

EDUCACION MEDICA

EDUCACION CONTINUA

A. MEJIA

Se considera la educación continua como el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial de un individuo y que prosiguen a través de toda su carrera hasta su retiro. Se hace referencia al tipo de educación continua requerida para alcanzar la "Salud Para Todos" (SPT) en el año 1000; se describen sus relaciones con otras formas de educación y se identifican los factores asociados con su creciente importancia en los sistemas de salud contemporáneos.

Sobre esta base, se identifican algunos de los problemas y limitaciones de este tipo de educación, se enumeran métodos para determinar los requerimientos de educación continua para personal de salud y se sugieren posibles estrategias futuras, considerando que su formulación y desarrollo a escala nacional rebasan la capacidad y competencia de cualquier institución aisladamente. Se sugiere la creación de sistemas nacionales de educación continuada que articulen las diferentes entidades pertinentes dentro de una organización interinstitucional con unidad de política, programas y presupuesto. Se considera que sólo así es posible asegurar un aprendizaje sistemático para todas las ocupaciones de la salud, con una secuencia progresiva, orientada hacia el desarrollo de las competencias requeridas para asumir funciones y responsabilidades específicas. Se concluye enunciando los rasgos deseables de este tipo de sistema.

La educación continuada dista de ser una novedad Sócrates y Platón consideraban ya la educación como un proceso de

toda la vida y Osler en 1900 reconoció su importancia en la práctica médica. El tema de la segunda Conferencia Mundial de Educación Médica en 1961, fue "Medicina un estudio de toda la vida" (1).

La educación continuada constituye todavía el único tratamiento conocido para "la obsolescencia progresiva de la competencia profesional", síndrome proteiforme, de extensión universal, con muchas formas subclínicas que a menudo pasan inadvertidas y que tiene varias sinonimias tales como "ignorancia continua", "degradación del conocimiento" y "obsolescencia galopante" (2, 3). A pesar de ser antigua, la educación continuada no ha sido siempre eficaz para prevenir o curar la dolencia. El hecho de que la estemos discutiendo sugiere que admitimos la posibilidad de introducir innovaciones y cambios para mejorar su calidad, vale decir, su eficacia, eficiencia y pertinencia.

Esta presentación concibe la educación continuada como el conjunto de experiencias que siguen a la formación inicial y que permiten al trabajador de la salud mantener, aumentar y mejorar su competencia para que sea adecuada al desarrollo de sus responsabilidades. Una educación continuada pertinente debe responder a las necesidades de salud y ser congruente con los recursos de la comunidad y los planes para mejorarla.

PERSPECTIVA

La competencia de los trabajadores de salud consiste en conocimientos, habilidades, actitudes, destrezas y juicios necesarios para dispensar servicios de salud pertinentes, seguros y oportunos a una población dada. Al completar su formación inicial el individuo teóricamente debería permanecer competente durante toda la carrera en el ámbito de su responsabilidad. La realidad es otra. La educa-

Dr. Alfonso Mejía: Médico Jefe, Sistemas de Recursos Humanos para la Salud, Organización Mundial de la Salud, Ginebra, Suiza. Ponencia de la Conferencia Panamericana de Educación Médica, Bogotá, noviembre 1984.

Solicitud de separatas al Dr. Mejía.

ción inicial, independientemente de su duración, no garantiza un ejercicio profesional idóneo indefinidamente. Capacita sólo para comenzar una carrera o empleo y aporta los cimientos para continuar la educación durante toda la vida profesional. Sin educación continuada la competencia decrece progresiva e inexorablemente como consecuencia de una dinámica influida por los siguientes factores:

Incongruencia: parte de la educación inicial no es congruente con los requerimientos de la práctica, ya sea como funcionario o en el ejercicio liberal.

Experiencia: consolida y agrega competencias pertinentes, pero también induce hábitos y prácticas de dudosa validez.

Memoria: hay una inexorable "tasa de olvido" que tiende a menguar competencias pertinentes.

Cambios: hay nuevas tecnologías, cambios sociales y epidemiológicos, cambios de empleo y modificaciones en el ambiente del trabajo.

Todo lo anterior ha llevado a estimar groseramente que sin educación continuada una alta proporción de la competencia inicial es incongruente o se ha olvidado 5 a 7 años después de la formación inicial. Conscientes de esta realidad los educadores médicos tienden más y más hacia una educación inicial orientada a la solución de problemas tanto a nivel individual como colectivo, en el supuesto de que este enfoque da más versatilidad y permanencia a la competencia.

La educación continuada es amplia, no se limita a la educación formal desarrollada mediante tal o cual método; comprende una gama de experiencias de muy diversa índole, aun las más informales como encuentros con colegas, autoaprendizaje, correspondencia y otros métodos de educación a distancia. Conceptualmente no existe una separación neta, sino una transición sutil, entre la educación inicial y la práctica de una profesión u oficio; ambos procesos son parte de un horizonte continuo, elemento inseparable del binomio educación/práctica.

Los aspirantes a la educación inicial deben satisfacer algunos requisitos de admisión que los hace elegibles; se supone que

quienes la completan con éxito adquieren la competencia para ejercer una determinada profesión u oficio, lo cual se acredita con un grado, diploma o certificado. Este documento permite ingresar a la práctica activa o, alternativamente a la educación graduada para estudios especializados. La Figura 1 ilustra las etapas de la educación continua.

IMPORTANCIA

La educación continuada es un ingrediente indispensable de los sistemas de salud para asegurar la calidad y pertinencia de sus acciones en las necesidades de salud de la comunidad y en particular para aumentar su capacidad de respuesta a la dinámica política, social, económica, técnica y epidemiológica. Su importancia es aún mayor en la época actual debido a los cambios acelerados que sufren los sistemas de salud como resultado de la interacción de los factores que se analizan a continuación:

Nuevas concepciones y filosofías. El acontecimiento más trascendental en la salud pública en el presente siglo es indudablemente la estrategia internacional para alcanzar la "Salud para Todos" (SPT) en el año 2000, basada en la atención primaria de la salud. Esta ponencia supone que hay consenso en que esta meta social es viable, indispensable, aceptable e impostergable y omite por tanto detalles sobre sus antecedentes, justificación y contenido.

La mayoría de los países han adherido a esta estrategia. Ha habido sin embargo discrepancias en la interpretación de lo que la SPT debe significar y abarcar en cada país, una interpretación que por supuesto debe variar de uno a otro contexto. La SPT puede considerarse como una filosofía, que debe inspirar el comportamiento del sistema de salud; como una estrategia para reorganizarlo; como el primer nivel de atención de la salud; como un conjunto de actividades esenciales de salud. Cualquiera que sea la interpretación, lo fundamental es que la SPT implica transformaciones profundas en la política, organización y gerencia de los sistemas de salud, en la distribución de los recursos, en la prestación de los servicios y en la actitud tanto de

