

11

El Desafío Educativo de las Reformas Sectoriales: Cambios en la Capacitación y la Evaluación para el Trabajo en Salud
Grupo de Trabajo sobre Evaluación de la Capacitación en Salud¹
Buenos Aires 30 de junio - 3 de julio, 1997

¹ El grupo de trabajo sobre Evaluación de la Capacitación en Salud estuvo conformado por: María Irigoín (Chile), Tereza Pena Firme (Brasil), María C. Davini (Argentina), María A. Roschke (OPS), Rosa M. Borrel (OPS), Luisa López (OPS), Fernando Vargas (OIT-Cinterfor), Pedro D. Weinberg (OIT-Cinterfor), Eusebio Maestre (Argentina), Eduardo Navas (OPS) y Pedro Brito (OPS).

Julio, 1998



Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR)
División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP)

Organización Panamericana de la Salud
Organización Mundial de la Salud

© Organización Panamericana de la Salud, 1998

El presente documento no es una publicación oficial de la Organización Panamericana de la Salud; no obstante, la Organización se reserva todos los derechos. El contenido de este documento puede ser reseñado, resumido, reproducido o traducido totalmente o en parte, sin autorización previa, a condición de que se especifique la fuente y de que no se use para fines comerciales.

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	1
2. ¿QUÉ ESTÁ PASANDO?	3
2.1 Las Reformas y sus Implicaciones para la Capacitación	3
2.2 Los Proyectos de Apoyo a las Reformas y sus Componentes de Capacitación	5
2.3 Las Instituciones de Salud y la Problemática de la Capacitación en las Reformas	7
2.4 Los Actores Colectivos y la Capacitación en Salud	11
3. ¿QUÉ NOS DICE LO QUE ESTÁ PASANDO?	13
3.1 Cambios en los Paradigmas de las Organizaciones y el Trabajo	13
3.2 La Gestión de los Proyectos de Capacitación: Cuestiones Emergentes	15
3.3 La Evaluación de la Capacitación	19
4. ¿QUÉ HACER?	25
4.1 La EPS y el Aprendizaje para el Desempeño	26
4.2 La Evaluación Permanente, más que una Compañera de Ruta de la Educación en Salud	31
4.3 Las Instituciones de Salud como Organizaciones en Aprendizaje Permanente	35
4.4 Flexibilidad Metodológica y Sistemas de Apoyo	36
4.5 A Modo de Conclusión: Una Gestión Integrada	37
5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	39

1. INTRODUCCIÓN

Las estrategias educacionales siempre han ocupado un lugar importante entre las herramientas técnicas con las que se enfrentan en América Latina los problemas referidos a la atención de la salud de la población. A la educación se le adscribe en los servicios de salud un alto valor de uso ligado a la importancia crucial del conocimiento y de la tecnología. Se podría afirmar sin riesgo a exagerar, que en la mayoría de casos, ante problemas en el proceso de producción de la atención de salud, se plantean de entrada acciones educacionales (cursos, talleres seminarios). En otras palabras, en el sector salud siempre ha existido mucha actividad educativa, no sólo aquella dirigida a formar personal (en facultades y escuelas) sino en los propios servicios, orientada a mejorar la competencia del personal en activo, llamada comúnmente capacitación del personal de salud.

Por lo tanto, en el sector salud existe mucha experiencia, una determinada capacidad educacional (diferente en cada país), recursos de diferente índole, y una cultura de capacitación fuertemente enraizada en el imaginario colectivo del personal de salud en todos los niveles de decisión.

La Organización Panamericana de la Salud ha acompañado desde hace muchos años el devenir de los programas y acciones educacionales en el sector salud de los países de América Latina. De cierta forma, dada la naturaleza de su misión y de su práctica de cooperación técnica (cuyas materias primas son el conocimiento y la tecnología), las prácticas educacionales también son muy importantes en la Organización.

Hoy se aprecia un gran dinamismo en el sector. Las reformas sectoriales y los proyectos de apoyo a las mismas, a través de sus componentes de capacitación, han aportado grandes desafíos, recursos financieros en una cuantía inédita y un nuevo protagonismo a esta tradicional actividad. Esta situación muestra signos muy alentadores, pero a la vez no se puede dejar de sentir preocupación por algunas situaciones y tendencias, derivadas también de las propias reformas.

De una manera general, en algunos casos debido tal vez a las orientaciones y estrategias, y en otros en razón de los ritmos de las reformas, se puede observar una gran tensión entre los requerimientos de los procesos de cambio y la orientación y modalidades de práctica y de gestión educacional existentes en los servicios de salud. En estos momentos, los objetivos a ser alcanzados y los resultados a ser garantizados, difieren mucho de los que tradicionalmente han definido las acciones de capacitación en el sector. Así, no son solamente desafíos a la teoría y a la práctica educacionales dominantes en el sector salud, sino también a la propia capacidad de organización y gestión de programas y actividades de capacitación, tradicionalmente definidas y dirigidas desde el nivel central (por lo general sin llevar en cuenta las necesidades locales), usando y abusando de estrategias reproductivas.

Por exigencias de criterios de eficiencia establecidos en los convenios que definen los proyectos de apoyo a las reformas, en muchos países se están introduciendo modalidades nuevas de gestión educacional basadas no en una lógica de programas sino de proyectos, no en

modalidades de gestión directa sino en modos competitivos de asignación. Este cambio es de una enorme trascendencia para los proyectos y sus objetivos, dada la escasa o nula experiencia de los funcionarios sanitarios en esas modalidades.

Algunas experiencias de organismos internacionales de cooperación financiera en apoyo al desarrollo de sistemas de servicios de salud de los países de la Región, trabajando en coordinación con los ministerios respectivos, permitirían inferir que se carece de una clara percepción de los alcances y cambios cualitativos que implican abordar el compromiso de modernizar sus sistemas de salud y lo que a su vez implica para la capacitación como estrategia.

En ese contexto, este documento intenta contribuir a la reflexión general al interior de los proyectos y de los componentes de capacitación de los actores colectivos protagonistas de los procesos de reformas, al hacer explícitos algunos motivos de inquietud derivados del análisis de situaciones actuales. Intenta también aportar soluciones al presentar ideas, que en opinión del grupo de trabajo reunido para ese fin, se consideran centrales para la proyección del trabajo de capacitación en los servicios de salud en contribución a los objetivos trascendentes de las reformas sectoriales.

2. ¿QUÉ ESTÁ PASANDO?

Los procesos de globalización y apertura económica de los países, en el marco de la actual revolución tecnológica de la información y la comunicación, ejercen un significativo impacto en todos los sectores de la economía y de la sociedad. Esta coyuntura (o encrucijada) ha puesto a todas las sociedades de América Latina ante la oportunidad de modernizar sus economías y asegurar su desarrollo social. Ello necesariamente conlleva la modificación de políticas públicas, dinámicas sociales y comportamientos de actores, a un nuevo escenario caracterizado por la búsqueda de coincidencias políticas y sociales.

Esos cambios tienen su correlato en el sector de la salud en los procesos de reformas. El logro de los objetivos y fines de las reformas de los sistemas de salud en la Región de las Américas (equidad, eficacia, eficiencia, calidad, sostenibilidad) requiere de ideas innovadoras, conceptualizaciones de avanzada y modelos de abordaje efectivos, acordes a los cambios en vigencia. Muchas cosas están cambiando en el sector salud en casi todos los países americanos. Una de ellas es la consideración política y técnica del personal de salud y consecuentemente las implicaciones que de esta condición se derivan para la capacitación.

2.1 LAS REFORMAS Y SUS IMPLICACIONES PARA LA CAPACITACIÓN

No hay duda que el acontecimiento actual más importante que ocurre en los sistemas de salud en América Latina (y en todo el mundo) está constituido por los procesos de reforma del sector. En lo sustantivo la reforma constituye una redefinición de las relaciones económicas, jurídicas, políticas y administrativas, así como de la arquitectura institucional, construidas históricamente entre los estados y sus sociedades para dar satisfacción a las necesidades de salud¹. Tienen historicidad y constituyen procesos políticos en marcha en el marco de las nuevas relaciones internacionales, y muestran (por ello) similitudes y diferencias entre los países.

Una mirada rápida por la Región muestra que existen reformas explícitas, política y jurídicamente, ampliamente debatidas, junto a otras que son menos difundidas o silenciosas (por lo menos ante los ojos del ciudadano común). Algunas pueden definirse claramente como reformas y orientarse hacia un modelo bien definido y diferente del anterior (con muchos parecidos al de otros países y a reformas de otros sectores en el mismo país), mientras otras se pueden definir más como cambios graduales o reorganizaciones de escaso alcance. Puede ser un proceso de construcción de algo nuevo, o ser una oportunidad para la reconstrucción de un sistema en profunda crisis, existiendo procesos bastante avanzados y otros incipientes. Hay ejemplos de todas estas (desordenadas) categorías en América Latina.

Los principales procesos comprendidos en las reformas del sector salud son:

1 La División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud de la OPS caracteriza las reformas sectoriales en salud como procesos orientados a introducir cambios sustantivos en diferentes instancias del sector salud, sus relaciones y las funciones que llevan a cabo, con el propósito de aumentar la equidad de sus beneficios, la eficiencia de su gestión y la efectividad de sus prestaciones para la satisfacción de las necesidades de salud de la población.

- Descentralización del sistema.
- Reorientación y reorganización de los ministerios de salud.
- Incremento y nuevas formas de participación social.
- Separación de las funciones de financiamiento y provisión de servicios.
- Modificación de la mezcla público-privada y nuevas modalidades de financiación de los servicios.
- Nuevas formas de remuneración de los prestadores de servicios, imponiéndose el pago per cápita por sobre el anterior sistema de pago por servicios.
- Ampliación de la cobertura de los servicios.
- Cambios de los modelos asistenciales y definición de paquetes básicos de atención focalizada.
- Cambios en la organización y gestión de las instituciones del sector (OPS, 1996).

Si bien en un primer momento, el énfasis de las reformas en la Región se concentró en los aspectos de descentralización del sistema y del financiamiento, y por tanto las acciones de capacitación se orientaron casi exclusivamente al personal responsable de la dirección y la gerencia; cada vez se hace más evidente una mayor preocupación por las implicaciones que esos y otros cambios tienen para el conjunto del personal de salud. El cuadro siguiente muestra de manera sintética algunas de dichas implicaciones.

Reformas Sectoriales y Desafíos a las Competencias y al Desempeño del Personal de Salud

Cambios en procesos sustantivos	Desafíos al personal
<ul style="list-style-type: none"> • Descentralización. • Nuevas funciones directivas, dirección, vigilancia sanitaria, regulación y control. • Cambios en los estilos de gestión de los servicios. • Nuevas modalidades de gestión económica y financiera. • Nuevos modelos de atención. 	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor capacidad de gestión (efectividad, eficacia y eficiencia). • Flexibilidad de normas, sistemas y procedimientos. • Mayor resolutiveidad de los servicios (redes de servicios). • Calidad en los procesos y resultados. • Mayor eficacia y productividad. • Reorganización del trabajo (conformación de equipos). • Nuevas competencias y perfiles de desempeño (tecnologías y modalidades generalistas, protocolos de atención). • Nuevos perfiles epidemiológicos. • Participación social (intra y extraservicio).

Se podría decir que hay dos grandes áreas de impacto en la reforma en las que los componentes de capacitación, en la mayoría de los proyectos en la Región tratan de incidir:

- Sobre la dirección y gerencia de los servicios en el marco de la descentralización, donde se incluye también la capacitación, orientada a apuntalar los cambios en los roles de los ministerios de salud.
- Sobre la atención de salud propiamente dicha en el marco de los nuevos modelos de organización y de estrategias de mejoría de la atención (énfasis en la atención generalista, focalización, promoción de la calidad de la atención, mejoría del cuidado en los ambulatorios, fortalecimiento de la atención primaria, etc.).

Esta gran división podría indicar dos grandes categorías de componentes o de programas de capacitación en las reformas: a) aquellos que se orientan a los cuadros directivos y gerenciales de los procesos de reforma, es decir los programas que apoyan los cambios institucionales y administrativos de las reformas; y b) los que se orientan al personal que brinda la atención, sean de servicios finales, intermedios o generales, en este caso los programas que buscan influir positivamente en la atención a la población (sobre todo para mejorar la calidad y la resolutivez). Se trata por tanto de poblaciones, objetivos, problemas, contenidos y estrategias educacionales distintas.

2.2 LOS PROYECTOS DE APOYO A LAS REFORMAS Y SUS COMPONENTES DE CAPACITACIÓN

Las reformas sectoriales en salud han producido un nuevo escenario para la capacitación en salud. La emergencia de procesos (y problemas a resolver) derivados de las reformas, así como la existencia de proyectos (de inversión, de desarrollo o de fortalecimiento institucional) con ingentes recursos financieros en apoyo a dichos procesos, han producido cambios en la orientación, posibilidades y condiciones en la utilización de estrategias educacionales en los sistemas de servicios de salud.

