

NICARAGUA:  
EDUCACION PERMANENTE EN EL MUNICIPIO DOCENTE ASISTENCIAL.  
(Ejes organizativos/Programaci3n de la capacitaci3n continua y  
determinaci3n de necesidades de capacitaci3n.

Dr. Mariano Salazar Castellon

..HEAD02R\*##\*  
01 RESUMEN.

Este art;culo fu, preparado a partir de la experiencia del autor como Coordinador OPS/OMS del Proyecto de Educaci3n Permanente en Salud en el Municipio Docente Asistencial, en la Ciudad de Le3n, Rep3blica de Nicaragua, durante la primera fase de operaci3n del mismo, en el per;odo comprendido entre Mayo y Diciembre de 1990.

Pretende representar una contribuci3n al desarrollo de un enfoque nacional sobre este tema, esforz ndose por sintetizar y sistematizar la experiencia de construcci3n te3rica, organizativa y metodol3gica obtenida a partir de la experiencia pr ctica de montar un proceso de Educaci3n Permanente en Salud en el Municipio Docente Asistencial.

En una primera dimensi3n, se discuten las l;neas generales para desarrollar la Educaci3n Permanente en los servicios municipales de salud, analizando los principales factores condicionantes y determinantes para el desarrollo del proceso.

Revisa las caracter;sticas del Primer Nivel de Atenci3n como escenario del mismo, precisando el comportamiento de las variables estrat,gicas que en ,l se presentan y las exigencias al corto plazo que ,stas plantean a esta modalidad del proceso educativo.

Problematiza el como organizar la Educaci3n Permanente en el 1er. Nivel de Atenci3n y propone un conjunto de principios organizadores que orienten el montaje global del proceso en los Servicios Municipales de Salud.

En una segunda dimensi3n, propone una l3gica de programaci3n de la capacitaci3n continua a partir de un soporte metodol3gico para la identificaci3n de necesidades de capacitaci3n - e introduce un

conjunto de avances con relación a los aspectos operacionales e instrumentales correlacionados.

Identifica, en este sentido, dos elementos interactuantes y mutuamente influyentes: como construir el escenario básico de la programación y como construir el programa de capacitación.

Utiliza como eje integrador de ambos mismos una propuesta de entradas múltiples que posee como componentes relevantes los problemas principales de salud, la organización de los servicios, la dotación de fuerza de trabajo esencial, la producción de acciones, las necesidades de capacitación ( destrezas, habilidades y conocimientos ) y las formas organizativas de la capacitación.

..page

El artículo está organizado en dos partes, en la parte 1ra se discuten "Las líneas generales para desarrollar la educación permanente en los Servicios Municipales de Salud"; en la parte 2da se discuten "La determinación de necesidades de capacitación y la programación de la capacitación continua". Este último tema se aborda en dos grandes secciones, la sección A se refiere a la lógica general de operación de la propuesta, que incluye además un glosario de términos básicos sobre el tema; y la sección B se refiere a una serie de aspectos instrumentales de la propuesta.

El autor agradece las contribuciones substantivas de la Lcda. María Isabel Turcios, Coordinadora Nacional del Programa de Adiestramiento en Salud de Centroamérica y Panamá (PASCAP).

..page

02 PARTE 1RA: LINEAS GENERALES PARA DESARROLLAR LA EDUCACION  
PERMANENTE EN LOS SERVICIOS MUNICIPALES DE SALUD.

02.1.- INTRODUCCION.

Las transformaciones ocurridas en la direccionalidad del Proyecto Nacional de Desarrollo, a partir de 1979, en la República de Nicaragua, se expresan, en el ámbito interno, entre otros aspectos relevantes, en la organización del Estado, el estilo de Gobierno y la movilización popular alrededor de objetivos sociales, económicos, políticos y militares.

