recolección de información, identificación de problemas de salud comunitarios, construcción y confrontación de indicadores, análisis de resultados, observación del desempeño laboral, revaloración de necesidades de aprendizaje, realimentación y monitoreo del proceso de aprendizaje.

La discusión grupal, la lectura individual, la búsqueda de información en cada clínica rural y en cada comunidad, el diseño de estudios específicos, la discusión de casos, las lecturas dirigidas forman parte de las técnicas a considerar.

Evaluación

Un proceso educativo permanente, ligado al desarrollo de los servicios de salud, requiere necesariamente de un sistema permanente de acompañamiento y monitoreo del proceso de aprendizaje. Rescatar información sobre el progreso del proceso educativo y proveer retroalimentación en todas las etapas mediante acciones educativas y de aprendizaje adicionales y complementarias forman parte, en sentido general, de la organización y desarrollo del sistema de acompañamiento y monitoreo propuesto.

Este sistema estará orientando al seguimiento y evaluación del proceso, centrado fundamentalmente en la generación progresiva de productos. La información obtenida durante el año como producto de la aplicación de técnicas y metodologías de investigación en los diferentes ejes temáticos, servirá para facilitar otros espacios de reflexión y para generar acciones que retroalimentarán en forma directa el proceso educativo.

De esta manera y con la aplicación de las técnicas de enseñanza-aprendizaje formuladas anteriormente, se pretende obtener como producto un documento de análisis de la situación de salud-enfermedad en el contexto de las comunidades rurales donde los médicos pasantes del servicio público realizan una labor fundamentada en la estrategia de la atención primaria.

Algunos de los mecanismos de evaluación a utilizarse son los siguientes:

- la aplicación adecuada de los formularios que requiere la administración de los servicios;
- la actualización de la curva epidemiológica que exhibirán en cada clínica rural;
- el informe de actividades realizadas en la comunidad;
- las respuestas a cada guía de preguntas y discusión;
- la presentación de diseños de otras investigaciones o estudios de casos particulares de cada realidad;
- la utilización de los canales apropiados de provisión de recursos y referencia de pacientes;
- el intercambio de información y experiencias de aprendizaje con el equipo de la clínica rural, y
- las demandas de nuevos conocimientos.

Al momento de esta publicación, la propuesta, después de haber sido aprobada, se ha puesto en ejecución según los lineamientos señalados. Los primeros resultados serán objeto de una comunicación posterior.

BRASIL: CAPACITACION DE PERSONAL DE NIVEL MEDIO PARA EL SECTOR SALUD⁸

Existen actualmente cerca de 300 000 trabajadores empleados en los servicios de salud sin calificación específica. Estos trabajadores desempeñan funciones del más diverso tipo, desde procesos administrativos generales hasta procesos asistenciales en las áreas de enfermería, nutrición, odontología, medios diagnósticos y fisioterapia, así como acciones sobre el medio ambiente—saneamiento y vigilancia sanitaria. Este contingente representa aproximadamente el 50% de la fuerza de trabajo en salud en el país y asume un trabajo específico sin una valorización social e institucional justa. En cuanto al aspecto social estos trabajadores no poseen la identidad de una categoría profesional, haciendo difícil su organización y, al nivel institucional, su inserción en los niveles por cargos y carreras.

Como resultado, estos trabajadores se constituyen en grupos adscritos a las instituciones, sin posibilidades concretas de movilidad de empleo en el territorio nacional, además de que son los que reciben los salarios más bajos de todo el conjunto de trabajadores del sector salud.

Para avanzar en dirección al Sistema Unico de Salud, aprobado por la Constitución Federal, se tiene que enfrentar el desafío de poner en práctica estrategias políticas que puedan recuperar los componentes infraestructurales del sistema de salud y dentro de estos el de la calificación (o habilitación) de los trabajadores en general y del personal de nivel medio y primario en particular. Por lo tanto, la reorganización de la asistencia y de la práctica, enmarcada en principios éticos ligados a los problemas de salud de la población, pasa necesariamente por la transformación de los actores, y esta, en el caso del personal de nivel medio y primario, solo podrá ser desarrollada a través de un proceso de preparación específica.

Tal proceso, dirigido a la calificación de los trabajadores supone la existencia o creación de una infraestructura mínima que le sirva de base (o apoyo) y cuyos elementos esenciales son los siguientes.

Estructuración de un núcleo formador (Escuelas técnicas de salud)

En Brasil, la formación de personal de nivel medio y primario es responsabilidad del sistema de educación representado a nivel federal

⁸ Este trabajo fue preparado por E. Galvão e I. Dos Santos, funcionarios de la Representación OPS/OMS en Brasilia, Brasil, y presentado en la Reunión del Grupo de Trabajo sobre Investigación Educativa en Cochabamba, Bolivia, del 22 al 26 de noviembre de 1989.

por el Ministerio de Educación, y en los Estados, por las Secretarías de Educación y Consejos Estatales de Educación. Estas instancias determinan la forma de aplicación de la legislación educativa vigente a sus normas de funcionamiento. Existen en el país dos modalidades de sistema escolar, la enseñanza regular y la enseñanza complementaria. La primera ofrece un proceso de formación desde la infancia a la vida adulta, con un programa curricular de primero, segundo y tercer grado, siendo obligatoria para todos los ciudadanos de 7 a 14 años. La complementaria comprende varios tipos de procesos destinados a la educación de los adultos que por diversos motivos no lograron ingresar o completar el sistema regular. Por su característica de amplia flexibilidad curricular y por viabilizar el acceso y la vuelta a procesos permanentes en la escuela como procesos de educación continua, esta modalidad educativa es la más adecuada para la preparación de estos trabajadores de salud.

Así, se ha considerado fundamental la estructuración de una institución educativa específica para el sector salud, de carácter permanente, cuyo mecanismo de articulación con el sistema educacional permita el desarrollo de programas multiprofesionales para la habilitación de varias categorías de personal necesarias en el sector.

Esta unidad, considerada por el Sistema de Educación como una Escuela Técnica de Salud, garantiza la enseñanza multiprofesional, la centralización de los procesos de administración escolar, la descentralización de la ejecución curricular, la utilización de profesionales del nivel superior de la red de servicio como instructores y, finalmente, el acceso del personal empleado o en vías de ingreso al sector, como aprendices.

Las unidades funcionan en cada unidad federada, y se constituirán en espacios organizados para el desarrollo de materiales de instrucción y la búsqueda de conocimientos para el avance en forma innovativa, de los procesos de cualificación en el área de salud.

Preparación de instructores/supervisores

La práctica inicial del proyecto "en gran escala" constató inicialmente la necesidad de buscar alternativas para la utilización plena, como instructores, de profesionales del nivel superior empleados en la red. Para el ejercicio coherente de su función como estimuladores del aprendizaje, y de acuerdo con una propuesta metodológica, se hacía necesario prepararlos según los principios de dicha propuesta, lo que en último análisis implicaba romper con patrones y concepciones educacionales bastante arraigados en estos profesionales. De este modo se puso en práctica un programa de capacitación pedagógica inicial, que

a través de la reflexión crítica de la práctica pedagógica, busca construir una nueva forma de actuar. A partir de esta capacitación, la propia práctica de su trabajo como instructor se encarga de consolidar una nueva forma de facilitar el aprendizaje. La práctica constató igualmente que la inserción de profesionales del nivel superior en los servicios de salud del país en condición de supervisores, los venían distanciando de aspectos técnicos específicos en diversas categorías profesionales, y como resultado, que el dominio de conocimientos y habilidades específicos necesitaba de acciones de recuperación y complementación. Es importante resaltar que no existían programas sistematizados de educación continua en los servicios, y que el propio sistema no estaba preocupado por la calidad de la atención; valorizaba la necesidad de ampliar la cobertura a base de enfatizar en la cantidad de servicios prestados, y no aseguraba el desarrollo racional de contenidos técnico-científicos de la propuesta metodológica para el personal de nivel medio. Para enfrentar este problema se dio paso a la organización de programas de educación continua para profesionales de nivel superior en enfermería, nutrición, odontología, farmacia, administración y otros, como procesos permanentes.

De esta manera se asegura la concepción básica de la función docente del personal de nivel superior como inherente a la función del supervisor en el proceso colectivo de trabajo en salud. (Entendemos como supervisor a aquel profesional que organiza y controla el proceso de trabajo del conjunto de profesionales de su área específica y que, cuando es necesario, asume incluso tareas de asistencia directa.) Así se evita la institucionalización de la dicotomía entre los instructores (también llamados docentes) y los prestadores de servicios, porque esta dicotomía hace no viable la propia propuesta metodológica de integración del aprendizaje en el servicio del proyecto "en gran escala". En síntesis, se trata de una concepción integral de la práctica profesional de nivel superior articulada, colectiva y específicamente, para la consecución de los objetivos de la reforma sanitaria brasileña.

Elaboración de materiales de instrucción

En general, los materiales para apoyar el aprendizaje en áreas técnicas de salud son escasos. Los programas más tradicionales señalan la carencia de este apoyo didáctico, la baja calidad del existente, y su limitada pertinencia en términos de áreas, así como su distribución reducida. Para el proyecto "en gran escala" esta situación constituye un área crítica debido a las dificultades técnicas, metodológicas y financieras que existen.

Propuesta pedagógica: construcción curricular para la calidad y relevancia de la práctica profesional

En la construcción de la propuesta pedagógica para el proyecto “en gran escala” se partió del supuesto básico de que no existe neutralidad del conocimiento y de una visión educacional equidistante de los dos polos conceptuales de la educación (redención o cambio, contra reproducción del “status quo”). En este sentido se optó por la noción del papel de mediación de los procesos de aprendizaje con la realidad concreta y la dinámica de la sociedad brasileña.

En esta búsqueda, se tomó al proceso pedagógico en la totalidad de sus dimensiones: política, metodológica y de contenido. El desafío está justamente en la articulación dialéctica de esas dimensiones, y por esta razón, encuentra en este momento dificultades para abstraer cada una de ellas en forma separada, para los efectos didácticos esperados de comprensión y de explicitación.

La dimensión política de la estrategia puede expresarse en “viabilizar la formación para la ciudadanía plena a través de la legitimación social de su práctica y su cualificación específica”.

Partiendo del supuesto de que la interacción entre el sujeto y el objeto del proceso de aprendizaje está intermediada por estructuras cognoscitivas (esquemas de asimilación desarrollados por Piaget), conceptos y estructuras mentales en relación con la inserción cultural y social del sujeto, tomamos sus formas de aprender como un elemento fundamental.

En este sentido fue necesario construir un currículo que permitiese la interacción entre el sujeto y el objeto a partir de su referencial de percepción de la realidad, sin negar sus conocimientos de sentido común y su experiencia en la vida, para construir nuevos conocimientos más elaborados y específicos de acuerdo con su habilitación profesional. El sujeto tiene voz y construye activamente su conocimiento. De esta forma la metodología es fundamental para el alcance del objetivo.

Por otro lado, en un currículo integrado el objeto (contenido) del proceso de aprendizaje es instrumentalizado a partir del perfil de la práctica, en su perspectiva de transformación para atender a los objetivos ya mencionados de la reforma sanitaria. En este sentido, intenta recortar el conocimiento en la profundidad requerida para la construcción de formas más elaboradas y científicas, buscando la totalidad del conocimiento necesario para informar a su práctica.

La organización de este contenido, una vez que se hace el ajuste mencionado, integra, en un plano de conocimientos, la teoría con la práctica, así como las distintas áreas de conocimiento que instrumentalizan a la práctica. Evitamos de este modo las rupturas clásicas de

teoría y práctica, así como el fraccionamiento y la atomización del conocimiento en disciplinas. Consideramos igualmente los principios de la secuencia lógica de conceptos y de acciones: de lo conocido a lo desconocido, de lo simple a lo complejo, de lo concreto a lo abstracto.

Implementación del proyecto pedagógico

Además de los elementos de infraestructura analizados anteriormente, hay dos aspectos íntimamente vinculados con la propuesta pedagógica que son fundamentales en el proceso total: por un lado, si consideramos la infraestructura de apoyo como elemento preliminar necesario para garantizar la factibilidad del proceso, por el otro, entendemos que serán los servicios y la supervisión los propulsores que garanticen la dinámica del proceso pedagógico.

La organización de los servicios, teniendo en cuenta el movimiento de reforma sanitaria debe ser considerada a partir de la concepción del proceso de trabajo colectivo y específico que responda a las necesidades de la población con base en los principios de integralidad, equidad, universalidad y resolutivez. Para esto es necesario articular el conocimiento y la tecnología disponibles de acuerdo con las posibilidades de la realidad económica para garantizar el alcance de los objetivos propuestos, en un trabajo colectivo y participativo.

Se precisa de una decisión política de organizar servicios que tengan en cuenta las cuestiones señaladas, para asegurar las condiciones concretas para el desarrollo del proceso metodológico; ¿cómo se podría, de no ser así, construir conceptos y práctica de inmunizaciones en servicios que no disponen de instrumentos y agentes biológicos para la aplicación de dichas inmunizaciones? El trabajador-aprendiz del proceso de cualificación en un proyecto de este tipo solamente avanza en la construcción del conocimiento, en las condiciones concretas de su práctica profesional.

El supervisor, como profesional de nivel superior, cumple en este escenario, un papel relevante en la integración de la asistencia, porque es seguramente el principal actor del proceso de organización de los servicios, una vez que domina el conocimiento y la tecnología. Siendo así, debe, en este proceso, facilitar la construcción del conocimiento en el personal de nivel medio y primario no solamente como conductor del proceso metodológico sino necesariamente como modelo de práctica profesional.

Finalmente, deseamos enfatizar que el proyecto “en gran escala” no es una sucesión de etapas o metas que se cumplen de forma sucesiva y aislada, sino un proceso dinámico que se construye día a día como parte de una lucha por la democratización en una realidad social

concreta, donde la calificación es el elemento básico para habilitar a un grupo de trabajadores y, al mismo tiempo, asegurar la mejoría de la calidad de la atención a la que la población de nuestro país tiene derecho.

La investigación debe acompañar todo el proceso, no solamente para incrementar la efectividad de los modelos de organización del proceso de aprendizaje que se pongan en práctica, sino también para contribuir al desarrollo de metodologías innovadoras que integren el aprendizaje al proceso de trabajo en los servicios de salud, en base a un trabajo de reflexión crítica y a la identificación de ejes coherentes entre los sectores salud, educación y trabajo.