Esta nueva coyuntura es común a casi todos los países de América Latina que impulsan la reforma de sus sistemas de salud. Muchos de ellos han concertado acuerdos con organismos internacionales para financiar proyectos de apoyo a las mismas, o han destinado recursos del tesoro nacional en cuantías inéditas para dicho fin. En casi todos estos países se han puesto en evidencia algunas situaciones nuevas en relación a la situación previa a la reforma del sector salud (RSS).

En muchos proyectos existen componentes de capacitación definidos en función de los objetivos del proyecto (políticas de la reforma), o en apoyo a otros componentes. Esos componentes constituyen un enorme desafío para instituciones acostumbradas a una concepción reproductora, esporádica, reactiva, vertical y poco participativa de la educación, y a una gestión de los procesos educacionales centralista, muy burocratizada y por lo general carente de recursos.

Se podría decir que en un buen número de países, nunca hubo tanto dinero como ahora para capacitar a tanta gente en plazos tan perentorios y en un contexto político institucional tan cambiante y complejo. El desafío actual de los grupos nacionales responsables de los proyectos

es aplicar y ejecutar de manera eficiente y con impacto este caudal inédito de recursos (la mayoría de los cuales provienen de endeudamiento externo).

En base a la experiencia que ha tenido el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de OPS en el Área Andina y Centroamérica en los dos últimos años, se han identificado algunos rasgos comunes a los componentes de capacitación de los proyectos:

- Tienen como destinatario una población objetivo masiva (cientos o miles de personas), heterogénea (cubren a las diversas categorías profesionales) y dispersa, llegando en algunos casos a plantear una cobertura nacional.
- Imposibilidad de desplazar al personal a ser capacitado de los servicios donde trabajan, tanto por las exigencias del propio trabajo en una situación de cambios, como por su masividad y por los costos que implicarían.
- Los objetivos y contenidos educacionales se definen en función de determinados cambios en los servicios (en algunos casos cambios profundos), y suponen necesariamente cambios en las prácticas de los trabajadores
- Muchos de ellos requieren una respuesta de capacitación oportuna y ajustada a los contextos locales: los programas educacionales, en muchas oportunidades no han sido definidos en función de necesidades educacionales del personal en el nivel local, y deben ser ejecutados en dicho nivel; al respecto, es importante señalar la existencia de capacitadores externos al sector.
- Exigen un nuevo enfoque educacional y metodologías dinámicas y apropiadas a la condición del personal y a la situación y dinámica de los servicios. Las concepciones y prácticas tradicionales de la educación en los servicios de salud son consideradas inefectivas.

En un buen número de experiencias quienes identifican las necesidades y programan las actividades educacionales no son (o serán) quienes las ejecuten, y el personal de los servicios locales no suele ser integrado a ninguna de estas actividades de identificación.

Esta es otra situación nueva en los ministerios de salud, donde siempre se capacitó del centro a la periferia, pero bajo responsabilidad directa de las unidades centrales.

- En la práctica se está demostrando que tan crucial como la capacidad educacional, es la capacidad de gestión de (los componentes) los proyectos, dados los objetivos, plazos, recursos y actores que intervienen.

Un aspecto crucial de la experiencia regional es la necesidad de mejorar la capacidad de evaluación integral de dichos componentes y proyectos. Se podría afirmar que en la gestión de proyectos educacionales, el problema más importante es la falta de evaluación que afecta la totalidad del ciclo de los proyectos. No existe una práctica de evaluación de resultados ni de impactos de las actividades de capacitación.

2.3 LAS INSTITUCIONES DE SALUD Y LA PROBLEMÁTICA DE LA CAPACITACIÓN EN LAS REFORMAS

Las características arriba indicadas, plantean una serie de situaciones problemáticas que afectan las posibilidades de que los proyectos y sus componentes de capacitación y los recursos existentes puedan producir los resultados esperados. En la medida que la evaluación es insuficiente, estas situaciones no siempre son identificadas y pueden llegar a configurar problemas críticos.

Estos problemas se presentan en la mayoría de países, sobre un sustrato de insuficiente análisis contextual, sobre el que se instala una insuficiente capacidad técnica de los equipos nacionales responsables (sean de las unidades ejecutoras o de los niveles locales), y de una nula o muy escasa experiencia de gestión de proyectos con recursos cuantiosos y que deben ser ejecutados bajo modalidades competitivas.

Una frecuente negligencia en los estudios de factibilidad de los proyectos, de serias consecuencias para los componentes de capacitación, es la que se refiere al análisis institucional de los servicios de salud. No analizar el microcosmos de la atención de salud ha resultado en la no consideración de importantes elementos o variables para el éxito de la capacitación.

En este análisis se deben resaltar las características organizativas del servicio, las características del personal de salud en cuanto a fuerza laboral, el proceso tecnológico, las relaciones de trabajo que se establecen y rigen la vida institucional, y la cultura institucional tan peculiar no solo al sector, sino a cada institución (hospital, instituto, ambulatorio o centro de salud).

Adentrarse en ese microcosmos, es penetrar en la enorme complejidad de una organización donde confluyen infinidad de personas con prácticas, saberes y tecnologías de salud muy diferenciados. Esa organización posee una finalidad trascendente cuyo logro, por lo menos en el orden laboral dominante hasta la fecha, generado bajo la influencia de las ideas de Taylor en los primeros años de este siglo, entra en colisión con criterios organizativos del trabajo muy arraigados. Ello se traduce en fragmentación de unidades de atención, serios problemas de comunicación, frecuentes conflictos y con valores y normas culturales muy propias y cerradas.

Como se mencionó anteriormente, en esas instituciones donde se aplica saber y tecnología médica a gran escala, la educación constituye un valor que sustenta una práctica muy difundida. La educación del futuro profesional o técnico convierte al servicio en un ámbito privilegiado, no sólo de calificación técnica sino de socialización, es decir, de adquisición de valores y de cultura profesionales, tanto de una cosmovisión particular como de internalización de patrones de diferenciación social. La capacitación del personal en activo es considerada una estrategia esencial, no sólo para el mantenimiento o mejoría de la competencia técnica, sino también como una forma de promover la adquisición de valores y normas institucionales (por los directivos de la organización), y de asegurar progreso y reconocimiento en el trabajo (por parte del personal).

En un contexto de alta erosión y frecuente inestabilidad institucional, que va mucho más allá de una sana alternancia de gestores en el marco de la democracia, distintas áreas del sector salud han desarrollado proyectos de capacitación, en forma más bien puntual y en un marco de escasa regulación, normatividad y coordinación.

Frecuentemente esos proyectos han sido impulsados sin una clara visión de proceso, con alcances diversos y tiempos de maduración diferentes a los requeridos, determinados en lo esencial por imperativos de orden político coyuntural. Además, en esos casos, la participación de los niveles operativos en la definición de sus alcances y características ha sido baja, y la gestión de los mismos, ha quedado en manos de estamentos con escasos conocimientos de los contenidos requeridos y metodologías educativas convenientes.

La asimetría en los niveles de conocimientos y experiencias entre los funcionarios nacionales y sus contrapartes de las agencias de cooperación internacional, ha llevado a que muchos de estos proyectos fueran sólo una parte de paquetes más amplios, globales, negociados y, a veces, instrumentados y/o coordinados por áreas gubernamentales, “lejanas” al sector salud (léase las áreas económicas).

En un análisis más específico del contexto institucional de los proyectos, se pueden señalar algunas otras situaciones problemáticas en las experiencias de trabajo con los proyectos en los países de la Región.

Muchos de los proyectos y recursos canalizados, que buscaron incrementar o mejorar la oferta de los servicios, se guiaron por criterios de tipo cuantitativo, sin percibir que era fundamental en situación de cambio tan sustantivo, modificar el modelo de organización de los servicios, y en lo referente a los recursos humanos, modificar el patrón educacional y el modelo de gestión de personal. Se buscó, en algunos casos, reducir el impacto social del ajuste, incrementando la oferta en los primeros niveles de atención, desarrollando los ambulatorios urbanos y rurales donde se encuentra la población más carenciada. No obstante, recientemente se ha comenzado a entender que no va a haber cambios profundos si no se impacta también a los niveles intermedios y de decisión. Así, se han instrumentado algunos proyectos que buscan operar sobre estas situaciones tan cambiantes, con alcances diversos, según si los procesos de descentralización están más o menos avanzados.

La inexistencia de evaluaciones ex-ante, de estudios piloto, de consultas o foros abiertos, y de memorias institucionales en muchos casos, ha generado una ruptura entre proyectos, instrumentos, y objetivos propuestos, lo cual ha llevado a una mala utilización de los recursos y apoyo recibidos. Asimismo, esto ha impedido que quienes toman las decisiones conocieran con claridad el alcance de los compromisos que estaban tomando. Aquello, junto a la ausencia de información relevante, no ha facilitado un buen manejo político y técnico de la cuestión de proyectos.

Como se indicara, no se han realizado procesos de evaluación ex-ante para conocer posibles obstáculos a la implementación de los proyectos, para conocer su relevancia, para conocer quiénes puedan apoyar u oponerse, ni para realizar actividades previas de inducción y sensibilización de actores institucionales al respecto. No se le ha dado importancia a aquellos

aspectos que hacen a la “cultura”, al ambiente existente en el sector, en ocasiones, sobrevalorando la capacidad de gestión del equipo central, el cual ha formulado los proyectos en situaciones “ideales”, sin considerar la posibilidad de eventos contingentes o imprevistos.

La inestabilidad institucional, frecuente en algunos países, afecta la continuidad de los proyectos y de los equipos. Esta condición se deriva de una característica bastante diseminada en la Región, y que es la propia inestabilidad de los ministros y responsables políticos del sector salud. Esos cambios de administración del Estado ocurren en el marco de la propia dinámica democrática en los países. En algunos de ellos, la cultura política imperante genera inestabilidad y recambios en los equipos de gobiernos nacionales, regionales, estatales, provinciales y hasta en los locales. Es frecuente la remoción de los equipos responsables de los proyectos y programas en esos niveles.

En otros casos, los procesos políticos internos y los consecuentes plazos perentorios derivados de la dinámica política, afectan los cronogramas de los proyectos y el cumplimiento de sus metas intermedias. Determinados procesos políticos nacionales pueden llegar a paralizar no sólo los proyectos, sino la propia administración pública.

Los procesos de modernización de la gestión estatal han implicado un cambio de su organización institucional, en que el Estado asume un nuevo rol, se achica y redefine sus funciones. En ese proceso, las instituciones asumen una nueva dinámica, y los funcionarios deben adaptarse no sólo a una nueva forma de la organización del trabajo, sino también a nuevas relaciones laborales. Esta “nueva” administración pública está buscando responder a las demandas de la modernización de la gestión y así paliar las consecuencias inmediatas del ajuste estructural.

Ese proceso de cambio en la administración pública supone una revolución en la cultura de las organizaciones públicas. Este cambio no siempre es considerado ya que requiere que todos sus componentes cambien y exige operar sobre el diseño de las estructuras y normas, sobre sus dinámicas de constitución y operación, así como sobre la recreación permanente de todos sus tipos de recursos. Todo ello obliga a estructurar una nueva percepción de la problemática referida a la capacitación de recursos humanos, y de la evaluación permanente de su desempeño como un elemento sustantivo de la misma y de la sustentabilidad de los procesos laborales y educativos,

En ese contexto, las exigencias de eficiencia y dinamismo de los organismos financiadores dieron lugar, en algunos países, a la conformación de estructuras ad-hoc responsables de la gestión de los proyectos. Esas unidades ejecutoras de proyectos, no sólo de capacitación, dotadas de personal externo a la estructura de “línea”, han generado muchas veces tremendas resistencias del personal burocrático de los ministerios. Sea por las razones que sean: diferentes condiciones de trabajo, por el control del manejo y asignación de los recursos, o por la determinación de los contenidos de la capacitación; los resultados siempre han sido negativos para ambos grupos, pero sobre todo para el proyecto y sus beneficiarios. La forma en que algunos proyectos se gestionan, revela serias colisiones entre el mismo y la estructura del sector. La débil institucionalidad de los primeros, queda en evidencia, al advertirse que los grupos de línea, sostenidos por una fuerte institucionalidad burocrática, no sienten identificación con los mismos.

Estas unidades creadas para aplicar una lógica de eficiencia y eficacia desde el punto de vista técnico, no siempre estuvieron dotadas de experiencia y capacidad en los asuntos públicos, con una lectura de las cuestiones a enfrentar en el proyecto desde una perspectiva de salud pública. En no pocos casos las unidades han crecido transformándose de facto en un poder paralelo.

Por otra parte diversas experiencias también demuestran que es posible la coexistencia de diversos proyectos con resultados eficientes y efectivos, si existe una dirección política con poder y capacidad, y si se instrumenta un fuerte control centralizado que evite que cada uno de los proyectos se transformen en subsistemas autónomos, que compiten por destinatarios, recursos, personal, etc., lográndose de esta forma un funcionamiento armónico del sistema a partir de la integración de cada una de sus partes, basado en objetivos diversos pero complementarios.