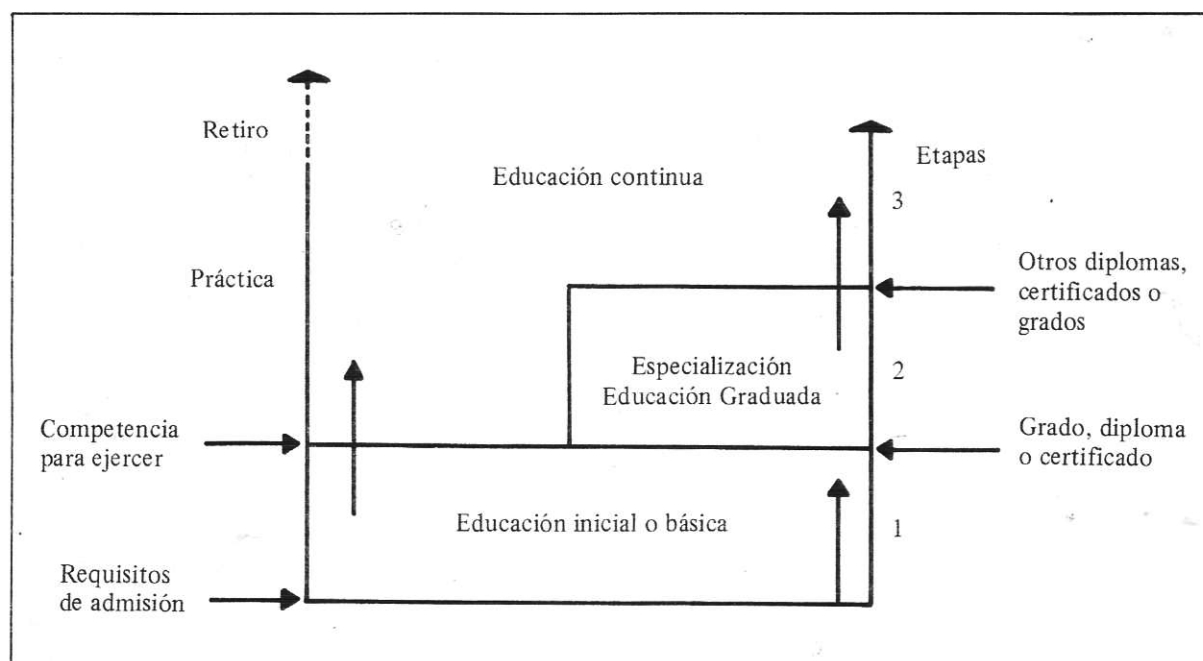


Figura 1. Etapas en la educación del personal de salud.

los usuarios como de los proveedores de dichos servicios.

Algunas instituciones docentes, entre ellas escuelas de medicina, han sido señaladas como opuestas o incapaces de modificar sus políticas, objetivos, organización y plan de estudios en respuesta a los requerimientos de la "Atención Primaria de la Salud" (APS). La Figura 2 sugiere la naturaleza y dirección de los cambios que la APS implica.

La SPT está inspirada en sólidos principios de justicia y equidad social, de autodeterminación de los pueblos y de solidaridad internacional. Se apoya, además, en una concepción integral de la salud y en la necesidad de que la práctica médica sea más humana, que no mire al individuo como un agregado impersonal de órganos y segmentos, disociado de su familia y de la comunidad en que vive. Cabe preguntarse la medida en que los contenidos curriculares de la educación médica incluyen aspectos tales como promoción de la salud, la prevención de las enfermedades, el autocuidado, la participación comunitaria, la colaboración intersectorial, el trabajo en equipo y la integración de los servicios de salud.

Necesidades y demandas. Cambios dramáticos han ocurrido en las necesidades y demandas de servicios de salud en las últimas décadas como consecuencia de alteraciones en la estructura demográfica y epidemiológica de los países y de las innovaciones introducidas por la investigación biomédica aplicada a los sistemas de salud.

En la medida en que se controlan la incidencia de la infección, el parasitismo y la desnutrición en los países en desarrollo, se insinúa en algunos de ellos el patrón de enfermedad dominado por afecciones crónicas y degenerativas y los accidentes, que predominan en los países desarrollados. El control de la fertilidad, la erradicación de algunas enfermedades y la ampliación de las posibilidades de prevención y tratamiento de otras, están acelerando cambios estructurales en la morbilidad y generando nuevas formas de patología cuyo control exige cambios en las políticas y estrategias de salud y de educación.

En muchos países industrializados se insinúa además una patología social y ambiental relacionada con cambios en las condiciones sociales de la familia, la comunidad, la escuela y el lugar de trabajo, y que se mani-

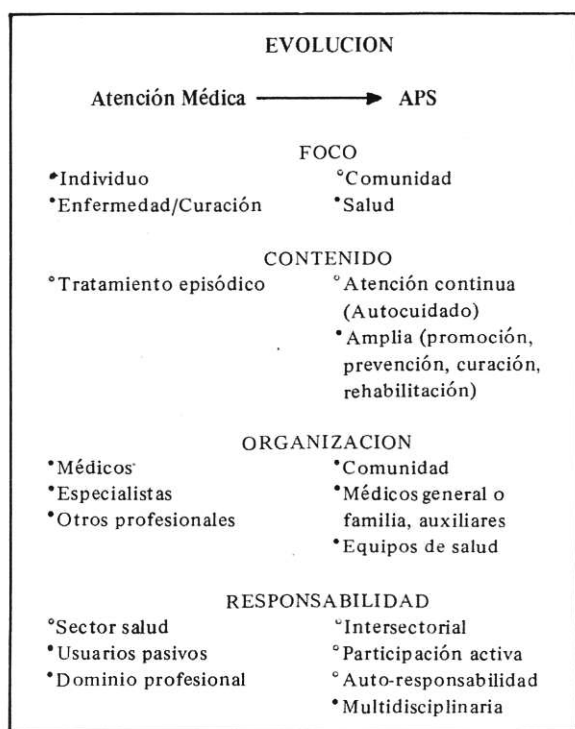


Figura 2. De la atención médica a la "Atención Primaria de la Salud"

fiesta en aumento de la violencia, la soledad, el ruido, el consumo de alcohol y tabaco, la sobrealimentación, el abuso de drogas alucinógenas, los embarazos precoces y el exceso de la velocidad de los automotores; todo esto en proporciones epidémicas.

Las enfermedades inducidas por el comportamiento humano aumentan en un número creciente de países. Estas enfermedades debidas al estilo de vida de las gentes son controlables pero no es fácil modificar los hábitos que las sustentan tan profundamente arraigados en la cultura de las sociedades. Tampoco es fácil contrarrestar la influencia de la publicidad pagada por la industria para promover el consumo de tabaco, alcohol, leche en polvo y otras prácticas malsanas. El incremento de la población mayor de 65 años está creando en algunos países lo que Peter D. O. O'Neill denomina los "nuevos parias" del siglo XX. El anciano se ha llegado a considerar un ente improductivo que es preciso recluir lo más pronto y al menor costo posible (4).

Los sistemas de salud requieren nuevas técnicas para cambiar el comportamiento individual y el estilo de vida de las gentes, para identificar grupos de alto riesgo de esta nueva patología de la comunidad que no responde a la terapia tradicional. El médico, por consiguiente, deberá calificarse no sólo para el control y el tratamiento de procesos agudos sino también para asumir estas nuevas responsabilidades y conocer mejor la biología del envejecimiento, la psicología del adolescente y el manejo técnico y administrativo de la enfermedad crónica, la desviación del comportamiento de los jóvenes y la patología social, tanto a nivel individual como colectivo.

Los cambios son protuberantes y continuos en cada país, en cada continente y en el mundo. El gran interrogante que se plantea es en qué medida la orientación de los servicios de salud responde a la SPT. Aún más importante, en qué medida la educación médica inicial, graduada o continuada, se interesa y responde a las estrategias para la SPT en el año 2000, que tiende a disminuir estos problemas y desigualdades en el acceso a los servicios.

Desarrollo tecnológico. La explosión, aplicación y administración de los conocimientos han ampliado considerablemente el *armamentarium* de la industria de la salud, no sólo en términos de equipos y materiales sino también, aunque en menor escala, en términos de procesos administrativos para la transferencia de esos conocimientos a un número creciente de países.

Tecnología significa esencialmente conocimiento aplicado a la solución de problemas prácticos. La forma como se selecciona y utiliza la tecnología médica en cualquier país tiene incidencia en la salud de su población y debería constituir un área de intervención para la formulación de políticas explícitas. El problema es determinar cómo seleccionar, desarrollar y administrar la tecnología con el objeto de satisfacer las necesidades humanas con recursos siempre limitados (5).