PERU: DETECCION DE NECESIDADES DE CAPACITACION MEDIANTE LA INVESTIGACION DEL AREA EDUCATIVA⁹

La Escuela Nacional de Salud Pública del Perú (ENSAP), como centro de capacitación de posgrado en el campo de la salud pública, cumple las funciones básicas de investigación, docencia y servicio, las que se dan dentro de un proceso interrelacionado del que se desprende una función particular que es la función crítica. Esta función tiene como instrumento la investigación que le permite, como resultado del estudio de los problemas y necesidades que se presentan, elaborar propuestas de cambio en el campo de la salud.

Su misión fundamental es impulsar procesos de capacitación, de investigación y de apoyo a los servicios de salud pública, así como de normación y coordinación intra e intersectorial, que permitan al Ministerio de Salud y a las demás instituciones del sector, contar con personal suficientemente capacitado para cumplir, eficaz y eficientemente, las funciones que le corresponden en los diferentes niveles de organización y de atención.

En ese contexto, la escuela inició una investigación que, al tiempo que buscaba identificar los factores y causas de los problemas de la administración de los servicios de salud, señalaba también las necesidades de capacitación en administración de salud acordes con los planes y programas del Ministerio de Salud del Perú.

El problema

La investigación tuvo como tema la administración de los servicios y se tituló "Perfil ocupacional del directivo de salud", habiendo

⁹ Este trabajo fue preparado por Eugenio Villar, Escuela de Salud Pública del Perú, Lima, y Mario Rovere, Representación OPS/OMS en el Perú.

partido de la situación problema creada por el hecho de que la mayoría de los directores, a cargo de los servicios de salud del país, necesitan una capacitación permanente para ejercer la función administrativa con un enfoque integral. Sin embargo, las oportunidades en este campo son limitadas y no existe un perfil ocupacional que oriente el proceso de capacitación hacia los problemas y áreas críticas posibles de solucionar.

Objetivos

- Identificar las áreas críticas o problemas de conducción y administración más frecuentes que enfrentan los directivos de salud.
- Identificar las áreas de conocimientos que permitan solucionar los aspectos críticos de capacitación en la ENSAP.
- Diseñar el perfil ocupacional del directivo en salud, identificando las funciones y actividades que deben estar a su cargo.
- Elaborar sobre la base anterior, una propuesta de contenidos para promover la reestructuración de los programas educativos de la ENSAP, y proponer estrategias de capacitación acordes con las necesidades de los servicios y la realidad del ámbito jurisdiccional.

El marco teórico

Políticas de salud

El análisis consideró *la movilización y participación de la población* a través de sus organizaciones naturales en todos los niveles del sistema de salud, *la descentralización efectiva de los servicios de salud* con delegación de autoridad y responsabilidad hasta el establecimiento más periférico, el nivel local, y *la acción investigadora* en el campo de salud.

Teoría general de sistemas

Otro elemento del marco teórico de la investigación ha sido la teoría general de sistemas que facilita el análisis de los insumos, procesos, interrelaciones y productos obtenidos en los diferentes subsistemas que conforman el sistema de servicios de salud. Se reconoce que en el Perú, la proliferación de entidades prestadoras de servicios de salud provoca problemas de coordinación y control relacionados con la competencia y duplicación de funciones, elevación de costos, inadecuada utilización de recursos y disminución de la efectividad. Se hace

necesario analizar las organizaciones de salud bajo un enfoque sistémico; es posible destacar que ellas tienen todos los elementos de un sistema, que es necesario armonizar para lograr una adecuada producción de servicios.

La administración en salud

Esa armonización de los insumos y recursos debe ser implementada a través de un procesador, que se convierta en el motor del sistema para la producción de bienes y servicios. Ese motor es la administración concebida como "ciencia social", que tiene como propósito lograr objetivos y metas, utilizando racionalmente los recursos humanos, materiales y económicos, en un tiempo determinado.

La atención de la salud de la población peruana ya no es considerada una función privativa de los hospitales, ni trata solamente de abordar la enfermedad del individuo. La forma de ver estos problemas ha cambiado, y la salud de la población debe ser atendida de una manera integral, en la cual los instrumentos necesarios para promoverla deben ser coordinados en forma eficiente y eficaz bajo conceptos científicos de la administración moderna.

El rol de la Escuela Nacional de Salud Pública

El estudio situacional del sistema de capacitación en salud pública, realizado en 1984, que involucra no solo a la ENSAP, sino también a las unidades de capacitación de las entonces regiones de salud y áreas hospitalarias, ha permitido la identificación de los siguientes problemas fundamentales:

- No existe concordancia entre la oferta de recursos humanos de las instituciones formativas y las necesidades del sistema de salud.
- El sistema educativo de posgrado en salud no ha adecuado sus contenidos ni ha alcanzado un desarrollo que le permita satisfacer las demandas de los servicios.
- La coordinación entre la escuela y las dependencias del Ministerio de Salud con otras instituciones del sector, así como con el sector educación, es insuficiente.
- El desarrollo organizacional de la escuela depende, fundamentalmente, de decisiones políticas y de la asignación de recursos por parte del Gobierno central.

A partir de estos problemas ha sido posible establecer las necesidades existentes y las aspiraciones de la ENSAP, para alcanzar un mejor desarrollo organizacional y su funcionamiento como sistema de

capacitación y formación en salud pública, para atender en mejor forma su responsabilidad ante la comunidad peruana.

Aspectos metodológicos

El estudio realizado es una investigación educacional descriptiva y exploratoria y se estructuró tomando en cuenta el enfoque sistémico. El universo estuvo constituido por los directivos de las unidades departamentales del Ministerio de Salud, en sus diferentes dependencias, hasta el nivel periférico. La muestra se seleccionó de los servicios típicos con base en los siguientes criterios:

- Nivel de desarrollo de las unidades departamentales de educación (UDES) (se seleccionaron ocho).
- Grado de aplicación del proceso de regionalización (dos de las unidades seleccionadas se encuentran en pleno proceso).
- Distribución geográfica espacial (se incluyeron departamentos de las diferentes áreas geográficas del país, incluyendo departamentos de la costa, la sierra y la selva, y también del norte, el centro, el sur y el oriente).

Con base en esos criterios se determinaron los cargos directos que debían conformar la muestra, partiendo de la organización básica de los servicios del Ministerio de Salud.

Para identificar las áreas críticas o problemas de conducción y administración más frecuentes se consideraron cuatro niveles de responsabilidad directiva:

Nivel I: Directivos que toman decisiones sobre todo de tipo político.

Nivel II: Directivos con responsabilidades técnico-administrativas.

Nivel III: Directivos que frecuentemente toman decisiones administrativas y técnicas en programas de tipo preventivo, y de rehabilitación en hospitales.

Nivel IV: Directores responsables de la ejecución de programas en los servicios periféricos.

a) Técnicas e instrumentos utilizados

- Recopilación de información (encuesta, observación directa).
- Procesamiento y análisis de la información (técnica de paloteo, taller de aspectos para priorizar las necesidades de capacitación).

b) Análisis e interpretación de resultados

La investigación reveló datos relevantes para las decisiones educativas en campos críticos como los siguientes:

- Ocupación de cargos por tipo de personal.
- Grado y nivel de la capacitación en relación con el desempeño esperado.
- Utilización de la información en la toma de decisiones, con particular referencia al diagnóstico y evaluación permanente de la situación de salud (tipo de información que se debe solicitar, utilización de la información obtenida, faltas que determinan o condicionan los hechos relevantes de la situación de salud, grado de participación comunitaria, grado de coordinación intra e intersectorial, planificación y programación de actividades de salud, programación de bienes y servicios, sistemas administrativos, motivación al personal, utilización de las normas, supervisión, integración docente-asistencial, evaluación de programas y servicios y cumplimiento de metas.

Propuesta capacitante

Con base en las conclusiones que se alcanzaron, la Escuela Nacional de Salud Pública preparó una propuesta de reorientación de su función formadora de personal cuyos puntos relevantes son los siguientes:

- Diseñar y organizar un Sistema de Capacitación dirigido al personal que desempeña *cargos directivos* en todos los niveles jerárquicos, y personal *técnico multiprofesional* teniendo en cuenta el ámbito de trabajo, la responsabilidad técnico-administrativa y afinidad entre los programas de salud que se ejecutan a nivel local.
- Organizar la capacitación con base en situaciones o problemas que deben resolver los directivos según niveles de responsabilidad técnico-administrativa, de tal manera que los objetivos y contenidos programados en cada curso sean acordes con el nivel de desempeño del cargo.
- Asignar a los diferentes programas educativos que desarrolla la ENSAP una carga académica equivalente a la Universidad Peruana, de modo que los cursos sean complementarios hasta llegar al grado de Maestría.
- Establecer y desarrollar un sistema integrado de docencia y servicio que facilite el apoyo a los servicios que ofrece la ENSAP y la colaboración docente que brinda el personal a esta Institución.
- Impulsar un proceso de capacitación permanente teniendo

en cuenta las prioridades y el proceso de descentralización de los servicios.

- Diseñar el perfil educativo que necesita el perfil ocupacional, para el desempeño de las actividades técnico-administrativas de los cargos en las diferentes áreas de la salud pública, con base en las necesidades de aprendizaje identificadas por la investigación realizada.
- Contribuir a la definición y perfeccionamiento constantes de los perfiles ocupacionales de los directivos profesionales y técnicos que laboran en salud.

HONDURAS: EDUCACION PERMANENTE PARA EQUIPOS REGIONALES EN APOYO DEL PROCESO DE CONDUCCION Y REORGANIZACION DE LOS SERVICIOS DE SALUD¹⁰

Antecedentes

A fin de ubicar el proceso que se resume a continuación en un contexto histórico, deseamos mencionar antecedentes importantes:

- a) Las *actividades de educación "continua"* se iniciaron en el Ministerio de Salud de Honduras en 1978, al haberse incorporado el país a un proyecto regional impulsado por la entonces llamada División de Desarrollo de Recursos Humanos (actualmente el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos) de la OPS, y financiado por la Agencia Canadiense para el Desarrollo Internacional (CIDA). Como parte de las acciones desarrolladas en ese Proyecto, se crearon los grupos regionales de educación continua a lo largo y ancho del país y se creó una unidad de producción de materiales educacionales en apoyo de las acciones educativas; pero en los aspectos conceptuales y metodológicos no hubo mayores cambios en

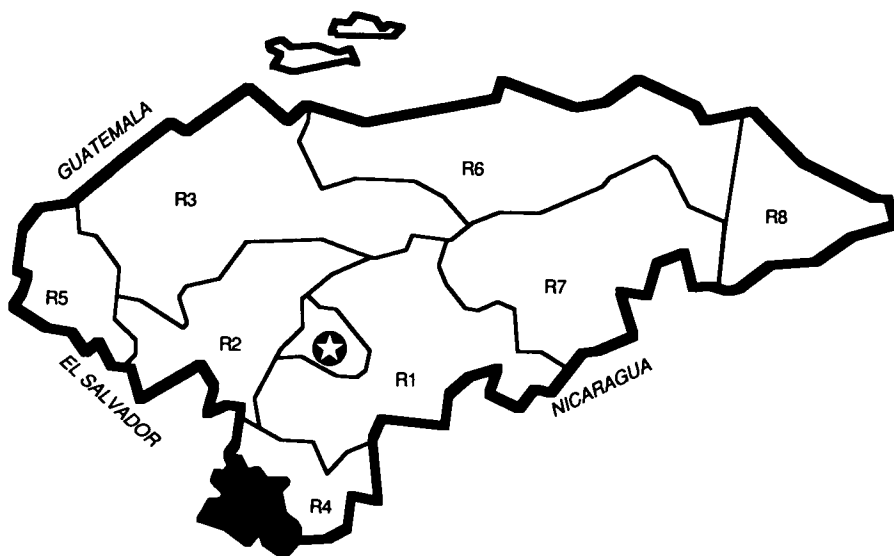
¹⁰ La licenciada Francisca de Canales, fallecida en octubre de 1989, fue factor esencial para el desarrollo conceptual y metodológico de la propuesta educativa aquí reseñada; su contribución a este informe fue enviada por ella a *Educación Médica y Salud* seis días antes de su muerte. Los demás autores de este informe son: Liliana Mejía, Ministerio de Salud, División de Recursos Humanos, Honduras; Rina de Oqueli, ex-jefa del Departamento de Capacitación del Instituto Hondureño de Seguridad Social; Mayra I. Chang y Guillermo Consuegra, Ministerio de Salud, División de Recursos Humanos, Honduras.

- esa ocasión, en la propuesta pedagógica vigente en América Latina en ese entonces.
- b) En Honduras se creó, en 1983, una *Comisión Nacional de Recursos Humanos* que integraba a todas las instituciones del sector salud, a la Universidad Nacional y a los Colegios Profesionales de Salud. Surgió como conclusión del análisis del proceso de recursos humanos desarrollado en el país por esas instituciones; y mediante acuerdo gubernamental fue encargada de asesorar y orientar a los organismos oficiales correspondientes, en la toma de decisiones pertinentes, en apoyo de las estrategias nacionales de salud. La Comisión identificó tres áreas básicas de trabajo, siendo una de ellas la reorientación de los procesos educativos en salud, con miras a convertirlos en procesos de tipo permanente, centrados en el trabajo concreto de los servicios y a ser desarrollados con la participación de todos los actores sociales involucrados.
 - c) Durante 1984 y 1985 se realizó en Honduras *un estudio nacional de recursos humanos*, como parte del trabajo de la misma Comisión; fue el primer estudio de este tipo que se llevó a cabo en forma completa en América Central, ya que se involucró a todos los subsectores (privado, público, educativo y asistencial), y ha proveído importantes insumos para las decisiones que progresivamente se han ido tomando en el desarrollo del proceso de educación permanente en el país.