El universo de empresas y agencias contratadas para apoyar procesos de descentralización de los servicios, sea para reforma organizacional, para cuestiones relativas a equipamiento, para capacitación de recursos humanos, etc., ha sido bastante amplio. Ha implicado necesidades de control, coordinación y supervisión, que superó, en ocasiones, las capacidades de respuesta de las administraciones nacionales, que en muchos casos no tuvieron una clara idea de los alcances y la profundidad de los compromisos que estaban adquiriendo con las instituciones internacionales de apoyo y cooperación.

En algunos países se ha denunciado que muchas de esas firmas consultoras en las áreas de capacitación se han caracterizado por ofrecer actividades descontextualizadas, “enlatados” o “llave en mano”, más que procesos educacionales a la medida de las necesidades nacionales y locales. Los niveles locales han rechazado esos paquetes por no responder a sus necesidades. Esa experiencia negativa se ha visto facilitada por la falta de un sistema de capacitación. Todo esto ha impedido coordinar adecuadamente los proyectos, atentando contra la sostenibilidad ya que todo está muy disperso y fragmentado.

En ocasiones se ha registrado una confusión entre tiempos políticos y tiempos de maduración de los proyectos de capacitación. De esta forma se ha pretendido que el proyecto solucione todo en el tiempo de ejecución o de vida del mismo, que por lo general es de maduración más larga que el plazo político. En esta confusión se han elaborado proyectos “mesiánicos”, de tipo holístico, sin objetivos susceptibles de ser logrados.

La escasa perdurabilidad de los equipos preparados para la gestión y operación de los proyectos de capacitación de recursos humanos, hace que cada vez que una misión de las instituciones de apoyo financiero o de asistencia técnica arriba al país, el trabajo vuelve, de cierta manera, a reiniciarse. Esto se debe no sólo a los relativamente escasos conocimientos y experiencia de las contrapartes nacionales para actuar con nuevas reglas, sino también debido al contexto de incertidumbre e inestabilidad en que transcurren muchos proyectos. Ello los coloca en una situación de desventaja frente a dichas misiones, y los “obliga”, en ocasiones, a aceptar lo que se les proponga.

2.4 LOS ACTORES COLECTIVOS Y LA CAPACITACIÓN EN SALUD

Las posibilidades que ofrecen estos recursos hacen que el contexto institucional sea muy complejo y se caracterice, entre otros rasgos, algunos ya señalados en el apartado anterior, por una gran expectativa entre los diversos actores del sector por los beneficios que se pueden derivar de los proyectos, generando con frecuencia una activa y salvaje “pugna distributiva”. Entre los principales actores se encuentran:

- El gobierno, que por medio de estos proyectos puede hacer efectivas sus políticas, y al contar con los recursos puede establecer o imponer relaciones que lo favorezcan.
- Las unidades ejecutoras, que en casi todos los proyectos se organizan con criterio ad hoc, y quienes tienen la responsabilidad delegada de las esferas decisoras del gobierno de realizar la gestión. Esta condición les otorga un poder importante, lo que también las coloca en la mira de los intereses y expectativas de los otros actores.
- Las unidades descentralizadas que obtendrán recursos para satisfacer determinadas necesidades definidas como prioritarias.
- El personal de los servicios que podrá tener acceso a programas educacionales que los beneficiarán en forma individual (en tanto técnicos y profesionales), y colectiva (en tanto los constituyentes de los servicios).
- La tecnoburocracia ministerial (las unidades de línea) que como responsables de programas y servicios obtendrían recursos de los que carecen, o se les niegan, y que consideran críticos. No siempre participan de las decisiones que afectan el destino de los recursos, las que por lo general se toman o se procesan en las unidades ejecutoras.
- Las instituciones productoras o prestadoras de servicios educacionales (universidades, institutos, ONGs, empresas, consorcios, alianzas, etc.) nacionales e internacionales, deseosas de ganar licitaciones en este nuevo mercado.
- Las asociaciones y gremios profesionales que observan con preocupación como una actividad que antes les era propia o propicia (la de educación continuada o actualización técnica), y que les permitía mantener la cohesión y fuerza corporativa, es ahora de iniciativa del gobierno.
- Los organismos de financiamiento internacional que han aportado los recursos y que tratan de influir en las decisiones nacionales, o que observan con interés (y a veces con preocupación), cómo se orientan y ejecutan dichos recursos.
- Los organismos de cooperación técnica internacional, que en virtud de acuerdos con los gobiernos, tienen interés u obligación de contribuir a un buen desempeño de los proyectos, pero que a veces no son llamados o se muestran incompetentes para apoyar efectivamente a los nacionales en la gestión de los proyectos.

3. ¿QUÉ NOS DICE LO QUE ESTÁ PASANDO?

Todo lo anteriormente señalado nos indica que existen problemas en dimensiones esenciales de los proyectos de capacitación: su generación, gestión y evaluación. Se revisará de manera somera algunas de las situaciones más saltantes de estas dimensiones; pero antes se dará cuenta de algunos cambios que están ocurriendo en las visiones genéricas que se manejaban en el sector de la salud sobre las organizaciones, el personal y el trabajo en los servicios.

3.1 CAMBIOS EN LOS PARADIGMAS DE LAS ORGANIZACIONES Y EL TRABAJO

La multiplicidad de problemas citados en el punto anterior está dejando lecciones en lo político y en lo técnico, así como también señales de cambio en las perspectivas teóricas con las que se gestionan los servicios.

Los procesos de reforma, sus consecuencias y derivaciones, están obligando a nuevas competencias y desempeños. Es de considerar en esta circunstancia el esfuerzo que muchos países desarrollados han hecho para el incremento de su talento humano. Mediante agresivas políticas de inversión social han logrado incrementar su capital humano, mostrando una vía a tener en cuenta.

Los países están frente a una oportunidad de actuar de una manera completamente nueva. En base a nuevas ideas y conceptos sobre el desarrollo humano en general y de las organizaciones en particular, se pueden ahora afrontar cambios en la educación de los trabajadores. La experiencia más inmediata indica que en esos cambios se deben enfatizar, en la coyuntura de los proyectos de apoyo a las reformas, no solamente la necesaria transformación de las prácticas educacionales y los contenidos vigentes (en función de nuevas competencias requeridas), sino también el mejoramiento de la gestión y la evaluación de la capacitación.

Hoy en día, muchos países que quieren ser competitivos, han entendido que es necesario fortalecer sus recursos tecnológicos, sus diseños organizacionales y sus recursos humanos. Advierten que los modelos de capacitación en uso tienen cada vez menos que ver con la estructura real del empleo. El convencional modelo educativo orientado al “credencialismo”, en los hechos bastante lejano de las competencias requeridas y de las necesidades de capacitación determinadas por ofertas que por demandas en mercados laborales.

Con frecuencia se menciona que se asiste al pasaje de una sociedad basada en el trabajo manual a otra sociedad basada en la utilización intensiva de conocimientos. Las instituciones se diferencian básicamente en función de sus diseños organizacionales y de la calidad y capacitación de sus recursos humanos. En numerosas áreas de la economía, el trabajador que desempeña una sola función se ve en riesgo de ser despedido. Ahora se requiere del personal dominio de competencias esenciales: él mismo debe saber qué y cómo lo hace, pero también por qué y para qué lo hace.

Debido a la constitución de mejores sistemas de información y supervisión (sistemas de apoyo), así como de procesos de inducción para las ocupaciones, se tiende al “aplanamiento” de

las estructuras medias y al uso más eficiente de los diversos tipos de recursos. En este sentido, es necesario advertir que han variado más las tecnologías y los modos de producción, que las formas y métodos de capacitación.

La imperiosa necesidad de impulsar cambios organizacionales hacia la calidad y la eficiencia en los servicios de salud, requiere de nuevos enfoques y prácticas, tanto en la organización y gestión del desempeño del personal, como en la capacitación para sustentar y garantizar tales cambios. Es de notar que ambas necesidades tienen como denominador común y eje, en una perspectiva de integración del estudio y el desempeño, el conocimiento de los procesos de trabajo en los servicios de salud.

Sería de suma utilidad la elaboración de una teoría del trabajo en salud. Si bien ha existido un notorio avance en la comprensión de los procesos laborales en los servicios de salud, sigue siendo un área de conocimiento escaso. Las estrategias de comparación con los procesos industriales y con otras áreas de servicios, permiten identificar elementos genéricos pero no especificidades absolutamente necesarias para poder construir propuestas de cambio. Por ello se hace de necesidad impostergable la realización de investigaciones orientadas a conocer y entender modos de organización del trabajo, los procesos tecnológicos, las motivaciones y valores de los trabajadores, las relaciones sociales que se establecen al interior de los procesos de atención, las determinaciones económicas del desempeño, etc.

Algunas observaciones indican que están ocurriendo grandes cambios en los procesos de trabajo en el marco de las reformas. En el caso específico de los hospitales, y debe decirse que los ambulatorios y centros de salud reproducen la situación, el diseño de los puestos de trabajo se ha construido sobre el criterio de la fragmentación y especialización como condición de la productividad; y los sindicatos, en la práctica, las han incentivado. Este orden laboral entra en conflicto con los cambios que requiere el mejoramiento de la calidad por ejemplo. También se observa que muchas áreas, incluso donde los sindicatos son fuertes, marchan a la terciarización, como es el caso de servicios de hotelería, mantenimiento, insumos y de otros sistemas de apoyo.

El orden laboral taylorista, imperante en los servicios de salud, hace que la atención sanitaria sea un proceso sumamente fragmentado. Muchas de las personas que intervienen en su atención, no tienen ideas precisas del porqué de sus intervenciones respecto de cada caso específico, es decir, no pueden establecer el vínculo de su acción con el paciente y su problema de salud.

Es necesario contar con una teoría del cambio institucional en salud, para que los trabajadores y estudiantes puedan ver lo que se puede hacer, y así darle viabilidad al cambio. Para ello sería necesario el cambio del concepto de salud vigente, de tipo patocéntrico, a una nueva visión que incorpore la vida, la salud, su promoción y el derecho a la misma. Por ello es que las reformas sectoriales deben ser entendidas como una oportunidad para los cambios necesarios en los sistemas de salud, incluyendo entre ellos los cambios de modos de pensar la salud, la propia atención y sus procesos sustantivos, entre ellos la educación y el trabajo en los servicios de salud.

3.2 LA GESTIÓN DE LOS PROYECTOS DE CAPACITACIÓN: CUESTIONES EMERGENTES

El desafío de la descentralización

Tradicionalmente la capacitación en salud se orientó principalmente a la actualización en normas, procedimientos y conocimientos técnicos. No implicó la movilización de recursos importantes y se realizó del centro a la periferia utilizando las estrategias presenciales o “en cascada”. En las modalidades presenciales, las más usadas, se realizaban cursos, talleres o seminarios en la capital o en alguna ciudad importante donde se congregaban los participantes. En la otra modalidad se capacitaban “capacitadores” para que hicieran la “réplica” de los cursos o talleres a nivel local.

De esta manera siempre existió una relación vertical directa entre la instancia que determinaba la necesidad de capacitar y un grupo determinado (también definido centralmente). El planificador de la educación era también el capacitador.

Esto ha determinado la existencia de tantos programas y unidades de capacitación como programas y unidades técnicas hay en los ministerios. Esta estructura se reproduce en los niveles intermedios (regional o departamental).

El desafío actual implica la capacidad de responder efectivamente a las necesidades de los niveles locales. Asimismo, reconocer contextos diferentes, realidades distintas y con seguridad resultados diversos al interior del proyecto. Esa capacidad debe existir tanto en los niveles centrales como en los locales e implica:

- identificar necesidades educacionales en base a los problemas y requerimientos de los propios servicios y en forma conjunta con los mismos,
- programar conjuntamente los procesos educativos respectivos,
- garantizar (bajo la modalidad de ejecución más efectiva y apropiada) que los programas sean pertinentes y relevantes a esas necesidades identificadas, y que los mismos incorporen, desde un principio, los componentes de capacitación en evaluación
- evaluar los programas dentro del marco de la educación permanente en salud.

Inexperiencia de los equipos para la gestión bajo reglas de competencia

Además de la centralización del proceso educacional y de la incipiente gestión que requería, como se indicara arriba, siempre existió una relación directa (vertical pero directa) entre las unidades que capacitaban y las unidades y el personal que requería ser capacitado.

En la situación actual, además de lo dicho, existe la necesidad, sea por magnitud de los recursos, por falta de capacidad propia de los ministerios, o por exigencia del diseño de gestión del proyecto, y a veces por los tres factores juntos, de gestionar los componentes bajo una modalidad de competencia, ofertando los programas a instituciones nacionales o internacionales (en algunos países llamadas “oferentes” o simplemente empresas: universidades, ONG,

consorcios, centros, etc.) y encargar la ejecución mediante contratos, a estas instituciones por lo general, de derecho privado.

Esta nueva modalidad ha puesto en evidencia la inexperiencia de los equipos nacionales responsables, que se traduce en la dificultad para definir términos de referencia, organizar los concursos o licitaciones, evaluar a las empresas, definir las reglas de juego, monitorear y evaluar los procesos de capacitación.