Las investigaciones aplicadas a los servicios de salud han desarrollado algunas innovaciones para adaptar y apropiar la tecnolo-

gía a las condiciones y recursos existentes en los países pobres. Hace apenas unas pocas semanas un grupo científico convocado por la OMS discutía las especificaciones técnicas de los equipos de ultrasonido y tomografía computadorizada para hospitales pequeños de los países en desarrollo. Muchas más innovaciones se precisan para evaluar y seleccionar la tecnología apropiada en cada situación. Con frecuencia la selección de tecnología escapa al control de los gobiernos y es impuesta por individuos cuyos intereses no se compadecen con las necesidades de la comunidad en su conjunto sino que responden a los intereses de una élite social o económica o de otros grupos minoritarios. El creciente desequilibrio entre necesidades y recursos y la brecha entre el conocimiento disponible y la capacidad de aplicarlo a la solución de problemas prioritarios de salud, impone la necesidad de considerar siempre los costos de oportunidad al seleccionar tecnologías. Banta sugiere que la desigualdad en las condiciones, cuidado y acceso a los servicios de salud, así como el aumento de sus costos, constituyen problemas prioritarios cuya solución plantea un reto a la innovación tecnológica.

Concomitantemente con el desarrollo de la tecnología médica se registra un crecimiento inusitado de la red hospitalaria. El público, estimulado por los médicos, conducido por los políticos y apoyado por el potente aparato médico-industrial, se ha precipitado a expandir la capacidad hospitalaria de manera inconsulta y arbitraria. Muchos de los nuevos hospitales no tienen personal ni dotación suficiente y algunos nunca han funcionado.

El predominio tradicionalmente concedido a la medicina curativa, la fascinación con la tecnología sofisticada y la ampliación de la red hospitalaria, son fenómenos correlativos que se potencian recíprocamente para producir un aumento rampante de los costos y conducir al sistema de salud a una especie de inflación. Se exagera la importancia de la tecnología terapéutica, habitualmente administrada por especialistas, en menoscabo de las tecnologías apropiadas para la prevención

de las enfermedades y la promoción de la salud.

La oficina europea de la OMS ha estimado que en la actualidad se efectúan rutinariamente más de 500 tipos de análisis en unos 65.000 laboratorios para la atención de la salud en la región, y existen otros 500 tipos de pruebas para problemas de salud más especiales. La introducción de nuevas tecnologías sofisticadas y equipos costosos continúa, con frecuencia, sin considerar sus ventajas relativas. ¿Será todo esto necesario?

Los presupuestos de salud no han crecido en proporción suficiente para sufragar los aumentos de costos y la persistencia del desempleo, la recesión económica y la inflación hacen improbable que en el inmediato futuro registren un incremento en términos de valor constante. Lo anterior ha conducido a la "crisis del sistema de salud" y al juicio de responsabilidades a que estamos asistiendo en el que la profesión médica, los gobiernos y el público se inculpan unos a otros. Chaves ha indicado que la responsabilidad es compartida en un proceso complejo de responsabilidad circular. La sociedad moderna es una sociedad "medicalizada". El tratamiento preferido es el que incluye la tecnología más compleja y el medicamento más costoso. La atención médica se convirtió en un bien de consumo, dentro de una sociedad de consumo (6).

La explosión de información científica ha cambiado significativamente la práctica de las ciencias de la salud. Puesto que la información pertinente virtualmente se duplica cada década, el profesional debe mantener un espíritu permanentemente inquisitivo y continuar su educación pues de otra manera rápidamente se vuelve incompetente. Una alta proporción del personal que ha de producir estas transformaciones está ya disponible o en adiestramiento. Muchos de ellos se han formado hace ya varios años y continuarán activos por 10 ó 20 años más, cuando su educación inicial será 10 a 20 años más vieja. La educación continua proporciona un instrumento más adecuado que cualquier otra forma de educación para el cambio acelerado que se requiere.

Formación inicial inadecuada.- Se requie-

ren nuevas competencias para el manejo apropiado y económico de los problemas de salud tanto en el individuo como en la familia y la comunidad, a través de actividades de promoción de la salud y de prevención, control y tratamiento de las enfermedades.

Toda una serie de conceptos, métodos y técnicas para la operación de los servicios de salud basados en la APT no han sido incluidos en los programas para la formación del personal de salud. Esta formación se considera distanciada de la sociedad en cuanto está disociada de los sistemas de salud y los contenidos curriculares no reflejan la contribución que otros sectores del desarrollo ofrecen a la salud.

Algunos educadores parecen temer que la educación en APS pueda menguar la importancia relativa dada a la bioquímica y a las disciplinas clinicoquirúrgicas en un curriculum ya congestionado. Un estudio conducido por la oficina europea de la OMS reveló que sólo dos países tenían una robusta orientación hacia la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud. Algunos países europeos programan la creación de departamentos de APS en todas las escuelas de medicina, mientras otros piensan que la enseñanza de la APS debe ser responsabilidad de los departamentos existentes. La situación difiere, por supuesto, de una a otra región y aun dentro de cada país.

Con frecuencia la educación en este campo se ha iniciado a través de programas en medicina general o familias. Se considera que estos programas aseguran la continuidad de la atención médica. Es forzoso admitir sin embargo que la decidida orientación clinicoquirúrgica en el ambiente hospitalario que aún caracteriza la mayoría de los programas, difícilmente provee oportunidades para demostrar los aspectos clínicos de la APS y menos aún para la práctica de la SPT a nivel de comunidad. La educación en APS no es por supuesto sólo para médicos sino que envuelve también a enfermeras, psicólogas, fisioterapistas, nutricionistas, trabajadores sociales, etc.

Cambios de papeles. La reorganización de los servicios de salud y la transposición

de responsabilidades entre los miembros del equipo implican alteraciones en el papel tradicional de cada ocupación. Por otra parte, cada vez se debe dar más importancia a la necesidad de formular políticas de incentivos y de proveer oportunidades de crecimiento profesional para el desarrollo de la carrera de cada trabajador de la salud. Tanto las reorganizaciones administrativas como las novedades de personal (promociones, permutas y reasignaciones), implican redefinición de los cargos existentes o traslados a cargos diferentes, que habrán de ser desempeñados en un nuevo contexto. La educación continua contribuye a llenar vacíos de las competencias y a disminuir la inseguridad que a menudo suscitan estos cambios.

Deterioro de la competencia. Es difícil para algunos trabajadores de salud preservar su competencia, especialmente en áreas aisladas donde las comunicaciones, los contactos con colegas y aún la supervisión son difíciles. Con frecuencia la carga de trabajo de algunos es tal, que deja escaso tiempo para el estudio y la lectura.

Deseo de aprender. En general puede decirse que la mayor parte de los trabajadores tiene el anhelo casi instintivo de mantenerse actualizados en su competencia. Muchos de ellos son conscientes de sus propias deficiencias y procuran remediarlas; naturalmente quienes no desarrollan esta conciencia constituyen el grupo de más alto riesgo de obsolescencia progresiva de la competencia profesional. Hay quienes consideran que la educación continua es un derecho humano comparable a la libertad y al empleo y que es deber del sistema de salud garantizarla a sus trabajadores para preservar la calidad de su desempeño y, de esta manera, garantizar a la sociedad ese otro derecho inalienable que es la salud.

Práctica incorrecta. Tendencias de las últimas dos décadas sugieren un cierto grado de descontento de la sociedad con el ejercicio de las ciencias de la salud y en particular con la profesión médica, estas tendencias parecen coincidir con el creciente interés por controlar el consumo excesivo y de estimular la gerencia por objetivos y el costo/beneficio como

fundamento para asignar recursos a áreas de prioridad social.

El creciente número de casos de práctica incorrecta, de la consiguiente reacción de los pacientes y litigios, sugiere un cuestionamiento al profesionalismo y al elitismo, si no un franco reto a la competencia del personal de salud. Pues aunque el usuario es incapaz de juzgar el desempeño del médico, sí parece percibir cuándo no recibe el servicio de la calidad esperada e identificar estándares subóptimos que en su opinión no se compadece con el costo.

