

EDUCACIÓN EN LAS INSTITUCIONES ASISTENCIALES.

Lic. Amanda Galli¹

1. INTRODUCCIÓN.

El desarrollo de los conocimientos científicos y de la tecnología en el campo de las ciencias de la salud es tan vertiginoso que hace indispensable la implementación de formas de educación permanente para prevenir la obsolescencia del recurso humano que parece ser más rápida que la de otros recursos. El cuerpo de conocimientos de las disciplinas básicas que fundamentan las prácticas médicas (química biológica, física, microbiología) se reformulan cada 3 a 5 años.

También se afirma que los recursos altamente especializados son los que más rápidamente se vuelven obsoletos si no se encuentran inmersos en un proceso de actualización continua (longlife education).

Por otra parte, en todos los países se demanda por la extensión y mejoramiento de la calidad de los servicios de salud que se brinda a la población y es necesario aumentar la capacidad operativa de los servicios para atender tales demandas.

Actualmente, todos los gobiernos se ven forzados a reducir los gastos y al mismo tiempo están obligados a expandir los servicios y hacer que sean accesibles a un costo razonable. Estas presiones contrapuestas sólo se pueden conciliar mejorando la productividad. Lógicamente la atención se dirige al elemento más costoso: entre el 60 y 80% de los presupuestos de los servicios de salud de los países se destina al personal. Además las decisiones sobre otros gastos (estudios diagnósticos, medicamentos) dependen de la capacitación y juicios de los profesionales que brindan la atención directa al paciente. Hay estudios que analizan el gasto en los distintos establecimientos de salud y han encontrado una relación directa entre cantidad de estudios solicitados y perfil de los profesionales. En Argentina, los jóvenes recién graduados llevan a cabo una práctica profesional (imágenes, y laboratorio) que demanda mucho mayor gasto sin diferencia significativa en los resultados. Otros estudios están demostrando que después de 5 años de práctica, la calidad del trabajo de un profesional en una institución asistencial depende más de las condiciones y la "cultura" de la institución que de los conocimientos y entrenamiento adquirido en la formación de grado. Se sostiene que a 5 años de graduación

no se advierten diferencias en la práctica profesional entre los graduados de "buenas" y "malas" escuelas de medicina cuando ambos trabajan en una misma institución asistencial.

De todos modos habrá que tener presente que, siendo los recursos humanos sólo una parte del sistema de salud, el alcance y los beneficios potenciales de las mejoras en la gestión del personal estarán necesariamente limitadas por lo que permitan las otras partes del sistema.

La gestión del personal de salud se ocupa de:

- * determinar las habilidades más apropiadas para cada puesto específico.
- * contratar los servicios de personas con esas habilidades.
- * coordinar sus actividades.
- * mejorar sus habilidades.
- * motivar para que tengan un desempeño excelente.
- * vigilar su desempeño.
- * lograr que se sientan satisfechas con su trabajo.
- * asegurar el compromiso de todos los trabajadores de la institución con las metas de un sistema de salud eficiente y equitativo.

Para mejorar los servicios es preciso que, los administradores de personal, hagan la selección de candidatos adecuados para los puestos y la distribución correcta del personal. También deben asegurar que todo el personal conozca con claridad lo que se espera de ellos y que reciban remuneraciones que intensifiquen su dedicación y compromiso.

Son responsables, además, de estimular al personal para que sea adaptable: que aprenda de la propia experiencia y que sea capaz de enfrentar los cambios.

La administración de los servicios de salud debe apoyarse en la educación con el propósito de lograr los cambios necesarios.

Los principales problemas que se identifican en la gestión de personal son:

- * formación desordenada de profesionales
- * apertura indiscriminada de instituciones formadoras
- * divorcio entre el sector educación y el sector utilizador de los recursos formados
- * escasez de una categoría profesional (enfermería) y exceso de otra (médicos)
- * estructura de carreras y sistemas de promoción poco satisfactorias.

¹Trabajo publicado en: Juan Carlos O'Donnell. Administración de Servicios de Salud. Tomo 1: Condicionantes y Gestión. Fundación Universidad a Distancia Hernandarias. Buenos Aires. 1995.

- * educación continua y supervisión ineficientes
- * condiciones laborales y de vida deficientes (jornada de trabajo excesivamente larga, doble empleo)
- *escasa productividad

Particularmente se destacan como **fundamentales, la escasa motivación y la baja productividad del personal.**

La utilización poco eficiente del personal, que se advierte en los países en desarrollo, es producto de una serie de factores tales como:

- * diseño defectuoso de los servicios de salud
- * interferencias políticas en la administración
- * empleo de personal altamente capacitado en tareas que exigen habilidades menos complejas
- * ambigua definición de las funciones
- * déficit en la supervisión.
- * falta de apoyo administrativo.

La baja productividad está asociada con la escasa motivación, los métodos erróneos de trabajo, la falta de supervisión y el escaso espíritu de cooperación. Cuando el personal no participa en las decisiones que lo atañen directamente, se deteriora el clima de la organización y se ven con suspicacia aún las buenas intenciones de los administradores del nivel superior.

Los datos de algunas investigaciones identifican ciertos factores o condiciones como “desalentadores” que conducen a un desempeño deficiente e incluso al sabotaje y otros son “satisfactores” que estimulan el buen desempeño. Las condiciones desalentadores incluyen sueldos bajos, malas condiciones de trabajo, falta de educación continua y la insensibilidad de los funcionarios del nivel superior.

