



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA
Y BIENESTAR SOCIAL



Fondo de Población
de las Naciones Unidas

MODELO NACIONAL DE **EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD**



Asunción 2007

MODELO NACIONAL DE
EDUCACIÓN
PERMANENTE
EN SALUD



Asunción 2007

AUTORIDADES

Dr. OSCAR MARTÍNEZ DOLDÁN

Ministro de Salud Pública y Bienestar Social

Dra. NORMA DURÉ DE BORDÓN

Vice Ministra de Salud Pública y Bienestar Social

Dr. ROBERTO DULLAK PEÑA

Director General de Planificación y Evaluación



Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
 Secretaría General
 Resolución S. G. N° 639

POR LA CUAL SE APRUEBA EL DOCUMENTO: “MODELO NACIONAL DE EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD”; Y SE DISPONE SU IMPLEMENTACIÓN, PUESTA EN VIGOR Y APLICACIÓN EN TODO EL TERRITORIO DE LA REPÚBLICA.

Asunción, 24 de ~~Setiembre~~ de 2007

VISTA:

La propuesta de “Modelo Nacional de Educación Permanente en Salud”, presentada al gabinete por el Viceministerio de Salud; según Memorandum S.S.S. N° 303, de fecha 17 de setiembre de 2007, registrado como expediente N° 8008/SG; y

CONSIDERANDO:

Que en el contexto de la Educación Permanente en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo con calidad técnica, gerencial y humana al servicio de la gente, que constituye una de las estrategias en las que se basa la Política Nacional de Salud; se propone el diseño de un nuevo Modelo Nacional, con adecuaciones regionales y locales de Educación Permanente para Personal de Salud, como herramienta y acción técnica política orientada al cambio estructural y cultural del Sistema, que impacte en la calidad del proceso de trabajo, en la satisfacción y logro de resultados en la población;

Que entre las funciones específicas que el Decreto N° 21.376/98 asigna al Ministro de Salud Pública y Bienestar Social figura la de “dictar Resoluciones que regulen la actividad de los diversos programas, dependencias y servicios, reglamenten su organización y determinen sus funciones”;

POR TANTO, y en uso de sus atribuciones;

**EL MINISTRO DE SALUD PÚBLICA Y BIENESTAR SOCIAL
 RESUELVE:**

- Artículo 1°.** Aprobar el documento: **“Modelo Nacional de Educación Permanente en Salud”.**
- Artículo 2°.** Disponer la implementación del documento aprobado en el Artículo precedente; así como su puesta en vigor y aplicación en todo el territorio de la República.
- Artículo 3°.** Comunicar a quienes corresponda y cumplido, archivar.



**DR. OSCAR MARTÍNEZ DOLDÁN
 MINISTRO**

MODELO NACIONAL DE
 EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD

fs/u

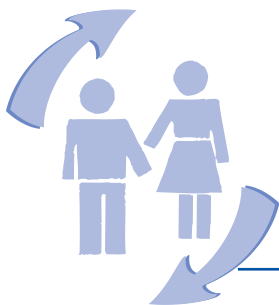


TABLA DE CONTENIDOS

PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL MODELO	9
1. INTRODUCCIÓN	15
2. EDUCACIÓN PERMANENTE.....	17
2.1. ¿Por qué y Para qué Educación Permanente?.....	19
3. MODELO DE EDUCACIÓN PERMANENTE.....	21
3.1. Dimensiones del Modelo.....	21
3.1.1. Dimensión Teórico - Conceptual - Axiológica	21
3.1.1.1. Educación de Adultos: Andragogía.....	21
3.1.1.2. Competencias.....	22
3.1.1.2.1. Que se entiende por competencia.....	23
3.1.1.2.2. Enfoques en la Formación de Competencias	24
3.1.1.2.3. Estrategia de reorganización de las competencias.	24
3.1.1.2.4. Tipología de competencias	25
3.1.1.3. Pedagogía Problematizadora.....	25
3.1.1.4. Investigación Acción	26
3.1.1.5. Componente axiológico	26
3.1.2. Dimensión Metodológica.....	27
3.1.2.1 Primer Momento: Identificación y definición de problemas	27
3.1.2.2. Segundo Momento: Priorización de problemas	28
3.1.2.3. Tercer Momento: Análisis Explicativo de los problemas.....	28
3.1.2.4. Cuarto Momento: Detección de Necesidades de Capacitación.....	29
3.1.2.5. Quinto Momento: Capacitación en Servicio.....	31
3.1.2.5.1. Diseño Instruccional.....	32
3.1.2.6. Cuarto Momento: Evaluación.....	33
3.1.2.3.1. La Evaluación de las Competencias.....	35
3.1.2.3.2. Indicadores de Desempeño.....	36
3.1.2.4. Monitoreo.....	36
3.1.3. Dimensión Operativa o de Gestión de los procesos de Educación Permanente	37
3.1.3.1. Estructura. Operativa y Funcional.....	37
3.1.3.2. Organización y Funciones de los Equipos.....	39
3.1.3.2.1. Funciones del Equipo Coordinador	39
3.1.3.2.2. Funciones del Equipo Regional	40
3.1.3.2.3. Funciones del Equipo Distrital de Capacitación.....	40
BIBLIOGRAFÍA	41