La práctica incorrecta ha creado cierta aprensión hacia la competencia profesional, una especie de crisis de credibilidad que a su turno ha generado presión social para exigir mayor responsabilidad del personal de salud ante el público. Varios países han establecido diversas disposiciones de control a este respecto, tales como regulación de los sistemas de pago, planeación de las actividades, mecanismos de revisión de estándares profesionales y de acreditación de hospitales. Algunos han llegado a exigir un mínimo de horas de educación continua y la evaluación periódica de la competencia médica a través de licencias de duración limitada y relicenciamientos sucesivos. Por ejemplo, alrededor de la mitad de los estados de USA había ya aceptado los argumentos en favor de la educación continua obligatoria, cuando la disposición legal fue derogada en 1979.

Sin intenciones de intervenir en el debate sobre el uso de procedimientos coercitivos para la educación continua, indicamos que la mayoría de las pruebas de certificación y licencia evalúan la memoria, la comprensión y la capacidad de análisis de los profesionales y raramente aprecian otros procesos como la capacidad de sintetizar y de resolver problemas o la habilidad y destreza para ejecutar determinados procedimientos. Aunque un cuerpo de conocimientos es requisito de toda profesión, en medicina el meollo del asunto consiste en si el profesional es o no capaz de aplicarlos para el desempeño satisfactorio de una tarea o procedimiento.

El problema de práctica incorrecta es de

obvio interés profesional pero, dada su magnitud y trascendencia, es también un problema social que suscita una gran ansiedad en el usuario de los servicios de salud. El asunto de la incompetencia se relaciona también con la escalada de costos en la medida en que los reclamos por práctica incorrecta, los crecientes costos de las pólizas de seguro de práctica incorrecta y las intervenciones para rectificar la incompetencia originan gastos que al final de cuentas son sufragados por el usuario o por el contribuyente; además los esfuerzos para prevenir la incompetencia a través de la educación continua causan erogaciones adicionales.

Es también procedente señalar que la incompetencia profesional en medicina preventiva y en promoción de la salud representa tal vez la barrera mas seria para estimular a los individuos y comunidades a asumir mayor responsabilidad por su propia salud. Este traspaso de responsabilidades a individuos, familias y comunidades, constituye uno de los factores más importantes para contener la explosión de costos de los servicios.

PROBLEMAS Y LIMITACIONES

La educación continua no es una panacea y su desarrollo conlleva algunos problemas y limitaciones. Es una condición necesaria pero no suficiente para garantizar el funcionamiento efectivo y eficiente de un sistema de salud; requiere el complemento de otros insumos para optimizar sus beneficios.

Las dificultades se enumeran sólo con el fin de que los organizadores sean conscientes de su ocurrencia y de la necesidad de evitarlas o sortearlas. Pueden clasificarse en tres categorías: problemas de los participantes, problemas de los docentes y problemas en el contexto.

Problemas de los participantes. Los participantes en la educación continua son individuos adultos que tienen una experiencia que aportar y un trabajo, a menudo de tiempo completo, que desarrollar. No es difícil que en cualquier reunión de educación continua la experiencia conjunta de sus participantes alcance a 200 o 300 años. Además, cada traba-

jador debe repartir el tiempo entre sus intereses sociales, familiares, laborales o personales, a algunos de los cuales da prelación sobre la educación continua. En un estudio de la OMS sobre el papel de las escuelas de salud pública en adiestramiento en administración en salud, quienes trabajaban a nivel central informaron no percibir la necesidad de formación en este campo aduciendo además no disponer de tiempo para este menester; quienes trabajaban a nivel local expresaron su deseo de educación en administración pero se mostraron escépticos en cuanto a poder participar por cuanto este tipo de oportunidades casi siempre se concentra en el personal de los niveles central e intermedio.

Con frecuencia no hay incentivos suficientemente poderosos para la educación continua. El ideal es que la educación continua sea intrínsecamente interesante, pertinente y atractiva, al punto de hacer superflua cualquier compensación suplementaria. Una forma de aumentar la motivación es relacionándola con el desarrollo de carreras, lo cual implicaría que la continuación satisfactoria de la educación y el mejor desempeño resultante fuesen reconocidos como un criterio importante para las promociones. El problema, sin embargo, es mucho más complejo y controvertido en algunas partes pues depende de las políticas y prácticas en la administración de personal y de la organización del servicio civil en cada país.

Es de esperar que un trabajador de salud en ejercicio por varios años se considere lastimado en su amor propio si se insinúa que él es menos competente de lo que estima. Este reconocimiento, que se hace en la intimidad, cuesta aceptarlo en público. Se agrega a lo anterior la necesidad de olvidar hábitos contraproducentes y de modificar prácticas desueltas. Para reducir este sentimiento se sugiere respetar los sentimientos y opiniones de los participantes y estimular sus sugerencias; evitar las maneras amenazantes y el dogmatismo; proponer nuevos métodos y procedimientos sólo cuando sea necesario y sólo aquellos documentados y validados; no inculpar a los participantes por sus errores u omisiones; envolver a los participantes

activamente en la programación de su propia educación y proponer soluciones alternativas.

Algunos trabajadores no se percatan del deterioro de su competencia o están desinformados de los avances tecnológicos y cambios ocurridos. Desafortunadamente es este tipo de trabajador el que más urgentemente necesita la educación continua. La imposición coercitiva de la educación continua es incontrovertible. Más efectivo es crear conciencia de la degradación progresiva de la competencia, de la necesidad de aprender y del autoaprendizaje, a lo cual puede contribuir la autoevaluación, la supervisión y la auditoría.

Problemas de los docentes. A pesar de que la educación continuada es considerada inherentemente buena, hay poca evidencia cuantificada y documentada de sus beneficios, es decir, de la medida en que ella se traduce en cambios tangibles en el desempeño de los trabajadores. Muchos programas de educación continua no producen los cambios esperados, en parte por deficiencia del personal docente, especialmente en relación con los aspectos pedagógicos y de tecnología educativa. En consecuencia los objetivos del aprendizaje, cuando se formulan, no responden al desempeño esperado del trabajador; hay abuso de las conferencias magistrales a expensas de la participación activa de los educandos; los programas reflejan más la disciplina e interés del docente que las necesidades educativas del sistema de salud y del personal. Se ha demostrado que los programas más exitosos muestran las siguientes características: a) orientación hacia la solución de problemas específicos identificados con participación de los educandos; b) aprendizaje en pequeños grupos en una atmósfera distendida, sin amenazas psicológicas a su amor propio; c) participación de los educandos en la evaluación; d) educación activa.

Problemas en el contexto. Algunos problemas de la educación continua son de naturaleza logística y derivan de las características de la situación en la cual ejerce el trabajador. En algunas circunstancias esto implica aislamiento de los colegas y dificultades de comunicación, falta de apoyo económico y de definir quién es responsable de la educa-

ción continua. Cuando la educación continua se dificulta por problemas logísticos, su calidad se mengua y hay tendencia a prestar menos atención a quienes están más aislados que son quienes más la necesitan. Las posibles soluciones dependen primero que todo de la identificación del problema y de una financiación adecuada capaz de superar las dificultades de comunicación y aislamiento a través de reuniones locales o regionales y del uso de diferentes métodos de educación a distancia (radio, televisión, cursos por correspondencia, teléfono, etc.).

Uno de los métodos potencialmente más poderosos de educación continua es la supervisión; desafortunadamente es a menudo llevada a cabo esporádicamente y con cierta connotación punitiva. La educación continua debe mejorar la competencia del personal supervisor en técnicas más positivas, un aspecto al cual se da hoy gran énfasis en algunos países de la América Latina, con el apoyo de la OMS/OPS.