Entre los factores “satisfactores” se destaca la participación en la toma de decisiones, el reconocimiento por la tarea bien realizada y adecuadas oportunidades para el desarrollo profesional y el progreso en la carrera.

En este contexto se ubica la educación en un establecimiento asistencial: como una de las actividades que contribuyen a mantener la motivación del personal y que permite encarar la transformación de los servicios que la sociedad está demandando.

Por otra parte, los hospitales han sido, tradicionalmente, los ámbitos para la enseñanza y el aprendizaje de las profesiones de la salud tanto a nivel de grado como de posgrado.

2. EDUCACIÓN CONTINUA

Las actividades educacionales, de actualización y/o capacitación de personal que se llevan a cabo en las instituciones del sector salud son conocidas como **Educación Continua.**

Algunas publicaciones más o menos recientes prefieren hablar de Educación Permanente y en el Index Medicus desde 1990 se utiliza “retraining” como categoría para ordenar las publicaciones que se refieren a educación continua. En castellano se está utilizando la palabra “reciclaje”. En el diccionario de la lengua española figura reciclar y reciclamiento: “someter repetidamente una materia a un mismo ciclo, para ampliar o incrementar los efectos de este.”

En el ámbito de la educación médica en nuestro medio se sigue utilizando la expresión Educación Continua para designar a las actividades educacionales que se realizan después de la graduación o de la obtención del título habilitante y que tiene como propósito:

- * prevenir la obsolescencia de los conocimientos.
- * adquirir los conocimientos y habilidades indispensables para implementar las nuevas tecnologías disponibles.

En 1975, los expertos reunidos en Washington, como grupo de consulta sobre programas de Educación Continua para el personal de salud de América Latina y el Caribe, se expresó en los siguientes términos: “la mayoría de los programas de Educación Continua responden a las necesidades de grupos profesionales o a preocupaciones de orden académico y *no contribuyen a mejorar significativamente los servicios de salud* y por lo tanto a satisfacer las necesidades de la población ni constituyen un elemento de redistribución educativa que permita un cambio en las relaciones técnicas o sociales del trabajo del sector salud”.

La Educación Continua ha ignorado durante mucho tiempo la fuente más común de aprendizaje: la experiencia que se logra en el trabajo. Al enfrentarse con los problemas por resolver es que se produce el aprendizaje. Los agentes de salud necesitan, no sólo realizar técnicamente mejor su trabajo, sino aprender al mismo tiempo a ser más flexibles y a aceptar los cambios.

Para mejorar la calidad del trabajo que se realiza, propósito fundamental de la Educación Continua, la principal fuente de aprendizaje es la reflexión sobre la práctica profesional.

El concepto de Educación Permanente enfatiza la idea del proceso educativo vinculado al trabajo, tiende a **tornar educativo el propio trabajo** más que agregar o sumar

actividades adicionales de enseñanza-aprendizaje.

En 1981 Carlos Vidal desarrolla el concepto de **supervisión capacitante** asociando ambas actividades: el trabajo y la educación. La función de enseñar es cumplida por el supervisor cuando señala aciertos y errores cometidos en la tarea y cuando ofrece un modelo de desempeño correcto.

La Educación Continua es una forma de la Educación de Adultos que se caracteriza por su desarrollo constante sin punto de finalización y por su estrecha relación con la práctica laboral.

Como ya se ha señalado, la preparación del recurso humano debe ser concebida como un proceso inherente al quehacer en salud orientado a mejorar la calidad de los servicios; por eso la educación no debe ser considerada como un componente aislado y adicional al trabajo, ni su planeación y ejecución debe ser responsabilidad de grupos o “unidades” externas a dichos servicios.

La experiencia muestra que generalmente, las actividades de Educación continua, no se planifican en base a un **diagnóstico de necesidades de capacitación**.

La falta de un diagnóstico inicial determina que se desarrollen actividades educacionales más o menos estereotipadas que definen al aula como espacio de aprendizaje, que reproducen un modelo de transmisión de conocimientos teóricos y cuya efectividad para la transformación de los servicios es muy limitada.

Para que una actividad educacional contribuya al logro del propósito final: servicios más equitativos, eficientes y eficaces debe tener como punto de partida:

- * la reflexión sobre la propia práctica.
- * la supervisión del desempeño.
- * las decisiones del nivel de conducción sobre innovaciones tecnológicas a incorporar a corto plazo y para las cuales los profesionales y técnicos deben ser preparados. Esta preparación para ser capaces de asumir nuevas tareas y responsabilidades es lo que se está denominando “reciclaje de los recursos humanos”.

La idea de elaborar los programas de educación a nivel de grado, de posgrado y de educación continua en base a los estudios de morbimortalidad es ya antigua aunque en muchos casos no se haya concretado en la práctica. Hoy se están planteando otros determinantes de la formación que son las **fronteras tecnológicas y los modelos de atención** que generan nuevos perfiles profesionales.

Antes de formular una propuesta para el desarrollo de procesos educativos en los servicios de salud es importante analizar el proceso de producción de los servicios y las relaciones que existen entre los procesos educativos y los productivos.

La división social y técnica del trabajo, que se vive en las instituciones complejas, hace necesario considerar los conceptos de trabajo cooperativo y direccionalidad técnica.

Las características del trabajo cooperativo genera la necesidad de incluir, en los procesos de capacitación, aspectos generalmente relativos a las relaciones interpersonales que influyen directamente en la productividad.