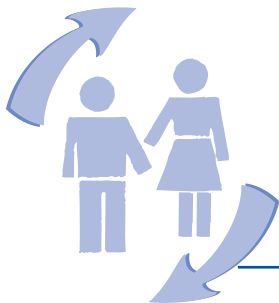
APENDICE A: funciones y competencias de los equipos regionales y distritales de capacitación.....	43
APENDICE B: Referentes comportamentales de los valores de los funcionarios del MSP y BS.....	45
APENDICE C. Competencias de los facilitadores.....	47
APENDICE D: Flujograma para resolución de un problema que se resuelve por capacitación.....	51

INDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Ciclo de Investigación Acción.....	26
Gráfica 2: Representación gráfica del origen de los problemas.....	27
Gráfica 3: Capacitación en el proceso de aprendizaje.....	30
Gráfica 4: Proceso de aprendizaje a nivel individual generado en la solución de un problema.....	30
Gráfica 5: Ciclo de Acción de los grupos de aprendizaje.....	32
Gráfica 6: Modelo de competencia profesional.....	35

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Consecuencias individuales y socioculturales de la aplicación de la Pedagogía Problematizadora.....	25
Tabla 2: Diferencias entre Monitoreo, Supervisión Capacitante y Evaluación.....	37
Tabla 3: Competencias Centrales de los Facilitadores.....	47
Tabla 4: Competencias Genéricas de los integrantes del Equipo de Facilitación y Monitoreo.....	49



PARTICIPANTES EN LA ELABORACIÓN DEL MODELO

ANTECEDENTES

Ante la diversificación y vertiginosidad que caracteriza hoy al mundo del conocimiento, el concepto de capacitación adquiere una especial relevancia. Se concibe como un objeto de conocimiento e investigación constante, que trasciende al ámbito educativo para entrar al organizacional en general. Así, las rutinas, la intuición, las prescripciones, la mera experiencia acumulada dejan paso a una teoría que se nutre de la práctica para volver a ella enriquecida. De esta manera la capacitación se enmarca en la educación permanente, que apuesta a la formación continua del adulto en busca de su mayor y mejor inserción social. Proponemos la educación permanente como una estrategia de transformación de las prácticas de atención en los servicios de salud que involucre la participación de la comunidad a partir de los problemas enfrentados en su realidad tomando en consideración los conocimientos que tienen los prestadores de servicios de salud.

Puesto que la educación permanente es uno de los pilares que sustenta la Política Nacional de Salud de la República de Paraguay como eje estratégico del cambio, el diseño de un modelo de educación permanente en salud representó un reto habida cuenta que ello facilitaría la puesta en práctica de la misma.

El Modelo de Educación Permanente en Salud que hoy presentamos, ha sido el producto del trabajo de un equipo de personas que nos hemos dedicado a organizar los esquemas conceptuales y metodológicos que deben fundamentar la capacitación de los prestadores de servicios de salud. El desarrollo y la implementación de dicho modelo fue un proceso complejo que abarcó muchos niveles del sistema de salud. Las actividades esenciales que se cumplieron a nivel nacional, regional y/o distrital para la su implementación incluyó una serie de pasos:

- Identificación de las partes interesadas para lograr consenso sobre la necesidad de introducir cambios.
- Crear un grupo de coordinación nacional.
- Difusión del modelo a nivel regional y distrital.
- Monitoreo de la aplicación del modelo en dos Regiones Sanitarias, a fin de determinar y resolver los nudos críticos que pudiesen incidir en su aplicación.
- Motivación de los proveedores para garantizar su disposición para el desarrollo y fortalecimiento de las competencias necesarias para el

cumplimiento de sus funciones y para la remoción de las causas de los problemas que se detecten en los servicios, que puedan ser resueltos con la aplicación del modelo.

- Incorporación de la comunidad.

Iniciamos nuestra actividad en noviembre de 2005, elaborando y validando una primera versión del modelo. Para ello se formó un equipo de coordinación nacional y un equipo de facilitadores nacionales, cuya función básica para el primero, fue la de coadyuvar en el monitoreo de la aplicación del modelo en las regiones y para el segundo la formación de los facilitadores regionales.

En el año 2006 se comienza la validación del modelo a nivel regional en los Distritos Mariano Roque Alonso, Fernando de la Mora, San Lorenzo y Ñemby de la XI Región Sanitaria y los Distritos Eusebio Ayala, Arrollo y Esteros, Caraguatay, Piribebuy y Altos de la III Región Sanitaria. Para ello se formaron los facilitadores regionales, se elaboró el proyecto específico de Educación Permanente y el plan de capacitación en el marco de los programas de ITS y PF utilizando la capacitación en servicio como la modalidad conveniente para la capacitación. Se elaboraron en consecuencia, los materiales a utilizar y los instrumentos de evaluación y monitoreo tanto del proyecto como de las acciones capacitantes.