La intermediación en el proceso de gestión educativa

La participación de estas instituciones “oferentes” responsables de ejecutar los programas de capacitación concursados, ha puesto de manifiesto algunos problemas que hacen referencia a necesidades relacionadas con la evaluación:

- Las limitaciones de los criterios formales para evaluar la idoneidad (capacidad y experiencia) de las instituciones intermediarias para asumir la responsabilidad de los programas licitados.
- Como un ejemplo: Es frecuente que las instituciones acrediten como docentes a profesionales de alto nivel y prestigio académicos, que a la hora de la ejecución no participan. Como esta eventualidad no siempre es prevista en los términos de referencia, este incumplimiento puede quedar impune.
- Es también frecuente la falta de pertinencia de los programas desarrollados por las instituciones intermediarias. Es el problema de los llamados cursos “enlatados” alejados de las necesidades reales de los servicios locales.

Lo anterior lleva a la cuestión ¿qué es lo que se licita, actividades o procesos? La experiencia mayoritaria muestra la participación puntual de las instituciones intermediarias, es decir, con mucha frecuencia se licitan programas o cursos y no procesos de capacitación integrales. Este aspecto es más importante si se considera que las actividades educativas licitadas (cursos, talleres) se definen sin realizar un análisis de las necesidades educativas locales, sin participación del personal de estos niveles, sino en base a criterios temáticos generales, derivados de la orientación y objetivos globales de los proyectos.

Es importante tener en mente que cuando se trata de proyectos de fortalecimiento institucional, el desarrollo de capacidades no se construye exclusivamente desde el conocimiento, sino que exige un rol fundamental del capacitador. Este deberá incentivar procesos educativos que contribuyan a construir liderazgo, a conformar equipos colaborativos, a desarrollar procesos de aprendizaje adaptativos, anticipatorios, generadores de cambio y experienciales, para lo cual la capacitación para el desempeño presenta características muy interesantes. Por lo común, un especialista externo en determinada disciplina, no suele manejar esos procesos que requieren un conocimiento y una experiencia previos de la realidad a transformar.

Los fondos concursables

Esta es una modalidad de administración de los componentes de capacitación que se está difundiendo en la Región. Consiste en la administración de un fondo especial destinado a financiar programas educacionales, por lo común en los servicios descentralizados, seleccionados por medio de un concurso de proyectos presentados por las respectivas unidades o servicios locales.

Los proyectos financiados pueden ser ejecutados directamente por la propia unidad de servicios aunque se promueve su realización por medio de un contrato a una consultora o entidad académica. Este mecanismo orientado a lograr una ejecución eficiente del fondo, asociada a un sistema de incentivos a las unidades locales, presenta algunos inconvenientes a ser analizados:

- Insuficiente definición de las áreas prioritarias a financiar, de los términos de referencia y de las reglas de juego.
- Baja capacidad de las unidades locales para formular un proyecto pertinente a sus necesidades. Por lo general no se realiza una buena identificación de necesidades y se formulan proyectos en función de temas interesantes pero no siempre necesarios (es decir, sin problematizar).
- Insuficiente definición de un marco, criterios e indicadores de evaluación de proyectos y también de la ejecución de los mismos, una vez financiados.

Problemas de coordinación y eficiencia

Es muy frecuente encontrar que en un mismo ministerio existen varios proyectos (que pueden ser con financiamiento diverso pero a veces con financiamiento de la misma fuente) con sus respectivos componentes de capacitación que se orientan a lograr impactos sobre las mismas poblaciones o los mismos servicios, sin que exista coordinación entre ellos. Ello lleva, como es previsible, a duplicar esfuerzos y recursos. Este problema de coordinación que lleva a la ineficiencia, es a veces muy difícil de superar considerando la complejidad de las relaciones políticas y el conflictivo entorno institucional dominante en muchas instituciones.

Otro problema derivado de los múltiples programas de capacitación sin coordinación, es la virtual avalancha de cursos y/o talleres sobre los servicios, la mayoría de ellos con poca relevancia a sus reales necesidades, y la consecuente interferencia con la marcha de los propios programas de los servicios.

Masividad y heterogeneidad

No existe experiencia en muchos ministerios de salud en gestión de proyectos de capacitación masivos, dispersos y heterogéneos. Siempre se trabajó con pequeñas escalas. Por lo tanto se dan problemas (tanto a nivel central como periférico), para la movilización rápida y oportuna de los recursos necesarios para asegurar las actividades programadas y una infraestructura de la escala requerida.

Una dimensión menos tangible pero trascendente de esta cuestión es la relación entre los cambios propuestos (y que se traducirían en los objetivos de la capacitación) y el impacto de las acciones educativas sobre un número importante de trabajadores. Esta relación podría constituir una ventaja estratégica si se garantiza la consistencia entre las orientaciones y resultados de ambos procesos.

La cuestión de la sostenibilidad

¿Qué pasará cuando se termine el proyecto? ¿Qué beneficio permanente quedará de esta inusual inyección de recursos? Si bien, en la formulación de los proyectos, una buena parte de éstos son para desarrollo o fortalecimiento institucional (“capacity building”), es difícil hallar en los mismos procesos o actividades destinadas a asegurar la sostenibilidad.

A pesar de la larga historia de procesos de cambio interrumpidos cuando se terminan los recursos provenientes de fuentes externas, no siempre se puede encontrar entre los responsables de los proyectos un criterio claro de sostenibilidad como un atributo esencial del proyecto.

La cuestión estratégica

Algunos problemas de los proyectos que afectan el cumplimiento de lo programado o la continuidad de las actividades, se derivan del escaso o nulo análisis estratégico realizado por los equipos de conducción. Es un dato de la realidad la interferencia de los intereses políticos en la dinámica del sector, de los plazos políticos, de los frecuentes recambios de las administraciones nacionales, regionales o de las jurisdicciones descentralizadas, entre otras variables. Sin embargo, es bastante frecuente la ausencia de un análisis de los factores de poder, de los intereses de actores políticos y de la vigencia de acontecimientos políticos en relación con estos proyectos; asimismo, no se realiza un verdadero análisis de las culturas políticas, y de los obstáculos culturales existentes en los propios servicios o en la población objetivo. Así, no se elaboran estrategias conducentes a resolver estos obstáculos y a “construir” viabilidades y umbrales que le den mayor certeza y continuidad al logro de los objetivos y metas propuestos.

En relación con esta cuestión está la casi ausencia de evaluación ex-ante de los proyectos, que ya fuera mencionada. En una circunstancia de incertidumbre o cambios en la conducción de los proyectos, este tipo de evaluación permitiría cuestionar o validar la vigencia de determinados objetivos o estrategias formuladas con anterioridad.

La relación con las contrapartes técnicas nacionales y locales

La participación de las unidades técnicas del nivel central en la programación y/o ejecución del componente, no siempre es la adecuada, debido en algunas circunstancias, a la asimétrica calificación de sus miembros respecto a la de las instituciones de financiamiento. Es frecuente que esas unidades no participen, si bien casi siempre, plantean los términos de la vinculación desde una posición conflictiva.

Ese conflicto se puede agudizar y llevar al enfrentamiento cuando se da la situación (por lo demás frecuente) de que los miembros de las unidades ejecutoras sean mejor remunerados que los de las unidades técnicas (por ejemplo, los departamentos o unidades de recursos humanos o de capacitación).

Otra dimensión del problema es la relación con las unidades técnicas de las jurisdicciones descentralizadas (regiones, estados, departamentos o provincias) que implica cuestiones de programación conjunta, coordinación, oportunidad y flexibilidad en los desembolsos, etc. Es frecuente hallar que estas relaciones sean difíciles o que no sean fluidas debido a que las programaciones conjuntas deben ser luego objeto de aprobación por la entidad financiadora, o por la unidad ejecutora central, lo que puede retrasar o impedir realizar las acciones. La repetición de esta situación genera desconfianza y puede deslegitimar el proyecto.

Baja capacidad técnica de los equipos de conducción de los proyectos

Considerando que esta situación es nueva y que las modalidades de gestión que implica nunca fueron utilizadas en los servicios públicos, y que los ministerios han atravesado procesos muy críticos que han producido un debilitamiento técnico, en ocasiones muy importante, es frecuente encontrar un bajo nivel de competencia técnico, tanto en lo educacional propiamente dicho como en lo gerencial.

Tradicionalmente ha existido un escaso nivel de profesionalismo (entendido como la incorporación de personal profesional especializado) en las unidades de capacitación en el sector público, que en esta coyuntura se ha hecho más evidente y crítico. Estos profesionales de la educación son quienes deben aportar el conocimiento y las prácticas educativas innovadoras (problematización, andragogía, aprendizaje significativo) y dinámicas que se requieren en estos componentes.

Escasa infraestructura tecnológica y productiva

Esta es otra condición que se encuentra frecuentemente y tiene que ver con la experiencia previa de los servicios de salud, que nunca trabajaron con criterio gerencial, ni definiendo niveles de economía de escala, para la producción y distribución de medios y materiales de instrucción necesarios para las acciones educativas.

3.3 LA EVALUACIÓN DE LA CAPACITACIÓN

Los procesos de capacitación en los servicios de salud se han caracterizado por tener una deficiencia importante en lo referente a evaluación.

Valor y ubicación de la evaluación

Existe por lo general una baja valoración de la evaluación. En lo que respecta al componente de capacitación de los proyectos se pueden caracterizar los siguientes problemas como los más frecuentes en relación a la evaluación:

La evaluación raramente se inserta en la fase de concepción del proyecto (etapas de identificación y preparación). Ese hecho hace que la evaluación carezca de un proceso sistematizado de planificación en todas las etapas del ciclo del proyecto.

En general en la etapa de planificación del proyecto no se consideran recursos para la evaluación. Más tarde, durante el desarrollo del proyecto, la no existencia de los recursos sirve para justificar la ausencia o insuficiente realización de estudios evaluativos.

Numerosos proyectos educativos en los servicios de salud omiten la importante etapa de la evaluación ex ante, es decir, la justificación y el cuestionamiento de los objetivos del proyecto en términos de su relevancia, contribución para el propósito de equidad, eficacia y eficiencia de los servicios. En términos generales, los responsables desean que el proyecto resuelva en forma inmediata los problemas que confrontan, que según los responsables de los proyectos, en su gran mayoría son urgentes. Consideran la revisión de experiencias y de investigaciones como pérdida de tiempo, o creen que su situación es especial y por eso no hay posibilidades de aprovechar otros estudios o experiencias. En general esos actores desconocen la contribución del proceso de evaluación para orientar el diseño de alternativas y se mueven en un contexto político en que tienen que proveer respuestas muy rápidas, todas ubicadas en el corto plazo, sin aplicación de un pensamiento y perspectiva estratégica de tipo esencialmente reactivo, puntual, y sin una clara idea de proceso.

Los sistemas de apoyo

Generalmente no existe la preocupación por la organización de un sistema de información que de cuenta del diagnóstico de la situación al inicio del proyecto; cuando algún sistema existe, el mismo no permite contar con información significativa, relevante, pertinente, oportuna, confiable, que tenga continuidad, con bases metodológicas claras y firmes, y que posibilite comparabilidad en el tiempo. En consecuencia se vuelve prácticamente imposible la realización de estudios evaluativos antes/después. Este hecho, de manera general, es presentado por algunos responsables de los procesos de capacitación como debido a la incompetencia o desinterés de otros actores (gerentes de servicios, ex-coordinadores del proyecto, etc.), mientras que otros lo atribuyen a la determinación generada por conductas y comportamientos de tipo coyuntural y de corto plazo, propias de culturas políticas clientelísticas, corporativas, y sin una visión integral de eficiencia y eficacia a largo plazo, propios de dinámicas políticas más modernas. Por esta razón no existe una mayor difusión de los resultados obtenidos cuando estos pueden llegar a ser precisados, y existe un manejo “politizado” de la información.

Por otro lado, cuando se propone la organización de un sistema de información, los responsables de los procesos de capacitación muestran poco interés en contribuir en la definición de los indicadores en el momento estratégico.

La cuestión de los indicadores

Es muy frecuente que las metas e indicadores sean definidos recién en la etapa de implementación, cuando se definen desde la etapa de concepción del proyecto, por lo general no se los valida, por el mismo principio señalado anteriormente.

Los proyectos educativos tienen un tiempo de maduración distinto a los proyectos de infraestructura productiva o a los económicos. Muchas veces los efectos de los proyectos educativos sólo se verifican después de un buen número de años. En general, eso se convierte en problema cuando se espera que con los proyectos educativos se produzcan cambios cuasi inmediatos en el personal y servicios de salud sin esperar la maduración de los procesos.

El tiempo también es un factor que influye en la selección de los indicadores. Hay aspectos cualitativos que requieren de un plazo más largo para hacerse efectivos en los procesos educativos, los que no suelen ser considerados si los responsables se concentran únicamente en la obtención de resultados rápidos.