Desde los albores del decenio que concluye en 1990, las fuerzas sociales que han hegemonizado la emergente Sociedad Civil nicaraguense, contemplaron las políticas sociales dentro de su plataforma programática como uno de los aspectos más sensibles a ser abordados con carácter de verdadera urgencia, privilegiando los sectores de educación, salud y seguridad social.

La traducción de esta prioridad producto de la voluntad política y de la deuda social acumulada, tuvo como centro, en este y otros campos del quehacer gubernamental, la redefinición del rol del Estado, su modernización y la recuperación de los derechos ciudadanos de los nicaraguenses.

Las readecuaciones del sector salud, condicionadas y determinadas por el entorno social, tomaron cuerpo en la conformación de la Institución de Salud del Estado, verbigracia, Ministerio de Salud, - propuesto como cabeza de sistema y eje del movimiento de reorganización -, y en el reconocimiento de la salud como un derecho del pueblo y un deber del Estado.

El desarrollo institucional del Ministerio de Salud se ha producido en estrecha interacción con las coyunturas político económicas por las que ha atravesado la Nación. El mismo ha estado marcado por un esfuerzo permanente por poner en práctica el compromiso de alcanzar la Salud para Todos en el año 2000 a través de la Atención Primaria en Salud, en un marco de necesidad y posibilidad de fomentar la eficiencia, la eficacia y la equidad dentro del proceso de generación y demanda de servicios, asumidas como verdaderos retos de la gerencia en salud.

Operacionalizar este compromiso y darle una expresion real al derecho constitucional a la salud, ha conllevado enfrentar, junto con otros desaf•os, el desarrollo de los recursos humanos para esta empresa, lo que ha significado tratar las complejidades de la instituci•n del sistema de planificaci•n y gobierno de los mismos, asi como el de su formaci•n y capacitaci•n, donde el proceso de educaci•n permanente esta concebido como un componente nuer lgico alrededor del cual el pa;s viene acumulando una experiencia importante.

..page

Por otro lado, el modelo de producción y entrega de servicios generado por el Ministerio de Salud ha venido sufriendo paulatinamente cambios en su organización, preservando una tendencia constante a la desconcentración de actividades y descentralización del proceso de toma de decisiones para adecuar la organización de los servicios a las realidades locales. Muestra de ello es la regionalización sanitaria como esquema operativo funcional y actuante, - en su momento, experiencia pionera dentro de la esfera gubernamental-, y en la etapa actual, la propuesta nacional de Sistemas Locales de Salud conocida como Municipalización de los servicios del Primer Nivel de Atención.

El modelo de gerencia de la institución paulatinamente ha venido incorporando el enfoque estratégico situacional: el sistema de dirección estratégico ya se esboza en sus diferentes componentes, la participación popular es una constante generalmente contemplada y aceptada, y los problemas de salud de la población, su priorización, abordaje y solución son el eje de desarrollo de la capacidad gerencial del Sistema Nacional de Salud en los diferentes niveles de operación del sistema.

La práctica institucional del Ministerio de Salud en el momento actual esta haciendo converger en el plano táctico operacional, - por la fuerza de las exigencias del desarrollo -, la demanda de fortalecer metodológica, técnica y funcionalmente la Educación Permanente, como parte de una estrategia de consolidación del cambio institucional que opera a partir de la profundización de la municipalización de los servicios, el perfeccionamiento del sistema de dirección estratégico de la institución y la articulación con otros actores que expresan intereses y esfuerzos convergentes con el objetivo global de mejorar el estado de salud del pueblo nicaraguense.

Tomando como marco de referencia los presupuestos anteriores, planteamos que es posible, en estas nuevas circunstancias, la consolidación y fortalecimiento del proceso de Educación Permanente a partir de los principales problemas de salud pública en los que se concentra el esfuerzo institucional en el primer nivel de atención, contribuyendo a potenciar la explicación de

sus causas socioculturales y psicobiológicas, a aumentar la eficacia de las intervenciones, a elevar la viabilidad y factibilidad del programa de impactos en los grupos priorizados, y a aprovechar al máximo la capacidad instalada y el potencial de participación social.