La direccionalidad técnica plantea la necesidad de abordar en los procesos educativos, las cuestiones específicas del trabajo según los conocimientos y las tecnologías utilizadas por las distintas categorías profesionales.

La división del trabajo plantea la necesidad de entrenamiento en planificación, gerencia y supervisión, acciones fundamentales para controlar la integridad del trabajo.

En otras palabras, las necesidades de capacitación surgen de las actividades técnicas específicas de cada grupo profesional y/o técnico en el contexto del trabajo cooperativo.

Generalmente los procesos educativos son poco relevantes porque existe una falta de comprensión del proceso productivo en salud. En consecuencia se puede afirmar que la educación, en la forma que se lleva a cabo actualmente, generalmente no ayuda a resolver los problemas concretos de la práctica y ha acentuado la dicotomía entre el pensamiento y la acción, entre la teoría y la práctica.

La comprensión del proceso de trabajo en todas sus dimensiones es una condición para formular propuestas de capacitación relevantes para la transformación de los servicios.

Las necesidades de capacitación de personal en un hospital se plantean a partir de las características de su organización.

En un documento de 1989, Alberto Dal Bó hace referencia a la necesidad de: “generar un nuevo modelo de atención a las personas”, “necesidad de una acción interdisciplinaria coordinada por un médico clínico de cabecera conformándose una visión ampliada a partir de la cual se integrarían, sintetizarían y canalizarían, en una conducta única, los distintos criterios e indicaciones aportadas”.

“la actividad hospitalaria, al igual que cualquier otra acción organizada, da origen a dos requerimientos básicos y opuestos: dividir el trabajo según distintas ramas del conocimiento y coordinar las tareas para poder conservar la actividad”

“la función de los médicos de cabecera incluye la síntesis, coordinación e integración de los aportes efectuados por los distintos especialistas”

“el médico principal se ocupa de la organización y necesidades del servicio”

“el desempeño de estos roles presenta dificultades debido a la falta de formación y experiencia en todos los miembros del equipo de salud”

“la actividad interdisciplinaria exige un esfuerzo de comunicación y un conocimiento del otro para lo cual debe vencerse la tendencia al trabajo dentro de límites de su propio campo”

“resulta difícil a los profesionales adaptarse a la organización matricial, aceptar que es imprescindible interactuar con otras disciplinas en un plano horizontal”

“resistencia de los distintos servicios para ordenar sus actividades de manera coordinada con el responsable del área, así como para aceptar el control del cumplimiento de las mismas”

Todos estos señalamientos podrían sintetizarse en necesidad de desarrollar estrategias de trabajo cooperativo entre sectores muy desarrollados en la especificidad (producto de la división del trabajo a partir de la evolución del conocimiento científico y del desarrollo tecnológico).

Cabe recordar que el crecimiento de las partes sin articulación e integración entre sí no permite el logro del fin común: servicios de salud eficientes, eficaces, equitativos y humanizados.

Entonces se puede resumir que el propósito general de una Dirección de Docencia en un establecimiento asistencial es la planificación e implementación de actividades que contribuyan a la integración entre clínicos y especialistas, entre médicos y enfermeras, entre residentes y becarios y personal de planta (trabajo cooperativo) y a la necesidad de capacitación de los diferentes niveles de conducción en las habilidades de gerencia (planificación, supervisión y evaluación).

Cabe reiterar que estos problemas surgen necesariamente de la división del trabajo, de la complejidad de las prestaciones, de la diversidad de la formación y experiencia previa de los agentes que se desempeñan en la institución, del modelo organizacional innovador y de la escasa preparación que

brinda la Universidad a los profesionales de la salud en las habilidades de administración de servicios.

Queda claro que la Dirección de Docencia debe coordinar su programación con la Dirección Médica y con la Dirección Administrativa.

La docencia ha de considerar las siguientes estrategias:

1. Actividades de reflexión sobre la práctica asistencial.

1.1 Ateneos:

El ateneo anatomo-clínico es una oportunidad para la capacitación y desarrollo del personal profesional y técnico que trabaja en el hospital.

Los ateneos resultan educativos sólo si se da la oportunidad para integrar la teoría con la práctica y si se genera un clima donde se pueda reflexionar sobre los errores cometidos.

En las teorías del aprendizaje y en la didáctica en general, el error ocupa un lugar significativo ya que es prácticamente imposible modificar un comportamiento habitual -aprender- si no se percibe o se toma conciencia de la propia incapacidad o del error cometido. Y esto resulta particularmente cierto en los casos de los adultos profesionales.

Los **ateneos** deben ser preparados teniendo en cuenta estos propósitos educacionales:

* describir, analizar y evaluar el proceso de atención médica realizado por la institución con la intención de dar respuesta a las necesidades de salud de un paciente particular.

* promover el “razonamiento” médico explicando las razones que fundamentaron cada una de las decisiones tomadas (¿por qué se hizo lo que se hizo?) y las consecuencias de dichas decisiones (¿qué efectos se produjeron?)

Tomando en cuenta la complejidad y segmentación de la producción de servicios en las organizaciones médicas, el ateneo puede constituir una instancia para analizar y evaluar la coordinación y articulación entre sectores y/o especialidades. Cabe recordar que uno de los aprendizajes considerados como críticos, en las actuales condiciones del conocimiento médico, es la disposición y habilidad para trabajar colaborativamente en grandes organizaciones.