La evaluación suele limitarse principalmente al análisis y medición del cumplimiento de las actividades programadas y de las metas financieras, con énfasis en la ejecución del gasto, sin rescatar a esta actividad como una de tipo permanente y como un componente activo del proceso de auto-aprendizaje, tanto a nivel individual como grupal. En esas circunstancias no se analizan los procesos, ni las decisiones críticas, ni el abordaje metodológico empleado, ni tampoco se investiga la relación entre los medios utilizados y los resultados obtenidos, los que podrían contribuir al aprendizaje de la gerencia de los proyectos y del propio proceso evaluativo, así como al desarrollo de metaevaluaciones.

Los marcos y los métodos de evaluación

El enfoque lógico que se aplica con frecuencia en muchos de los proyectos, se hace bajo el supuesto de que existe una relación lineal de causalidad entre las actividades y los procesos con los objetivos que se buscan lograr. Se deja de considerar la complejidad de los procesos sociales y por tanto de los procesos educativos; se aplica al análisis de los proyectos la lógica objetiva, la de control de lo previsible, en detrimento de un pensamiento más ecológico donde la complejidad, la emergencia y la exploración son características que se consideran y hasta se persiguen en el análisis de los procesos educativos. Este tipo de análisis, más cualitativo, permitiría establecer si es conveniente invertir o no en algo; su no utilización hace que no se conozca cómo se llega a determinados resultados, y sólo permite que luego, únicamente, podamos contarlos. Así, la base de este tipo de análisis no reconoce la importancia de vincularlo, en el campo de la salud a variables de sustancia más cualitativa.

Como consecuencia de lo anterior, los instrumentos de medición utilizados muchas veces no dan cuenta de las variables entendidas como “subjetivas”. Se observa con mayor frecuencia la preocupación de los gestores y especialistas en recursos humanos por la tasa de retorno de la inversión en lo que se refiere a los procesos de capacitación. Se ha venido utilizando el análisis

costo-beneficio en proyectos educativos en general, con la pérdida de lo que define la propia naturaleza del acto educativo. ¿Cómo se puede medir en términos monetarios los logros de un mayor desarrollo intelectual, o la capacidad de tomar decisiones sobre bases más estructuradas, o el incremento de la participación del usuario y el mejoramiento de la calidad de la atención como resultados de un proceso educativo? Se vuelve necesario el análisis de casos específicos para orientar la aplicación tanto del análisis costo-beneficio como del análisis costo-efectividad.

En general, cuando la evaluación no es planificada desde la concepción del proyecto, queda limitada por el saber y experiencia del especialista. Es decir, el consultor o responsable por el proceso de evaluación va a tratar de aplicar al análisis del proyecto su propio enfoque (ej. cuantitativo), o el método de su preferencia. Generalmente eso ocurre debido a debilidades de la gerencia en relación al proceso de evaluación, y cuando los consultores o especialistas son contratados exclusivamente para una determinada tarea. De esta forma, se contrata una persona y no un equipo multidisciplinario que aplique distintos enfoques e instrumentos de evaluación, tanto cuantitativos como cualitativos, que permita analizar el problema en cuestión desde diversos ángulos y según valoraciones distintas, lo cual le daría a la misma una mayor dinámica, así como le permitiría mayor riqueza a cualquier diseño prospectivo, anticipatorio y constructor de su futura y mayor viabilidad.

En los proyectos educativos, diferentes objetivos pueden exigir diferentes abordajes para la evaluación (lo que implica diferentes aplicaciones metodológicas). Por otro lado, en América Latina no es fácil encontrar profesionales capacitados para el empleo de múltiples métodos, o de combinar en función de la naturaleza del proyecto los enfoques cualitativos y cuantitativos. Así mismo, la complejidad de esos proyectos donde el componente educativo es un aspecto de lo que se va a evaluar en términos del proyecto global, hace del proceso de evaluación una actividad que presenta serias dificultades para los gerentes de los proyectos.

La evaluación de impacto

La evaluación de impacto prácticamente no es considerada en la etapa ex ante de los proyectos, conduciendo a una pérdida de informaciones relevantes para la implementación del proyecto. Por otro lado, la evaluación de impacto en la etapa ex post trae varios problemas con la aplicación de los modelos experimentales o cuasi experimentales y la selección y el control de las variables, además del tiempo que en general se demanda para la obtención de impacto en los proyectos sociales. En los servicios de salud los gerentes terminan por tomar decisiones a partir de evidencia empírica, o con base en criterios políticos más que en criterios técnicos, y prácticamente no se incentiva y no se proveen recursos para proyectos de evaluación de impacto.

El aprendizaje institucional

Los procesos de cambio institucional constituyen otra dimensión a ser considerada en los proyectos de capacitación en los servicios. Se desea, además del cambio individual, dar cuenta del cambio colectivo, del crecimiento de los equipos de trabajo, en términos de su capacidad permanente de aprendizaje de procesos de trabajo cooperativo, de posibilidad de generación de conocimiento intensivo y de su aplicación en el trabajo. Estos procesos representan un desafío

para la evaluación porque el análisis de los resultados no se expresaría en la suma de individualidades, sino en el aprendizaje de la institución como un sistema complejo que se complementa y se diversifica en función de las tareas y del compromiso.

4. ¿QUÉ HACER?

Se ha descrito sucintamente cómo los procesos de reformas estatales y económicas de los países de América Latina, están determinando y exigiendo cambios profundos al sector salud. Estos cambios implican la urgente necesidad de actuar sobre sus recursos humanos, mediante nuevos modelos de abordaje y nuevas prácticas. Ellos conllevan, desde el punto de vista de la Organización, desarrollar la educación permanente para los niveles del personal, lo que supone construir capacidades institucionales en planificación, diseño, gestión, operación y evaluación de los procesos educativos.

Estas consideraciones surgen del análisis de la experiencia en varios países con proyectos de capacitación, orientados al apoyo de los cambios institucionales en las reformas, así como de la amplia experiencia que la OPS tiene en el apoyo a los procesos de salud nacionales en la búsqueda de equidad, cobertura, eficiencia y eficacia.

Se puede percibir, que dada la orientación y la velocidad de estos procesos de reforma, su amplitud e integralidad se está operando sobre cuestiones de diseño institucional, de interrelaciones entre estructuras y niveles, sobre comportamientos y desempeños de antiguos y nuevos actores, sobre dinámicas de metabolización y síntesis de problemáticas específicas del sector; así como respecto a la redefinición de tipos y niveles de competencias requeridas del personal.

De esa conjunción de experiencias y esfuerzos se ha definido en la Región un marco para el cambio educacional en los servicios de salud, denominado genéricamente educación permanente (EPS). Este enfoque da también un nuevo sentido más integral, a la evaluación educacional. Ante los requerimientos de ajuste y mejoría de la atención (aquí y ahora), y de cambio permanente en función de la calidad de la atención a la población (hacia el futuro), la EPS (incluyendo la función de evaluación) pasa a ser considerada un factor del desarrollo del servicio.

¿Cómo contribuir desde la educación en esa marcha hacia adelante? A continuación, se exponen cinco ideas que se consideran podrían ser importantes para el avance de la capacitación en los proyectos de reforma del sector:

1. Desde el punto de vista de las personas individual y colectivamente consideradas: la necesidad de un **aprendizaje permanente**, que avance desde la adquisición de conocimientos, basada en los procesos de capacitación técnica “tradicionales” y en la normatividad de los puestos de trabajo, hacia la construcción de nuevas, flexibles y mejores competencias laborales, a partir de las cuales se construye una capacidad de aprendizaje permanente.
2. Desde el punto de vista evaluativo: una **evaluación permanente** que deja de ser compañera de ruta y se incorpora como una parte esencial de la EPS.
3. Desde el punto de vista institucional: una concepción de las instituciones de salud (desde los ministerios hasta los establecimientos de salud) como **organizaciones en aprendizaje**

permanente, al servicio de la calidad, equidad, eficiencia y eficacia en la atención a las personas.

4. Desde el punto de vista metodológico: una *flexibilidad metodológica*, que se instrumentaliza a través de adecuados sistemas de apoyo.
5. Desde el punto de vista de la gestión: una *gestión integrada* de proyectos y de los componentes de capacitación de los proyectos, contextualizada y orientada por la evaluación permanente. Aquí se debe resaltar la importancia de la capacitación permanente como una estrategia de una nueva gestión de recursos humanos.

Estas ideas no significan una opción única y excluyente, sino que representan la elección de un marco suficientemente amplio como para trabajar con comodidad y flexibilidad dentro de él; con criterio de adaptación a las diversas contingencias de las reformas y usando todos aquellos elementos complementariamente enriquecedores.

4.1 LA EPS Y EL APRENDIZAJE PARA EL DESEMPEÑO

Uno de los principales agentes para el cambio y la reestructuración del sector es y ha de ser la capacitación, en particular si se orienta al desarrollo de habilidades, conocimientos y comprensión de lo que se hace con una clara percepción del proceso global. En una organización dispuesta o abierta al aprendizaje, las personas están en una actitud y acción de aprendizaje permanente. En este marco, el aprendizaje que tiende a ser significativo supera la mera adquisición de conocimientos y avanza hacia el logro de desempeños laborales eficientes. Un enfoque favorecedor de una capacitación relevante para el trabajo efectivo ha sido conocido como el de formación basada en competencias laborales.

El análisis de competencias laborales como una premisa para la EPS, permite establecer diferentes tipos: básicas, genéricas, específicas. Las *competencias básicas* son aquéllas que en líneas generales nos dicen de un sujeto que ha sido socializado cada vez más, mediante la acción del sistema educativo de tipo formal y escolarizado, el cual le ha provisto de la normatividad y capacidades para la convivencia y para su primera inserción en el mercado de trabajo de primer nivel de exigencias.

Las *competencias genéricas* tienen que ver con las capacidades que permiten al trabajador desarrollar actividades diversas, pero que implican escalones más altos de nuevas “alfabetizaciones”, del tipo que incorpora manejo de equipos de cómputo, de sistemas de información, idiomas, y otras que le permiten el ser “polifuncional”, las cuales tienen hoy día un valor inusitado en el mercado de trabajo.

Las *específicas* se refieren a capacidades no transferibles entre ocupaciones, implican mayores niveles de calificación y de formación teórico-práctica, y por lo general, requieren de mayores niveles educativos. No obstante, es importante reconocer que las fronteras entre educación formal, no formal e informal, se van perdiendo y se funden cada vez más en la idea de la educación permanente.

La aplicación de estos conceptos y metodologías al análisis ocupacional dentro del sector, vinculado a estudios prospectivos de oferta-demanda de recursos humanos, posibilitará, establecer modelos de capacitación anticipativos. Bajo este enfoque, **es permitido no saber, pero no es permitido no actuar**, en otras palabras, se debe saber qué preguntar, dónde buscar; es permitido equivocarse, pero no el creer que se sabe todo.

En algunas ocasiones, es necesario agregar a las competencias anteriores, las competencias transversales, las que son las necesarias para el desarrollo de casi todas las ocupaciones, y las verticales, que son las genéricas y específicas, pero que en el desarrollo de cada una de estas últimas, es posible ir desarrollando estas transversales, tal cual se realiza en el Alverno College a través del curriculum cuando enseñan enfermería, química, biología. Ellos van desarrollando ocho competencias: comunicación; resolución de problemas; análisis y pensamiento crítico y creativo; interacción social; responsabilidad estética; capacidad de pensamiento y acción axiológica (de actuar conforme a valores); perspectiva global, que es la capacidad de salir de un medio propio para pensar que se es parte de un medio mayor; ejercicio de ciudadanía y participación (Alverno College, 1994).

Una competencia laboral comprende un conjunto de habilidades, destrezas y comprensión valorativa de las funciones propias de una ocupación; esto es, la capacidad para un desempeño efectivo en el empleo. El enfoque de competencias genera un lenguaje común entre los empleadores, los trabajadores y las entidades capacitadoras. Este lenguaje se construye a partir del conocimiento de las funciones requeridas para lograr los objetivos de la ocupación; de este modo, los objetivos y funciones propios de una ocupación son conocidos y compartidos por los empleadores, los trabajadores y por quienes capacitan.

Algunos conceptos básicos sobre competencias laborales

Para construir programas de capacitación basados en competencias es muy conveniente reconocer que en la eficiencia y competitividad del sector influyen por lo menos tres factores: el diseño organizacional o sea la estructura adoptada, los recursos físicos y tecnológicos, y quizá el más importante, el talento humano. La posibilidad de mejorar la eficiencia en los servicios de salud depende en gran medida de la calidad y disponibilidad de talento humano.

El objetivo de la capacitación basada en competencias radica en la gente; en lograr personas comprometidas y eficientes, que conozcan lo que la organización espera de ellas y que puedan organizar convenientemente su formación continua. De este modo, los programas de capacitación deben elaborarse en torno a un concepto integrador que evite la fragmentación y el tradicional aislamiento y falta de conexión entre los planes y acciones de capacitación y los objetivos de mejoramiento del servicio. En este sentido, sería de suma utilidad, a través de una entidad coordinadora de programas “cruzar” componentes con componentes, áreas con áreas, para así identificar grandes elementos o aspectos para una mayor sistematicidad que posibilite superar procesos agudos de fragmentación en este quehacer. Otra vía sería realizarlo a través de las unidades de recursos humanos, lo cual requeriría decisiones políticas consistentes desde los ministerios.