Las lecciones aprendidas durante su implementación nos permitieron hacer las modificaciones pertinentes para la elaboración de esta nueva versión mas ajustada a los requerimientos de la capacitación en todos los programas del MSP y BS. Actualmente estamos trabajando con dicha versión en el proceso de ampliación de la cobertura para llegar a otros distritos de las Regiones Sanitarias XI y III e incorporar nuevas Regiones Sanitarias articulados con el proyecto de redimensionamiento de los servicios de salud. Para ello hemos seleccionado los Hospitales de Barrio Obrero y San Pablo de la XVIII Región Sanitaria y el Hospital de Luque de la XI.

Agradecemos a las autoridades, Dr. Oscar Martínez, Ministro de Salud Pública y Bienestar Social, Dra. Norma Duré de Bordón, Vice Ministra de Salud Pública y Bienestar Social, Dr. Roberto Dullak Peña, Director General de Planificación y Evaluación y a los Directores de las Regiones III, XI y XVIII por el apoyo sostenido y constante en este proceso.

Equipo nacional participante en la elaboración

Dra. María Elena de Rojas	Dirección General Planificación y Evaluación
Dr. Floriano Calderoli	Dirección General de Vigilancia de la Salud
Dra. Sandra Escobar	Dirección General de Promoción de la Salud
Lic. María V. Palma de Acosta	Dpto. de Desarrollo de Recursos Humanos
Lic. Hortensia Ozuna	Dpto. de Desarrollo de Recursos Humanos
Prof. Olga Valiente de Ruiz	Dpto. de Desarrollo de Recursos Humanos
Lic. Blanca Mancuello	Dirección de Enfermería
Lic. Catalina Roa	Dirección de Enfermería
Lic. María Adela Milto	Dirección de Obstetricia
Lic. María Gloria Benítez	Dirección de Obstetricia
Dra. Estela Cabral de Bejarano	Proyecto PNAMI, BID
Lic. Rossana Pedotti	Instituto Nacional de Alimentación y Nutrición
Dra. María Julia Paciello	Instituto Nacional de Salud

Equipo de validación 2005

Dr. Roberto Kriscovich	UNFPA
Dra. Blanca Villalba Vouga	Dirección Gral. Planificación y Evaluación
Dra. Sixta Bogado	Dirección Gral. Planificación y Evaluación
Dra. Luz Romero de Molina	Coordinación de Regiones Sanitarias
Dra. María Elsa de Battaglia	Dirección Gral. de Programas de Salud
Dra. Mercedes Portillo	Dirección. Gral. de Programas de Salud
Lic. Norma Villamayor	Dirección Gral. Recursos Humanos
Dr. Jorge Palacios Lugo	Instituto Nacional de Salud
Lic. Ruth Vázquez	Dpto. de Desarrollo de Recursos Humanos
Lic. Ethel Saucedo	Dpto. Bioestadística
Lic. Cornelia Cattebeke	Dpto. Monitoreo y Evaluación
Lic. Irene de Fernández	Instituto Nacional de Salud
Lic. Marina G. de Zaldivar	JICA
Dra. Noemi Allum	Dirección Gral. de Programas de Salud
Lic. Alberto Di Benedetto	Dirección Gral. de Programas de Salud

Equipo de validación 2006-2007

XI REGIÓN SANITARIA

Dr. Alfredo Ramos	Director XI Región Sanitaria
Dra. Gladis Larrieure Chávez	Directora de Programas XI Región Sanitaria
Dr. Hugo Benito Valdés	Director Hospital Ñemby
Dra. María Cristiana Talavera	Hospital Ñemby
Dr. Pablo Mosqueira	Director Hospital Fernando de la Mora
Dra. María Fátima Bobadilla de Armoa	Hospital Fernando de la Mora
Lic. María Teresa Pereira de Solís	Hospital Fernando de la Mora
Dr. Quintín Aguero	Director Hospital San Lorenzo
Lic. Digna Cabral de Espinola	Hospital San Lorenzo
Dr. Francisco Soteras	Director Hospital Mariano Roque Alonso

Lic. Julia Argaña	Hospital Mariano Roque Alonso
Lic. Nilda Flores	Hospital Mariano Roque Alonso
Dr. Quintín Aguero	Director Hospital San Lorenzo
Lic. Gloria Benítez de Ojeda	Hospital San Lorenzo
Dra. Mirta Villalba	Directora Hospital Luque
Dr. Miguel Angel Sanabria	Salud Pública Hospital Luque
Lic. Diego Ibarrola	Hospital Luque
Lic. Blanca Lezcano	Hospital Luque
Lic. Patricia Mendoza	Hospital Luque
Lic. Sonia Vianconi	Hospital Luque
Lic. Lourdes Fleitas	Hospital Luque
Ed. Ricardo Céspedes	Hospital Luque
Lic. Sofía Benítez	Hospital Luque