Los ateneos han de reflejar este complejo proceso de interacción, que involucra a muchas personas y a diversas profesiones, identificando los problemas de articulación, los errores cometidos, la falta de conocimiento y

elaborando propuestas para mejorar la calidad de los servicios brindados a los pacientes. Los ateneos no deberían limitarse a la simple presentación de las hipótesis diagnósticas formuladas a raíz de un paciente determinado y a las formas de verificarlas o descartarlas llegando al diagnóstico de certeza. Con frecuencia, un ateneo parece una confrontación intelectual, sólo entre médicos, en las que se trata de demostrar que “se pensó todo”, porque se “siente” que lo que se está evaluando es el conocimiento de uno o dos profesionales.

No se ha llegado a comprender, todavía, que se trata de una autoevaluación del trabajo colectivo, de toda la institución y que el objeto de estudio es el proceso de atención brindado a un paciente determinado.

En las grandes instituciones hospitalarias falta mucho ejercicio práctico y mucho diálogo sobre la responsabilidad compartida entre las distintas profesiones y reconocimiento, personal e institucional, de los conocimientos y competencias específicas de cada uno de los miembros del equipo de salud. Para que cambie la forma de trabajo debe modificarse el campo de las relaciones interpersonales.

Los ateneos constituyen una modalidad clásica en Educación Médica que sigue teniendo plena vigencia y que necesita ser revitalizada tomando en cuenta que, hoy, el desafío no es sólo llegar al diagnóstico sino brindar la atención integral, más eficiente y a un costo razonable.

1.2 Revisión de Historias Clínicas

La revisión de las historias clínicas es una actividad docente-asistencial. Resultará una actividad educativa siempre que se converse sobre los hallazgos, los déficit y las razones que justifican las decisiones.

Aquí también se incluye el reconocimiento de los propios errores u omisiones como un estímulo para el cambio. Es necesaria, en el jefe del servicio y/o en el director de atención médica, una actitud docente firme capaz de señalar los puntos débiles sin asumir conductas autoritarias o persecutorias. El propósito es enseñar y aprender juntos y no sancionar.

La revisión de las historias clínicas puede organizarse como:

- * reuniones entre médicos clínicos y especialistas directamente involucrados en la atención de algunos pacientes seleccionados en función de un interés en particular
- * reuniones de mortalidad a partir de las auditorías de las muertes producidas y de los estudios anatomopatológicos.

* evaluación de la criticidad de los pacientes y ajustes de los controles y cuidados a la situación del paciente.

Los registros médicos, como la historia clínica, constituyen un recurso indispensable para poder desarrollar estas estrategias de educación permanente y en servicio.

Asimismo resulta **fundamental la información estadística** para tener la dimensión de lo colectivo y descubrir en la acumulación de frecuencias, los propios errores y no atribuir los resultados a la “variabilidad” de cada caso.

2. Cursos, Talleres y/o Becas para promover la formación del personal en áreas del conocimiento que se consideran críticas.

En materia de recursos humanos, la brecha entre lo disponible y lo necesario se agranda en determinadas circunstancias tales como: introducción de innovaciones, crisis financieras, evolución del contexto, aparición de competidores, evolución de las expectativas sociales, obsolescencia de los equipos.

Las variables, que influyen en las necesidades de cambios en el perfil de los recursos humanos, pueden ser externas (contexto) y/ o internas al sistema. En cada situación surgirá un cuerpo de conocimientos, habilidades y actitudes que se considerarán indispensables para superar la situación crítica.

En la medida que la conducción de una organización (hospital y/o red de servicios) entiende que la gerencia de la misma es administrar los cambios, también entiende que, necesariamente, tiene que ofrecer los estímulos y las oportunidades para la modificación del comportamiento de los actores.

Nadie podrá producir cambios en una organización si no se cambian las capacidades de las personas que integran esa organización. La capacitación es una herramienta de la gestión organizacional.

Cuando se intenta introducir un cambio, por ejemplo la descentralización, o se propone un modelo organizacional innovador, hay que tener presente la experiencia previa del personal que actuará como una verdadera interferencia (resistencia al cambio y sobrevaloración de lo conocido frente a la inseguridad que genera la incertidumbre)

Es indispensable identificar con la mayor claridad posible la brecha entre los recursos humanos **disponibles**, con su experiencia previa, y los **necesarios**, perfil en base a las nuevas competencias, para el nuevo modelo de atención.

Esta brecha define las necesidades de capacitación y es el punto de partida para la capacitación docente.

En un contexto organizacional las necesidades de capacitación pueden ser definidas como conocimientos, habilidades y o actitudes faltantes.

Hoy, en casi todos los establecimientos asistenciales se reconocen las siguientes como áreas críticas en las que el personal debe ser capacitado:

2.1 Gerencia. Organización y administración de servicios.

2.2 Trabajo interdisciplinario. Integración de equipos de trabajo. Dinámica de los grupos humanos.

2.3 Habilidades para la supervisión capacitante.

2.4 Evaluación del desempeño de los trabajadores.

2.5 Metodología para la investigación científica. Método epidemiológico y usos de la epidemiología.

2.6 Informática.

3. Cursos y/o programas de actualización.

Dictado por funcionarios de los distintos sectores del hospital o por profesionales especialmente invitados para presentar los avances del conocimiento científico y de las tecnologías.

En la selección de los temas a desarrollar en estos programas de actualización debe lograrse un adecuado equilibrio entre las “novedades” aparentemente independientes de las condiciones reales del trabajo cotidiano y las necesidades de capacitación identificadas en la evaluación del desempeño de los trabajadores y/o a través de las auditorías.