Un sistema de formación basado en competencias puede proporcionar una óptica innovadora sobre el aporte del trabajo a la productividad, centrada en el logro de objetivos y en el valor que cada función productiva agrega al logro de la misión. Este enfoque permite reconocer y evidenciar los objetivos de las ocupaciones, las unidades de competencia o funciones que es necesario desarrollar hacia el logro del objetivo y los criterios de desempeño y evaluación que se utilizan para juzgar si el desempeño logrado es adecuado.

Lo que han hecho países como Estados Unidos, Canadá y Francia son mapas ocupacionales, donde cruzan áreas de desempeño con niveles de competencia, en una matriz de doble entrada. En los dos primeros países, el área de la salud es una de las diez de desempeño clasificadas. Su ventaja es evidente, pues les permitió pasar de 250.000 títulos ocupacionales diferentes, a una normalización y homogeneización de aproximadamente 450 en toda la economía. Para el sector salud se estableció desde el nivel de competencia elemental o básico hasta el de alta dirección. Su ventaja es que se vuelve un referente común para entidades empleadoras, capacitadoras, y para los trabajadores.

Al principio del proceso de análisis, un experto empieza a desentrañar el esquema de ocupaciones mediante grupos focalizados, y no mediante el viejo esquema de tiempos y movimientos, para así ir precisando las unidades de competencia, que es un conjunto de funciones que articuladas con otro conjunto de funciones, de una manera holística, permite alcanzar el objetivo de esa ocupación. Cuando ya una ocupación se define en función de un objetivo, el conjunto de la organización empieza a ser definido; luego, las unidades de competencia son desagregadas en elementos de competencia y criterios de evaluación (cómo evaluar razonablemente y cómo saber si la persona está cumpliendo con lo que de ella se espera) y campos de aplicación (especificar en qué espacio físico y organizacional se espera que se de ese desempeño). De esta forma, se obtiene un Portafolio de Competencias Organizacionales que describen las funciones y lo que se espera que haga la gente, lo que puede ser usado para los programas de capacitación, para la evaluación del desempeño, y para planes de promoción del personal, como base del diseño curricular, para empresas dedicadas a la capacitación, todo lo cual impediría caer en la simple contratación de cursos, en vez de procesos de capacitación.

Por las condiciones particulares del trabajo en salud, se requieren reforzar habilidades y comportamientos propios de la interacción social, del trabajo en equipo, de la comunicación, de la negociación y de la participación. La capacitación requerida por el sector debe considerar también el desarrollo de estas conductas individuales que muchas veces se expresan en el trabajo en equipos y grupos. A este respecto, la formación basada en competencias laborales proporciona un marco dentro del cual se consideran no sólo las habilidades y aptitudes individuales, sino aquellas que nacen en referencia al trabajo en equipo y la necesidad de interacción propia de los nuevos ambientes laborales.

Algunas cuestiones metodológicas sobre competencias laborales

En general, el proceso a seguir para implementar la formación por competencias se inicia cuando una vez reconocida la necesidad de mejoramiento basada en capacitación, se convocan los actores responsables por la orientación y dirección, para que en grupo de trabajo se discutan y

analicen los objetivos y necesidades de cambio o de modernización del sector, la estructura organizacional y la configuración de los empleos.

Durante el trabajo se evidencian las necesidades de ajuste y modificación de la estructura organizacional, y se relacionan con las ocupaciones que requiere el sector para alcanzar el logro de sus objetivos. El proceso permite identificar la estructura ocupacional necesaria para el buen funcionamiento de la unidad operativa que se está tratando y concentrarse en ocupaciones específicas a ser analizadas para establecer las competencias que envuelven.

Una vez identificadas las ocupaciones, se procede a realizar el análisis funcional de las mismas con el fin de identificar las competencias propias de dicha ocupación. El análisis funcional de las ocupaciones se desarrolla con base en un grupo de expertos concedores de la organización y ocupaciones. El grupo es orientado por un consultor que conoce la metodología y facilita el avance y la concreción. Con el perfil laboral que así se logra, se dispone de un lenguaje común útil para definir los respectivos programas de capacitación, para orientar la capacitación y para establecer los planes de selección y desarrollo del personal.

Es necesario reconocer que el proceso no produce resultados inmediatos, es altamente exigente en tiempo y dedicación. Requiere además la convicción de lo que se quiere lograr, entendiendo que pueden ponerse en tela de juicio las tradicionales formas de organización y de disposición de ocupaciones adecuadas al logro de los objetivos institucionales.

Lo importante es orientarse a la definición de los ambientes organizacionales y de las estructuras ocupacionales adecuadas. Esto permite llegar hasta el análisis de las ocupaciones y establecer las competencias requeridas. Es recomendable iniciarlo con un proyecto piloto para conocer la forma de trabajo y garantizar un ambiente controlable y fácilmente evaluable. Una acción piloto puede desarrollarse a nivel de país, región o de una unidad operativa (unidad o clínica), el equipo de trabajo se define y entrena para su acción; en realidad la metodología de avance es muy sencilla y solo requiere reconocer bien los objetivos.

Una organización de salud centrada en competencias laborales dispondrá de un lenguaje claro y compatible entre trabajadores, empleadores y capacitadores; conocerá sus ocupaciones y el valor que éstas agregan en su proceso de generación de servicios, y dispondrá de una herramienta formidable para desarrollar una capacitación significativa hacia el empleo y evaluar los resultados.

Otra ventaja del modelo basado en competencias es que elimina la bifurcación tradicional entre una evaluación académica de proceso y una evaluación del desempeño, pues es un modelo centrado básicamente en el trabajo, por lo cual el logro de objetivos educacionales puede ayudar a definir una guía, o a estimar una medida del desempeño.

Educación permanente y competencias

Desde una perspectiva teórica el enfoque educacional basado en competencias se ajusta adecuadamente a los objetivos de la EPS, es decir, contribuye a cambiar prácticas de salud en el

contexto de cambios significativos en los entornos de atención. No obstante, debe entenderse que las actividades educacionales (cursos, seminarios, talleres o cualquier otra modalidad) basadas en competencias tienen objetivos más complejos y son más difíciles de diseñar, ejecutar y evaluar que las actividades convencionales orientadas a la transmisión de conocimientos.

Como contrapartida se tiene que muy probablemente se obtendrán mejores resultados en cuanto a capacidad de transferencia y aplicación de los conocimientos a la praxis laboral de cada persona en su desempeño individual y como miembro de un equipo de trabajo.

Cualesquiera que sean los grupos de competencias que se deseen desarrollar en un proyecto determinado, se puede sostener como una premisa, que en toda acción educativa debería siempre incluirse como objetivos, adaptándolos a cada situación, el desarrollo de dos tipos de competencias:

- competencias vinculadas a habilidades personales, interpersonales y sociales
- competencias para aprender a pensar

En otras palabras, se propone que en cada actividad educacional, se procure apoyar al trabajador en forma complementaria al objetivo principal en el desarrollo de competencias destinadas a mejorar aspectos de su personalidad, y que lo puedan llevar a disfrutar de una mejor calidad de vida, una vida más íntegra y armoniosa consigo mismo y con los demás, así como a mejorar sus estrategias para pensar y aprender a pensar.

Entre las competencias para el desarrollo de *habilidades personales e interpersonales* podrían considerarse, por ejemplo, el desarrollo de una imagen positiva de si mismo, la autoconfianza, la capacidad de trabajar individualmente y en equipo, el desarrollo de liderazgo, la negociación y la resolución de conflictos.

El desarrollo de *competencias para pensar mejor* es una manera práctica de concretar la idea de que cada persona debe *aprender a aprender*, con el fin de tener herramientas para enfrentar el cambio permanente y el mejoramiento continuo. La enseñanza de estrategias metacognitivas está demostrando, cada vez más, su capacidad en apoyar procesos de flexibilización del pensamiento, de distinción entre modelos mentales y realidades, a enfrentar la incertidumbre, la aceptación del cambio, el análisis de la consistencia de la práctica con los principios y valores, percepción e interpretación de las señales de la necesidad de nuevos cambios, y estrategias para aprender a trabajar en escenarios nuevos (Irigoin, 1996 a).

Es necesario enfatizar que la capacitación para el desarrollo de competencias no significa ignorar o dejar de lado la enseñanza de “contenidos”. Por el contrario, los contenidos adquieren un nuevo sentido y valor al ponerse al servicio del desarrollo de conocimientos, habilidades y actitudes, y no solo limitarse a la adquisición de conocimientos.

Una idea importante que puede sintetizar el sentido de este tipo de enfoque educativo es que “menos puede ser más”. Es decir, para lograr procesos de capacitación que causen impacto positivo en el desarrollo de las personas y en la vida laboral, no se necesitan grandes volúmenes de objetivos y contenidos, sino que sean significativos. La *significatividad* puede lograrse más

bien en función de que aquello que se aprenda sea relevante y que las personas y los equipos sean capaces de aplicarlo en la realidad en la atención a la gente.

El ejercicio de diseño educacional nos podría llevar a hacer cortes y recortes en los objetivos y contenidos, hasta que solamente queden algunas competencias seleccionadas y algunas ideas básicas de modernización y cambio. Estas competencias deberían ofrecer criterios de aplicabilidad relevante y a cuyo desafío, asimismo, se debería responder para que los participantes las incorporen a su trabajo habitual.

En esta visión, la capacitación podría ser entendida como un proceso gradual y acumulativo, en el que cada acción se irá apoyando en la anterior, y donde el desarrollo de estrategias cognitivas y el tratamiento de las variables afectivas ligadas al aprendizaje, deben ayudar al sujeto a la obtención de mayor autonomía para el autoaprendizaje y al mejoramiento continuo (Irigoin, 1996 b).

4.2 LA EVALUACIÓN PERMANENTE, MÁS QUE UNA COMPAÑERA DE RUTA DE LA EDUCACIÓN EN SALUD

Retrospectivamente la evaluación ha sido una socia apreciada pero esquiva de la EPS. Los diagnósticos han sido claros y recurrentes: los proyectos buscan afanosamente buenas evaluaciones y muchos de ellos reconocen a la postre que obtuvieron menor cantidad y calidad que la deseada. La propuesta hoy es diferente. No se busca doblegar esa cierta indocilidad o insubordinación de la evaluación como compañera de ruta de la EPS, sino que el intento consiste más bien en reconocerla como una parte esencial de esta educación. De esta forma, se trata de pensar y actuar en forma indivisa, de modo que todo proceso de EPS implique un proceso de evaluación permanente.

La evaluación en una nueva concepción de educación, es esencialmente responsiva a las necesidades fundamentales de los individuos, del grupo, del programa, de la institución o de todo un sistema. Por lo tanto, la evaluación sólo tiene sentido si contribuye al perfeccionamiento en cuanto fortalece decisiones, clarifica opiniones, reduce incertidumbres e impulsa acciones (Patton, 1990).

La evaluación de la capacitación debe contribuir no solamente a realizar bien las tareas, sino también a demostrar una capacidad de relacionar la función específica a desempeñar con otras funciones relacionadas, y una capacidad de resolver problemas. Para evaluar de acuerdo a lo anterior, es necesario precisar algún tipo de indicadores, evidencias acordes con los objetivos, los cuales se conocen como *evidencias de desempeño*.

La reconceptualización de la evaluación puede ser expresada sintéticamente retomando su trayectoria rápida y en ascenso, por lo menos en el campo teórico desarrollado por los estudiosos del área y no así lamentablemente en la práctica generalizada. A este propósito parece pertinente recordar que la evaluación ha caminado desde inicios del siglo hasta hoy pasando por cuatro momentos o generaciones conceptuales. La primera, centrada en los *mensurable*, una simple medición y verificación de aciertos y errores que no ofrecía mayor información sobre el proceso

mismo de aprendizaje. La segunda, de *descripción*, más elaborada, se concentraba en la verificación del logro de los objetivos, lo que a su vez dejaba lagunas en la medida que no profundizaba en la interpretación de los resultados, ni tampoco en la calidad misma de los objetivos planteados.