III REGIÓN SANITARIA

Dr. Tomas Cabrera	Director III Región Sanitaria
Lic. Ana Adela Medina	Enfermera Jefe de la III Región Sanitaria
Dr. Cristhian Yegros	Director Programas III Región Sanitaria
Lic. Del Rosario Quiñones	Educadora XI RS
Dr. Víctor Rojas	Director Hospital Eusebio Ayala
Lic. Marta González	CS Eusebio Ayala
Dr. Felix Carosini	Director Hospital Altos
Lic. Mercedes Sosa	Hospital Altos
Dr. Gustavo Romero	Director CS Caraguatay
Lic. Gloria Miranda	CS Caraguatay
Dr. Julio César Riveros	Director CS Arroyo y Esteros
Lic. Luz Téllez	CS Arrollo y Esteros
Dra. María Victoria Duarte	Directora CS Piribebuy
Lic. Susana Portillo	CS Piribebuy

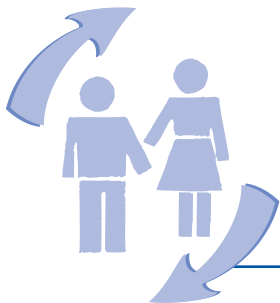
XVIII REGIÓN SANITARIA

Dr. Hugo Daniel Quintana Valbuena	Director de la XVIII Región
Dr. Miguel Lara	Director Hospital Barrio Obrero
Lic. Nelly Catalina Sosa	Hospital Barrio Obrero
Lic. Lidia de Aquino	Hospital Barrio Obrero
Dra. Vidalia Lesma	Hospital Barrio Obrero
Dr. Jesús Miguel Ramírez	Hospital Barrio Obrero
Dr. José Aquino	Director Hospital San Pablo
Lic. Wilma Coronel	Hospital San Pablo
Lic. Gloria González	Hospital San Pablo
Lic. Cristina Cabarias	Hospital San Pablo
Dra. Yanis Sosa	Hospital San Pablo
Lic Dominga Jara de Rojas	Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social
Dra. Lovera Irma	XVIII Región Sanitaria
Lic. María Doris Delgado	XVIII Región Sanitaria
Estadigrafa Nidia Pereira	XVIII Región Sanitaria
Lic. María Teresa Escobar	XVIII Región Sanitaria

Lic. Lourdes Moreno	XVIII Región Sanitaria
Lic. Sonia Fátima Ferreira Irala	XVIII Región Sanitaria
Lic. Graciela Fernández Bernal	XVIII Región Sanitaria
Lic. Mónica Alicia Torres León	XVIII Región Sanitaria
Lic. Isabel Brítez	XVIII Región Sanitaria
Dra. Aida Lourdes González Maya	XVIII Región Sanitaria
Dr. Ruben Sonolna	XVIII Región Sanitaria
Dr. Rodolfo Gonzalez Herberger	XVIII Región Sanitaria

ASESORAMIENTO TÉCNICO

Dra. Carmen Rosa Serrano	Representante OPS/OMS Paraguay
Dra. Jeannette Lejter	Consultora OPS/OMS en Educación Permanente



1. INTRODUCCIÓN

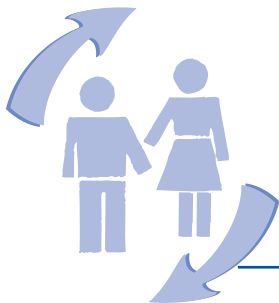
La Política Nacional de Salud centra su atención en las personas, hombres y mujeres de todo el país y durante todo su ciclo de vida, en su ámbito personal, familiar y comunitario y en el ambiente físico y psicosocial en que transcurre su existencia. Forma parte de la política nacional de desarrollo y de la estrategia de lucha contra la pobreza y, está orientada a fortalecer el capital humano y social del país.

Uno de los pilares fundamentales en la que sustenta la Política Nacional de Salud es el Desarrollo de Recursos Humanos y de la Educación Permanente, considerada como eje estratégico del cambio hacia la calidad y la excelencia técnica y humana, en todos los niveles de Sistema, por lo que constituyen la referencia obligada para la construcción de un modelo del desarrollo profesional en salud. Educación Permanente en el Trabajo, por el trabajo y para el trabajo con calidad técnica gerencial y humana al servicio de la gente.

Las líneas de acción incluyen:

1. Diseñar un nuevo modelo nacional, con adecuaciones regionales y locales de EPPS, Educación Permanente para Personal de Salud, como herramienta y acción técnico-político orientada al cambio estructural y cultural del Sistema que impacte en la calidad del proceso de trabajo, en la satisfacción y logro de resultados en la gente.
2. Aplicar de manera incremental y descentralizada el modelo de EPPS con metodología problematizadora, participativa por niveles de gerencia y de complejidad de los servicios.
3. Organizar pasantías en Centros de Excelencia y procesos locales de transformación de procesos de trabajo en equipo según normas y modelos de atención con adecuación a las necesidades específicas de servicios-prestadores-usuarios/as.
4. Aplicar procesos de monitoreo y refuerzo capacitante a cargo de equipos técnicos calificados en docencia aplicada al trabajo cotidiano.
5. Integrar Equipos Técnicos de Facilitadores nacionales y departamentales calificados para la realización y monitoreo del proceso de EPPS valorando direccionalidad, adecuación local, calidad en los resultados, pertinencias técnica y social de los servicios prestados.