Elementos básicos del contexto educativo en salud

- a) *La atención de salud* en Honduras se brinda esencialmente por el Ministerio de Salud (55% de la población), el Instituto Hondureño de Seguridad Social (6% de la población) y el sector privado (36% de la población).
- b) *El Ministerio de Salud* se organiza en un nivel central, de tipo político-normativo, y un nivel regional a base de ocho regiones de salud creadas y delimitadas con base en criterios de densidad poblacional, accesibilidad, relación con otros servicios públicos y existencia de servicios representativos de los cinco niveles de atención. Las ocho regiones abarcan una superficie de 113 600 km², con 4 700 000 habitantes (figura 1).
- c) *El Instituto de Seguridad Social* cubre los riesgos de enfermedad común, maternidad y atención al niño, hasta 5 años, del sector trabajador de la población; está organizado en dos regiones y cuenta con tres hospitales y ocho clínicas ambulatorias.

FIGURA 1. Las ocho regiones de salud en que se divide el territorio hondureño.



- d) Existen 8 200 *trabajadores de la salud* en Honduras (excluyendo el personal voluntario de la comunidad); su distribución es la siguiente:

Médicos	22%	Enfermeras	8%	Odontólogos	7%
Auxiliares	21%	Técnicos medios	18%	Otros	24%

Del Ministerio de Salud:	46%
Del Instituto de Seguridad Social:	12%
Del sector privado únicamente:	18%
De otros subsectores:	24%
Del nivel central:	48%
Del nivel regional y local:	51%
Se ignora:	1%

- e) *La Universidad* forma al personal profesional, que constituye aproximadamente el 28% de la fuerza de trabajo; *el Ministerio de Salud* forma al personal de los niveles auxiliar y técnico medio, que conforman el 40% de la misma; el resto (personal voluntario de la comunidad) es también formado por el Ministerio primordialmente, en el nivel local.
- f) La Comisión de Recursos Humanos preparó varias propuestas para ser presentadas a las instituciones del sector, planteando *la necesidad de reorientar las acciones de educación continua*

del personal de salud, proponiendo un proceso de tipo permanente, centrado en los servicios de salud, que promoviera el aprendizaje alrededor del manejo de problemas concretos del trabajo, y que incorporara a los distintos actores del proceso de atención de salud. El Ministerio adoptó la propuesta en 1986. Un año después, el Instituto de Seguridad Social *inició un replanteamiento de su estructura organizativa*, para lo cual era menester la capacitación de su personal en torno a las nuevas políticas y estrategias de la institución; adoptó igualmente la propuesta de reorientación de la educación, después de talleres de consulta en las dos regiones de la institución.

- g) En tal contexto, en 1987 surge en el Ministerio de Salud Pública (MSP) y el Instituto Hondureño de Seguridad Social (IHSS), un proceso de análisis de la prestación de servicios de salud y una reorganización de la red de servicios regional y local, basada y reorientada por la estrategia de atención primaria. Esto condujo “los enfoques de planificación y administración que se estaban aplicando en el sector, definiendo un abordaje precedido y centrado en el convencimiento de que el objetivo esencial que debe orientar y subordinar la estrategia de administración lo constituye el maximizar el impacto, la eficiencia social y la equidad en la entrega de servicios de salud a la población”. En estos procesos de análisis de la red de servicios y en la identificación de las estrategias de ataque a los problemas prioritarios de salud en los contextos institucionales y/o regionales, se reafirmaba y demandaba la necesidad de la reorientación de la capacitación de la fuerza de trabajo de salud. Ello se consolidó a través de deliberaciones en jornadas de trabajo, reuniones de concertación y otras, lo que ha posibilitado ajustar y definir más concretamente la dirección y los enfoques prospectivos de lo que debe ser el proceso de capacitación permanente del personal de salud.

Los componentes de la propuesta estratégica adoptada

- a) La *propuesta* se presentó en una reunión “de concertación” entre los representantes de las instituciones involucradas, de las distintas instancias y niveles de decisión, como una opción para llevar a cabo la capacitación a nivel local, en el terreno, de los distintos grupos de trabajadores que supuestamente deberían estar involucrados en el desarrollo de las estrategias de reorganización. Se aceptó así la propuesta de “desarrollar

procesos educativos de carácter permanente, ubicados en el ámbito y el entorno del trabajo real, utilizando metodologías no convencionales para promover el aprendizaje, con un alto contenido de participación social e investigación, y de tipo multidisciplinario”.

- b) Los *objetivos* que guiaban la acción incluían cuestiones esenciales, como los siguientes:
- Contribuir a fortalecer el desarrollo de la capacidad resolutive del personal.
 - Identificar y aplicar alternativas metodológicas a fin de favorecer el aprendizaje participativo y multidisciplinario.
 - Diseñar y establecer un sistema de monitoreo y seguimiento del proceso educativo que realmente realice las acciones capacitantes.
 - Promover el desarrollo de investigaciones operativas.
 - Coordinar y movilizar recursos interinstitucionales.
- c) Las líneas de trabajo dentro del proceso, para crear el sistema, fueron señaladas en la siguiente forma:
- La coordinación interinstitucional ha sido uno de los pilares fundamentales para implementar las demás; la relación establecida entre el Ministerio y el Seguro Social, con el apoyo de la OPS/OMS, fue elemento decisivo para alcanzar las metas propuestas. Fue a través de estos esfuerzos de coordinación que se logró generar acciones paralelas en las instituciones principales del sector, unificando criterios metodológicos y operativos, movilizandolos recursos y facilitando el intercambio entre ellos, y fortaleciendo procesos de integración docente-asistencial.
 - La profundización del análisis de los procesos capacitantes llevó a la generación progresiva de opciones, y esto se logró a base de una intensa campaña motivacional y de talleres y grupos de discusión a nivel de cada institución y de tipo multi-institucional. Así fue posible llegar al fortalecimiento institucional de los procesos nacionales de educación permanente del personal, promoviendo su desarrollo y reorientación teórica-instrumental. Este proceso se llevó a cabo a través de las divisiones de Recursos Humanos, Materno-Infantil y Departamento de Capacitación y Docencia, así como también mediante los coordinadores de Educación Permanente y otro personal de los equipos locales y regionales.
 - La organización y capacitación pedagógica de los equipos y grupos interinstitucionales y multidisciplinarios del personal

coordinador, facilitador o de apoyo a los procesos capacitantes, ha sido objeto de atención primordial en el desarrollo de la propuesta; para ello se han realizado reuniones de trabajo para el análisis de las acciones de educación continua, la revisión exhaustiva de la propuesta y el planteamiento de requerimientos teóricos e instrumentales para su implementación. Por otro lado, se ha revisado el papel actual de los coordinadores de Educación Permanente en función de las demandas metodológicas de la reorientación de la capacitación y de los trabajos de conducción y gerencia, redefiniéndose el papel deseable para este fin específico.

Se partió de una consulta participativa con los propios integrantes de los equipos facilitadores, que llegaron a identificar sus propias necesidades de capacitación pedagógica, las cuales se agruparon en tres áreas fundamentales:

Bases pedagógicas:	Principios de aprendizaje del adulto Procesos educativos Aspectos metodológicos Supervisión Educación participativa
Desarrollo integral:	Proceso salud-enfermedad Enfoque de riesgo Participación social Antropología social Cuestiones críticas sobre desarrollo de recursos humanos
Estrategias nacionales de salud:	Planificación estratégica Conducción y gerencia Elaboración de planes, programas y proyectos La base epidemiológica

El proceso de capacitación pedagógica de los equipos regionales se ha mantenido en forma permanente, a cargo de funcionarios del propio Ministerio y la Universidad; y mediante el apoyo de recursos docentes del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, se realizaron capacitaciones en áreas tales como metodologías participativas, educación de adultos, mecanismos de articulación del aprendizaje con el trabajo y planificación estratégica.

La ejecución

En el Ministerio de Salud

La operacionalización de la propuesta en el Ministerio de Salud Pública ha sido fortalecida con el proceso de reorganización de la red de servicios y la estrategia de conducción y gerencia. Estas fueron definidas como uno de los elementos a considerar en la etapa de identificación de necesidades de aprendizaje, a la hora de abordar las estrategias de ataque a los 10 problemas de salud identificados como prioritarios (infecciones respiratorias agudas, parasitismo intestinal y diarreas, embarazo, parto y puerperio, nutrición, tuberculosis, alcoholismo, rabia, malaria, enfermedad de Chagas, leishmaniasis y las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo el SIDA). Para ello, se parte de la premisa que la educación permanente del personal “que privilegie la autocapacitación, la participación capacitante y el aprender en la realidad habitual de los servicios” garantiza un desempeño adecuado del personal, contribuyendo a la calificación de la atención a las demandas y necesidades de los espacios-población más postergados.

En ese marco de acción, el MSP ha considerado diferentes técnicas educativas tanto de tipo “formal” como participativa, tales como reuniones de trabajo con grupos multidisciplinarios, talleres de trabajo y visitas de seguimiento a las áreas de trabajo; en este proceso se ha incorporado, progresivamente, a personal de las divisiones técnico-normativas.

El paso inicial en la etapa instrumental lo constituyó el análisis e interpretación del *contexto* nacional, institucional, regional y local. Este parte de la relación con la problemática nacional, las definiciones políticas, estratégicas, técnicas y administrativas del MSP. La definición del contexto regional y local se realizó paralelamente con el análisis de la red de servicios, en el que a su vez se han identificado los principales problemas de salud y definido las estrategias de ataque, incluyendo aquellas que demandan el desarrollo del recurso humano y su capacitación en áreas específicas.

Este proceso es ejecutado con la participación del personal de las diferentes instancias (comunidad, unidades productoras de servicios a nivel de área y de región).

De la definición de los problemas prioritarios de salud y las estrategias de ataque relacionadas, se han derivado las *necesidades de capacitación*. Fueron identificados por los mismos grupos que realizan el análisis contextual de la red de servicios y parten desde la base comunitaria hasta el nivel de coordinación regional; es decir, pasan por un proceso de análisis y concertación para su priorización, y se com-

patibilizan con la capacidad operativa de cada región. En estas acciones se analizan a su vez las ofertas del nivel central técnico-normativo.

Se prevé que estas necesidades educativas serán revisadas y ajustadas periódicamente mediante el proceso de vigilancia estratégica (monitoría, supervisión, evaluación e investigación) y el monitoreo y seguimiento de las acciones educativas propiamente dichas.

El *proceso educativo* para atender las demandas capacitantes, se desarrolla en los propios servicios de salud, movilizandolos recursos institucionales e interinstitucionales y de la comunidad.

Las alternativas metodológicas a utilizar se han planteado con un enfoque combinado con dos opciones centrales; por un lado se tendrá que continuar, aunque en menor grado, con las metodologías convencionales (cursos, talleres, seminarios y otros), debido al arraigamiento cultural y actitudinal que aún persiste. Pero se ha iniciado progresivamente el uso de enfoques participativos y multidisciplinarios, centrados en el análisis y solución de los problemas de salud definidos como prioritarios. Se prevé complementar este trabajo con actividades de autoaprendizaje. (Las limitantes de tipo financiero han impedido hasta la fecha el fortalecimiento de los centros regionales de documentación e información, para promover esta modalidad complementaria.)

Actualmente, se diseña una propuesta de investigación para llegar al establecimiento de un sistema de *monitoreo* del aprendizaje que facilite la realimentación del proceso educativo, y provea la acción permanente propuesta.

El elemento esencial en este proceso emprendido por el MSP son las reuniones de concertación que se han hecho periódicamente entre autoridades superiores y las regiones de salud, que han permitido redefinir y consolidar los requerimientos y dirección a seguir en las acciones educativas; en ellas se discutieron críticamente las metodologías tradicionales contra las que demanda el proceso de conducción y gerencia.

En el Instituto de Seguridad Social

La adopción de la modalidad de educación permanente en el IHSS ha venido a ser una respuesta a la reorientación que la institución dio a las prácticas de salud y a la prestación de servicios a los derechohabientes. En el nuevo modelo de trabajo planteado por la institución "se hacía necesario desarrollar un proceso educativo permanente que mantenga al recurso humano actualizado y en condiciones óptimas de desempeño, asegurando así una prestación de servicios eficientes, eficaces, con el máximo de excelencia técnica y que repercuta en la Misión Social del IHSS hacia la consecución de la meta SPT/2000".

Una vez aprobada la propuesta pedagógica, la fase inicial para su implementación implicó la reorganización de la estructura y funcionamiento del Departamento de Capacitación en función de los objetivos planteados y el comienzo de una fase de capacitación interna de los coordinadores del Departamento en base a las necesidades detectadas.

Se desarrollaron reuniones de divulgación e información al nivel directivo contándose desde ese momento con el apoyo político del personal de decisión del IHSS, con lo cual el proceso se viabilizó.

Se partió del análisis y evaluación de los servicios de salud que reveló la necesidad de acciones de tipo estratégico y coyuntural. Ello permitió delimitar el contexto en que se brindan los servicios del IHSS, evidenciándose su problemática, sus condiciones y la necesidad de emprender acciones decisivas y rápidas en capacitación.

Los grupos docentes entraron en un proceso de capacitación pedagógica que hizo énfasis en el uso del proceso de trabajo como elemento central del aprendizaje; definió, además, necesidades básicas de capacitación en los departamentos señalados como de atención prioritaria (administración inicialmente).

BOLIVIA: EDUCACION PERMANENTE PARA LAS REGIONES DE SALUD. INFORME PRELIMINAR DE UNA EXPERIENCIA¹¹

Políticas y estrategias del sector salud

Los lineamientos políticos actuales propuestos por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública hacen hincapié en la regionalización, descentralización, la gestión social y la atención madre-niño como grupo prioritario. Asimismo, puntualizan la necesidad de profundizar la transferencia de autoridad; concertar con los actores sociales del sector salud; *democratizar el conocimiento*; organizar redes integrales de servicios de salud; mejorar la coordinación de la cooperación técnica y financiera, y obtener mayor financiamiento para la salud pública.

Se espera que con la ejecución de estas políticas se puedan lograr los siguientes objetivos:

- Recuperar el papel rector del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública en el sector.

¹¹ Preparado por M. Llerena (Directora Nacional de Recursos Humanos) y H. Chávez, Ministerio de Previsión Social y Salud Pública; C. R. Serrano, D. Guzmán y R. Granados, Representación OPS/OMS en Bolivia, y J. M. Sotelo, Representante OPS/OMS en Bolivia al momento de escribirse este informe.