La **discrepancia** entre lo que *se debe hacer* (normas de diagnóstico y tratamiento ya establecidas, criterios en función de las innovaciones y/o descripciones del puesto de trabajo) y lo que efectivamente *se hace* es la principal fuente de información para la programación docente. Pero hay que tener presente que no todo déficit en el desempeño corresponde a una falta de capacitación.

Una vez identificada la deficiencia hay que plantearse los siguientes interrogantes: ¿Dispone de los materiales y las condiciones que necesita para un desempeño correcto? ¿Quiere hacerlo (motivación)?, ¿Tiene el conocimiento y/o las destrezas necesarias para ese desempeño?

Sólo en este último caso la capacitación es la respuesta adecuada.

Lamentablemente se observa con frecuencia que en la implementación de los cursos que se dictan en los establecimientos

asistenciales se reproduce un modelo docente tradicional: centrado en el expositor que intenta transmitir mucha información en poco tiempo, con escaso grado de redundancia y con un mínimo espacio para la interacción entre los participantes y el docente. Está suficientemente demostrado el bajo nivel de aprendizaje que se promueve con esta metodología. Las técnicas de trabajo en Grupos de Discusión y Talleres son más productivos pero requieren un entrenamiento en las habilidades de coordinación y animación de grupos que no es frecuente entre los profesionales de la salud. Esta es una de las razones por las que se consideró área crítica la adquisición de estas habilidades que, además de ser usadas para la docencia, podrán ser muy útiles para la conducción de los equipos de trabajo asistencial.

De cualquier manera, las técnicas unidireccionales como las conferencias y exposiciones magistrales siguen teniendo utilidad en el marco de las reuniones científicas; en estos casos deben ser preparadas con todos los recursos que suelen utilizar los buenos comunicadores: cuidadosa selección de los contenidos y organización del discurso, alto grado de redundancia variante, utilización de distintos códigos, metalenguaje coherente con el texto., etc.

Los cursos o programas de actualización destinados al personal del hospital pueden estar abiertos para funcionarios de la red de servicios de salud a la que todo establecimiento de salud debe estar integrado. Se pueden planificar Programas de Actualización en forma colaborativa entre varios centros asistenciales para ser más eficientes y como una estrategia de fortalecimiento de la red.

En los últimos dos o tres años se ha formalizado una relación entre las universidades y los hospitales públicos y privados con el propósito de llevar adelante un esfuerzo conjunto y que los cursos que se dictan en el sector asistencial tengan apoyo y reconocimiento académico siempre que se contemplen ciertos requisitos.

4. Centro de documentación.

Las grandes organizaciones, clínicas y sanatorios, han de acondicionar sus recursos informáticos de modo de facilitar el acceso a las fuentes internacionales de información bibliográfica y disponer de personal profesional para prestar servicios, a todo el personal que lo demande, en relación a búsqueda y recuperación de las publicaciones científicas. Un archivo de imágenes y de otros recursos diagnósticos pueden constituir magníficos medios de autoaprendizaje.

La actualización a través del estudio independiente y la producción de trabajos científicos para presentar en distintas reuniones mejora las competencias profesionales.

5. Jornadas y/ reuniones científicas.

La realización de eventos científicos tales como las Jornadas del Hospital, generalmente organizadas para “mostrar” a la institución, constituyen, al interior de la misma, una estrategia docente porque estimulan la sistematización de la propia experiencia asistencial y la preparación de trabajos científicos. Motivar a los distintos servicios para que preparen talleres, paneles y/o mesas de discusión y brindarles asistencia técnica para su implementación es una de las formas de docencia en servicio.

Así mismo el trabajo que realiza un comité de selección de trabajos científicos orientando a los autores es, sin duda alguna, una tarea docente.

De las cinco estrategias mencionadas, la primera, que es la reflexión sobre la propia práctica, es la más difícil de implementar y sostener con continuidad ya que requiere de todas las personas, un alto grado de confianza básica y tolerancia para reconocer y aceptar los errores propios y ajenos.

Las personas que trabajan en el hospital deben encontrar en la oferta educativa:

- * las oportunidades para mejorar la calidad de la atención que brindan y/o ampliar la cobertura
- * la satisfacción de sus intereses personales acerca de los desarrollos científicos más recientes.

Tal vez se podría considerar que las estrategias de Reflexión sobre la Práctica asistencial y las actividades de Formación en Áreas Críticas están fuertemente determinadas por la necesidad de mejorar los servicios y aumentar la productividad mientras que los Programas de Actualización, la consulta individual al Centro de Documentación y la participación en Jornadas y Congresos aparecen como oportunidades y recursos para satisfacer la “curiosidad personal”.

Recordemos que la curiosidad se define como “deseo de saber y averiguar alguna cosa” y “cuidado de hacer una cosa con primor”. También es conveniente tener presente que la satisfacción personal por una tarea bien realizada es una de las motivaciones que determinan el comportamiento de las personas. Desde este punto de vista no existiría tanta disociación

entre “mejorar el trabajo” e “intereses personales”.