En 1999 se han identificado los lineamientos para el Desarrollo del Plan Nacional de Educación Permanente, culminado en otro documento denominado “Programa Nacional de Educación Permanente en Salud” (2000). Las diferencias fundamentales con el documento actual radican en la ausencia de la orientación de la capacitación por competencias, que los anteriores no contemplaban, y no se consideran los valores personales que deben reflejarse en la conducta del facilitador. Lo mismo ocurre con el desarrollo de competencias transversales de los integrantes del equipo, que en el modelo anterior no han sido tenidos en cuenta ya que el modelo anterior de mayor énfasis hacia el contenido curricular. Este esfuerzo fue continuado, revisado y profundizado hasta llegar al Modelo de Educación Permanente en Salud.



2. EDUCACIÓN PERMANENTE

La educación permanente se ha convertido en un concepto clave en los razonamientos sobre educación y capacitación a escala mundial. La Constitución Nacional garantiza en el Artículo 73 que toda persona tiene Derecho a la Educación integral y permanente. En el Artículo 74 también garantiza el derecho de aprender y la igualdad de oportunidades de acceso a los beneficios de la cultura. Asimismo habla de que la educación es responsabilidad de la sociedad.

La **Declaración Universal de los Derechos Humanos** en su Artículo 26 estipula que toda persona tiene derecho a la educación y que la educación técnica y profesional habrá de ser generalizada.

El Código Sanitario, si bien no se refiere concretamente a la Educación Permanente, en el Art. 213° establece que el Ministerio de Salud fomentará la participación activa de la comunidad en la formación y capacitación del personal de salud.

La educación permanente es una parte natural de las vidas de todas las mujeres y de todos los hombres en todo el mundo y se da a través de muchos tipos de instituciones como el lugar de trabajo, organizaciones vecinales, bibliotecas, sindicatos y otros grupos sociales. Comienza con la existencia de un problema o situación real que conduce a la identificación de necesidades de aprendizaje a fin de dar las respuestas correspondientes. Como estrategia, esta educación posee un carácter permanente, transformador, contextualizado, participativo, interdisciplinario, responsable y accesible a todos.

Cada servicio debe decidir en gran medida, los métodos que adoptará según sus necesidades y recursos. Todo profesional sanitario, está implícitamente comprometido a la capacitación permanente. Sin duda alguna, los servicios de Salud deben transformarse en verdaderos centros de Educación Permanente, modificando, de ser necesario, su organización y métodos de trabajo, con el objetivo de mejorar la calidad de la atención y fortalecer la salud integral, individual y colectiva.

La Educación Permanente es un proceso continuo, dinámico y ordenador del pensamiento. Álvarez (1998) sostiene que todo grupo social es educativo y que el espacio educativo es universal, de carácter integral e integrador y emplea métodos activos y participativos. Parte del individuo hacia la sociedad ¹ Autores como, Haddad, J/Roschke,² la educación permanente es un proceso permanente,

1 Dr. Roberto Álvarez Sintés. Educación Permanente. La Habana, 1998.

2 Haddad, J/Roschke, M.A./Davini, M.C: Educación permanente de personal de salud. Washington, D.C.: OPS, Serie Desarrollo Recursos Humanos No. 100. Sin año de edición

de naturaleza participativa, en el cual el aprendizaje se produce alrededor de un eje central constituido por el trabajo habitual de los servicios.

Otra definición contextualiza la educación permanente es toda la actividad de aprendizaje útil realizada de manera continua con objeto de mejorar las cualificaciones, los conocimientos y las aptitudes. La educación permanente se ve como un proceso que el ser humano desarrolla, completa y actualiza a lo largo de toda su vida en diferentes ámbitos y etapas.

En este documento se define a la **Educación Permanente como el “proceso de enseñanza-aprendizaje en los servicios de salud, que está presente durante toda la vida laboral del trabajador”**. Es decir, en el trabajo, para el trabajo; con la gente y para la gente. Sus pilares fundamentales están dados por la participación activa y consciente de los trabajadores, un alto grado de motivación y compromiso en la elevación de la calidad (eficiencia y trato humanizado) de las actividades profesionales que el trabajador brinda a la población.

El objetivo que se persigue es lograr la transformación cualitativa del trabajo en salud a través de las actividades educativas que se desarrollan en los propios servicios con un eje metodológico central: la educación en el trabajo, lo cual constituye un factor de transformación a partir de los problemas de los servicios y de los recursos humanos insertados en los mismos.