- Establecer un modelo sanitario que garantice la universalidad, la equidad y la calidad de los servicios con la participación social e intersectorial, priorizando la atención de grupos vulnerables como la mujer y el niño y, principalmente, aquellos establecidos en áreas rurales y urbano-marginales.
- Garantizar el financiamiento del sistema mediante la reorientación y el incremento de las asignaciones financieras nacionales, regionales y locales destinadas al sector, así como la ayuda internacional.
- Garantizar la accesibilidad de la población a los servicios, mediante el desarrollo de la red de servicios básicos, la adecuación de los servicios hospitalarios y de los costos del sistema.
- Establecer una política de inversiones físicas que racionalice el gasto y permita el desarrollo armónico de la red de servicios.
- Establecer una política nacional de medicamentos que garantice la inversión del sector, la disponibilidad de medicamentos básicos, a nivel de los servicios, y el acceso de la población a los mismos.

Congruentemente con estas políticas, se establecen estrategias y se señalan líneas de acción encaminadas a fortalecer procesos de cambio, en el sector salud, que garanticen el desarrollo integral de los servicios; su extensión a toda la población y su utilización por parte de ella. Son las siguientes:

- concertación con los diferentes sectores institucionales y populares;
- fortalecimiento del proceso de participación y gestión social;
- fortalecimiento institucional y descentralización;
- integración del Sistema Nacional de Salud;
- fortalecimiento del Sistema Nacional de Salud; y
- cooperación bilateral y multilateral para el financiamiento del plan.

Los cambios esperados mediante estas estrategias no podrán alcanzarse sin un apoyo permanente del proceso de desarrollo de recursos humanos, tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos, y en base a una utilización racional de estos recursos.

Concepto de recursos humanos en Bolivia

El concepto generalizado de recursos humanos como sinónimo de personal institucional, ha sido modificado desde la aprobación del plan 1983. Este establece como recursos humanos para la salud a

todos aquellos que asuman el compromiso de obtener resultados positivos en favor del bienestar de la población.

Es así como se consideran recursos humanos para la salud a todas las personas y grupos organizados formal e informalmente que realizan actividades dirigidas a participar activamente en un proceso global e integral de desarrollo de la salud, con distintos grados y formas de conocimiento y habilidades. En este sentido, no solo participa y tiene responsabilidades el personal de las instituciones del sector, sino también el de otros sectores y de la comunidad; dentro de este marco está implícita la participación social como la fuerza que va posibilitando la apropiación del conocimiento en salud, la capacidad de reflexión sobre la enfermedad, la salud y los servicios y la proposición y participación en la solución de problemas.

Participación popular

Bolivia tiene una gran tradición de organización y movilización popular. Esta capacidad de organización y movilización fue aprovechada e impulsada por el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, a partir de 1983, para promover y desarrollar actividades de salud, especialmente en aspectos de prevención y promoción. Fue así como surgieron los responsables populares de salud a nivel de las áreas y sectores de salud.

El grado de participación es variable y depende más de la capacidad del personal institucional local para promoverla, que de la propia necesidad de la población de participar. La participación se da en la fase de ejecución de algunos programas, mientras que el análisis de la problemática de salud aparece solo en el universo reivindicativo de las clases populares.

La participación de los comités populares de salud ha permitido elevar los niveles de cobertura en actividades preventivas y de promoción en casi todo el país, especialmente en las áreas rurales y urbano-marginales.

Utilización del personal

La información obtenida en el estudio básico sobre la composición y utilización del personal de salud en seis distritos del país, muestra una alta concentración del personal más calificado para la atención de la salud en las áreas urbanas de mayor desarrollo y en los niveles tercero y segundo de atención de esas localidades.

Esto condiciona que la población mayoritaria (urbano-marginal y rural), que constituye además la población de más alto riesgo, dependa de personal menos capacitado para su atención.

La tendencia a la especialidad en la categoría profesional, especialmente en el grupo médico, es creciente y la mayor parte de las especialidades no son las requeridas para las necesidades prioritarias de salud de la población. El personal técnico es escaso y el auxiliar presenta en algunos sitios altos niveles de empirismo para su desempeño y se halla además en permanente recambio. El personal que logra una mayor capacitación dentro del Ministerio, es rápidamente extraído por otras instituciones del sector que ofrecen mayores incentivos y mejores salarios.

Formación de personal

El personal egresado de las universidades no tiene, en general, las cualidades necesarias para la atención de las necesidades prioritarias de salud de la población. Los currículos guardan poca relación con la realidad nacional de salud y la formación sigue siendo, en su mayor parte, intramural y esencialmente hospitalaria. A raíz de la creación, en 1978, del Departamento de Recursos Humanos e Investigación en el Ministerio de Previsión Social y Salud Pública, se decide desarrollar un programa de educación continua para todo el personal. Este programa se desarrolla a partir de una serie de eventos de capacitación, dentro de cada uno de los diferentes programas de salud, sin una sistematización que le dé organicidad, direccionalidad, pertinencia y permanencia. Como consecuencia, se produce una multiplicidad de esfuerzos y una gran sobreposición de capacitación de personal, donde el enfoque multidisciplinario ha estado ausente.

En general, se trataba de una serie de eventos inconexos, destinado al personal de los niveles central y regional, con ninguna aproximación al nivel local; el personal comunitario se convirtió así en un receptor pasivo de contenidos fabricados por programas de tipo vertical.

Como problema básico, puede establecerse que no se ha visualizado al proceso educativo como un componente esencial del proceso de desarrollo de los servicios. Las instituciones de salud no han ofrecido, hasta el momento, posibilidades y caminos que viabilicen y faciliten los procesos educativos permanentes para todo el personal y, por otra parte, no existe un modelo educativo que esté acorde con las necesidades de salud de la población, de desarrollo de los servicios y del personal en general.

Necesidad de un cambio

Se hizo entonces necesario el desarrollo de un enfoque diferente para la educación en salud, como un proceso de tipo permanente

y ligado al quehacer en salud, orientado a la participación amplia de todos los actores involucrados en la atención, a mejorar la calidad de los servicios y a fortalecer la capacidad técnica del personal. El proceso debe ser considerado como algo propio e inherente al trabajo, y su planeación y ejecución deben ser responsabilidad de las instituciones de salud y no de grupos o unidades externas a ellas.

Sobre esta base, la Dirección Nacional de Recursos Humanos del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública hace ver la necesidad de contar con una propuesta que permita mantener un eje conductor en la educación del personal, integre el quehacer educativo de todos los programas de salud del Ministerio, especialmente en maternoinfantil, epidemiología y capacitación gerencial, y reoriente la capacitación como un componente del desarrollo de los servicios.

Modelo propuesto

La educación del personal como componente fundamental del proceso de desarrollo de los servicios de salud, es concebida como un proceso cualificador del personal de salud que coadyuva a elevar el nivel de salud de la población.

Es por ello que el proceso educativo debe ser permanente, contextualizado y transformador. Por consiguiente debe:

- desarrollarse durante toda la vida laboral del trabajador, integrarse a la prestación de los servicios y promover el aprendizaje en el trabajo;
- partir del conocimiento del contexto social, económico y cultural general del país y del concreto local;
- generar cambios positivos en la calidad y producción de los servicios, utilizando como elementos fundamentales el análisis del problema y sus causas y la formulación de alternativas de solución;
- promover acciones cooperativas y coordinadas de los diferentes miembros del equipo de salud, de otros sectores y de la participación social;
- ser accesible a todo el personal institucional y comunitario, ya que todos comparten grados variables de responsabilidad en las acciones de salud;
- partir de la persona individual y colectiva ubicada en un tiempo y lugar específicos, en una sociedad y trabajo determinados;
- lograr, en las personas, un ordenamiento de los múltiples

conocimientos acumulados, de manera tal que pueda comprender su sentido, dirección y utilidad.

La acción capacitante viene a ser, de esta manera, la base para procesos de cambio y solución de problemas y no para la consecución de un fin temporal a base de objetivos de comportamiento.

La propuesta está orientada a ser uno de los ejes que promueva el desarrollo de los servicios en los sistemas locales de salud, centros de referencia regional y la capacidad administrativa y gerencial de las regiones y distritos de salud. El primer paso fue la conformación de un equipo facilitador o conductor del proceso a nivel regional, integrado por miembros de las distintas dependencias técnicas del Ministerio involucradas.

Para iniciar la implementación de la propuesta, se han seleccionado 32 distritos urbano-marginales y rurales de todas las unidades sanitarias del país, que incluyen los 6 distritos, motivos del estudio básico del sector salud, en los tres departamentos del sur.

El proceso, para que sea globalizador e integral, debe incluir la estructura propia de cada distrito en áreas y sectores de salud; al nivel administrativo del distrito (Dirección Distrital); al nivel central de la Región (Dirección de la Unidad Sanitaria) y, en lo posible, a todas las instituciones allí localizadas (Ministerio, seguros sociales, organizaciones no gubernamentales).

Las acciones se llevarán a cabo entre niveles administrativos que se relacionarán a través de la supervisión y el monitoreo:

- *Nivel local:* constituido por el personal institucional y comunitario de las áreas y sectores de salud.
- *Nivel distrital:* personal de la administración del distrito y personal de los hospitales distritales.¹²
- *Nivel regional:* personal de la administración de la Unidad Sanitaria y personal de los hospitales regionales y especializados.

El sujeto educativo institucional está constituido por todas las categorías de personal existentes (profesional, técnico, auxiliar, administrativo y de servicio) en la medida en que cada uno de ellos tiene grados variables de responsabilidad en la solución de los problemas de salud, con su actividad específica. En este sentido, el proceso educativo debe tener momentos de especificidad para una categoría de personal y momentos de generalidad para varias categorías, de acuerdo con la índole del problema a resolver.

¹² El distrito constituye el sistema local de salud en el país.

El sujeto educativo comunitario es el personal voluntario adscrito a los servicios y que ejecuta acciones de salud bajo la preparación del personal institucional.

Componentes estratégicos para el desarrollo de la propuesta

A fin de poder reorientar los procesos de capacitación en la forma propuesta, se hace necesario desarrollar algunos componentes como parte integrante del proceso educativo. Son la participación, la supervisión y la investigación educativa.

La participación, entendida como la facultad que tienen todos los involucrados en un proceso, de opinar y cogestionar en las diferentes fases del mismo, es lo que le da sustento y viabilidad a cualquier propuesta de cambio. Con ella es posible incorporar la teoría a la práctica de los servicios; incorporar nuevas formas de establecer la comunicación, de entender y promover la organización y la participación social y de enfocar y desarrollar investigaciones en salud; hacer que el conocimiento adquirido sea producto del análisis de necesidades o problemas concretos, e iniciar procesos de planificación, programación y evaluación participativa.

Vista así, la participación se convierte en un proceso capacitante y convierte al objeto usual de la capacitación (personal de salud) en sujeto de su propio aprendizaje.

La supervisión es vista como un proceso de gestión que viabiliza el proceso educativo y la participación del personal, a través de la evaluación conjunta del desempeño, de las relaciones interpersonales y de la calidad de los servicios. Tiene a su cargo dos grandes funciones:

- **Función educativa:** destinada sobre todo a identificar necesidades en el desempeño para la conducción y entrega de los servicios.
- **Función administrativa y de gestión:** mediante la evaluación de los programas y resultados y proposición de soluciones conjuntas.

La supervisión y asesoría han sido actividades capacitantes, a la vez que de trabajo de campo. Los problemas encontrados son discutidos, analizados, reflexionados y solucionados en forma conjunta. En este sentido, el personal supervisor y asesor se ha convertido a su vez en sujeto de aprendizaje dentro de un proceso dialógico.

Entendida así, la supervisión se transforma en un proceso permanente de acción interpersonal basada en el análisis del desempeño y de la actividad de los servicios, de acuerdo con la programación local y a normas establecidas que se convierten en patrón de comparación. Es un elemento de intervención, en momentos puntuales, para la de-

tección de necesidades de capacitación y, en forma permanente, para el monitoreo y evaluación del proceso educativo.

La investigación educativa es un elemento estratégico que, mediante la utilización de distintos acercamientos metodológicos, tiende a resolver los problemas emergentes del proceso educativo. En el caso boliviano, su desarrollo permitirá:

- estudiar esquemas metodológicos de formación de facilitadores o conductores de procesos educativos a nivel regional, distrital, local y populares;
- comparar formas de trabajo a nivel de los servicios y proponer esquemas de supervisión y de metodologías participativas, en la identificación de necesidades de capacitación y en el monitoreo del proceso educativo;
- estudiar y validar diferentes técnicas didácticas a ser empleadas en el proceso educativo y en la capacitación de facilitadores o conductores de dicho proceso, así como los tipos, formas y producción de material educativo que debe ser utilizado, tanto a nivel institucional como comunitario;
- evaluar la efectividad y el impacto del proceso educativo en el trabajador, en los servicios y en la comunidad; y
- estudiar y validar los métodos utilizados en la comunicación, la educación y la participación social, en cuanto a su pertinencia para generar procesos de reflexión y de acción popular en salud.

Informe preliminar de una experiencia

Se presenta aquí, como una experiencia inicial, la elaboración del Estudio Básico del Sector Salud en los departamentos de Chuquisaca, Potosí y Tarija.

La metodología empleada en su ejecución no solo fue capaz de lograr los objetivos del estudio sino además, el trabajo mismo fue generando un proceso educativo que aún continúa (con muchas de las características del modelo propuesto) en el personal local que lo efectuó; en las autoridades regionales y centrales que lo han estado acompañando y supervisando; en los grupos multidisciplinarios y multisectoriales que han intervenido en momentos puntuales del trabajo, y en los consultores internacionales contratados para el efecto, que han actuado como facilitadores del proceso global, en sus áreas específicas de acción.

Los objetivos de la propuesta técnica fueron los siguientes:

- Conocer la situación de salud actual y del desarrollo de la infraestructura de salud.

- Diseñar alternativas para el mejoramiento y desarrollo de la red de servicios dentro de la concepción de sistemas locales de salud.
- Diseñar los mecanismos operativos necesarios para desarrollar la capacidad de gestión en unidades sanitarias y distritos.
- Diseñar alternativas de modelos de atención de salud y fortalecimiento de los servicios de salud locales.

Las estrategias utilizadas incluyeron:

- La conformación de equipos regionales (a propuesta de la Unidad Sanitaria respectiva).
- La capacitación articulada con las incidencias normales del trabajo.