NECESIDADES DE EDUCACION CONTINUA

La estimación de las necesidades de educación continua es indispensable para asegurar la pertinencia de los programas a las condiciones de cada país, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Estas necesidades se estiman con base en determinaciones de naturaleza diferente, en tres sujetos distintos, a través de métodos progresivamente complejos que proporcionan información superpuesta que es por tanto necesario interpretar y consolidar.

Las necesidades sociales se determinan a nivel de la comunidad y contribuyen a que la educación continua sea congruente con las características del contexto social, político, económico y epidemiológico correspondiente; las necesidades administrativas reflejan los requerimientos del sistema de salud por una fuerza laboral de magnitud y competencia adecuadas para dispensar y administrar efectiva y eficientemente servicios de determinada cantidad y calidad; las necesidades individuales indican las aspiraciones y expectativas de las diferentes ocupaciones de la salud

para preservar y ampliar sus competencias en determinadas disciplinas. Las necesidades determinadas en estos diferentes sujetos reflejan diferentes intereses y escala de valores a menudo en conflicto, que deben por tanto reconciliarse a través de las transacciones que deben ocurrir en un proceso de programación participativa.

La determinación de necesidades debe permitir a los educadores y planificadores proponer los programas de educación continua que estipulen las diferentes actividades que deban organizarse con los recursos que sea factible movilizar dentro de una unidad de tiempo dada. Esta determinación suministra además la información básica para apreciar cambios en los niveles de salud, en la calidad y pertinencia del desempeño y en el grado de satisfacción en el trabajo. Lo anterior contribuye a justificar el tiempo, esfuerzo y dinero invertido en la educación continua, una tarea importante, aunque ardua y compleja.

Tabla 1. *Necesidades Educación Continua*

METODOS DE DETERMINACION		
Naturaleza	Sujeto	Fuente/Método
Socio-políticas/ epidemiológicas	Comunidad	*Estadísticas de salud *Planes de salud *Encuestas
Administrativa	Sistema de salud	*Oferta de personal *Sistemas de referencia *Auditoría/interconsulta *Normas y estándares (manuales)
Desempeño rendimiento	Individuo	*Valoración del desempeño *Estudios del trabajo *Supervisión *Auditoría/interconsulta *Incidentes críticos *Exámenes y pruebas

Necesidades sociales. El sujeto de esta determinación es el país o parte de él y se basa

en la compilación de la información relativa a indicadores de salud seleccionados de acuerdo con el nivel de salud y el patrón de enfermedad prevalente, conjuntamente con datos sobre las características socioeconómicas y políticas del contexto respectivo. El resultado de esta operación es un perfil epidemiológico cuya fuente de información son las estadísticas vitales y de salud, datos demográficos y encuestas de salud.

La existencia de un plan de salud simplifica mucho esta operación pues habitualmente contiene información demográfica y epidemiológica y describe la política de salud vigente, la población objeto, las estrategias, objetivos, metas, actividades y los recursos disponibles para su realización dentro de un calendario de operaciones. Desafortunadamente, con frecuencia estos planes se limitan sólo a los servicios y recursos que están bajo el comando directo de los ministerios de salud.

Necesidades administrativas. Describe las necesidades de educación continua desde el punto de vista de los requerimientos del sistema de salud y refleja la forma como los administradores distribuyen y utilizan los recursos humanos y de otro tipo, en la ejecución de las acciones de salud programadas.

Las necesidades administrativas se resumen en un perfil de los servicios de salud. Tal perfil debe contener información sobre la oferta de personal en sus diferentes ocupaciones y categorías, su distribución geográfica y por tipos de instituciones, así como descripción de las características demográficas y académicas de este personal.

Los sistemas de referencias deben ser analizados para identificar posibles errores u omisiones que con frecuencia son remediabiles a través de la educación continua y/o la supervisión. El estudio de las referencias sugiere el grado de competencia clínica y administrativa del personal de salud e insinúa la acción correctiva más apropiada en cada caso. Sin embargo, es digno anotar que muchos de estos errores requieren el complemento de otras medidas administrativas o logísticas para optimizar los beneficios de la educación.

La valoración del desempeño del personal de salud y la supervisión requieren no sólo la

existencia de programas y planes de trabajo detallados sino también el establecimiento de criterios para controlar su calidad. Estos criterios son las normas de atención y los estándares del desempeño, sin los cuales el funcionamiento de los servicios sería errático, arbitrario y heterogéneo. Las organizaciones modernas programan sus acciones y elaboran normas y estándares para que su comportamiento sea predecible y la calidad del producto final controlable y sensiblemente uniforme.

Los programas deben especificar el tipo de actividades a desarrollar y las normas y estándares deben estipular los procedimientos y técnicas que deban aplicarse y el rendimiento esperado de cada trabajador. De lo anterior resultan las funciones de cada repartición y las tareas esperadas de cada individuo para que las unidades de servicios (e.g. consultas, hospitalizaciones, o inmunizaciones) tengan las características previamente determinadas. Las normas y estándares deben ser congruentes con las políticas de la institución y los objetivos que cada programa se propone alcanzar y definir inequívocamente lo que se considera un desempeño satisfactorio hacia el logro de esos objetivos.

Para definir normas y estándares cada país debe primero analizar y documentar su propia experiencia, conducir las investigaciones y estudios pertinentes y seleccionar los procedimientos y técnicas más apropiados a sus circunstancias. La organización del trabajo en instituciones más satisfactorias y los promedios nacionales en cuanto a rendimiento, calidad y costo dan una idea sobre la viabilidad de las normas y estándares que se proponen. En todo caso, la preparación de normas y estándares provee la oportunidad de evaluar los servicios, revisar los procedimientos y técnicas vigentes para asegurar su factibilidad y pertinencia. Sobre esta base se redefinirán las responsabilidades del personal y se reorganizará todo el trabajo.

Las normas y estándares deben ser pertinentes, prácticos, factibles, económicos y descritos en términos claros y, en lo posible, mensurables. Su elaboración debe resultar de un proceso de participación que envuelva a los administradores y planificadores, repre-

sentantes de las asociaciones profesionales y de las sociedades científicas, expertos en las disciplinas respectivas, personal docente y miembros de la comunidad.

Las normas y estándares de cada servicio en cada institución pueden presentarse en forma de manuales que, si se preparan con fines didácticos, constituyen material muy útil para la supervisión y la educación continua.

Necesidades individuales. Las necesidades individuales de educación continua se establecen sobre la base de deficiencias del desempeño, reconocidas por el propio trabajador o por otros medios (colegas, supervisores, auditores o pacientes).

Valoración del desempeño. Es la inferencia sobre la pertinencia del desempeño de un trabajador para satisfacer los requerimientos del sistema de salud en el contexto de las necesidades de la comunidad. Consiste en el análisis del trabajo ejecutado por un individuo para identificar sus aspectos fuertes y débiles, como base para programar conjuntamente con él la educación correctiva que le corresponda. Esto se sintetiza en un perfil del desempeño. La valoración del desempeño determina el acabado y eficiencia de la tarea cumplida por un trabajador de salud; el equilibrio entre los enfoques curativos, preventivos y de promoción; la capacidad de identificar y definir problemas; la eficacia y economía en el uso de los recursos; su habilidad de comunicación (con clientes, colegas, supervisores, comunidad); la calidad de sus relaciones humanas.

Estudios del trabajo. Una de las grandes omisiones en el proceso de desarrollo de personal de salud es la definición de qué se espera que cada trabajador haga, qué es lo que en realidad hace y qué competencias debe desarrollar para hacerlo satisfactoriamente. Sólo así es posible determinar objetivos del aprendizaje en términos de comportamiento, de manera realista. Con frecuencia tal comportamiento se idealiza y los objetivos educacionales basados en tal idealización tienden sólo a satisfacer estándares de excelencia académica. Los estudios del trabajo comprenden un conjunto de métodos y técnicas para

a) identificar las actividades y tareas que deben ejecutarse para desarrollar actividades de salud determinadas y b) analizar estas actividades y tareas para, entre otras cosas, describir las responsabilidades inherentes a cada cargo, definir los objetivos del aprendizaje y los contenidos curriculares de manera realista y evaluar la eficacia y eficiencia de los servicios.