Los nuevos paradigmas educacionales enfocan la educación permanente como una herramienta de intervención estratégica, inserta en una propuesta de cambio. Consiste fundamentalmente en un proceso de *aprendizaje* que rescata y valora el **saber hacer** y el **aprender a aprender**. Debe desarrollarse de manera continuada en el trabajo a fin de identificar sus problemas o limitaciones, para lograr mejorar las condiciones de salud de la gente y la calidad de los servicios prestados para su atención.

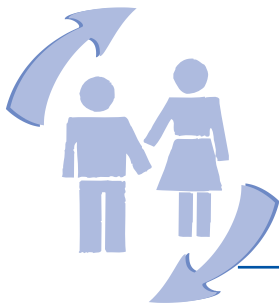
Los problemas de salud y sus condicionantes así como el tipo de servicio ofrecido, son los ejes del proceso educativo, la fuente del conocimiento y el objeto de transformación. Por tanto, el aprendizaje se centra en la formulación de problemas y en la búsqueda de alternativas de solución.³

Pero la educación permanente no sólo considera los problemas de la realidad sino que entiende que el trabajo es una fuente de creación e investigación. Se trata de un proceso que genera pensamiento crítico ante problemas que existen y que merecen otras alternativas de solución compartidas. Por este motivo, la educación permanente rescata la participación colectiva y el intercambio multidisciplinario.

3 OPS/OMS. *Educación Permanente de Personal de Salud*. Washington. 1994. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N°100. OPS/OMS. *Educación Permanente de Personal de Salud en la Región de las Américas*. Washington, Fascículos I al X. Serie Desarrollo de Recursos Humanos.

2.1. ¿Por qué y Para qué Educación Permanente?

1. La Educación Permanente ubica la salud en el contexto socio-económico, político y cultural dentro de las comunidades, estimulando la producción del conocimiento que permite la transformación de los servicios de salud.
2. Basa su desarrollo en la necesidad de repensar los procesos educativos dentro de las instituciones para aproximarnos a los objetivos propuestos con un enfoque humano.
3. Desarrolla, consolida, genera, y sistematiza los métodos que permiten cualificar la fuerza de trabajo en los servicios de salud que se mediatiza con formas y contenidos flexibles, participativos y horizontales destinados a lograr la transformación de los servicios.
4. Se basa en la relación coherente entre la comunidad y el trabajador de salud, generando así, una mayor implementación no solo de acciones puntuales sino, de planificación y evaluación de los servicios.



3. MODELO DE EDUCACIÓN PERMANENTE

A fin de concretar la conceptualización de la Educación Permanente en acciones que conduzcan al mejoramiento de la atención que se presta en los servicios de salud en el MSP y BS, hemos diseñado un modelo de Educación Permanente en el cual se contemplan tres dimensiones: la primera corresponde a la dimensión teórico conceptual axiológica basada en las teorías y modelos que soportan a la educación de adultos, a las acciones correspondientes a la investigación acción y los valores de los funcionarios del MSP y BS en función de sus referentes de comportamiento. La segunda a la parte metodológica del modelo, es decir, a las acciones que se realizarán para hacer viable el modelo. La tercera es la dimensión operativa o de gestión de los procesos de Educación Permanente. Ello no quiere decir que dichas dimensiones sean excluyentes ya que en cada una de las dimensiones hay elementos de las otras.

3.1. Dimensiones del Modelo

3.1.1. Dimensión Teórico - Conceptual - Axiológica

Básicamente, esta dimensión es el referente teórico y axiológico en el que se fundamenta el modelo. Está constituida por las teorías y modelos que guían la implementación de la capacitación de los prestadores de servicio y sus respectivos valores.

3.1.1.1. Educación de Adultos: Andragogía

Se entiende por educación de adultos el proceso de formación, que experimentan las personas una vez finalizada la etapa de la adolescencia. Este proceso le permite al adulto desarrollar aptitudes, enriquecer o aumentar conocimientos, mejorar sus competencias laborales y técnicas para enfrentar los desafíos planteados por la sociedad frente al mundo del trabajo, la familia, la comunidad, el medio ambiente y la salud, en distintos contextos socioculturales.

Desde este punto de vista, se define la educación para el desarrollo del adulto como el conjunto de teorías, metodologías, técnicas y estrategias que orientan la enseñanza y el aprendizaje individual y social del adulto, considerando, en primer lugar, el desarrollo de sus potencialidades como persona: su autoestima, sus valores, su relación con el ambiente, con las distintas fuerzas sociales, y con sus deberes y derechos como ciudadano.

En segundo lugar, considera el desarrollo del adulto como ser social, para que pueda relacionarse con el otro, trabajar en equipo, conocer el mundo, participar de la igualdad de derechos entre la mujer y el hombre, comprometerse consigo mismo, con el bienestar y la paz.