Se desarrollaron las siguientes *actividades y procesos*:

- Actividades personales, de tipo informativo y aclaratorio, y a la vez para iniciar la capacitación.
- Ejecución del estudio básico, que incluyó permanente asesoría y supervisión por parte del equipo central y consultores técnicos contratados al efecto.
- Actividades de reflexión grupal, con las siguientes cuatro actividades básicas.

La primera se realizó en la ciudad de Tarija con la participación de la totalidad de los equipos locales de trabajo, una vez finalizada la fase de recopilación de datos y elaborado el informe preliminar del estudio. En esta reunión cada grupo presentó los resultados obtenidos, el análisis de esos resultados y una propuesta preliminar de un nuevo modelo de atención. Todo ello fue sometido a discusión y reflexión, en pequeños grupos y en el grupo total.

Las otras tres actividades se realizaron en forma consecutiva en las ciudades de Tarija, Potosí y Sucre. El propósito de estas reuniones fue dar a conocer la naturaleza del estudio, sus resultados, el informe preliminar y las propuestas de solución a todas las autoridades políticas e institucionales del sector y fuera de él; promover la discusión del problema a nivel intersectorial; detectar y promover soluciones intra e intersectoriales; y lograr un compromiso político intra e intersectorial en la solución del problema.

Cada una de estas reuniones fueron enriquecedores talleres de reflexión sobre la situación general del sector, sus posibles soluciones y los compromisos que debieran adquirir las instituciones en conjunto. Por consiguiente, a través de la comprensión de estos problemas se logró viabilizar las propuestas de cambio.

Resultados

El Estudio Básico generó la necesidad de plantear proyectos de desarrollo de servicios de salud en esos tres departamentos. El proceso educativo continúa durante la elaboración de las propuestas y se espera que dé inicio a procesos permanentes de planificación y educación y que sirva de eje conductor al desarrollo de los servicios de salud en esas y otras regiones.

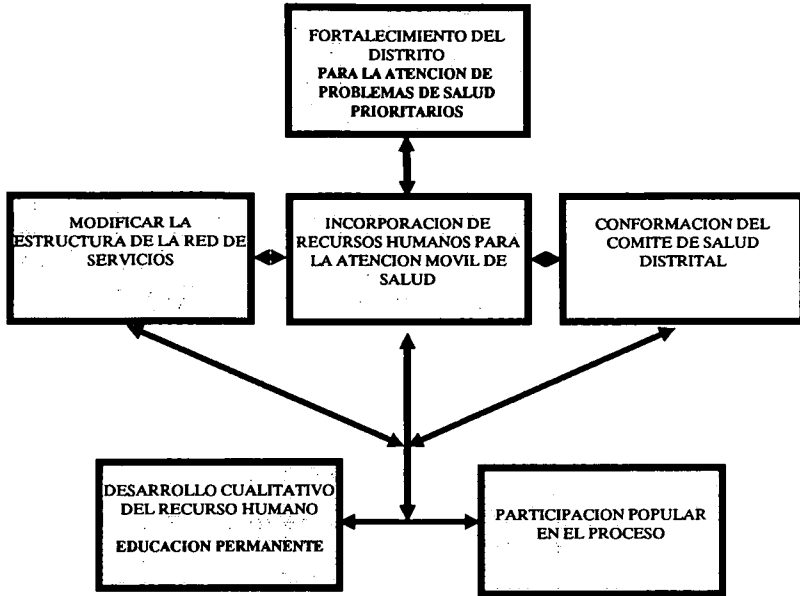
Si bien este es un informe preliminar, el seguimiento de este proceso permite visualizar algunos resultados:

- El personal contratado ha adquirido capacidades que van más allá de lo previsto y constituyen quizás, en este momento, los grupos integralmente mejor preparados para facilitar y conducir procesos de planificación y educación permanente en esas regiones.
- Los grupos de trabajo, con base en su propia experiencia, han visto la importancia de la educación permanente, como componente esencial de cualquier proceso de cambio. En este sentido han visualizado a la educación permanente, como uno de los ejes conductores de las líneas de acción de los distritos y de las unidades sanitarias, para el fortalecimiento y desarrollo de los servicios de salud y la atención de los problemas prioritarios de salud. En este sentido, los equipos regionales durante el taller de análisis de resultados de "estudio básico" elaboraron las líneas de acción estratégicas para el desarrollo de los distritos y unidades sanitarias como puede observarse en los esquemas 1 y 2.
- Los resultados de la metodología utilizada en el proceso educativo desarrollado dan validez al modelo propuesto por la Dirección Nacional de Recursos Humanos, por lo que en el proyecto se propone incorporarlo en el desarrollo de procesos educativos dentro de los sistemas locales de salud y unidades sanitarias de las tres regiones estudiadas.

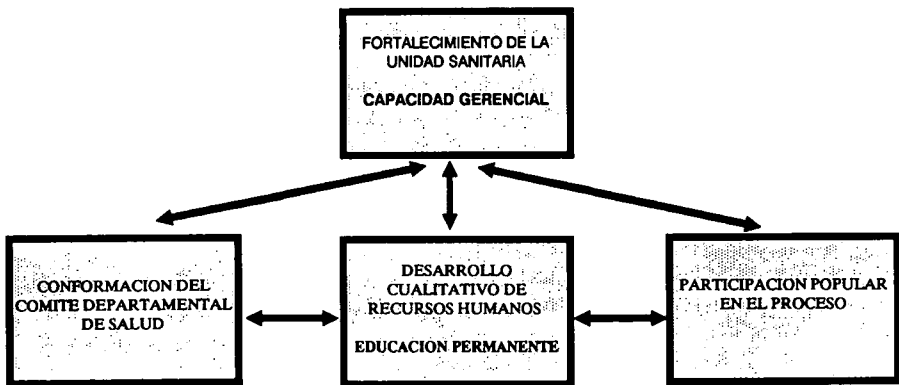
El análisis de los logros obtenidos en el proceso descrito permite establecer que la capacitación en el trabajo es un excelente método para conformar grupos participativos y comprometidos en los procesos de cambio, necesarios para el desarrollo de la salud en el país. La acción reflexiva de los grupos permite una mejor identificación, definición y análisis de los problemas, así como el desarrollo de una visión estratégica para proponer alternativas de solución.

En el caso descrito se utilizó el planeamiento y ejecución de un estudio básico del sector salud, para insertar en el trabajo un proceso

ESQUEMA 1. Líneas de acción en los distritos.



ESQUEMA 2. Líneas de acción en la unidad sanitaria.



educativo que permitiera un mejor desarrollo del mismo y la elaboración de propuestas con visión estratégica. El proceso educativo deberá continuar y hacerse permanente a medida que se vayan desarrollando los servicios. Los resultados obtenidos hasta la fecha sugieren que este enfoque debiera ser la base para el desarrollo de futuros proyectos de salud en el país, desde su planeamiento hasta su ejecución.

MEXICO: EL COMPONENTE DE CAPACITACION EN EL DESARROLLO DE JURISDICCIONES SANITARIAS. INFORME PARCIAL DE UNA REUNION DE EVALUACION

En el caso que se presenta a continuación *no se trata de reseñar un informe oficial*, como ha sido en los casos anteriores. En esta ocasión nos limitamos a comunicar los resultados de un importante evento evaluativo que tuvo lugar recientemente en Zacatecas, México, y en el cual se analizaron los logros y avances de un proyecto modelo en cinco jurisdicciones sanitarias del país. En su momento, y previa aprobación de las autoridades mexicanas, se dará a conocer el informe que emane de la Secretaría de Salud.

Pero los asuntos tratados tienen importancia grande para la Región, en el sentido de mostrar un proceso sistematizado, participativo y con gran impulso y respaldo político, y que refleja en gran medida la etapa de decisiones operativas sobre atención de salud y organización de servicios, que son el marco fundamental para las decisiones de tipo educativo.

La Secretaría de Salud, a través de la Dirección General de Planeación, Información y Evaluación, ha conducido un proyecto para el Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias Tipo, como proyecto estratégico de gran importancia para México; en la etapa presente, el Proyecto se inició en cinco jurisdicciones: Coyoacán (Distrito Federal), Comalcalco (Tabasco), Fresnillo (Zacatecas), Hermosillo (Sonora) y Tuxtla (Chiapas). La Secretaría de Salud busca extender el modelo a 32 jurisdicciones sanitarias del país, para lo cual se tomarán en consideración los logros y las dificultades encontradas en esta etapa de prueba.

En el documento básico del Proyecto, la Secretaría expone que "un sistema local de salud corresponde a una Jurisdicción Sanitaria, cuyos límites son los de uno o varios municipios, según la extensión y población de estos." Asigna también a las jurisdicciones "la responsabilidad directa de otorgar servicios de salud a la población abierta (sin seguridad social) así como coordinar los programas que dentro de su ámbito lleven a cabo las demás instituciones del Sistema Nacional de

Salud". En el momento actual existen 245 jurisdicciones sanitarias en el país, y el número de ellas varía en las entidades federativas, entre una y 24. El 77,6% de ellas tiene una población que oscila entre 100 000 y un millón de habitantes; el número y tipo de unidades médicas y de establecimientos de salud en general es muy variable, y el 50,6% cuenta solamente con unidades de atención primaria.

El proyecto señala las metas de operación pertinentes; para los fines de esta publicación, hacemos notar que una de esas metas es "elaborar en cada jurisdicción sanitaria un programa de fortalecimiento y desarrollo que comprende aspectos tales como el establecimiento de la estructura operativa necesaria, y la elaboración de un programa jurisdiccional de capacitación y educación continua en relación con salud pública y regulación sanitaria, atención médica, asistencia social y apoyo administrativo."

Se señala, además, en el mismo documento, entre las líneas de acción, que "la capacidad técnica y administrativa local deberá incrementarse mediante el otorgamiento de los recursos mínimos necesarios y el establecimiento de programas de capacitación y desarrollo de personal, tanto en el área técnica como en la administrativa".

En México, la conducción de los programas de capacitación de personal están a cargo, en el nivel central, de la Dirección General de Enseñanza en Salud; y esta está organizada de tal manera que cuenta no solamente con eficaces mecanismos de coordinación con las entidades jurisdiccionales correspondientes, sino además con un Centro de Capacitación y Desarrollo de Tecnología Educativa, responsable de la formulación de propuestas educativas, señalamiento de metodologías y asesoría para el desarrollo educativo en cada jurisdicción sanitaria.

Los informes evaluativos presentados por las jurisdicciones sanitarias enumeradas arriba, señalaron distintas áreas-problema detectadas, y todas ellas incluyeron la capacitación de personal como una de ellas. Y en las conclusiones aportadas por los grupos de trabajo (talleres) se incluyó una serie de lineamientos que la Dirección de Enseñanza se propone desarrollar en apoyo de este proyecto, incluyendo la revisión de los modos de trabajo actuales en educación, y la necesidad de explorar algunas otras opciones metodológicas para la capacitación en los servicios de salud, específicamente mediante el análisis y estudio de problemas de trabajo. La Dirección ha integrado, además, un Grupo de Investigación en el área educativa, para organizar la búsqueda de formas innovadoras de capacitación, que puedan ser de impacto mayor en el desarrollo del proyecto.

En el lapso de un año, se llevará a cabo una nueva reunión evaluativa y se conocerá acerca de los logros obtenidos en los distintos subproyectos, incluyendo el de capacitación mencionado.

LAS TENDENCIAS PARA LA PROXIMA DECADA

Los informes de países presentados, si bien se han escrito en forma resumida para fines exclusivos de esta publicación, ilustran suficientemente algunos aspectos críticos en este análisis. Se repite, algunas de estas experiencias tienen varios años de desarrollo (Brasil específicamente), con poca o ninguna influencia inicial de la propuesta de reorientación que se ha mencionado aquí varias veces; en otros casos, la inquietud transformadora emergió de los propios servicios de salud, y de las instancias centrales del Ministerio, a la luz de los problemas que dichos servicios confrontaban (el caso de Chile); el resto de las experiencias aquí presentadas tuvieron su inspiración en una u otra forma, en el movimiento impulsado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos y enriquecido con el aporte de numerosos grupos de trabajadores para buscar nuevas alternativas metodológicas en capacitación de personal.

Por otra parte, es relevante el hecho de que las propuestas preparadas a nivel nacional, tienen situaciones y características particulares; no se trata de una modalidad uniforme ni homogénea, porque las condiciones y escenarios que se dan en cada país difieren en muchos aspectos unos de otros. En tres casos (Nicaragua, Bolivia, Honduras), se observa que el curso seguido por el proceso se ajusta más a la propuesta regional original, pero esto no es el caso general. La opción, en consecuencia, permite su permanente fortalecimiento y enriquecimiento a partir de los aportes particulares de cada situación específica.

Se presenta un caso de investigación en apoyo de los procesos capacitantes (el caso peruano); se divulga además una propuesta de trabajo preliminar, a iniciarse con elementos egresados de las universidades (República Dominicana), así como un esfuerzo para enfrentar un problema de carencia de personal en una situación emergente, con base en la metodología de aprendizaje articulado con el proceso de trabajo (el caso de Argentina). Finalmente, el resumen preliminar sobre México plantea el cuadro general actual, constituido por la instrumentación de un proyecto de organización de sistemas locales de salud que crea el marco para los procesos capacitantes que allí tendrán lugar.

En otro nivel de interpretación del material aquí presentado, es posible identificar algunas tendencias que se hacen aparentes en el escenario educativo del sector salud, para los próximos años:

- Los países tienden a descentralizar la capacitación del personal, porque resulta más operativo, más "manejable" y de menor costo; se tiende además a revisar el papel de las instituciones educativas en este proceso.
- Si bien se observa una aceptación de las bondades que depara

el estudio y el análisis del proceso de trabajo como eje central para lograr el aprendizaje, también es cierto que se plantean interrogantes aún con escasa respuesta: ¿Cómo es que ese aprendizaje se promueve y se logra realmente en tales situaciones? ¿Cómo se define un “problema” de trabajo en términos de promoción del aprendizaje? La respuesta a estas y otras interrogantes se obtiene mediante la investigación y la participación de los diferentes actores, y el monitoreo del proceso educativo.