..page

En este contexto, la educación permanente actúa en interacción con tres procesos interligados, potenciando sus efectos e interconexiones:

- \* El desarrollo de la capacidad gerencial de los sistemas de servicios de salud del primer nivel de atención en función de una mayor eficiencia, eficacia y equidad de los mismos.
- \* La movilización popular y de los trabajadores de la salud alrededor de los problemas priorizados y el crecimiento de la conciencia de los condicionantes y determinantes del proceso salud enfermedad en el territorio y de su responsabilidad personal y social con relación a los mismos.
- \* La producción, análisis crítico y aplicación del conocimiento acerca del perfil higiénico epidemiológico y la distribución temporal y espacial de los grupos priorizados para la transformación de la organización de la atención al medio y a las personas.

#### 02.2.- EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN COMO ESCENARIO DE LA EDUCACIÓN PERMANENTE.

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 estrategia política de descentralización y desconcentración institucional.

Además, se están contruyendo en la práctica 6 niveles resolutivos a partir de realidades territoriales en todo el país, que cuentan, como uno de los elementos destacados inmerso dentro de este proceso, con fuerza de trabajo sujeta a un reordenamiento en función de la propuesta que ya está operando.

Todo esto, 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 considerados 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 a 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 dispensarizados y de prevención existentes.

..page

A lo anterior se suma la beligerancia con que están actuando actores que tradicionalmente se han desplazado en el sector salud: el Movimiento Comunal, la Federación de Trabajadores de la Salud, la Federación de Sociedades Médicas de Nicaragua, el Movimiento Oscar Danilo Rosales, las Facultades de Medicina y los Gobiernos Locales. Todos ellos se colocan en el escenario como interlocutores del Ministerio de Salud con los cuales hay que contar de acuerdo a su peso específico en la obtención de los objetivos sanitarios, con el propósito de elevar la viabilidad y factibilidad de la propuesta de reorganización del 1er. nivel de atención, tanto en el campo de la organización, producción y entrega de servicios, como en el de planificación y formación de la Fuerza de trabajo.

De esta manera, 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 solidez organizativa mayor del Ministerio de Salud, así como 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, equidad y eficiencia de las acciones en el campo de la promoción, prevención, atención y rehabilitación de la salud, en las diferentes jurisdicciones territoriales.

Globalmente, la hegemonía del Ministerio de Salud no está en discusión. El grado de fragmentación de los diferentes actores es pequeño y su grado de interdependencia con el MINSA es alto. El conflicto, como elemento beneficioso y necesario para el perfeccionamiento de la propuesta organizativa y funcional del 1er. nivel de atención, se comportará dentro de límites de agregación y no de desagregación del Sistema Nacional de Salud.

En este escenario, colocamos 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 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 catalizador y movilizador en función del desarrollo de los Servicios Municipales y/o Areas de Salud.

De hecho, forma parte de la estrategia tendiente a empujar la transformación del 1er. nivel de atención, colocado como un proyecto dinamizador del cambio institucional. Acompaña este para afianzar las tendencias positivas que lo apuntalan y consolidan: 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 Area de Salud.

..page

La imagen objetivo del proceso de Educación Permanente toma un perfil mas 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 a 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.

Las tendencias de las variables estratégicas del 1er. nivel de atención como escenario de la Educación Permanente, e igualmente, las exigencias generales que al corto plazo plantean a esta modalidad del proceso educativo de los trabajadores de la salud y otros actores, tanto como una primera aproximación conclusiva, en ambos sentidos, pueden apreciarse en el Cuadro No. 1. pag.8.

### 02.3.- COMO ORGANIZAR LA EDUCACION PERMANENTE EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCION.

\*\* Los objetivos propuestos.

Posee como objetivos contribuir a incrementar, dentro del contexto, la equifinalidad de los diferentes actores, la mayor eficiencia en la utilización de los recursos, la mejor eficacia en el abordaje de los principales problemas y la mayor justicia en la entrega de los servicios.