Los estudios del trabajo, contrastan la diferencia entre el desempeño esperado y el desempeño observado. De esta manera contribuyen a definir la naturaleza, pertinencia y calidad del trabajo. Sólo cuando las actividades de cada grupo ocupacional que participa en una acción de salud determinada se han examinado objetivamente es posible juzgar con fundamento lo que ocurre o no ocurre. En su ausencia, sólo se puede conjeturar sobre la magnitud del esfuerzo colectivo o el resultado general de lo que ocurre en una entidad.

Para estimar los requerimientos futuros del personal de salud, planificar su formación y utilización, en respuesta a las necesidades de los servicios de salud, es preciso conocer cómo se ejecuta cada actividad importante y el resultado de esa acción en el contexto de las responsabilidades del equipo de salud. Esto requiere, además, desagregar cada actividad en tareas, subtareas y componentes más pequeños, que definen la pertinencia y productividad del trabajo.

Los estudios del trabajo dan la base para determinar normas de atención y estándares del desempeño: para identificar los problemas del trabajo, sus causas y posibles soluciones; para el control de calidad de los servicios; para simplificar el trabajo y de esta manera contribuir a contener la explosión de sus costos; y para preparar la descripción de cargos con suficiente precisión y detalle para la programación educativa. Estos aspectos son interdependientes y en conjunto permiten determinar quién necesita adiestramiento, la naturaleza del adiestramiento, la formulación de objetivos educacionales basados en la competencia requerida, el contenido curricular respectivo y la evaluación del adiestramiento.

Supervisión. Es un método útil para

obtener información sobre los problemas que ocurren en el desarrollo de un programa y sobre la contribución que en dicho desarrollo ofrecen diferentes individuos y grupos. La supervisión es, además, una herramienta educativa. El supervisor competente es, pues, un administrador y un educador y tal vez más educador que administrador. Como administrador controla las actividades del personal; como educador identifica las deficiencias en el desempeño, diagnostica sus causas, demuestra prácticamente el desempeño correcto e instituye la acción correctiva correspondiente, incluyendo oportunidades de aprendizaje.

El supervisor moderno debe ser, por tanto, no sólo técnicamente competente sino también capaz de comunicarse, motivar y persuadir a sus colaboradores. Lo anterior requiere una decantada experiencia, dominio de los programas, normas y estándares vigentes y las calidades humanas que se exigen a un buen docente. Sólo así puede identificar las necesidades de cada tarea, las necesidades de cada individuo y las del equipo, todo dentro del conjunto de necesidades y limitaciones de la institución y del sistema de salud respectivos. El supervisor debe conjuntamente con el trabajador programar el futuro desarrollo profesional de éste y estimularlo hacia la autoevaluación sistemática de su competencia, el autoaprendizaje y otras formas de educación continua.

Auditoría médica. Este método se ha desarrollado fundamentalmente para identificar y resolver problemas de la calidad del trabajo médico y de enfermería. No hay razón, sin embargo, por la cual no pueda aplicarse a otros aspectos de la prestación de servicios de salud.

La auditoría analiza el comportamiento de una institución o parte de ella en el desarrollo de un plan de trabajo durante un período convencional, para juzgar su rendimiento, pertinencia y calidad. La existencia de programas, normas y estándares es, como en el caso de la supervisión, también indispensable para la auditoría.

El procedimiento tradicional se basa en el estudio de los registros correspondientes

(historias clínicas, registros estadísticos, etc.) organizados alrededor de problemas específicos, de una o varias categorías de pacientes o del personal que dispensa los servicios, con miras a caracterizar el problema en cuanto a su naturaleza, magnitud, ramificaciones, posibles soluciones y resultado esperado, dentro de un calendario de intervenciones técnicas y/o administrativas. La técnica del muestreo ha simplificado este método y ampliado considerablemente su potencial, al hacer innecesaria la recolección exhaustiva de grandes volúmenes de datos sobre todos los aspectos de un determinado problema en la totalidad de un universo estadístico dado. Las tradicionales *conferencias clínico-patológicas* pueden considerarse una forma simplificada de auditoría.

Algunas instituciones han establecido *comités de auditoría*, a menudo integrados por los responsables de preparar o revisar normas de atención y estándares del desempeño o de controlar la calidad de los servicios, con o sin asesores externos. Con base en los resultados de la auditoría se determinan los objetivos, contenidos y métodos de la educación continua.

Incidentes críticos. Los estudios de incidentes críticos ayudan a los trabajadores de salud a determinar sus propias necesidades de educación continua. El método consiste en solicitar al personal de una determinada entidad de salud que listen cinco o seis circunstancias relacionadas con su trabajo, durante las cuales ellos percibieron inseguridad o incompetencia. Estas situaciones constituyen los incidentes críticos, y pueden investigarse en muestras de trabajadores de diferentes ocupaciones y niveles de prestación de los servicios de salud, para determinar la consistencia y distribución de estas percepciones.

Los incidentes críticos sólo reflejan percepciones que no son necesariamente mensurables y dan sólo una visión impresionista de las lagunas y debilidades en la competencia del personal de salud.

Exámenes o pruebas. El conocimiento es un elemento esencial de la competencia. La calidad de las decisiones clínicas o administra-

tivas está comprometida cuando el conocimiento es deficiente. Por tanto, ante un desempeño insatisfactorio, importa determinar en qué medida tal falla es atribuible a la falta de conocimientos. Esta determinación se puede hacer mediante entrevistas o pruebas escritas. Cuando se trata de pocos individuos la entrevista personal es una buena opción, pero las pruebas escritas son más fáciles de administrar cuando se trata de grupos grandes.

En síntesis, para determinar las necesidades de educación continua es preciso juzgar críticamente cada situación, país o institución para elegir la combinación de métodos más adecuada en cada caso. Es necesario evitar combinaciones de métodos demasiado complejos o costosos, sobre todo cuando resultan en aplazamientos de los programas que se necesitan con urgencia.

MÉTODOS DE EDUCACION CONTINUA

Se dispone de una amplia variedad de métodos de educación continua pero sólo unos pocos se aplican en la práctica. La diversificación de métodos de enseñanza/aprendizaje no sólo hace la educación continua más interesante, sino también más flexible y congruente con las características y expectativas de los participantes, sobre todo con las distintas maneras y ritmos de aprender de los diferentes individuos. Algunos de los métodos para determinar las necesidades de educación continua constituyen también métodos para desarrollarla.

Cada trabajador debe jugar un papel activo en su aprendizaje, mediante la identificación del tipo de práctica que él espera; debe ser estimulado a formular las preguntas pertinentes en relación con problemas existentes y a buscar las respuestas correctas, discutir los hallazgos para verificar su comprensión, utilizar adecuadamente la nueva información y aplicarla a la solución de ese problema concreto. Esta es la orientación de la educación hacia la solución de problemas.

Los métodos de educación continua se pueden agrupar según criterios diferentes, por ejemplo, según se apliquen a educación directa o a distancia, o según su adecuación

para uso dentro o fuera del servicio, teniendo en cuenta que los dos grupos se superponen, es decir, no son mutuamente excluyentes (Tabla 2).

Tabla 2. *Métodos de Educación Continua.*

En el servicio	Fuera del servicio
Supervisión	* Cursos cortos
Auditoría	Estudios académicos
Rotaciones	* Auto-aprendizaje
* Club de revistas	* Libros
Reuniones de personal	* Seminarios, talleres, conferencias
* Conferencias telefónicas	* Reuniones de asociaciones profesionales y sociedades científicas
Revisión de historias, o de casos	* Autoevaluación
* Asignación de tareas	Estudios orientados
* Bolsas viajeras	* Educación a distancia (correspondencia, audio, video, etc.)
* Becas	Contacto con pacientes o usuarios
* Referencia de pacientes y casos (interconsulta)	
Visitas de campo	
Visitas/Asesorías	

* Utilizable dentro y fuera del servicio.