- Hay necesidad de programar los procesos capacitantes de manera que articulen los perfiles de desempeño con los problemas reales de la práctica del trabajo y también con el conocimiento científico. Una propuesta pedagógica que muestre caminos para alcanzar esta articulación triple estará en mejores condiciones de ser adoptada como modelo de trabajo.
- Hay necesidad de proveer elementos para el “monitoreo” de procesos de aprendizaje como se señala en la propuesta original; sin embargo, solamente en dos de los casos presentados se han iniciado acciones tendientes a lograr el diseño de un modo de desarrollarlo; la formulación de indicadores que permitan este monitoreo, conduce a la identificación de nuevas necesidades a lo largo del proceso educativo, y esto es, precisamente, lo que da a dicho proceso el carácter de permanencia que se busca.
- La mayoría de los países que aquí presentaron sus experiencias han conformado grupos de investigación educacional en apoyo de los procesos capacitantes; los Informes de las reuniones de Cochabamba y de Guatemala reiteraron la opinión de que la investigación debe vincularse y sustentar los actos educativos. Este instrumento de trabajo es de utilidad para la detección de necesidades, para la búsqueda de nueva tecnología educacional en los servicios, y para la construcción de indicadores para el monitoreo de los procesos.
- La delimitación precisa de un “problema de trabajo” es paso imprescindible para identificar necesidades de aprendizaje; esta es una etapa que deberá trabajarse con más profundidad en los próximos años, a fin de convertir los procesos educativos, cada vez más, en respuesta a necesidades concretas en salud.
- La comunicación entre los distintos grupos latinoamericanos que realizan experiencias en educación permanente, el intercambio de dichas experiencias y el aporte mutuo de contribuciones debe ser estimulado.
- Una de las experiencias presentadas muestra una posibilidad

de abrir esta opción educativa a las instancias universitarias, a través del servicio rural como en este caso particular, o a través de otras vías. Hay dos países más con intentos de aproximarse al estudio de los problemas de capacitación permanente, cuyas propuestas de trabajo serán objeto de divulgación posterior.

- En este tema, como en otros aspectos del trabajo, es conveniente afianzar lo general, para luego experimentar lo particular. La propuesta de reorientación de la educación permanente del personal de salud está siendo progresivamente aceptada, sobre todo vinculándola a la estrategia de organización de sistemas locales de salud en América Latina; las modalidades particulares que cada país seleccione con base en criterios de factibilidad, viabilidad y de demanda, son beneficiosas, porque redundarán en una mejoría sustancial de la propuesta global inicial.

Agradecimiento. Los responsables de *Educación Médica y Salud* desean expresar su gratitud a todos los trabajadores de salud que contribuyeron a preparar los informes de país que se han resumido en este trabajo.

REFERENCIAS

- 1 Organización Panamericana de la Salud. *Educación Permanente de Personal de Salud en las Américas: Propuesta de Reorientación*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 78, Washington, DC, 1988.
- 2 Souza, A., Galvão, E., Dos Santos, I. y Roschke, M. A. El proceso educativo, Serie Educación Permanente de Personal de Salud, Fascículo IV. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 81, 1989.
- 3 Souza, A., Galvão, E., Dos Santos, I. y Roschke, M. A.: op. cit.
- 4 Davini, M. C. Bases metodológicas de la educación permanente de personal de salud, Publicación No.19, Representación OPS/OMS en Argentina, 1989.
- 5 Canales, F., Turcios, M. I. y Haddad, J. Monitoreo y seguimiento del proceso de aprendizaje. Serie Educación Permanente de Personal de Salud, Fascículo V, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 82, 1989.
- 6 Davini, M.C.: op. cit.
- 7 Davini, M. C., Sigaud, M. A., Pineda, E. y Roschke, M.A.: Investigación educativa en los servicios de salud. *Educ Med Salud* 24(1):52-73, 1990.

BIBLIOGRAFIA

Caso de Argentina

- Abdellah, F. *Patient-centered approaches to nursing*. Nueva York, Macmillan, 1964.
- Adam, E. *Hacia dónde va la enfermería*. Madrid, Editorial Interamericana, 1982.
- Archer, S. E. y Fleshman R. *Enfermería de salud comunitaria*. 2a edición. Organización Panamericana de la Salud, 1982.
- Bianco, M. y Lerner L. Situación de salud de la mujer en la Argentina. Primer Encuentro Nacional Mujer, Salud y Desarrollo. Secretaría de Salud, Ministerio de Salud y Acción Social, Buenos Aires, 1985.
- Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud No. 55. Estadísticas Vitales de Recursos y Producción de Servicios. Cifras provisorias, 1987.
- Censo Nacional de Población y Vivienda 1980. Serie D Población total del país. INDEC, Ministerio de Economía, Secretaría de Hacienda.
- Davini, M.C. *Bases metodológicas para la educación permanente del personal de salud*. Publicación No. 19. Buenos Aires, OPS, 1989.
- Departamento Central de Enfermería de la Provincia de Córdoba, Universidad Nacional de Córdoba. Proyecto de capacitación de prácticas de enfermería para su nivelación en auxiliares de enfermería en el ámbito de la Secretaría. Ministerio de Salud de la Provincia de Córdoba, 1986.
- Estadísticas Vitales. Información básica 1980-1981. Dirección de Estadísticas de Salud, Ministerio de Salud Pública y Acción Social, Secretaría de Salud Pública, 1984.
- Estadísticas Vitales de Salud. Mortalidad infantil en la Argentina. Serie No.55, 1988. Boletín del Programa Nacional de Estadísticas de Salud. Ministerio de Salud y Acción Social. Secretaría de Salud. Dirección de Estadísticas de Salud.
- Frigotto, G. Fazendo pelas maos a cabeça do trabalhador. Cadernos de Pesquisa, Fundação Carlos Chagas (47):38-45, 1983.
- Haddad, J., Mojica, M. J. y Chang, M. Proceso de educación permanente en salud. *Educ Med Salud* 21(1), 1987.
- Kron, T. y Durbin, E. *Liderazgo y administración en enfermería*. 5a edición. México D.F., Interamericana, 1985.
- Leddy, S. y Pepper, J. M. *Bases conceptuales de la enfermería profesional*. Washington D.C., Organización Panamericana de la Salud. Primera edición en español, 1989.
- Manfredi, M. y Souza, A. Educación de enfermería en América Latina. *Educ Med Salud* 20(4):474, 1986.
- Movimiento Solidario de Salud Mental. Perfil epidemiológico-social del personal de enfermería. Determinaciones en su salud mental. Serie 1987. Buenos Aires, Mimeo Proyecto.
- Organización Panamericana de la Salud. *Educación permanente del personal de salud en la Región de las Américas*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nos.79 al 81, Washington D.C., 1989.
- Roper, N. et al. *Modelo de enfermería*. Barcelona, Interamericana, 1987.
- Roschke, M. A. y Casas, M. E. Contribución a la formulación de un marco conceptual de educación continua en salud. *Educ Med Salud* 21(1), 1987.
- Secretaría de Salud de la Nación, Oficina Sanitaria Panamericana. Estudio Exploratorio de las Escuelas de Enfermería. Dirección de Recursos Humanos, Buenos Aires, mimeo, 1989.
- UNESCO/Mobral. Informe final del Seminario Internacional de Educación de Adultos. Rio de Janeiro, 1983.

Caso de Nicaragua

- Ferreira, J. R., Vidal, C. y Haddad, J. PASCAP: Una experiencia de cooperación técnica entre países. *Educ Med Salud* 23(3), 1989.

- Haddad, J., Canales, F. y Turcios, M. I. Monitoreo de los procesos de capacitación permanente: una propuesta de trabajo. *Educ Med Salud* 23(3), 1989.
- Haddad, J., Mojica, M. J. y Chang M. I. Proceso de educación permanente en salud. *Educ Med Salud* 21(1), 1987.
- Haddad, J. Desarrollo educacional en salud: perspectivas para el año 2000. *Educ Med Salud* 20(4), 1986.
- Macedo, C. G. Política de recursos humanos en salud. *Educ Med Salud* 20(4), 1986.
- MINSA. Resolución Ministerial No. 75, Organización del Primer Nivel de Atención de Salud. Managua, Nicaragua, 1989, p. 18.
- MINSA. Plan Trienal de Salud. Managua, Nicaragua, p. 199.
- Caso de Chile*
- Alvarez Manilla, J. M. y Santacruz, J. Identificación de necesidades de aprendizaje. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 80.
- Análisis Prospectivo de la Educación de Enfermería, Serie de Desarrollo de Recursos Humanos, Documento No.6549H, OPS/OMS, 1987.
- Análisis prospectivo de la educación en enfermería. *Educ Med Salud* 23(2): 119-154, 1989.
- Análisis Prospectivo de la Educación Médica. *Educ Med Salud* 22(3), 1988.
- Canales, F., Haddad, J. y Turcios, M. I. Monitoreo y seguimiento del aprendizaje. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.82, OPS/OMS.
- Desarrollo y Fortalecimiento de los Sistemas Locales de Salud. OPS/OMS, 1989.
- Educación Permanente del Personal de Salud en la Región de las Américas. Serie Desarrollo Recursos Humanos No.78, OPS/OMS.
- Educación Permanente del Personal de Salud en la Región de las Américas. Serie Desarrollo Recursos Humanos No.85, OPS/OMS.
- Investigación Educacional en Salud. Serie Desarrollo Recursos Humanos No.77, OPS/OMS.
- Quiñónez, J. y Rodas, I. Capacitación de los responsables del proceso educativo. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.83, OPS/OMS.
- Souza, A., Galvão, E. y Dos Santos, I. El Proceso Educativo. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.81, OPS/OMS.
- Taller de Estudio del Trabajo para mejores decisiones. John Sketchley, Mejía, Aitken, Boyer y Guzmán. OPS/OMS y BLAT Centre for Health and Medical Education. Edición 1986.
- Caso de República Dominicana*
- Haddad, J., Canales, F. y Turcios, M. I. Monitoreo de los procesos de capacitación permanente: Una propuesta de Trabajo. *Educ Med Salud* 23(3), 1989.
- Informe de consultoría para OPS/OMS del Dr. Alfredo Zurita y Lic. Nelly Piña, Santo Domingo, 1989.
- OPS/OMS. Educación Permanente de Personal de Salud. Fascículos I y VII. Serie Desarrollo de Recursos Humanos. Nos.78 y 84, Washington, D.C., 1989.
- Resoluciones amparadas bajo las leyes No.146 (11/5/67), la No.478 (18/1/73) y la No.111 (29/10/42).
- SESPAS. Unidad Técnica de Recursos Humanos. Propuesta de un Programa de Educación Permanente en Salud. Sto.Domingo, Rep.Dominicana, 1988.
- Universidad Autónoma de Santo Domingo. Informe del Taller de Diseño Curricular. Septiembre de 1989, p.6.
- Caso de Honduras*
- Canales, F., Haddad, J. y Mejía, L. Informe de grupo de trabajo sobre necesidades de capacitación de los facilitadores de educación permanente, San Pedro Sula, Honduras, 1988.
- Canales, F. y Haddad, J. Propuesta de Cooperación para reorientar la capacitación de personal en función de los procesos de conducción y gerencia.

- Preparada en Washington, D.C., a solicitud de la Representación OPS/OMS en Honduras, 1988.
- Comisión Nacional de Recursos Humanos y Comité Técnico Interinstitucional. Política Nacional de Recursos Humanos en Salud. Honduras, 1985.
- Comité Técnico Interinstitucional de Recursos Humanos, Informe General del Proceso de Desarrollo Integral de Recursos Humanos del Sector Salud de Honduras, 1982-1984.
- Comité Técnico Interinstitucional. Informe de Análisis de la Propuesta de Educación Permanente. Honduras, 1986-1987.
- Haddad, J., Canales, F. y Oqueli, R. Informe de taller de trabajo del Instituto Hondureño de Seguridad Social, San Pedro Sula, Honduras, 1987.
- Haddad, J., Canales, F. y Turcios, M. I. Monitoreo del proceso de aprendizaje. Serie Educación Permanente de Personal de Salud, Fascículo V, Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.82, 1989.
- Haddad, J. La década del 90 y los problemas de capacitación de personal. Documento de trabajo para las Jornadas de la Comisión Nacional de Recursos Humanos, Honduras, 1986.
- Haddad, J. y Canales, F. Propuesta metodológica para los procesos de capacitación para la estrategia de conducción y gerencia en las Regiones de Salud de Honduras. Documento de trabajo preparado para la Representación OPS/OMS en Honduras, 1988.
- Instituto Hondureño de Seguridad Social. Informe de Progreso: Educación Permanente. Honduras, 1987-1988.
- Instituto Hondureño de Seguridad Social. Propuesta de Educación Permanente. Honduras, 1986.
- Ministerio de Salud Pública. Consolidado de demandas y ofertas planteadas por las regiones de salud en la reunión de concertación. Honduras, 1988.
- Ministerio de Salud Pública, División de Desarrollo de Recursos Humanos.
- Propuesta de Educación Permanente en Salud. Honduras, 1987.
- Ministerio de Salud Pública. Esquema de Reorganización de la División de Salud Maternoinfantil. Honduras, 1988.
- Ministerio de Salud Pública. Ofertas del Programa de Atención al Niño Menor de Cinco Años. Honduras, 1989.
- Ministerio de Salud Pública. Proceso Metodológico para el Desarrollo del Módulo de Supervivencia Infantil. Honduras, 1986.
- Ministerio de Salud Pública. Propuesta de Entendimiento Nacional sobre sistemas locales de salud. Honduras, 1989.
- Ministerio de Salud Pública. Propuesta metodológica de capacitación integral. Honduras, 1987.

Caso de Bolivia

- Dirección Nacional de Recursos Humanos. Ministerio de Previsión Social y Salud Pública. Perfil de Proyecto para el Desarrollo de la Educación Permanente para el Personal de Salud. Diciembre de 1989.
- Estudio Básico del Sector Salud. Informe de los grupos de trabajo. Bolivia, 1989.
- Estudio básico del sector salud y diseño de la red de servicios integrales en las capitales de los Departamentos de Chuquisaca, Potosí y Tarija y en un distrito rural de cada uno de ellos. Contrato entre el Gobierno de la República de Bolivia y la Organización Panamericana de la Salud, mayo de 1989.
- Organización Panamericana de la Salud. Serie Desarrollo de Recursos Humanos Nos.78 al 84. Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, 1989.
- Quiñónez, J. y Rodas, I. Capacitación de los Responsables del Proceso Educativo. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No.83, Fascículo VI, 1989.