\*\* Los principios organizadores.

La educación permanente como modalidad educativa de la fuerza de trabajo del MINSA responde a principios de orden genérico que contribuyen a organizarla como un proceso inserto dentro del escenario del primer nivel de atención.

- \* Utiliza como referencia los principales problemas de salud pública del Municipio y/o Area de Salud.
  
- \* Esta dirigida a grupos seleccionados de trabajadores de la salud que estan en el marco de la gerencia y operaciòn 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 caracter político, gremial, sindical, religioso, de beneficencia y de otra índole, interesados en contribuir a mejorar el estado de salud de la población.

(CONTINUAN)

CUADRO NO. 1.

VARIABLES	GRADOS DE INTENSIDAD DE LAS TENDENCIAS AL CORTO PLAZO	EXIGENCIAS AL CORTO PLAZO EN EL PROCESO DE EDUCACION PERMAN.
DESCENTRALIZACION Y DESCONCENTRACION.	2*	MAYOR GRADO DE DESCENTRALIZACION Y DESCONCENTRACION.
INESTABILIDAD ORGANIZACIONAL.	1	MAYOR GRADO DE PLANIFICACION Y GOBIERNO DEL PROCESO.
CONSOLIDACION SMS.**	2	MAYOR CLARIDAD ACERCA DEL CONTEXTO.
DEFINICION DE PRIORIDADES/ATENCION.	2	MEJOR APROXIMACION A LA DEFINICION DE AREAS TEMATICAS.
PRODUCCION DE SERVICIOS.	2	MAS ADECUACION AL PROCESO DE PROD. DE SERVICIOS.
ACCIONAR DE LOS DIFERENTES ACTORES.	2	MAYOR CAPACIDAD DE IDENTIFICAR E INVOLUCRAR ACTORES.

CONCLUSIONES Disminución xxxxxxxxxxxxxxxxxxx de la incertidumbre en la consecución de los objetivos institucionales y una solidez organizativa mayor del Ministerio de Salud y un fortalecimiento de su hegemonía. Asi como, fuertes tensiones en la esfera del modelo histórico de gerencia, producción y entrega de servicios, generada por la acumulación de expectativas y responsabilidades en torno a la capacidad potencial

+Tensiona la capacidad de planificar y gobernar el proceso global y local, especialmente en las esferas de la programación, organización, monitoría y evaluación del mismo.

y real de incrementar la eficacia, +  
eficiencia y equidad en el campo +  
de la promoción, prevención, aten- +  
ción y rehabilitación de la salud, +  
en cada jurisdicción territorial. +  
En general, incrementan la viabili +  
dad política y la factibilidad tec- +  
nica y organizativa del proceso de +  
educación permanente; su pertinencia +  
con relación a las necesidades +  
planteadas y su coherencia con el +  
contexto.

(\*): Escala de intensidad del 1 al 3, donde 1 = < y 3 = >.

(\*\*): Servicios municipales de salud.

\* 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 en base a una división técnica del trabajo a partir de una determinada organización y combinación de recursos.

\* Se inserta dentro de las actividades de monitoría y evaluación de los Programas, planes y políticas en el Municipio y/o Área de salud.

\* 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 consubstancial del proceso de acreditación de carreras técnicas y auxiliares en el territorio, unidad y servicio correspondiente.

\*\* Los principales problemas de salud como núcleos de atracción del proceso de Educación Permanente.

El archivo local de problemas principales de salud se convierte en el elemento que permite una relación de doble vía (conocimiento/transformación) entre el proceso de Educación Permanente y el contexto de la realidad sanitaria del primer nivel de atención, y en su ausencia, la inversión de esfuerzos para configurarlo e identificar sus principales condicionantes y determinantes es el paso preliminar para promover ordenadamente esta modalidad pedagógica.