Finalmente se plantea la necesidad de formalizar y certificar la participación de cada profesional en las actividades de Educación Continua. Existe una tendencia, cada vez más fuerte, a considerar necesario un control o registro de las evidencias que demuestran que el profesional mantiene sus competencias clínicas. Suele mencionarse como recertificación periódica. En los EE.UU. y en Canadá para mantener la licencia que permite ejercer la profesión se deben presentar, periódicamente, ante las autoridades competentes, las evidencias de actualización (constancias de asistencia a cursos y jornadas debidamente acreditadas, participación en actividades docentes universitarias, producción científica) y rendir un examen de conocimientos y de competencia clínica

3. RESIDENCIAS Y PASANTÍAS

La Residencia es un sistema de formación de posgrado destinado a los recién graduados que tiene como propósito la capacitación profesional fortaleciendo, sobre todo, las competencias clínicas en una rama de la medicina y/o en una especialidad o subespecialidad.

Generalmente el programa de residencia se extiende por 3 ó 4 años aunque no está suficientemente justificada esta duración así como tampoco se encuentran expresamente definidos los objetivos de aprendizaje específicos para cada año de entrenamiento.

En Canadá por ejemplo, para obtener la licencia para ejercer la profesión es obligatoria la residencia en Medicina Familiar de dos años de duración después de completar los 4 años de estudio de la carrera de medicina. Los especialistas se forman en programas de residencia con 3 años de medicina interna y 2 años de especialidad (cardiología, neurología, etc.)

La implementación de un programa de residencia requiere una serie de decisiones:

- * estimación del tipo y cantidad de profesionales necesarios de acuerdo a las políticas sanitarias definidas.
- * elaboración del perfil del graduado deseable en términos de las competencias clínicas y de los conocimientos para la producción científica.
- * planificación del programa docente asistencial para lograr el perfil profesional definido: objetivos de aprendizaje, estrategias de enseñanza, oportunidad y modalidad de las evaluaciones.
- * diagnóstico de los recursos docentes y asistenciales disponibles en el establecimiento

para desarrollar las experiencias de aprendizaje pertinentes y definición de la articulación con otros servicios para complementar potenciales rotaciones en caso de que el establecimiento no sea autosuficiente para el programa previsto.

* definición de los mecanismos de selección y admisión de candidatos.

* capacitación técnico pedagógica de los recursos docentes en estrategias tales como: supervisión capacitante, coordinación de grupos de aprendizaje, programación docente, producción de instrumentos de evaluación de competencias clínicas.

Es importante destacar que las decisiones respecto del Programa de Residencia debe fundamentarse en las oportunidades de aprendizaje que necesitan los jóvenes graduados para adquirir determinadas competencias. Se observa, lamentablemente con frecuencia, que en la organización de las actividades de los residentes se toman en cuenta prioritariamente las necesidades asistenciales, lo que distorsiona totalmente la intencionalidad educativa del Programa. De esta manera, la residencia se transforma simplemente en un primer empleo.

Todos los individuos aprenden mucho en sus primeras experiencias laborales pero este resultado no convierte al trabajo en un programa docente.

La residencia se define como un programa de formación en servicio, con responsabilidades crecientes bajo supervisión permanente. Estas características hacen obligatorio un horario prolongado tanto del aprendiz como del instructor y supervisor. En algunas instituciones, por el reducido horario del personal de planta, los residentes se constituyen en grupos de autogestión: se enseñan y supervisan entre ellos y llegan a convertirse en un "hospital" paralelo.

Como ya fue señalado, antes de iniciar un Programa de Residencia deben analizarse las condiciones del centro asistencial para desarrollar docencia de posgrado.

Es indispensable llevar a cabo un proceso de Acreditación para la docencia. Puede darse la situación que, desde el punto de vista asistencial, un servicio médico sea muy bueno pero que no reúna las condiciones para una docencia también muy buena. Por ejemplo puede suceder que los profesionales no tengan horas disponibles para dedicar a la enseñanza y a la evaluación formativa; que no se desarrollen investigaciones en las que puedan participar los residentes; que no se disponga de un centro de documentación y/o acceso a bases de datos; que los registros

médicos no sean rigurosos; que no se hayan constituido los comités (de tumores, de muerte, auditorías); que la cantidad y diversidad de la patología asistida no sea representativa de la patología de la población en general; que la cantidad de procedimientos (quirúrgicos, estudios) no permita una práctica suficiente para lograr las destrezas.

En nuestro país, actualmente, el problema más grave en la formación de posgrado a través del sistema de residencias médicas es la falta de acreditación y la multiplicación de programas sin ningún control de calidad de la docencia. Dadas las dificultades y las resistencias observadas para la implementación de una "vigilancia" por parte de los organismos estatales, tal vez sería oportuno, inicialmente integrar grupos de trabajo, intersectoriales, públicos y privados, convocados por las asociaciones médicas (sociedades científicas y colegios médicos) y las universidades para elaborar, por consenso, criterios y estándares para la acreditación y comenzar una autoevaluación entre pares, en forma voluntaria, que gradualmente vaya logrando reconocimiento en la sociedad y que finalmente influya en el mercado de empleo. Esto es que las instituciones que contratan profesionales tomen en cuenta la calidad del programa en el que se ha formado el especialista.

En el marco del Reglamento para las Carreras de Especialistas de la Facultad de Medicina de la UBA se está llevando a cabo un proyecto docente entre una sociedad científica y varias residencias públicas y privadas. De modo colaborativo, por consenso, se han establecido estándares comunes para la formación en la práctica y se comparte la formación teórica y todos los residentes se someten a las mismas evaluaciones. Es un ejemplo que permite ser optimista respecto a la posibilidad de lograr en el mediano plazo algún sistema de acreditación.