La selección de los métodos depende, por supuesto, de las características de cada contexto y fundamentalmente del propósito de cada oportunidad educativa y su duración así como también de los atributos del grupo participante. Cada uno de estos métodos, usados aisladamente tiene ventajas y desventajas, por lo cual es a menudo necesario combinarlos.

ORGANIZACION DE UN SISTEMA

Casi todos los países desarrollan alguna actividad de educación continua para uno o varios de sus diferentes grupos de personal de salud. Sin embargo, estas actividades con frecuencia son tan fragmentarias, esporádicas

y desordenadas que sus resultados son deficientes e inapropiados y no alcanzan a constituir un programa. Por otra parte, el hecho de que exista un programa no garantiza que los trabajadores de salud mejoren su desempeño. Además, programas desarticulados no constituyen un sistema de educación continua.

Con el fin de aumentar la probabilidad de que la educación continua se traduzca en acciones de salud eficaces y eficientes ésta debe ser organizada como un sistema. La educación continua abarca una diversidad de aspectos y decisiones en diferentes sectores y requiere tales cantidades de apoyo, pericia y recursos (políticos, técnicos, educativos, económicos y administrativos) que a menudo rebasan lo que cualquier entidad aisladamente puede contribuir en cualquier país.

Un sistema de educación continua es un mecanismo de coordinación para asegurar el enfoque global, multidisciplinario e intersectorial de sus actividades. Este mecanismo incluye las políticas, planes, funciones y recursos de un conjunto de instituciones y programas que han acordado unirse para desarrollar acciones integradas, con una secuencia lógica y progresiva, orientado hacia la solución de problemas prioritarios, accesible a todas las categorías de personal a todos los niveles, e integrado con la supervisión.

La noción de un mecanismo coordinador concebido como un sistema facilita la participación de la comunidad, cataliza los procesos administrativos, estimula el desarrollo de vínculos interinstitucionales y las decisiones por consenso; y asegura la coordinación de los recursos provenientes de diferentes sectores, agencias y programas y su redistribución más apropiada a las necesidades de educación continua de los servicios de salud. Permite, además, suficiente flexibilidad para adoptar la configuración administrativa que mejor responda a la magnitud y complejidad de los programas, al número y tipo de las instituciones participantes, al tamaño y necesidades de la población beneficiaria de la educación continua y al tipo de arreglos administrativos para decidir, reasignar recursos y controlar las operaciones. El sistema puede

organizarse como un consorcio, una asociación o una red. Lo fundamental es que se formalicen acuerdos que estipulen las funciones y obligaciones de las partes; que permita cierta autonomía; que tenga capacidad de allegar recursos y asegurar así su subsistencia; y un secretario permanente de tiempo completo. Debe además disponer de mecanismos de evaluación y seguimiento de sus actividades.

Un sistema de educación continua para cumplir su cometido debe tener algunos rasgos deseables que se explican a continuación.

El sistema debe funcionar como una entidad integrada, es decir, que independientemente del número de instituciones envueltas en su organización debe tener una unidad de política, programa y recursos. La expresión práctica de esta integración es la concertación de esfuerzos y recursos en el desarrollo de un amplio programa preparado con la participación de los estamentos pertinentes. Se facilita así compartir facilidades y recursos y reducir duplicaciones innecesarias. Consiguientemente, los individuos y entidades comprometidos en un sistema de educación continua deben superar sus egoísmos y sentimientos de territorialidad para facilitar el consenso sobre la mejor manera de reasignar los recursos. El sistema debe ser autosuficiente y no un agregado amorfo de entidades o sectores autónomos; instituciones aisladas envueltas en esfuerzos descoordinados no constituyen un sistema. El número de instituciones participantes varía de uno a otro país. Además de los sistemas de salud y de educación debe incluir representantes de las entidades formadoras, asociaciones profesionales, sociedades científicas, industria farmacéutica, etc.

Un sistema de educación continua es, pues, conceptual y funcionalmente indivisible, incorporado al sistema nacional de recursos humanos para la salud el cual es a su turno parte integrante de los sistemas de salud y educación. Puesto que la educación continua no es un objetivo en sí misma sino un medio para mejorar el desempeño del personal, no puede disociarse de la función de otros sistemas conexos.

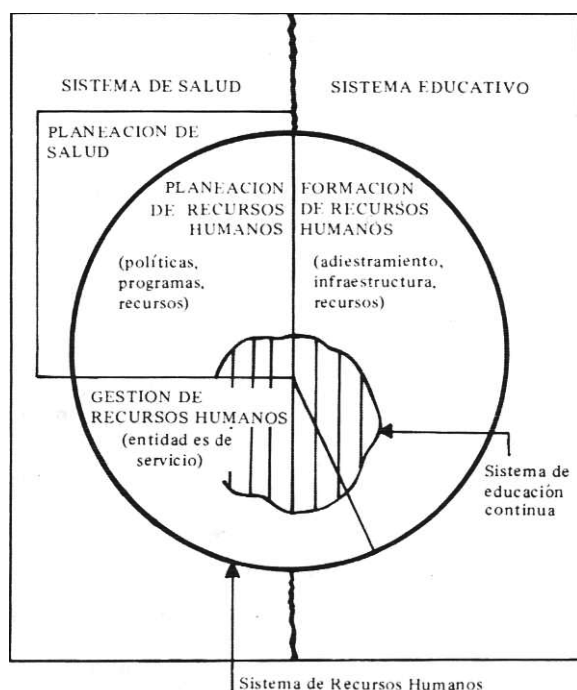


Figura 3. Sistema de Educación Continua (adaptado de 'Health Manpower Planning: Principles, Methods, Issues' by T. Hall and A. Mejía (Eds.) World Health Organization, Genova, 1977)

La Figura 3 sugiere la noción de la educación continua organizada como un sistema, con jurisdicción en varios sectores, que compromete estamentos y recursos tanto de la vertiente de los servicios de salud como de la educación, en proporción variable, según la política y estructura de estos sectores en cada país. Funcionalmente la educación continua involucra elementos de cada una de las tres funciones básicas del proceso de desarrollo de recursos humanos para la salud (planeación, producción y la utilización del personal de salud). Las implicaciones prácticas de estas relaciones se encuentran en la Tabla 3.

El enfoque multidisciplinario e intersectorial de las estrategias para SPT ha hecho aún más necesario que la educación continua sea realmente accesible a todas las categorías ocupacionales de personal de salud, en todos los niveles. Aún más, hay quienes proponen que la educación continua sea multiprofesional, es decir, que cada oportunidad educativa de

Tabla 3. Implicaciones del proceso de desarrollo de recursos humanos.

- La educación continua debe ocupar su justo lugar entre las prioridades nacionales de la salud.
- Los requerimientos de la educación continua deben estar explícitamente consignados en las proyecciones de los planes de recursos humanos.
- Las deficiencias de la educación inicial identificadas durante la educación continua deben ser informadas a los responsables de la primera para que se instituya la revisión correspondiente del currículo.
- La educación inicial debe desarrollar actitudes positivas hacia un aprendizaje de toda la vida.
- Las instituciones responsables de la educación inicial deben ser copartícipes en la educación continua, en la valoración del desempeño y en la supervisión.
- La supervisión es uno de los métodos de educación continua más eficaces.
- La educación continua es parte de la administración de personal.
- La educación continua debe orientarse hacia el desarrollo de competencias para desempeñar empleos y tareas relacionados con la solución de problemas específicos.

grupo incluya como educandos representantes de las ocupaciones que en la práctica tienen estrechas relaciones de trabajo. Se espera que esta combinación contribuya al desarrollo de actitudes comunes; estimule el respeto mutuo y el reconocimiento de las funciones y limitaciones de cada ocupación; promueva la cooperación y el sinergismo en el trabajo, con espíritu de equipo; aumente la pertinencia de la educación; y estimule la investigación multidisciplinaria (7).