En los hechos, el archivo nacional de problemas contenido en el Plan Trienal de Salud, así como la Campaña por la Defensa de la Vida del Niño, - principal programa del sistema -, se convierten en componentes direccionales que facilitan la identificación del perfil de problemas locales y su priorización.

Cada problema identificado con calidad de relevante, desencadena el ciclo en espiral de enseñanza aprendizaje al plantear la necesidad de su definición, caracterización sociodemográfica y microlocalización; así como la construcción y análisis de sus causas, la identificación y selección de soluciones y la monitorización y evaluación de las acciones de intervención y sus impactos.

La concepción es que el conjunto problema/reflexión/acción se convierta en el eje del proceso educativo.

\*\* La dotación de fuerza de trabajo de los servicios como protagonistas de la Educación Permanente.

El enfrentamiento diario de los principales problemas de salud del territorio es realizado por una dotación de fuerza de trabajo, que tiene a su interior una determinada estructura y composición, que refleja modalidades de combinación de profesionales, técnicos y auxiliares organizados para producir servicios.

Dentro de ellos existen grupos de profesionales, técnicos y/o auxiliares, que por su participación en el proceso de producción de servicios asociado a cada uno de los problemas priorizados, necesitan, más que otros, insertarse dentro del proceso de educación permanente y convertirlo en un elemento consubstancial a su programa de actividades.

La concepción es que el proceso de educación permanente es selectivo; esta dirigido a grupos seleccionados de trabajadores profesionales, técnicos y/o auxiliares, estrechamente vinculados al abordaje de los problemas principales.

\*\* La organización de servicios de salud como campo de acción básico del proceso.

La dotación de 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 diversas: edad, sexo, riesgo, ocupación, otras; pero con un denominador común, se trata de servicios que atienden directamente a las personas o al medio, y que tienen como soporte para entregar esta atención, servicios de apoyo diagnóstico y terapéutico, así como de apoyo general y administrativo.

En los hechos, el enfrentamiento de los problemas de salud, cualquiera de ellos, a través de la generación de acciones de salud, significa que para producir una intervención es necesario la interacción de los diferentes tipos de servicios

bajo un eje de interdependencia.

La concepción es 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 en el enfrentamiento de 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.

..page

- \*\* Las actividades de monitoría y evaluación como vía privilegiada de Educación Permanente.

Las actividades de monitoría y evaluación se redimensionan a partir de la ruptura que se viene produciendo en el Ministerio 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 a ser alcanzados, traducidos, a partir de la CPDVN, en la transformación cualitativa de aspectos seleccionados del perfil de morbimortalidad de poblaciones escogidas en el territorio.

Esta situación recalifica la monitoría de las rutinas de los procesos productores de acciones de salud, - como parte de programas en operación o de manera independiente - , y por ende, las de evaluación de sus impactos en los problemas seleccionados; reconfigurándose como una vía privilegiada para ejercer a su interior la educación permanente en la acción, enriqueciendo el conocimiento de los "supervisores y supervisados" para la transformación de la realidad.

Retoma las actividades de monitoría y evaluación dentro de un modelo de gerencia de los sistemas de servicios de salud más exigente, donde el sistema de petición y rendición de cuentas está más precisamente direccionado y con una demanda mayor de organización, y en general, de capacitación continua para desarrollar más la capacidad gerencial en los niveles políticos, de dirección y operación.

La concepción es que la educación permanente dirigida a desarrollar más la capacidad gerencial en el primer nivel de atención, tiene, - por las exigencias del desarrollo -, un espacio privilegiado dentro del programa de monitoría y evaluación de las acciones de salud en el territorio.

- \*\* La investigación de servicios de salud y la diseminación del conocimiento científico como fuentes y partes de la Educación Permanente.

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, entre otras facetas, del conocimiento histórico de la configuración de los servicios de salud y de la determinación de factores de equifinalidad, eficiencia, eficacia y equidad de y en los servicios de salud que estén relacionados con el tratamiento local a los problemas priorizados.