La acreditación es, de alguna manera, un control de calidad del proceso, que determina en forma significativa, la calidad del producto.

Las *pasantías* son una variante del programa de residencia fundamentalmente en relación al tiempo de duración. También es una modalidad de entrenamiento en servicio, de aprendizaje a través del trabajo supervisado, que suele extenderse entre un mes y un año.

Las pasantía, mucho más que las residencias todavía, son experiencias asistemáticas, que se van estructurando a la medida del interés y dedicación del pasante. Cuando se hace alguna evaluación, esta es muy informal.

Las *becas* son otra variante, relacionada con la fuente de financiación y con la forma de acceder a la institución asistencial con el propósito de capacitarse; en la práctica, becarios y residentes cumplen el mismo programa docente.

A veces los becarios han completado una residencia y extienden su período de formación durante 1 ó 2 años en una determinada especialidad o práctica.

En síntesis, la cuestión principal en relación a la formación de posgrado es la acreditación de las instituciones asistenciales para hacer docencia. Existe consenso acerca de la necesidad de la acreditación, pero se debate respecto a quién tiene autoridad real y capacidad para hacerla y cómo llevarla a cabo. Algunas decisiones deben tomarse en el corto plazo ya que los acuerdos establecidos en el contexto del Mercosur, como por ejemplo libre circulación de profesionales entre los países, reclaman algunas especificaciones sobre requisitos educacionales (planes de estudio de grado y posgrado) para la práctica profesional en cualquiera de los países signatarios.

4. FORMACIÓN DE GRADO

La presencia de estudiantes es frecuente en los establecimientos asistenciales públicos y en algunos pocos privados. ¿Cuál es el criterio para decidir esta presencia?. En la mayoría de los casos pareciera que se debe a la tradición y a veces se debe a la necesidad de los profesores de conjugar la tarea asistencial con la tarea docente en un mismo lugar.

No todos los servicios asistenciales son ámbitos adecuados para la docencia de grado porque los modelos de atención que condicionan las prácticas de los estudiantes, no son relevantes para la formación de un médico general que es el propósito declarado por todas las Facultades de Medicina del país.

Las actividades de aprendizaje deben ser prácticas adecuadas, es decir idénticas o muy similares a las conductas deseables definidas en los objetivos de aprendizaje. Generalmente las oportunidades de práctica en los hospitales, en servicios especializados, con pacientes internados, y con gran cantidad de recursos diagnósticos, no se corresponde con la práctica profesional de un médico general que se desempeña en el primer nivel de atención.

Se han de privilegiar las prácticas en consultorio externo y en emergencias.

Sería conveniente buscar estrategias que puedan contrarrestar la segmentación de la enseñanza provocada por el dictado de clases por numerosos especialistas. Tal vez un

sistema tutorial (un grupo pequeño de alumnos se reúne sistemáticamente con el mismo docente clínico para analizar las distintas experiencias) podría resultar una instancia integradora.

Los estudiantes concurren al hospital, en el ciclo clínico de la carrera de medicina, para adquirir competencia clínica en la práctica, más que nuevos conocimientos a través de clases teóricas.

En la competencia clínica se pueden identificar las siguientes conductas:

- * comunicación con el paciente para obtener información para la confección de la historia clínica.
- * realización de un examen físico pertinente a las condiciones de la consulta (emergencia, control de salud, seguimiento del paciente crónico, enfermedad aguda)
- * formulación de hipótesis diagnósticas más probables.
- * elaboración del plan de estudios.
- * elaboración del diagnóstico de certeza
- * preparación del plan terapéutico.
- * comunicación con el paciente: del diagnóstico, del pronóstico, indicaciones sobre medicamentos y/o estilos de vida.

El tiempo que permanece el estudiante en el hospital o en el centro de salud debe dedicarse totalmente a la práctica clínica. La información puede ser adquirida en otro contexto y a través de otras formas más efectivas que las clases teóricas dictadas por un especialista, en un aula del hospital.

La investigación indica claramente que los métodos en pequeños grupos son más efectivos que las conferencias para lograr en los estudiantes el desarrollo de niveles elevados del dominio cognoscitivo. De modo que la calidad del aprendizaje de la competencia clínica depende en gran medida de la disponibilidad de un instructor clínico que ayude a plantear las preguntas y a “pensar” integrando la información brindada por el paciente, el examen físico y los estudios complementarios. Esta práctica, probablemente, generará la necesidad de nuevos conocimientos. Los alumnos deberán buscar la información en base a una buena orientación bibliográfica brindada por los profesores. El estudio independiente y los grupos PBL (problem based learning) son estrategias muy estimulantes.

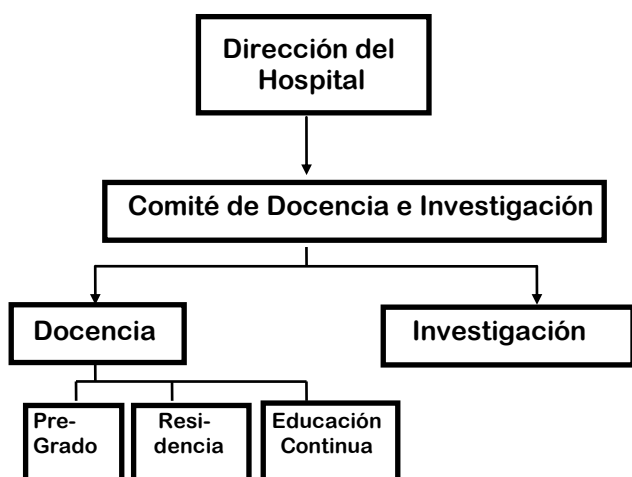
Los estudiantes aprenden en el hospital mucho más que conocimientos y clínica. Las prácticas hospitalarias, además del aprendizaje de las competencias clínicas, representan una iniciación en la “cultura médica”, es un fenómeno de socialización. Los estudiantes, sin darse cuenta, van incorporando los modelos y estilos que

observan en los profesionales (currículum oculto) y que tienen cierto grado de reconocimiento social.