En tercer lugar, considera el desarrollo del adulto como ser productivo: con mentalidad abierta a la reflexión y al cambio; con capacidad de adaptación a las nuevas circunstancias y climas organizacionales; para que satisfaga sus propios intereses así sea de carácter personal o profesional y para que actúe de acuerdo con la misión de las instituciones y de éstas en la sociedad.

En ella se enfatiza el hecho de que los adultos se autodireccionan y toman responsabilidad de sus decisiones. Parte de las siguientes premisas:

- Los adultos necesitan saber el por qué deben aprender algo. Es decir, deben involucrarse en la planificación y evaluación de la instrucción.
- Los adultos aprenden a partir de la experiencia; o sea que la experiencia (aciertos y errores) provee las bases de las actividades de aprendizaje.
- Los adultos enfocan el aprendizaje como solución de problemas, es decir, el aprendizaje de los adultos esta orientado a la solución de problemas y no a los contenidos per se.
- Los adultos aprenden mejor cuando el tópico es de valor inmediato. Ello quiere decir, que los adultos están más interesados en aprender aquellos contenidos que tienen pertinencia inmediata en su trabajo o en su vida personal.

3.1.1.2. Competencias

Las competencias son factores de superación individual y grupal que permite el desarrollo de los recursos personales para integrarlos en las posibilidades del entorno. Las competencias son efectivas en la medida en que cada uno establece base y referencia de superación en si mismo. Así, somos competentes en la medida en que alcanzamos logros efectivos. El origen de esos logros está en el perfeccionamiento de nuestras cualidades personales, tanto individuales como sociales.

Mc Clelland (1968) fue el primer autor en trabajar el término de competencia con el contenido específico que hoy se le atribuye. Investigó sobre las variables que llevaban a las personas a tener un desempeño de éxito en el rendimiento de su trabajo. Comprobó que el hecho de lograr mejores resultados estaba más ligado a características personales (competencias) que a conocimientos y habilidades, que eran las variables que se tomaban como referentes a la hora de seleccionar a los candidatos para ocupar un puesto de trabajo, junto a su experiencia y *currículo*. A mediados de la década de los setenta, en plena crisis económica mundial, en Gran Bretaña, se cuestionó el criterio de calificación en la formación profesional, ya que difícilmente era garantía de empleabilidad. Se tomó el

concepto de competencia como conjunto de conocimientos, capacidades, habilidades y destrezas que son capaces de garantizar el desempeño eficaz.

Diversos autores han elaborado distintos modelos que agrupan determinadas competencias consideradas esenciales desde el punto de vista del desempeño profesional, entre los que se destacan los de Boyatzis (1995) y Mertens (1997), ambos modelos parten de un análisis funcional de las competencias.

El eje principal de la capacitación por competencia es el desempeño entendido como la expresión concreta de los recursos, que pone el juego el individuo cuando lleva a cabo una actividad y, pone énfasis en el uso o manejo que el sujeto debe hacer de lo que sabe, no del conocimiento aislado, en condiciones en la que el desempeño sea relevante. La evaluación del desempeño centra su acción en la apreciación del desenvolvimiento del individuo en un cargo y la identificación de su potencial de desarrollo.

Desde esta perspectiva lo importante no es la posesión de determinados conocimientos, sino el uso de lo que se haga de ellos. Este criterio obliga a entes capacitadores a replantear lo que comúnmente han considerado como capacitación.

Bajo esta óptica, para determinar si un individuo es competente o no lo es, deben tomarse en cuenta las condiciones reales en las que el desempeño tiene sentido, en lugar del cumplimiento formal de una serie de objetivos que en ocasiones no tienen relación con el contexto. El desarrollo de las competencias requiere ser comprobado en la práctica mediante el cumplimiento de criterios de desempeño claramente establecidos para lo cual se requiere el establecimiento de indicadores.

3.1.1.2.1. Qué se entiende por competencia

La competencia es entendida por muchos como la aptitud de una persona para desempeñar una misma función en diferentes contextos y en base a resultados esperados. A los efectos de este trabajo se la define como: “**Capacidad para actuar con eficiencia, eficacia y satisfacción sobre algún aspecto de la realidad ya** sea personal, social, natural o simbólica. Cada competencia es así entendida como la integración de tres tipos de saberes: conceptual (saber), procedimental (saber hacer) y actitudinal (ser)”.⁴

El concepto de competencia otorga un significado de unidad e implica que los elementos del conocimiento tienen sentido sólo en función del conjunto. En efecto, aunque se pueden fragmentar sus componentes, éstos por separados no constituyen la competencia: ser competente implica el dominio de la totalidad de elementos y no sólo de alguna(s) de las partes.

Un rasgo esencial de las competencias es la relación entre la teoría y la práctica, en la cual la práctica delimita la teoría necesaria. La relación entre las condiciones

y demandas de las situaciones concretas en el trabajo (la práctica) con las necesidades de sistematización del conocimiento (la teoría), es más significativa para el individuo si la teoría cobra sentido a partir de la práctica; es decir, si los conocimientos teóricos se abordan en función de las condiciones concretas del trabajo y si se pueden identificar como situaciones originales. Por lo tanto, la capacitación debe diseñarse a partir de estrategias que además de promover el desarrollo de ciertos atributos (habilidades, conocimientos, actitudes, aptitudes y valores), considere la ocurrencia de varias tareas (acciones intencionales) que suceden simultáneamente dentro del contexto socio-político en el cual tiene lugar la acción; y a la vez permita que algunos de estos actos intencionales sean generalizables.