..page

De igual manera, la disseminaci3n de informaci3n cient;fica acerca de los desaf;os gerenciales mencionados con relaci3n a los principales problemas prevalente en el territorio, juega un papel de alto nivel, al permitir a los dirigentes, trabajadores directos y usuarios de los servicios, tener acceso a la experiencia que en otras situaciones, dentro y fuera del pa;is, han tenido suceso o fracaso en su enfoque, abordaje y/o manejo.

La concepci3n es que las investigaciones de servicios de salud y la red de disseminaci3n de informaci3n cient;fica son fuentes y partes importantes del conocimiento para la transformaci3n de la realidad que se pueden potenciar a travez de la educaci3n permanente.

- \*\* La acreditaci3n de carreras t,cnicas y auxiliares como foco de inter,s para la educaci3n permanente.

En el Ministerio de Salud se esta dando un proceso de acreditaci3n de carreras auxiliares y t,cnicas que representan una alternativa para desencadenar la educaci3n permanente, en cada caso en particular, como un elemento que apoya, incentiva y legitima este proceso.

La concepci3n es que acreditaci3n es sin3nimo de exigencia de educaci3n permanente como parte del proceso mismo de transformaci3n del conocimiento emp;rico para optar a un titulo.

- \*\* El Movimiento Comunal y la Federaci3n de Trabajadores de la Salud como actores relevantes del proceso de Educaci3n Permanente.

En el escenario del 1er. nivel de atenci3n, en las actuales circunstancias, estos actores destacan por su presencia y beligerancia, manteniendo cada uno de ellos, por su naturaleza, modalidades diferentes de inserci3n en el proceso de educaci3n permanente.

A manera de ejemplo, y en un primer entendimiento, FETSALUD podr;a estar asociado al proceso de educaci3n permanente

dirigido a elevar la calidad de la prestación de servicios y el Movimiento Comunal asociado al proceso de educación permanente dirigido a elevar la calidad en el uso de los mismos.

Ambos podrán jugar interesantes roles de liderazgo y convertirse en factores dinamizadores del proceso en el seno de los trabajadores de la salud y pobladores de los territorios bajo el área de influencia de la red de servicios local.

Su presencia, incentivar; a el carácter social del proceso rompiendo sus ataduras meramente institucionales e incrementar; a notablemente el ámbito de incidencia del mismo, tornándolo más participativo e interactuante, dotándolo de un mayor sentido de corresponsabilidad.

La concepción es que el proceso de educación permanente es democrático y que en él participan con diferentes intereses, intensidad y magnitud, los principales actores del mismo: institución, sindicato y movimiento comunal.

03 PARTE 2DA: DETERMINACION DE NECESIDADES DE CAPACITACION Y PROGRAMACION DE LA CAPACITACION CONTINUA.

03.1.- SECCION A : LOGICA DE OPERACION.

Presentación.

Esta propuesta tiene como objetivo traducir en un enfoque metodológico las líneas generales para desarrollar la Capacitación Continua del proceso de Educación Permanente en los Servicios Municipales de Salud.

Consta de dos procesos interactuantes y mutuamente influyentes:

- a) La construcción del escenario básico para la programación.
- b) La elaboración del programa de capacitación.

1 El escenario básico se construye a partir de la identificación de sus componentes básicos: 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 1er. Nivel de Atención, incluyendo aquellos propuestos por la Campaña por la Defensa de la Vida del niño.

Permite, 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, identificar las ocupaciones en vigor y las unidades de producción de servicios correspondientes.

Utiliza como eje integrador las diferentes categorías de Fuerza de Trabajo Esencial presentes en la Resolución 75, de tal manera, que por cada categoría pueda microlocalizarse el servicio donde se ubica, los problemas principales de salud que enfrenta y las acciones de salud que se realizan con este fin.