5. ESTRUCTURA DE UN DEPARTAMENTO DE DOCENCIA EN UN CENTRO ASISTENCIAL.

Todas las actividades docentes mencionadas tienen que ser desarrolladas en forma coherente y sistemática. Esta es la función de un Departamento, División o Comité de Docencia.

La siguiente puede resultar una organización operativa:



Asesores: especialistas en Educación, Metodología de la investigación, Estadística, Comunicación Audiovisual.

Apoyo administrativo: registro de las actividades docentes y control de certificaciones. Secretaría, informática, técnico, maestranza.

A: Programas docentes: Planificación desarrollo y evaluación.

1. Unidad de Educación Continua: planificación desarrollo y supervisión de ateneos, reuniones científicas, cursos y jornadas. Grupo de trabajo con la participación de todos los sectores del establecimiento y subgrupos por tareas específicas (especialidades médicas, administrativos, técnicos, etc.)

2. Unidad de Residencias: planificación de los programas, supervisión del desempeño de los residentes y evaluación de los programas. Participan jefes de servicios, jefes de residentes y dos o tres residentes en representación de sus pares.

3. Unidad de Grado y Posgrado: articulación con las universidades y/o instituciones del sector educación. Supervisión de programas de formación de personal auxiliar, centro de

alfabetización de adultos, escuela hospitalaria. Planificación, implementación y supervisión de maestrías y carreras de especialistas.

B: Recursos Instruccionales

4. Biblioteca y/o Centro de Documentación: a cargo de bibliotecario profesional e integrada a la Red de Bibliotecas Biomédicas y a la Red Académica Nacional

5. Comunicación Audiovisual: archivo de imágenes, producción de fotografías y videos, desarrollo de programas educativos para la población usuaria de los servicios asistenciales. Recursos docentes: simuladores, proyectores y retroproyectores.

6. Unidad de evaluación: producción de instrumentos para la evaluación de las competencias clínicas y para la supervisión del desempeño de los trabajadores. Análisis de los resultados y evaluación de la calidad de los instrumentos. Entrenamiento de los profesionales para la administración de pruebas y exámenes.

BIBLIOGRAFÍA:

- Programa de desarrollo de Recursos Humanos. OPS/OMS. Educación permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas. Fascículo N° 4: El proceso educativo. Serie de desarrollo de recursos humanos N° 81.
- Canales, F. y Haddad, J.: Manual de Planificación de Recursos Humanos para la Salud. Publicación PASCAP N° 20. OPS. 1986.
- Gestión de Recursos Humanos para la salud. Serie de Informes Técnicos N° 783. Ginebra. 1989.
- Nogueira, R: Tendencias y perspectivas de la investigación sobre personal de la salud. Educ. Méd. y Salud vol 19 N° 1. 1895
- Amoea, S. A.: Motivating health personnel. Documento inédito de la OMS. Ginebra. 1985
- Fournies, Ferdinand: Técnicas de dirección de personal. Cómo instruir para aumentar el rendimiento. Serie Mc Graw-Hill de Management. Madrid 1991
- Dyer, William: Formación de equipos. Problemas y alternativas. Serie de

Desarrollo organizacional. Sitsa. México. 1988

Journal of Medicine 322 (4) 1990.

- Vidal, Carlos: El desarrollo de los recursos humanos en las Américas. Educ. Méd. y Salud vol 18 N^o 1. 1984
- Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. OPS
Educación permanente de personal de salud en la región de las Américas. Fascículo N^o 6: Capacitación de los responsables del proceso educativo. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N^o 83.
- Dal Bó, Alberto: Una organización matricial. Hospital de Pediatría J. P. Garrahan. Buenos Aires. 1989
- McLeod, P. J. and Harden, R. M.: Clinical teaching strategies for physicians. Medical Teacher, 7, 173-189, 1985
- Organización Panamericana de la Salud
Análisis de las Organizaciones de Salud Serie Paltex. N^o 4. Washington. 1987
- Floyer Acland, A.: Cómo utilizar la mediación para resolver conflictos organizacionales. Paidós. Buenos Aires. 1993
- Katz, F. M.: Pautas para la evaluación de Programas de Capacitación de Personal de Salud. Publicación Científica N^o 415. OPS/OMS. 1981
- Organización Panamericana de la Salud: Estudios médicos independientes: su efecto potencial en el sistema de atención de la salud. Publicación Científica N^o 496. Washington. 1986
- Boelen, C.: Reforma de la Educación Médica: necesidad de una acción global. Academic Medicine. vol. 67. N^o 11. 1992
- Weiss, Dimitri: La función de los recursos humanos. Tomo I y II. Ciencias de la Dirección. Madrid. 1992
- Jornadas de Políticas de Formación de Recursos Humanos en Salud. Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires. 1991
- Tosteson, D.: New Pathways in General Medical Education. The New England