Caso de México

Desarrollo de Jurisdicciones Sanitarias

Tipo: Proyecto Estratégico. Documento de trabajo, Dirección General de Planeación, Información y Evaluación de la Secretaría de Salud, México, 1989.

Gutiérrez Trujillo, G. Presentación del Proyecto, Reunión de Evaluación ce-

lebrada en Zacatecas, México, marzo de 1990.

Santacruz, J. Presentación sobre el grado de avance de los componentes en la misma reunión mencionada.

Uribe, R. Presentación de los resultados del Taller sobre Capacitación de Personal, en la misma reunión mencionada.

RESEÑAS

CAPACITACION AVANZADA EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS: CURSO INTERNACIONAL PARA PERSONAL EN NIVELES DE CONDUCCION DEL SECTOR SALUD

Del 17 de octubre al 19 de diciembre de 1988 tuvo lugar en la ciudad de Rosario, Argentina, el Curso Internacional de Desarrollo de Recursos Humanos para Personal en Niveles de Conducción del Sector Salud. Este Curso se realizó gracias al trabajo colaborativo de la Representación OPS/OMS en Argentina, del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS, y del Centro de Estudios Sanitarios y Sociales (CESS) de la Asociación Médica de Rosario, en cuya sede se desarrollaron las actividades. El evento contó con el auspicio de la Secretaría de Salud de la Nación. Participaron trece funcionarios nacionales de nivel de conducción pertenecientes a ministerios de salud provinciales, servicios locales y la universidad, y seis internacionales: Bolivia (1), Nicaragua (1), Perú (2) y Uruguay (2). El Curso fue orientado al logro de los siguientes propósitos:

- Contribuir a la formación de responsables de los niveles de conducción del proceso de desarrollo de recursos humanos en los aspectos conceptuales, técnicos, metodológicos y tecnológicos de importancia estratégica, para reorientar y conducir dicho proceso, en el marco de la transformación de los sistemas de salud, para el logro de la meta salud para todos en el año 2000.
- Promover la producción de conocimiento científico relevante en esta área con el objeto de mejorar la toma de decisiones políticas.

El programa desarrollado incluyó lo siguiente:

Módulo I: Sistemas de salud: 2 semanas

Análisis de la teoría referente a sistemas de salud, haciendo hincapié en el papel del Estado y las determinaciones políticas y eco-

nómicas sobre la salud y los modelos de atención. Se asignó especial atención al análisis estratégico de los sistemas de salud argentino y de los países de origen de los participantes.

Módulo II: Utilización y mercado de trabajo: 3 semanas

A partir del análisis de la situación y tendencias de los recursos humanos de las provincias y países de los participantes, se revisaron los determinantes sociales, políticos y económicos del proceso de trabajo en salud, el mercado de trabajo, sus aspectos jurídico-contractuales, los procesos de institucionalización y corporativización y los principales problemas de administración de personal.

Módulo III: Formación de recursos humanos: 2 semanas

A partir de la información internacional y local se analizaron las relaciones entre educación y sociedad, formación de recursos humanos y sistemas de salud, los problemas más importantes de esta área relacionados con el mercado laboral y las posibilidades de la educación permanente.

Módulo IV: Perspectiva estratégica del proceso de desarrollo de recursos humanos: 1 semana

Reflexión crítica sobre los problemas analizados con una perspectiva de pensamiento estratégico. Análisis de las políticas y los enfoques de planificación de recursos humanos.

Módulo V: Investigación de personal y desarrollo de la propuesta: 2 semanas

Revisión de los principales elementos de marco teórico, metodología, problemas y tendencias en la investigación de personal de salud y su función en la formulación de políticas y planes de desarrollo de recursos humanos.

Con el apoyo del equipo docente, cada participante trabajó en la formulación de una propuesta estratégica a un problema real y relevante definido por ellos. A través de talleres integrados de discusión entre docentes y alumnos, se elaboraron progresivamente las propuestas.

La metodología utilizada estuvo basada en la participación activa de los alumnos, analizando y discutiendo información teórica y práctica de la realidad nacional y regional. Se contó con la participación

de un calificado grupo interdisciplinario de docentes nacionales y extranjeros.

La coordinación del Curso estuvo a cargo de los Drs. Pedro Brito (OPS), María del Carmen Troncoso y Carlos Bloch (CESS).

VARIABLES RELACIONADAS CON EL ÉXITO ACADÉMICO DE LOS ESTUDIANTES DE MEDICINA EN LA UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN, MÉXICO

Nelly Sánchez Garay,¹ Elizabeth Blum V.¹ y Alfredo Piñeyro L.²

INTRODUCCION

Este estudio tiene como objetivo determinar la relación de algunas variables con el éxito académico de los alumnos que egresan de la Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Nuevo León, México, definiéndose el éxito académico como la terminación de la carrera en el tiempo establecido (6 años).

Con tal propósito se utilizaron los resultados de los exámenes psicológicos y de conocimientos de los alumnos que ingresaron a la Facultad en septiembre de 1978, determinándose las características intelectuales, de personalidad, académicas y el uso del lenguaje. Mediante esta información, en 1984 se llevó a cabo el estudio comparativo entre los alumnos que habían egresado y los que no habían egresado.

MATERIALES Y METODOS

La batería de pruebas se aplicó a los alumnos en grupos de cien, como parte de los trámites normales para su inscripción en la

¹ Psicóloga, Sección de Psicología, Departamento de Farmacología y Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

² Jefe, Departamento de Farmacología y Toxicología, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Nuevo León, México.

Facultad, aclarándoseles que estos no eran de admisión. Los parámetros utilizados fueron los siguientes:

- Para medir el nivel intelectual se utilizó la Prueba de Matrices Progresivas de Raven (1).
- Para medir la normalidad-anormalidad psicológica, se utilizó el Inventario Multifásico de Personalidad Minnesota (MMPI) (2).
- Para medir mecanismos de defensa, se utilizó el Inventario de Mecanismos de Defensa de G. Gleser (3, 4). Este inventario evalúa cinco grupos defensivos: TAO (vuelta contra el objeto), PRO (proyección), INT (intelectualización, racionalización, aislamiento), TAS (vuelta contra sí mismo) y REV (negación, represión y formación reactiva).
- El rendimiento académico fue evaluado a través de exámenes de conocimientos, que fueron elaborados por algunos jefes de departamentos de la facultad y evalúan los conocimientos mínimos necesarios que el alumno debe tener al inicio de la carrera. Se examinó en matemáticas, química, física y biología.
- Para medir el empleo del castellano, se utilizaron las láminas I y XIV del Test de Apercepción Temática de Murray (TAT) (5); se pidió al alumno que elaborara una historia escrita basándose en ellas. Para calificarlas se utilizó una escala de 1 a 5, donde 1 significa la mejor calificación posible.

A partir de los datos obtenidos, se calcularon medias, desviaciones estándar y pruebas de *t* para determinar las posibles diferencias entre los grupos que se compararon.

Sujetos

Se examinó a 1 578 alumnos que ingresaron a la Facultad en septiembre de 1978, de los cuales egresaron 168 alumnos, es decir un 10,6% del total. Para este estudio, los sujetos se agruparon en egresados y no egresados. El grupo de egresados (E) (N=168) estuvo integrado por todos los alumnos que presentaron los exámenes en 1978 y que egresaron en 1984. El grupo de no egresados (NE) (N=135) fue seleccionado al azar de los alumnos que, habiendo presentado examen en 1978, no egresaron en 1984.

RESULTADOS

En el cuadro 1 puede observarse que en el grupo de egresados, el 91,4% de los alumnos tiene un percentil de término medio a

CUADRO 1. Distribución de los alumnos por percentil obtenido mediante la Prueba de Raven; medias de calificación y prueba *t* obtenidas del puntaje bruto.

Perc.	Egresados		No egresados	
	No.	%	No.	%
99	29	17,5	7	5,2
90	47	28,4	17	12,6
75	46	27,7	37	27,5
50	32	19,2	31	22,9
25	10	6,1	27	20,0
10	2	1,2	13	9,6
1	0	0	3	2,2
	$\bar{X} = 50,0$ DE = 4,5		$\bar{X} = 45,4$ DE = 6,8	
	$t = 6,74^*$			

**P*: 0,0001.

superior (de 50 a 99), mientras que en el grupo de no egresados solo el 68,1% de los alumnos obtiene estos percentiles. Se aprecia además una diferencia muy significativa entre las medias de ambos grupos.

Es importante hacer notar (cuadro 2) que a excepción de la escala K, que mide defensividad, todas las medias de las escalas que resultaron con diferencias significativas (F: comprensión de la prueba, Hs: hipocondriasis, D: depresión, Sc: esquizofrenia y Si: introversión social) son mayores en el grupo de los no egresados, lo cual podría ser indicativo de una mayor tendencia a la psicopatología.

Se observan (cuadro 3) diferencias estadísticamente significativas en las medias de TAO (*P*: 0,02), que es una forma de reacción más característica del grupo de egresados, y en las medias de REV (*P*: 0,01), que aparece como una reacción más característica del grupo de no egresados. Esto indica que mientras que el grupo E tiene una mayor tendencia a utilizar la agresión externa ante una situación frustrante, el grupo de no egresados reacciona de una manera neutral o positiva.

En el cuadro 4 se observa que mientras que el 61,3% de los alumnos del grupo de egresados obtuvo calificaciones de 1 y 2, lo cual significa un mejor uso del lenguaje escrito, el 34,1% del grupo de no egresados alcanzó estas calificaciones.

En el cuadro 5 se aprecia que a pesar de que las medias de calificación son bajas en ambos grupos (escala de 1 a 100), los egresados obtuvieron calificaciones más altas, que los diferencian estadísticamente de los no egresados.

CUADRO 2. Medias de calificación y pruebas *t* obtenidas en cada escala del MMPI.

Escala	Egresados		No egresados		<i>t</i>
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
L	55,1	8,9	55,4	8,3	0,3
F	54,8	7,9	58,6	9,6	3,6 ^a
K	55,8	8,4	54,0	9,1	1,7 ^b
Hs	50,2	7,6	52,6	9,9	2,3 ^b
D	56,4	8,7	59,3	10,3	2,5 ^b
Hy	51,2	7,3	50,7	9,5	0,5
Pd	56,4	8,7	57,2	10,1	0,7
Mf	57,6	7,9	57,0	8,7	0,6
Pa	52,5	8,5	51,7	10,3	0,7
Pt	55,2	8,7	56,3	9,8	1,0
Sc	59,7	10,7	63,4	11,8	2,8 ^c
Ma	62,0	9,8	61,6	9,6	0,3
Si	51,4	7,5	53,4	7,8	2,2 ^b

^a*P*: 0,0001.^b*P*: 0,05.^c*P*: 0,001.**CUADRO 3. Medias de calificación y pruebas *t* de los puntajes obtenidos en el Inventario de Mecanismos de Defensa de Gleser.**

Defensa	Egresados		No egresados		<i>t</i>
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
TAO	40,4	11,4	37,6	11,1	2,11 ^a
PRO	48,5	8,9	46,9	7,1	1,6
INT	52,0	9,1	52,5	10,1	0,3
TAS	50,9	9,1	52,5	9,2	1,4
REV	60,2	13,4	64,3	12,2	2,7 ^b

^a*P*: 0,02.^b*P*: 0,01.**CUADRO 4. Distribución de los alumnos en cuanto a la calificación obtenida en la prueba de lenguaje escrito.**

Calif	Egresados		No egresados	
	No.	%	No.	%
1	10	7,3	1	0,8
2	74	54,0	40	33,3
3	45	32,8	60	50,0
4	8	5,8	18	15,0
5	0	0	1	0,8

CUADRO 5. Medias de calificación y pruebas *t* de los exámenes de conocimientos.

Examen	Egresados		No egresados		<i>t</i>
	\bar{X}	DE	\bar{X}	DE	
Mat.	44,9	14,0	30,2	11,8	9,4 ^a
Quím.	44,1	13,4	31,6	12,3	8,1 ^a
Fis.	45,2	17,7	32,1	15,4	6,5 ^a
Biol.	62,5	13,5	48,0	14,4	8,8 ^a
Promedio	49,3	10,3	35,5	9,3	11,7

**P*: 0,0001.

Se obtuvieron diferencias mucho más significativas en las medias de calificación de las materias cursadas en el primer año de la carrera (cuadro 6); como puede observarse, el grupo de egresados superó al grupo de no egresados en las calificaciones de todas las materias.

DISCUSION

Los resultados obtenidos demuestran que existen diferencias significativas entre los alumnos que egresan y los que no egresan en diversas variables de todas las áreas que fueron evaluadas.

Lo anterior nos muestra que el grupo de egresados se fue seleccionando hasta llegar a alcanzar el objetivo de completar la carrera en el tiempo establecido. Esto aparentemente implica una mayor capacidad intelectual, una menor tendencia a la psicopatología, una trayectoria de hábitos académicos positivos como se refleja en los resultados

CUADRO 6. Medias de calificación de las materias cursadas en el primer año de la carrera.

	Egresados		No egresados		<i>t</i>
	\bar{X}	DE	\bar{X}	De	
Bioq.	86,1	7,1	64,5	13,6	13,7 ^a
Embr.	88,9	6,1	71,3	13,3	12,2 ^a
Anat.	79,3	8,6	60,8	16,7	8,0 ^a
Hist.	77,2	10,8	51,5	17,9	12,2 ^a
Int. Med.	88,6	8,8	72,5	16,8	8,3 ^a

**P*: 0,0001.

de los exámenes de conocimientos y las calificaciones del primer año de la carrera, así como también una mayor capacidad de expresión a través del lenguaje escrito, que además de reflejar la calidad del pensamiento, puede deberse a sus antecedentes culturales.

No ignoramos, sin embargo, que hay muchos alumnos que aunque comparten con este grupo de egresados las características positivas de las áreas evaluadas, no egresaron en 1984. Surge entonces la pregunta: ¿Cuáles fueron los obstáculos que les impidieron terminar la carrera, si reunían características intelectuales, de personalidad y académicas que teóricamente les permitirían alcanzar la meta? Esta pregunta abre el camino para la realización de futuras investigaciones que puedan responder a lo anteriormente planteado.