2 El Programa de Capacitación está dirigido a la determinación de necesidades de capacitación y a la programación de las formas organizativas de la misma, por servicio y categorías

seleccionadas de la fuerza de trabajo, de acuerdo a los principales motivos de consulta y egreso que enfrentan y a partir de las tareas que realizan y las destrezas, habilidades y conocimientos para ponerlas en práctica.

Este primer esfuerzo metodológico presenta también un glosario de términos de utilización frecuente en el campo de la Educación Permanente con el objeto de apoyar el desarrollo conceptual sobre esta materia y de establecer un vocabulario común que facilite la comunicación y potencie el esfuerzo de programación de la capacitación continua de la misma.

Como construir el escenario básico para la programación y la identificación de necesidades.

#### 1 Principios.

- \* El proceso es liderado por el Director Municipal de Salud, con la participación de su equipo de dirección, asesorado por el responsable de las actividades docentes de ese ámbito o por un delegado del Área de Salud o Dirección Regional.
- \* La construcción del escenario básico se realiza a partir de la información disponible y el juicio heurístico (a) del equipo de dirección y de los trabajadores de la salud del municipio, utilizando como patrón de referencia indicaciones metodológicas contenidas en el aplicativo procedimientos.
- \* Incorpora, como iniciativas municipales, especialmente en el plano epidemiológico, peculiaridades locales consideradas como relevantes con relación a los componentes del escenario.
- \* Utiliza como marco de referencia la apertura de servicios del 1er. Nivel de Atención, por tipo de unidad, fuerza de trabajo esencial, acciones de salud y tipo de servicio. Igualmente, el listado básico y de prioridades de atención, admisión y egreso del 1er. Nivel.

#### 2 Procedimiento.

- \* Identifique la apertura de servicios del municipio, por tipo de unidad, fuerza de trabajo esencial, acciones de salud y tipos de servicio.
  - + Utilice el Formulario No.1 de acuerdo al instructivo correspondiente. (Ver Anexo No. 1).
- \* Identifique los principales Motivos de Consulta y Egreso del Municipio.
  - + Utilice los Formularios No.(s) 2 y 3 de acuerdo a los instructivos correspondientes. (Ver Anexo No.2)



Como construir el programa de capacitación.

## 1 Principios.

- \* La determinación de necesidades de capacitación se realizará de acuerdo a la lógica del análisis de tareas.
- \* Esta lógica se pondrá en práctica a partir de la identificación de los cargos propios de los servicios de Consulta Externa e Internamiento, y cuando sea necesario, de los servicios de Apoyo Diagnóstico y Terapéutico.
- \* La identificación de las capacidades requeridas por el personal seleccionado (habilidades/destrezas y conocimientos) se hará de acuerdo a los principales Motivos de Consulta y Egreso del Ier. Nivel de Atención en el Municipio, o bien de acuerdo a las tareas que desempeñe el personal en cuestión.
- \* la determinación de necesidades de capacitación se hará preferentemente a partir de una perspectiva colectiva: la del equipo de trabajo del servicio en cuestión de acuerdo a los Motivos de Consulta o Egreso seleccionados.

## 2 Procedimientos.

- \* Identifique las capacidades requeridas por el personal seleccionado de acuerdo a los principales Motivos de Consulta y Egreso que enfrentan.
- + Utilice el Formulario No.4 de acuerdo al instructivo correspondiente. (Ver Anexo No.3)

..page

Glosario de apoyo a la lógica general de operación.(1)

\* Capacitación: Forma de acción educativa cuya finalidad general es la adquisición o modificación (actualización, corrección, etc.) de capacidades por parte de determinados trabajadores.

Comprende toda actividad programada de enseñanza aprendizaje cuya finalidad específica consiste en la adquisición o modificación de determinados conocimientos y destrezas por parte de determinadas personas, teniendo en vista requerimientos actuales o futuros de su actividad ocupacional concreta.

\* Conceptos afines o relacionados con capacitación:

+ Entrenamiento: acentúa la capacitación durante y en el desempeño del trabajo.