Es indispensable que la educación continua asegure su pertinencia a las condiciones sociales, económicas y epidemiológicas de la comunidad, que sea congruente con los requerimientos de las competencias requeridas por el sistema de salud y que responda a las expectativas y deseos de aprender del personal de salud. Lo anterior sólo se logra cuando se

basa en el estudio previo de las necesidades de educación continua de cada uno de estos sujetos. El atributo más importante de la educación continua, su pertinencia, se malogra cuando sus organizadores se obstinan en orientarla exclusivamente hacia los recientes avances clínicos y terapéuticos.

La educación continua debe cubrir toda la vida profesional de cada trabajador a través de una diversidad de métodos ordenados en lógica secuencia para asegurar su desarrollo progresivo. Es redundante sugerir que la educación continua tenga continuidad, sin embargo, con penosa frecuencia consiste sólo en episodios espasmódicos a través de cursillos esporádicos, repetitivos en su contenido y orientados hacia los intereses de la misma audiencia. Cursos de actualización desarticulados no constituyen un satisfactorio programa de educación continua.

A diferencia de los hombres, las mujeres que trabajan en el campo de la salud dedican una importante proporción de su tiempo a quehaceres domésticos lo cual dificulta su aprovechamiento de las oportunidades educativas. Una alta proporción de ellas interrumpe su carrera durante la crianza de sus hijos; al reincorporarse a la fuerza de trabajo requieren actualizar su competencia a través de la educación continua. Un sistema de educación continua debe responder a las necesidades específicas de las mujeres proveedoras de servicios de salud e incluir actividades de formación en servicio durante las horas laborales. Debe además estimular la creación de sistemas de apoyo tales como guarderías para facilitar su participación.

Uno de los problemas que más preocupan a los sistemas de salud contemporáneos es el aumento creciente de los costos, especialmente de la atención institucional. Se mira a la educación continua como un instrumento promisorio para aumentar la consciencia del personal de salud sobre las implicaciones económicas de sus decisiones clínicas y administrativas. En algunos países el alto costo de las pólizas de seguro contra la práctica incorrecta contribuye al aumento de los costos. En la

medida en que el personal en ejercicio reconoce el potencial de la educación continua para reducir el riesgo de práctica incorrecta, han proliferado empresas que proveen educación continua, en verdad una industria, con todas las connotaciones de comercialización, polución y explotación, íntimamente mezcladas con apariencias virtuosas de progreso, desarrollo, mejoramiento, bienestar y utopía. Con frecuencia se argumenta que la participación en la educación continua no debería causar erogaciones a los participantes cuando son empleados de una entidad dada. En tales casos, es también indispensable que los participantes se percaten de los costos de su participación y traten de utilizar óptimamente la oportunidad que se les ofrece.

Los sistemas deben formular programas no sólo pertinentes sino también realistas, es decir, realizables y compatibles con los recursos y realidades nacionales incluyendo la propia cultura e idiosincrasia de los diferentes grupos ocupacionales que se intenta servir. Es crucial asegurar que lo que se aprende sea no sólo pertinente sino también viable; que se usen métodos de aprendizaje activo y que se retroalimente a los participantes informándoles sobre los cambios en su desempeño atribuibles a la educación continua.

Un sistema de educación continua necesita demostrar su utilidad si aspira a conservar el apoyo de sus patrocinadores. La credibilidad del sistema depende de la competencia, reputación y dedicación de sus organizadores, de su habilidad para crear y mantener el interés del público y de su capacidad para construir una imagen de eficiencia ante los participantes y patrocinadores. El trabajo de las instituciones patrocinadoras debe facilitarse mediante una fluida comunicación. A cada patrocinador se le debe reconocer su contribución; nada es más deletéreo para conservar la credibilidad y la cooperación que un sentimiento de ventajismo y explotación, de tan frecuente ocurrencia en instituciones inmaduras. Todo lo anterior supone la existencia desde el comienzo del sistema de un proceso que evalúe sus planes, procesos y resultados.

CONCLUSIONES

Las universidades están en una posición clave para adaptar los recientes avances tecnológicos en las ciencias biomédicas, socioeconómicas, gerenciales y del comportamiento, a la solución de problemas de salud prioritarios, a través de innovaciones sencillas, no simplistas. La veneración automática por tecnologías de capital de alta sofisticación ha menguado esta posibilidad en el pasado. La comunidad científica enfrenta hoy el reto de reorientar sus esfuerzos hacia la administración del conocimiento disponible en el diseño de innovaciones tendientes a operar sistemas de salud de amplia cobertura, a un costo que la gente pueda sufragar con sus recursos actuales.

La sociedad tiene problemas de salud apremiantes, los gobiernos tienen el compromiso político de resolverlos y las universidades —las escuelas de medicina en particular— tienen las disciplinas y el acopio de talento y competencia técnica. Es apenas lógico esperar que la conjunción de esfuerzos de todos estos estamentos aumente las probabilidades de éxito.

El personal que habrá de desarrollar las estrategias para la SPT está ya en ejercicio o en formación. La educación continua representa un elemento de cambio a más corto término que cualquier otro tipo de educación, especialmente cuando se la organiza bajo la forma de un sistema nacional.

La educación médica ha ejercido tradicionalmente un robusto liderazgo de las acciones de salud. Ella representa ahora un invaluable potencial para reorientar la comunidad científica hacia nuevas formas de cooperación, por ejemplo, catalizar procesos para desarrollar vínculos entre los decisores de diferentes disciplinas, sectores y agencias, con miras a crear sistemas de educación continua con las características descritas.

La importancia que la comunidad internacional atribuye a este asunto y sus grandes expectativas al respecto fueron expresadas durante las discusiones técnicas de la Asamblea Mundial de la Salud al discutir "el papel de las universidades en las estrategias para al-

canzar la Salud para Todos" en mayo de 1984(8).

SUMMARY

This report considers continuing education as the conjunct of experiences that follow the initial training. Its central argument is the type of continuing education that is required for reaching health for all in the year 2000; its relations with other forms of education are derived, and the factors associated to its increasing importance within the contemporary health systems are identified.

Some of the problems and limitation of this type of education, as well as the methodology for determining the requirements of continuing education for health personnel are discussed. Considering that its formulation and development go beyond the capability of any given isolated institution, the creation of national systems of continuing education that coordinate the different entities involved within an interinstitutional organizations are suggested. Finally, the desirable features of this type of system are enounced.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- WORLD MEDICAL ASSOCIATION. Medicine a lifelong study. Proceedings of the Second World Conference on Medical Education, Chicago, 1969.
- 2.- WOOD CH. Continuing education for health workers, planning district programmes. African Medical Research Foundation, Nairobi (Kenya), 1983.
- 3.- CAPLAN RM. Continuing education and professional accountability. En: McGUIRE ed International needs: educating for primary health care. London: Jossey-Bass Publishers, 1983: 463-480.
- 4.- O'NEILL PD. Health crisis 2000. World health organization, European Office, Copenhagen. London: William Heinemann Medical Books, 1983: 20-21.
- 5.- BANTOA HD. Aplicaciones de la tecnología moderna. Problemas y perspectivas de los países industrializados y en vía de desarrollo. Bol. of Sanit. 1984; 96(6): 471-485.
- 6.- CHAVES MM. Salud una estrategia de cambio. Caracas: Fondo Editorial Fepafem, 1982: 47-53.
- 7.- ARESKOG NH. Multidisciplinary undergraduate education for the health professions. Some aspects of how and why. Consultation on continuing education and multiprofessional training. Copenhagen: World Health Organization, 1984.
- 8.- WORLD HEALTH ORGANIZATION. The role of universities in the strategies for health for all. Technical Discussion, World Health Assembly, 1984.