REFERENCIAS

- 1 Anastasi, A. *Tests psicológicos* (3ra. edición). Madrid, Aguilar, 1973.
- 2 Hathaway, S.R. y McKinley, J.C. *Inventario Multifásico de la Personalidad MMPI en Español*. México, D.F., El Manual Moderno S.A., 1967.
- 3 Gleser, G.C. e Ihilevich, D. An Objective Instrument for Measuring Defense Mechanisms. *J Consult Clin Psychol* 33:51-60, 1969.
- 4 Ihilevich, D. y Gleser, G. *Defense mechanisms, their classification, correlates, and measurement with the Defense Mechanisms Inventory*. Owosso, DMI Associates, 1986.
- 5 Murray, H.A. *Test de apercepción temática* (3ra. edición). Buenos Aires, Paidós, 1964.

NOTICIAS

SISTEMAS DE INFORMACION EN RECURSOS HUMANOS

En Washington, DC, se realizó la reunión de un Grupo de Consulta sobre Fuentes y Usos de la Información sobre Recursos Humanos. El evento tuvo lugar entre el 11 y el 15 de diciembre de 1989, y contó con la participación de representantes de instituciones académicas y de servicio de Argentina, Brasil, Colombia, Costa Rica, Ecuador, México, Perú y la República Dominicana.

Durante el encuentro se discutió la necesidad de contar con buena información en este campo, tanto como instrumento de apoyo para la toma de decisiones como para la profundización de las investigaciones pertinentes. Se constató que hay fuentes potenciales de datos que pueden contener importante información acerca de los censos nacionales, encuestas de hogares, registros gremiales y declaraciones de renta. En apoyo de los países que realizan esfuerzos en este sentido, la OPS ha desarrollado un programa computarizado llamado UNIDATO, que puede ser de mucha utilidad. Su implantación gradual se hará de acuerdo a solicitudes de países e instituciones.

El Grupo de Trabajo recomendó apoyar estudios iniciales de mayor profundidad sobre fuentes de datos, realizar talleres nacionales sobre fuentes de información y promover un curso internacional sobre fuentes de información en recursos humanos para los países empeñados en este tipo de trabajo.

REUNION CONTINENTAL DE FACULTADES DE FARMACIA DE LAS AMERICAS

La Asociación Americana de Facultades y Escuelas de Farmacia y la Organización Panamericana de la Salud promovieron una reunión que agrupó a autoridades y docentes de las facultades de farmacia de la Región, y que tuvo lugar en Miami del 9 al 12 de enero de 1990. Los objetivos fueron revisar el rol del farmacéutico como integrante del equipo de salud, identificar funciones del farmacéutico en el contexto de la estrategia de atención primaria y en relación con los sistemas locales de salud (SILOS), y buscar aproximaciones a decisiones

curriculares pertinentes a esos propósitos por parte de las instituciones formadoras de personal. De igual forma se exploraron alternativas para desarrollar programas de capacitación permanente en el trabajo para los egresados de las escuelas de farmacia. Un punto de relevancia fue la discusión sobre las posibilidades que ofrece la metodología de análisis prospectivo como medio para promover el desarrollo institucional y programático en las escuelas universitarias dedicadas a esta disciplina.

Las entidades organizadoras y el grupo de participantes recomendaron al final, entre otras acciones de seguimiento, la preparación de un Plan Operativo para los próximos años, a fin de instrumentar las recomendaciones y conclusiones alcanzadas, las cuales se mencionan en el párrafo anterior.

CAPACITACION EN SERVICIO EN EPIDEMIOLOGIA: GRUPO DE CONSULTA

Entre el 20 y el 24 de febrero de 1990 tuvo lugar en la sede de la Organización en Washington, D.C., la reunión de un Grupo de Consulta convocado por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos para revisar recientes avances y alternativas innovadoras en materia de capacitación en servicio en epidemiología. Se analizaron aspectos críticos de la formación epidemiológica en las facultades de medicina y escuelas de salud pública, así como las alternativas metodológicas y conceptuales para el desarrollo de procesos capacitantes de tipo permanente en el marco de los servicios de salud, y a la luz de las estrategias en curso por parte de los países, sobre todo la relativa a los sistemas locales de salud (SILOS).

El grupo estuvo constituido por expertos de Argentina, Brasil, Chile, Perú, Venezuela, Colombia, Honduras, Costa Rica, México y Estados Unidos, y contó además con el aporte de funcionarios de los Programas Regionales de Desarrollo de Recursos Humanos, de Desarrollo de Servicios de Salud y de Tendencias en Salud de la OPS.

INVESTIGACION EDUCACIONAL EN APOYO A LA CAPACITACION PERMANENTE

En números anteriores de esta Revista se ha informado sobre esta línea de trabajo recientemente impulsada por el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la OPS en los países de América. Sus orígenes, la conciencia de su necesidad, su forma gradual de implementación, y el desarrollo conceptual y metodológico correspondientes, han sido objeto de divulgación entre los interesados, a través de estas

páginas. En el número 1 de este Volumen 24 se ha informado sobre la primera reunión subregional (que propició el encuentro de trabajadores de salud e investigadores de los países andinos y del Cono Sur), que tuvo lugar en Cochabamba, Bolivia, en noviembre pasado. Un segundo encuentro de este tipo (para educadores, trabajadores de salud e investigadores de Centroamérica, México y el Caribe de habla hispana) tuvo lugar en Antigua, Guatemala, entre el 22 y 27 de abril pasado. En esta como en la reunión anterior, se exploró la posibilidad de instrumentar acciones de investigación en el campo educacional, en la búsqueda de nuevos enfoques metodológicos en educación, sobre todo aquellos que se centran en el proceso de trabajo como eje fundamental del aprendizaje, y en los que buscan el diseño y desarrollo de procedimientos de monitoreo que hagan viable la característica de permanencia del acto educativo en los servicios de salud. Asimismo, se definieron lineamientos para la elaboración de proyectos de investigación nacionales alrededor de problemas concretos de trabajo, que permitan la preparación de un proyecto regional y la creación de una red colaborativa continental, a través de los cuales se espera impulsar esta línea de acción como una forma más de trabajo en salud.

PRIMER CONGRESO BRASILEÑO DE EPIDEMIOLOGÍA

El Primer Congreso Brasileño de Epidemiología tendrá lugar del 2 al 6 de septiembre de 1990 en el campus de la Universidad Estatal de Campinas, São Paulo, y será organizado por la Asociación Brasileña de Salud Colectiva. El tema central a discutirse es "Epidemiología y desigualdades sociales: los desafíos de final de siglo". El evento está estructurado en cursos de nivel medio y avanzado sobre temas de importancia crítica acerca de la enseñanza de la epidemiología a niveles de pre y posgrado, maestrías y doctorados, y políticas de investigación en epidemiología; comunicaciones libres y mesas redondas sobre temas de importancia fundamental en la época actual (demografía y transición epidemiológica, proyecciones sanitarias para el fin del siglo XX, pobreza y salud, perspectivas temáticas innovadoras en epidemiología y avances metodológicos en epidemiología, entre otros).

MEXICO: SISTEMAS LOCALES DE SALUD (JURISDICCIONES SANITARIAS TIPO)

El Grupo Interprogramático sobre Sistemas Locales de Salud de la Organización participó en una reunión de análisis del avance del proyecto correspondiente en cinco jurisdicciones sanitarias de México,

durante la semana del 26 de marzo pasado. Se revisaron los avances, los logros, así como las dificultades y limitantes encontradas en el desarrollo de los proyectos actualmente en curso, con el propósito de poder definir planes operativos para extender el proyecto a 32 jurisdicciones adicionales, a partir del segundo semestre de 1990. El aspecto relativo a capacitación de personal fue uno de los temas relevantes en las presentaciones y discusiones habidas, y al respecto, las autoridades de salud de México han logrado integrar a un grupo de seis instituciones educativas y formadoras de personal del nivel nacional en un esfuerzo conjugado para adelantar procesos de educación permanente que coadyuven al esfuerzo de la Secretaría de Salud de dicho país.

III CURSO INTERNACIONAL DE ESPECIALIZACION EN DESARROLLO DE RECURSOS HUMANOS

Del 6 de agosto al 22 de octubre próximo tendrá lugar el evento de la referencia en la Escuela Nacional de Salud Pública de la Fundación Oswaldo Cruz de Rio de Janeiro, Brasil. Al igual que en los dos años anteriores, el curso está orientado hacia graduados de distintas carreras que ejercen funciones de capacitación, gestión e investigación sobre recursos humanos en salud. En un total de 440 horas, el curso desarrollará cuatro unidades: I: Políticas sociales en América Latina; II: Aspectos sociales y económicos de la fuerza de trabajo; III: Planificación y desarrollo de recursos humanos; IV: Gestión de personal: política, administración y organización.

El curso dispone de 20 cupos para participantes de Brasil y de otros países de la Región.

IX CONGRESO PANAMERICANO DE ANATOMIA

Tendrá lugar en Trujillo, Perú, del 21 al 26 de octubre próximo, conjuntamente con el IV Congreso Peruano de Ciencias Morfológicas. El programa científico del encuentro incluye revisiones clínicas y morfofisiológicas del hipotálamo, hipófisis y la glándula pineal, así como aspectos novedosos acerca de microcirculación, teratología humana, barreras hematoencefálicas, resonancia magnética, biología celular y morfofisiología neonatal.

LA UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA Y LA SALUD DE LA POBLACION

Del 19 al 22 de marzo pasado, en la ciudad de Santo Domingo, República Dominicana, y bajo los auspicios de la Universidad Autónoma de Santo Domingo, la Unión de Universidades de América Latina (UDUAL), la Organización Panamericana de la Salud y la Asociación Latinoamericana de Facultades de Medicina (ALAFEM) se reunieron representantes y conferencistas invitados de organismos representativos de la educación en medicina, odontología, enfermería y salud pública, con el objeto de analizar el tema "la universidad y las prácticas de salud en América Latina". Estas deliberaciones servirán como contribución al tema central La Universidad Latinoamericana y la Salud de la Población, que se abordará en la Conferencia de Facultades y Escuelas del Sector Salud que tendrá lugar en La Habana, Cuba, del 3 al 7 de junio de 1991.

Los otros dos temas preparatorios de la conferencia: El Papel de la Universidad en la Elevación del Nivel de Salud de la Población y Contribución de la Universidad a la Atención Primaria y a los Sistemas Locales de Salud, han sido objeto de reuniones similares realizadas en Quito y en Caracas.

Se espera que a partir de los documentos producidos en esas reuniones se desarrolle un amplio período de reflexión y análisis que contribuya al establecimiento de una postura universitaria latinoamericana en el campo de la salud.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD

Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la

ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD

La Oficina Sanitaria Panamericana —denominada hasta 1923 Oficina Sanitaria Internacional— se originó a raíz de una resolución adoptada por la Segunda Conferencia Internacional de Estados Americanos (México, enero de 1902) en la que se recomendaba celebrar “una convención general de representantes de las oficinas de salubridad de las repúblicas americanas”. Dicha convención (Washington, DC, 2-4 de diciembre de 1902) estableció la Oficina con carácter permanente. El Código Sanitario Panamericano (La Habana, 1924), ratificado por los gobiernos de las 21 repúblicas americanas, asignó funciones y deberes más amplios a la Oficina como órgano central coordinador de las actividades sanitarias internacionales en las Américas. La XII Conferencia Sanitaria Panamericana (Caracas, 1947) aprobó un plan de reorganización en virtud del cual la Oficina se convirtió en el órgano ejecutivo de la Organización Sanitaria Panamericana, cuya Constitución fue aprobada por el Consejo Directivo en su primera reunión (Buenos Aires, 1947). Durante la XV Conferencia Sanitaria Panamericana (San Juan, Puerto Rico, 1958) se decidió cambiar el nombre de Organización Sanitaria Panamericana por el de Organización Panamericana de la Salud. La Oficina, en cambio, permaneció con el mismo nombre.

En virtud de lo acordado en 1949 entre la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Oficina Sanitaria Panamericana desempeña las funciones de Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud para las Américas. La Organización Panamericana de la Salud funge también como organismo especializado interamericano en la esfera de la salud pública y goza de la más amplia autonomía para cumplir con sus objetivos.

Los propósitos fundamentales de la Organización Panamericana de la Salud son promover las acciones y coordinar los esfuerzos de los países del continente tendientes a combatir las enfermedades, prolongar la vida y estimular el mejoramiento físico y mental de sus habitantes. Con el fin de lograr estos propósitos, la OPS colabora con los Gobiernos Miembros en el desarrollo y perfeccionamiento de los servicios nacionales y locales de salud pública, fomenta la investigación y el desarrollo de tecnologías, facilita los servicios de consultores, concede becas, organiza seminarios y cursos de capacitación, coordina las actividades que llevan a cabo los países en relación con problemas comunes de salud pública, recopila y distribuye información epidemiológica y datos de estadísticas de salud y desempeña diversas funciones afines. A través de sus publicaciones, la OPS disemina información científica y técnica de carácter internacional.

Gobiernos Miembros: Antigua y Barbuda, Argentina, Bahamas, Barbados, Belice, Bolivia, Brasil; Canadá, Colombia, Costa Rica, Cuba, Chile, Dominica, Ecuador, El Salvador, Estados Unidos de América, Grenada, Guatemala, Guyana, Haití, Honduras, Jamaica, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, San Kitts y Nevis, San Vicente y las Granadinas, Santa Lucía, Suriname, Trinidad y Tabago, Uruguay, Venezuela. **Gobiernos Participantes:** Francia, Reino de los Países Bajos, Reino Unido.

Cuerpos Directivos: Conferencia Sanitaria Panamericana (reunión cuatrienal), Consejo Directivo (reunión anual), Comité Ejecutivo (dos reuniones ordinarias al año).

Oficina Sanitaria Panamericana: Dr. Carlyle Guerra de Macedo, Director; Dr. Robert F. Knouss, Director Adjunto; Dr. Luis Carlos Ochoa Ochoa, Subdirector.

ORIENTACION BIOSOCIAL DE LA EDUCACION
Y SALUD • SILOS Y MERCADO DE TRABAJO MEDICO •
TRABAJO Y EDUCACION PERMANENTE DEL
PERSONAL DE SALUD • RESEÑAS • NOTICIAS