+ adiestramiento: enfatiza el contenido "práctico" de la capacitación como aprendizaje de habilidades y destrezas.

+ habilitación y regularización: interesa la calificación formal de trabajadores que han obtenido capacitación por conducto de su aprendizaje empírico o informal en servicios.

+ actualización, especialización.

\* Análisis de tareas: Proceso en que se identifican a) las tareas y subtareas necesarias para resolver un problema, cumplir una función o realizar un trabajo y b) las habilidades, destrezas, conocimientos y condiciones necesarias que requiere un individuo tener para efectuar dichas tareas.

\* Tarea: Serie de operaciones o actividades lógicamente relacionadas que tienen un propósito común y que están dirigidas hacia la obtención de un producto, servicio o resultado.

\* Objetivos educacionales: Definiciones operativas de resultados esperados y, por lo tanto, inevitablemente traen consigo una cierta reducción analítica de los procesos psicológicos reales que acontecen en todo aprendizaje humano.

En un programa de capacitación, los objetivos educacionales

constituyen la especificación de aquellos conocimientos o habilidades que se hayan definido dentro de las necesidades de capacitación.

- \* Métodos: Estrategias para facilitar el aprendizaje.
- \* Técnicas: Procedimientos estandarizados que sirven para apoyar el desarrollo práctico de dichos métodos.

-----  
La construcción de este glosario tiene como fuente: Campos.A.Educación Permanente en Salud/Aportes conceptuales y metodológicos para su programación a nivel local.(Publicación PASCAP No. 21.).San José,, Costa Rica, 1989, p:55-81.

- \* Pedagogía de la transmisión: Parte de la premisa de que las ideas y conocimientos son lo más importante de la educación y que, por consiguiente, la experiencia fundamental que el alumno debe vivir para alcanzar sus objetivos es la de recibir lo que el docente o el libro de texto le entregan. El alumno es concebido como "tabula rasa" donde las nuevas ideas y conocimientos de origen extranjero se depositan.
- \* Pedagogía del comportamiento: Pone su énfasis en los resultados comportamentales, es decir, en las manifestaciones empíricas y operacionales del cambio de conocimientos, actitudes y destrezas.
- \* Pedagogía de la problematización: No es tan importante la transmisión fiel de conceptos, fórmulas y procedimientos, ni tampoco la adquisición de hábitos fijos y rutinas de trabajo conducentes a una nueva gestión. Es más urgente desarrollar la capacidad de observar la realidad, detectar los diferentes recursos a los cuales se puede acudir, identificar los problemas que obstaculizan su uso eficiente y equitativo, localizar las tecnologías apropiadas, encontrar formas de organización del trabajo y de acción colectiva para conseguir todo lo anterior, etc.

Comentario: Expuestas en términos doctrinales, su incompatibilidad queda claramente establecida.No ocurre lo mismo, sin embargo, si se las considera desde un punto de vista

metodológico restringido.

- \* Autoinstrucción: Puede basarse en lecturas personales, estudio individualizado de módulos o guías, etc.
- \* Enseñanza aprendizaje con intervención docente: Se basa en actividades presenciales formales: cursos, seminarios, conferencias, etc.
- \* Colaboración interdisciplinaria: Se basa en la cooperación educativa de personas que forman parte de un equipo de trabajo, con el eventual apoyo de otros expertos incorporados al sistema.

Ejemplos:

- + Supervisión capacitante: permite brindar aportes a las experiencias de aprendizaje en el puesto de trabajo.
  - + Estudios de casos o de historias clínicas.
  - + Interconsultas.
  - + Visitas de campo. ( estudios de foco)
  - + Investigaciones en equipo.
  - + etc.
- 
- \* Educación a distancia: estrategia integral que apela a sistemas multimediales de enseñanza y combina relaciones directas (tutorías presenciales) e indirectas (materiales y ayudas didácticas que el estudiante usa bajo su responsabilidad).

..printanexosnv.tcu