La tercera generación, de *valoración*, constituyó un cambio significativo en la dirección del juicio de valor, ya que la evaluación siempre culmina con el juicio sobre su objeto de atención para que a partir de ello se desarrolle la acción que conlleva la transformación necesaria. La cuarta generación, de *negociación*, además de incluir todas las bondades de las anteriores, se caracteriza esencialmente por la negociación, juicios, criterios y acciones integradas involucrando a todos los actores del proceso evaluativo (Guba y Lincoln, 1989). Finalmente debe decirse que éste no será el último de los avances, nuevas tendencias emergen. Entre ellas se estima fundamental destacar:

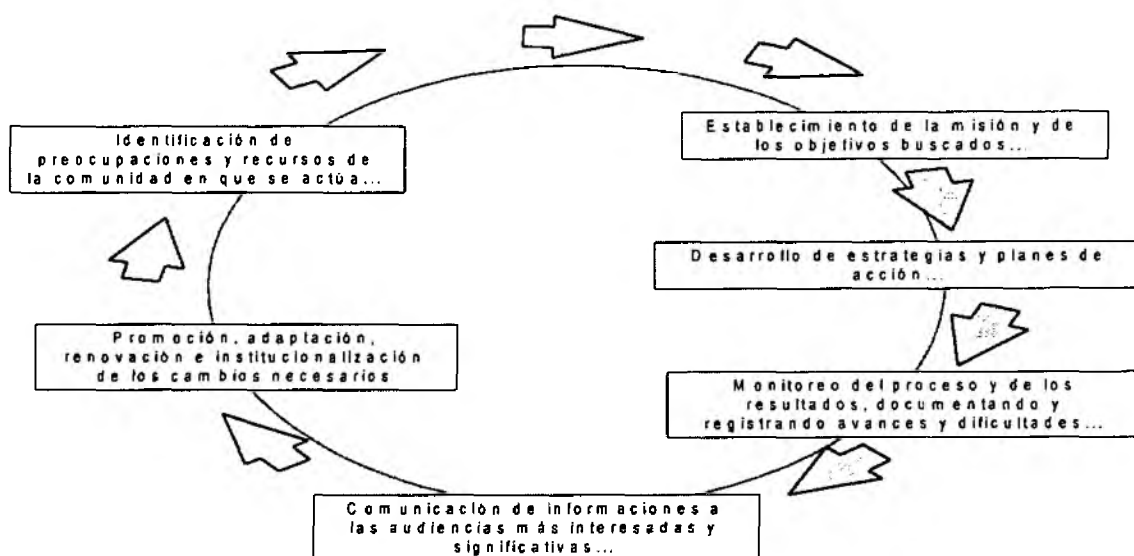
- La idea de que la evaluación pasa a ser considerada y tratada ella misma como un proceso de aprendizaje permanente (Locker, 1991; Alverno College, 1994b; Alverno College, 1994c). Al ser apropiada por la EPS, la idea adquiere un rasgo distintivo, particularmente en la posibilidad de implementarla en todos los momentos evaluativos (OPS, 1995; OPS, 1996).
- La idea de la evaluación ya no sólo como modelo, estrategia, herramienta o discusión, sino como postura; o sea, como una actitud sólida de respeto a los involucrados en el proceso evaluativo. Unos y otros se capacitan durante todo el tiempo que hacen algo, en un proceso continuo; y de esta forma, los evaluadores no son más que facilitadores, para “hacer que las cosas ocurran”.

A partir de los momentos evaluativos, se propone también un cambio en quienes evalúan, en la manera de percibirse a sí mismos y de actuar como personas y como grupos participantes en la evaluación; dejando de percibirse como individuos evaluados para devenir sujetos comprometidos en un proceso de “empoderamiento”, en el cual se sienten capaces de construir su propia evaluación, con autodeterminación fortalecida en la dirección constante de su perfeccionamiento (Fetterman, 1996). Esta evaluación que se propone tiene una total sintonía con las tendencias más contemporáneas de los programas de capacitación de recursos humanos y de desarrollo social en general:

- a) Por el enfoque mismo de capacitación de que los que conducen la evaluación son actores involucrados;
- b) Por su característica de facilitación en la medida que los que evalúan ayudan a los interesados en la realización plena de su propia evaluación;
- c) Por su característica de defensa o promoción, una vez que los evaluadores colaboran en el sentido de asegurar a los interesados y participantes el control sobre sus propios procedimientos, resultados y decisiones a través de la evaluación;
- d) Por su virtud de iluminación ofreciendo nuevas comprensiones sobre programas, procesos, resultados y soluciones hacia el perfeccionamiento constante (Fetterman, 1996);

- e) Por la característica de liberación, pues estimula la eclosión de fuerzas emancipatorias para la autodeterminación de las personas que integran el proceso evaluativo en cuanto construyen su programa de acción. En este sentido, el actor se libera de aquellos papeles o bloqueos que pudiesen dificultar la plena realización del proceso de crecimiento, sean estos modelos mentales, mitos, vallas, y sesgos de distinta naturaleza.

A título de ilustración aplicativa de esta concepción de evaluación de empoderamiento, sigue un ejemplo adaptado del ciclo evaluativo experimentado por Fawcett y otros (Fetterman, 1996). El ciclo sigue los siguientes momentos:



Todo este proceso que los autores ponen en un diagrama circular, se mueve siempre en un sentido de ida y vuelta entre un paso y otro, en la medida que la retroalimentación va consolidando y corrigiendo cada procedimiento o acción, y de tal modo que programa y evaluación constituyen un todo integrado.

Un aspecto destacable y fundamental de todo el proceso descrito es el de enfocar el juicio evaluativo sobre el programa en evaluación, de modo de captar su totalidad, o sea, su mérito y su relevancia. En otras palabras, su *mérito* en cuanto a sus cualidades internas de estructura, funcionamiento, recursos humanos, técnicos y materiales, sus potencialidades, aspiraciones y motivaciones, así como también en la conducción de sus caminos hacia el logro de sus propósitos. Y su *relevancia* en cuanto a sus resultados vinculados o no a los objetivos, sus repercusiones a corto y largo plazo, su significado humano y social para los individuos, grupos y comunidades en general. En este sentido, la formulación de juicios de mérito o relevancia requiere de procedimientos, técnicas e instrumentos apropiados, incluyendo desde los más convencionales hasta aquellos que la creatividad de cada grupo, programa o institución sugiera. Esto es válido porque la autenticidad debe ser enfatizada en la evaluación que busca la transformación.

Finalmente, aquí vale destacar los cuatro grandes criterios que han servido para asegurar el fortalecimiento de cualquier evaluación y que son producto de estudios y experiencias en el área, y conforme a los cuales sería adecuado evaluar nuestras propias evaluaciones: a) la *utilidad*, que apunta al mejor uso de los resultados de una evaluación, la cual sólo tendrá sentido si ofrece informaciones y juicios relevantes para los interesados y para su crecimiento; b) la *factibilidad*, si es posible realizar en tiempo y espacio viables, con condiciones y recursos disponibles; c) la *ética*, porque respeta los valores de los involucrados en el proceso, realizándose en la situación y en el contexto apropiados encaminándose al perfeccionamiento; y d) la *precisión*, en cuanto utiliza procedimientos e instrumental elaborados o adaptados, con los necesarios cuidados técnicos, que se ajusten cada vez más a criterios de validez y consistencia. Lamentablemente, por lo general una evaluación se comienza por los instrumentos, y por esto es apropiado decir que valdrá la pena preocuparse de la precisión técnica sólo si los tres primeros criterios están asegurados (Stufflebeam y otros, 1994).

Es importante incorporar la lógica de la interrogación en los procesos de evaluación; plantearlos como procesos de estudio y de investigación, mediante preguntas evaluativas. Y así interrogarse sobre variables independientes, dependientes, de contexto, para mejorar las posibilidades de comparabilidad y luego, en función de contextos específicos, precisar indicadores, sean del programa, del proyecto, o de la competencia en cuestión.

Respecto al análisis de viabilidades, cada proyecto debe contar con los tres tipos básicos de viabilidad: técnica, política y financiera. Es conveniente mencionar que hace un tiempo sólo la viabilidad técnica era atendida, pero hoy día se considera que la financiera es la principal y la técnica se tiende a considerar menos. En general la viabilidad política fue poco considerada en aquellos países cuyas dinámicas políticas fueron muy alteradas, especialmente después de largos procesos autoritarios. Esto puede deberse al desprestigio de los factores de poder por los técnicos responsables de los proyectos. Sin embargo, a medida que los programas avanzan se empieza a reparar en su peso e influencia.

Esta viabilidad política es necesaria en dos sentidos: vertical ascendente, cuando llega al ministro y las altas esferas del gobierno y ámbitos de decisión, y otra de tipo vertical descendente, hacia la gente que está más “abajo”, es decir al personal que se va a involucrar en los servicios: técnicos, auxiliares, población beneficiaria o “víctima” del proyecto. Es cierto que no se puede consultar a todos los involucrados o partícipes, pero a veces con pequeños gestos se logra hacer que la gente participe, si bien esto requiere ser también planificado. Es decir, también hay que diseñar procesos de participación que permitan aprender a participar, especialmente a actores de la “oposición”, para así poder elevar los niveles de viabilidad global del proyecto.

Un compromiso con un nuevo concepto de la evaluación desencadena otros compromisos. Entre los más evidentes se destacan aquí tres de ellos:

- a) Compromiso con una *cultura normalizadora* de procesos y productos, lo cual significa normalizar todos aquellos aspectos susceptibles y convenientes para la comparabilidad, y sostener lo “específico” de las instancias de tipo más operativo, o de nivel local.

- b) Compromiso con una ***cultura de la información permanente***, si bien de tipo selectivo, y de construcción de sistemas de memoria institucional
- c) Compromiso con la ***diversidad*** de preguntas, formas, procedimientos e instrumentos evaluativos
- d) Compromiso de llevar la ***evaluación hasta sus últimas consecuencias*** de acción, transformación y perfeccionamiento constante
- e) Compromiso de ***utilización*** del proceso evaluativo y sus resultados en la fundamentación de decisiones para intervenir en la realidad.

4.3 LAS INSTITUCIONES DE SALUD COMO ORGANIZACIONES EN APRENDIZAJE PERMANENTE

La educación permanente en salud sería letra muerta si las instituciones y las personas no constituyeran una auténtica comunidad de aprendizaje permanente, es decir, si las organizaciones no se transforman y operan como “learning organizations”. La EPS deviene así un estilo de vida institucional orientado al mejoramiento continuo, que lleva a superar la tradicional capacitación en los servicios de salud, fundamentada en la clásica taxonomía de objetivos.

La construcción de capacidades a nivel institucional y a nivel individual a partir de la EPS, apoyadas en el desarrollo de competencias, posibilitará avanzar en la sostenibilidad y auto-recreación de las organizaciones del sector; y así superar la dependencia de recursos externos y la cada vez mayor erogación de recursos en apoyo a los países del área.

En base a ideas tales como las de Senge y otros autores vinculados a la calidad (Senge, 1992) y a sus propias demandas y requerimientos, los ministerios y establecimientos de salud pueden desarrollarse como organizaciones en aprendizaje permanente, condición que implica una doble dimensión en el sentido que:

- Las instituciones mismas construyen y/o fortalecen una ***memoria institucional*** que les permite registrar sus procesos y procedimientos y aprender de sus logros y errores
- Las personas en las instituciones están en una ***actitud y acción de aprendizaje*** individual y colectivo permanente, superando las viejas concepciones y prácticas, donde el personal de mayor nivel se capacitaba para mandar, y los de escalones más operativos para ser efectivos ejecutores. La concepción actual de EPS se apoya en la “inteligencia distribuida”, en la que todos en la organización deben aprender constantemente.

Entendiendo que en la base de todo proceso de aprendizaje se encuentra la comunicación, parece preciso destacar la extraordinaria importancia que adquieren las comunicaciones formales e informales en organizaciones de salud modernas, en las cuales circulan flujos de información y comunicación.

4.4 FLEXIBILIDAD METODOLÓGICA Y SISTEMAS DE APOYO

Las personas que trabajan en instituciones en aprendizaje permanente, se capacitan para realizar, mejorar y/o modificar y proyectar sus capacidades de desempeño. Esto les demanda sacrificios y compromisos, a la vez que compromete a las instituciones y a los diseñadores y ejecutores de la capacitación en la búsqueda constante de una flexibilidad metodológica capaz de satisfacer necesidades de capacitación marcadas por la diversidad de personas y circunstancias.

Es conveniente enfatizar la visión de la capacitación como un proceso más que como un evento; proceso que involucra a menudo elementos de consultoría al servicio del análisis y eventual optimización de la organización institucional, del trabajo y de los contenidos de las áreas de desempeño. Esta nueva visión de la capacitación invita, en forma por demás natural, a utilizar modalidades convencionales y no convencionales de capacitación. La organización curricular se concibe de forma modular, se implementa a través de fases presenciales y no presenciales juiciosamente dosificadas, y combinando con estudio independiente individual, trabajo de pares y/o de pequeño y gran grupo y uso de informática y telecomunicaciones. Son distintas formas de organizar el proceso de enseñanza-aprendizaje centrado en los que aprenden y en sus capacidades de autoadministrar el proceso de aprendizaje, de autoevaluarse y de proyectar ese mismo proceso en otras situaciones y hacia el futuro.

El proceso de capacitación se organiza buscando: a) mayor autonomía del que aprende; b) mayor uso de medios pedagógicos no tradicionales, de tipo multimedia; c) formación individualizada, menos formal, menos escolarizada, llegando incluso a utilizar modalidades de educación a distancia, utilizando tecnologías y redes informáticas, enlaces por Internet, aprendizaje por computadora resolviendo consultas en tiempo real, etc.

Así se plantea el reto de lograr un crecimiento planificado y ordenado de los recursos educativos: 1) promoviendo el auto-control y la auto-responsabilidad de los educandos con sus propios procesos de aprendizaje; 2) logrando el compromiso de la gente de los servicios de salud; 3) empleando nuevas tecnologías educacionales incluyendo aquellas que usan redes informáticas; 4) fortaleciendo el conocimiento de los mercados laborales y las ocupaciones para programar la capacitación.

Este ciclo se suele olvidar, haciéndose el diseño sobre la base del análisis “de escritorio” sin conocer la realidad del mercado. Este ciclo habrá de realizarse siempre que se hable de capacitación en el trabajo, pues de lo contrario se plantearán problemas de pertinencia y de calidad.

En el sector salud ya no es apto el modelo de planificación de recursos en base a estudios de oferta separados de los de demanda. Tienen que utilizarse estudios de tendencias del mercado de trabajo, tomando en consideración que se marcha a una mezcla público-privada distinta, y donde lo que hay que estudiar son varios mercados vinculados mediante vasos comunicantes; y considerando que cuando un subsector crece, otros subsectores van a tener problemas de disponibilidad de recursos. La vieja dicotomía público-privado tiende a quedar atrás.

Estas cuestiones deben estar muy presentes en las instituciones formadoras de recursos humanos y responsables de la capacitación de los mismos; tomando en consideración que la nueva revolución tecnológica está ya presente en los modos de intervención del sector salud.

La flexibilidad metodológica además implica, en un marco de EPS, la obligación de crear, mantener y desarrollar un sistema de apoyo curricular: es decir, una caja de herramientas destinada a instrumentalizar los procesos y darles continuidad, más allá de los cambios de las personas y circunstancias. Resultan especialmente pertinentes en este punto los documentos curriculares de base, programas curriculares, materiales didácticos, protocolos, formularios diversos, guías, listas de cotejo, algoritmos, árboles de decisión y variadas formas de ayudas de trabajo, facilitadoras del aprendizaje y reforzadoras del mismo una vez terminadas las intervenciones pedagógicas directas.

4.5 A MODO DE CONCLUSIÓN: UNA GESTIÓN INTEGRADA

Los proyectos de apoyo a la reforma y los procesos de capacitación son oportunidades muy importantes para llevar adelante las cuestiones planteadas en los cuatro puntos anteriores. Existe un aspecto crítico que es la baja capacidad de gestión de los proyectos, lo cual puede provocar que esas oportunidades se pierdan. Se requiere desarrollar un estilo de gestión integrada, orientada por una evaluación permanente, para evitar el fracaso de estos proyectos.

Es frecuente encontrar una disociación entre la gestión del proyecto (por una unidad ejecutora) y su consiguiente componente de capacitación, y la gestión de los procesos educacionales propiamente dichos (a cargo de una empresa intermediaria o de los propios servicios locales). Un excelente trazador de esta situación es la actividad de evaluación. De otro lado, en las instituciones de salud, lugares donde se hacen efectivas las acciones educacionales previstas en los proyectos, existe una ruptura entre la gestión de recursos humanos y una precaria gestión educacional.

La OPS/OMS, viene promoviendo desde hace unos años, la reorientación de los modelos y estilos de gestión de personal prevalentes en los servicios (centrados en el control administrativo de los puestos de trabajo) por una función estratégica de dirección de los recursos humanos, centrada en la gestión de procesos laborales y sus condicionantes. Esta nueva gestión incorpora la EPS como una herramienta esencial del mejoramiento del desempeño del personal y de su contribución a la calidad de la atención, en conjunción con la intervención sobre otras áreas básicas como son la reorganización del trabajo, la modernización de la administración de personal y la gestión de las relaciones laborales.

La necesaria articulación entre gestión de proyectos y gestión educacional propiamente dicha, es posible de hacerse efectiva en el marco de las ideas y propuestas anteriormente desarrolladas. Sin embargo, como quedara establecido en el análisis de los problemas de la capacitación en los proyectos de apoyo a las reformas, es necesario intervenir sobre dos elementos críticos:

- Superar la contradicción existente (que lleva a una ruptura) entre una planificación central de una capacitación que por definición es descentralizada y definida por necesidades

locales. Ello supone previamente armonizar objetivos estratégicos (del proyecto) con objetivos institucionales en el nivel operativos (de los programas educativos).

- Desarrollar la función de monitoreo y evaluación con un marco evaluativo común a ambos niveles en desencuentro: el de proyecto (de conducción, en la unidad central) y el de programa o actividad educativa propiamente dicha (de operación en el nivel local o institucional).

Este documento sintetiza una experiencia de cuatro años de cooperación técnica y desarrollo educacional en capacitación de personal de salud en el contexto de las reformas. Reseña el marco sectorial e institucional, así como las dinámicas políticas y gerenciales de los componentes educacionales contenidos en los proyectos de apoyo a los procesos de reforma. Sintetiza algunos de los problemas que más impacto tienen sobre las posibilidades de éxito o fracaso de dichos proyectos, y propone varias ideas y algunas perspectivas innovadoras para enfrentar dichas situaciones críticas.

De la discusión sostenida en este grupo de trabajo con otros profesionales con experiencia y conocimiento en este campo, se definen tres principales líneas de desarrollo programático:

- Una perspectiva educacional integradora de la educación y el trabajo: el enfoque basado en competencias, que se comprobó se integra natural y simbióticamente con la perspectiva de EPS;
- El desarrollo de la evaluación como teoría y como práctica, en una perspectiva que capitalice las nuevas ideas en esta área y las numerosas experiencias en la Región;
- El fortalecimiento de una perspectiva integral e integradora de gestión de recursos humanos que asuma la educación como herramienta fundamental del cambio individual e institucional para la calidad en los servicios de salud.

Este documento ha sido elaborado para ser un instrumento de trabajo. Por ello se aspira a que sea objeto de análisis, reflexión y debate entre los trabajadores de la educación en salud, con la esperanza de que pueda, eventualmente, contribuir a un cambio en las prácticas educacionales en salud.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alverno College Faculty - "Student assessment as learning at Alverno College", Alverno, Milwaukee, Wisconsin, 1994.
2. Fetterman, David M., Shakeh, Kaftarian J. and Wandersman, Abraham - "Empowerment evaluation. Knowledge and Tools for Self-assessment & Accountability". California, U.S.A., Sage Publications, 1996.
3. Guba, Egon G. and Lincoln, Yvonna S. - "Fourth generation evaluation". San Francisco, Jossey-Bass, 1989.
4. Irigoin M. En torno al concepto de competencias. Ministerio de Salud del Perú, Lima, 1996.
5. Loacker, G. - "Designing a national assessment system: Alverno Institutional Perspective". Alverno College, Milwaukee, Wisconsin, paper for "America 2000: an educational strategy", 1991.
6. Mentkowski, M. - "Institutional and program assessment at Alverno College", Alverno College, Milwaukee, Wisconsin, 1994b).
7. Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Informe del I Taller Andino sobre Educación Permanente en Salud (Quito, Ecuador, Nov. 1995), Washington DC. 1995.
8. Organización Panamericana de la Salud (OPS) - Informe del II Taller Andino sobre Educación Permanente en Salud (Arequipa, Perú, Nov, 1997), Washington DC, 1996.
9. Patton, Michael. Q. - 'Utilization-focused evaluation'. California, U.S.A., Sage Publications, 1986.
10. Senge, Peter - The Fifth Discipline. The Arts and Practice of The Learning Organization. New York, Doubleday, 1990.
11. Stufflebeam, Daniel L. et al. - "Joint Committee on standards for educational evaluation". New York, Mc Graw-Hill, 1994.
12. Stufflebeam, Daniel L. y Shinkield, Anthony J. - "Evaluación sistemática. Guía teórica y práctica". España, Editorial Paidós, 3ª reimpresión, 1995.

Publicaciones de la División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Serie Organización y Gestión de Sistemas y Servicios de Salud

- 1- La descentralización, los sistemas de salud y los procesos de reforma del sector
- 2- Guidelines for Development of Eye Care Programs and Services in the Caribbean
- 3- Lineamientos metodológicos para la realización de análisis funcionales de las redes de servicios de salud
- 4- Consideraciones sobre rectoría de los Ministerios de Salud en Centroamérica y República Dominicana
- 5- Macrocondicionantes Externos al Proceso de Fortalecimiento de la Rectoría de los Ministerios de Salud
- 6- Desarrollo de la Capacidad de Conducción Sectorial en Salud (Una propuesta Operacional)
- 7- El Nuevo Papel de las Regulaciones Gubernamentales en Salud a Cargo de los Ministerios de Salud
- 8- La Cuestión del Aseguramiento y el Nuevo Paradigma de los Ministerios de Salud en el Contexto de la Reforma
- 9- Reunión Subregional sobre Rectoría Sectorial y Liderazgo de los Ministerios de Salud

Serie Medicamentos Esenciales y Tecnología

- 1- Directorio de Facultades de Farmacia de América Latina y de España
- 2- Armonización de la reglamentación farmacéutica en América Latina
- 3- La farmacia en un marco de atención regulada
- 4- Directorio de autoridades nacionales de registro y de control de calidad de medicamentos Región de las Américas
- 5- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Conceptualización *(en preparación)*
- 5.1- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Selección y Formulario de Medicamentos
- 5.2- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Logística del Suministro de Medicamentos
- 5.3- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Sistema de Distribución de Medicamentos por Dosis Unitaria
- 5.4- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Información de Medicamentos
- 5.5- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Atención Farmacéutica al Paciente Ambulatorio
- 5.6- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Comité de Control de Infecciones Hospitalarias
- 5.7- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Formulaciones Magistrales
- 5.8- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Preparación de Mezclas de Uso Intravenoso
- 5.9- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Nutrición Parenteral *(en preparación)*
- 5.10- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Reconstitución y Dispensación de Medicamentos Citostáticos
- 5.11- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Seguimiento a la Terapia Medicamentosa *(en preparación)*
- 5.12- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Utilización de Medicamentos *(en preparación)*
- 5.13- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Reacciones Adversas a los Medicamentos *(en preparación)*

- 5.14- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Uso de Medicamentos Bajo Investigación *(en preparación)*
- 5.15- Guía para el Desarrollo de Servicios Farmacéuticos Hospitalarios: Farmacocimética Clínica *(en preparación)*
- 6- Conferencia Panamericana sobre Armonización de la Reglamentación Farmacéutica - Anales
- 7- Estándares de Trabajo para Bancos de Sangre

Serie Sistemas de Información sobre Servicios de Salud

- 1- Telecomunicaciones en salud y atención de salud para América Latina y el Caribe (español/inglés)
- 2- Nuevo paradigma para el desarrollo y la evaluación de la telemedicina: Un enfoque prospectivo basado en un modelo
- 3- Registros médicos electrónicos para tres países de Centroamérica
- 4- La Telemática y la Universidad en el Desarrollo de los Sistemas Locales de Salud

Serie Desarrollo de Recursos Humanos

- 1- Relatoría de la Reunión sobre Formación y Utilización de Técnicos Medios de Salud en la Región de las Américas
- 2- Tesauro sobre Recursos Humanos en Salud
- 3- Informe - Taller Regional Intercambio de experiencias en la formación de trabajadores de atención primaria en salud
- 4- Study of International Health Activities at Schools of Nursing in the United States and some Schools in Latin America and the Caribbean
- 5- Proyecto Red de Formación de Técnicos en Salud RETS
- 6- Plan de desarrollo de enfermería para América Latina: Una propuesta
- 7- Informe del Taller Regional sobre Gestión Descentralizadora de Recursos Humanos en las Reformas Sectoriales en Salud
- 8- Recursos Humanos: Factor Crítico de la Reforma Sectorial en Salud - Informe Reunión Regional
- 9- Relatoría Reunión de la Red de Técnicos de Salud RETS
- 10- Productividade e Desempenho dos Recursos Humanos nos Serviços de Saúde
- 11- El Desafío Educativo de las Reformas Sectoriales: Cambios en la Capacitación y la Evaluación para el Trabajo en Salud

Serie Reforma del Sector Salud

- 1- Reforma del Sector Salud: El Caso de Puerto Rico

Serie Salud de los Pueblos Indígenas

- 1- Salud de los Pueblos Indígenas (español/inglés)
- 2- Hacia el abordaje integral de la salud. Pautas para la investigación con pueblos indígenas (español/inglés)
- 3- Taller Piloto Subregional Andino de Salud para los Pueblos Indígenas
- 4- Informe Ejecutivo - Taller Subregional Mesoamericano Pueblos Indígenas y Salud
- 5- Incorporación del enfoque de género en los programas de la OPS para la promoción de la salud de los pueblos indígenas (español/inglés)
- 6- Fortalecimiento y desarrollo de los sistemas de salud tradicionales: Organización y provisión de servicios de salud en poblaciones multiculturales

- 7- Memoria del Primer Encuentro Nacional Salud y Pueblos Indígenas: Hacia una Política Nacional Intercultural en Salud
- 8- Iniciativa de los Pueblos Indígenas - Informe de Progreso

Para obtener información adicional o para ordenar ejemplares de las publicaciones de las series de HSP, favor dirigirse a la:

División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud

525 23rd Street, N.W. Washington, D.C. 20037

Tel (202)974-3237 Fax (202)974-3613

Visite nuestra página electrónica en <http://www.paho.org>