Este modelo no se refiere a las normas de competencia laboral que son reguladas por organismos nacionales e internacionales, sino más bien a los criterios de desempeño profesional que estarían normados por las instituciones para desempeños laborales en ciertas áreas, o también, aquellos criterios que pudieran establecerse mediante la vinculación entre el ente que capacita y las personas que realizan funciones específicas

3.1.1.2.2. Enfoques en la Formación de Competencias

Se concibe como un proceso de construcción autónoma y autorregulada de capacidades por los mismos sujetos que se emplazan cognitiva, ética y estéticamente en una direccionalidad que da respuesta, en buena medida, ante sí mismo y ante otros, de su sentido existencial. Este enfoque es congruente con la Pedagogía Problematizadora.

3.1.1.2.3. Estrategia de reorganización de las competencias

Las competencias, a pesar de su manifestación en situaciones particulares que las incitan a aparecer, derivan de reconstrucciones y reorganizaciones simultáneas e integradas de saberes, esquemas o estructuras conceptuales, metodológicas, procedimentales y actitudinales previamente adquiridos, de carácter más inclusivos o menos específicos. Hay que evitar que las competencias, a efectos de su desarrollo, se piensen tan solo como segmentos estratégicos codificados informacionalmente para su transmisión (aprendizaje mecánico), ya que se construyen primordialmente (aprendizaje significativo) a partir de contextos de competitividad, de implicaciones desafiantes para el sujeto.

En este modelo las ubicamos en la educación no formal, haciendo la salvedad, que la solución de un problema requiere en algunas oportunidades de diferentes orientaciones educativas, por ejemplo, educación formal, actualización, capacitación técnica o de diferentes modalidades tales como Educación a distancia o aula virtual o cualquier otra no-presencial.

3.1.1.2.4. Tipología de competencias

El modelo de competencias establece tres niveles, las competencias específicas, genéricas y las centrales o transversales, cuyo rango de generalidad va de lo particular a lo global. Las competencias específicas son propias de la profesión; en ellas se encuentran las competencias cognitivas, técnicas y metodológicas, adquiridas en los niveles educativos previos en un campo específico de las ciencias. Las competencias genéricas se refieren a las situaciones concretas de la práctica profesional que requieren de respuestas complejas. Son coherentes con las funciones que se ejercen. Por último, las competencias centrales o transversales son las que deben poseer todas las personas que lideran los procesos. Son competencias básicas como realizar análisis, síntesis, desarrollar pensamiento complejo, divergente, sistémico, capacidad de organizar, planificar, etc. Se relacionan entre otras con los valores, cultura, creencias.

3.1.1.3. Pedagogía Problematicadora

En la literatura se pueden distinguir modelos pedagógicos cuya fundamentación nos lleva a diferentes teorías del aprendizaje. En este modelo nos vamos a referir a la Problematicación, en la cual el que aprende es el sujeto activo de su propia formación. En la tabla se muestran las consecuencias individuales y socioculturales que conlleva la aplicación de dicho modelo pedagógico.

Tabla 1: Consecuencias individuales y socioculturales de la aplicación de la Pedagogía Problematicadora

CONSECUENCIAS INDIVIDUALES	CONSECUENCIAS SOCIOCULTURALES
El proveedor aprende a “ver” su realidad	Sociedad con identidad propia
Motivación a transformar la realidad	Instituciones originales y adecuadas a la realidad
Visión integradora y dialéctica	Rechazo del autoritarismo, el paternalismo y la demagogia
Alto grado de motivación endógena	Estructura social igualitaria
Sabe trabajar en grupo	Democracia participativa
Capacidad de crítica y autocrítica	
Teoriza con base en su propia observación	
Creatividad, originalidad, innovación	
Busca información de forma autónoma	

3.1.1.4. Investigación Acción

Para nuestros efectos, vamos a considerar la investigación acción como la define Kemmis (1993); es decir, “Una forma de indagación autor reflexiva que emprenden los participantes en situaciones sociales para mejorar la racionalidad y la justicia de sus propias prácticas. Su entendimiento de las mismas y las situaciones dentro de las cuales ellas tienen lugar”. De acuerdo a ello, se consideran entonces cuatro fases vinculando la reconstrucción del pasado con la construcción de un futuro concreto a través de la acción, tal como se muestra en la gráfica 1.

Gráfica 1: Ciclo de Investigación Acción



3.1.1.5. Componente axiológico

El componente axiológico se refiere a los valores de los funcionarios del MSP y BS, entre los cuales podemos citar:

- Integridad/Honestidad
- Profesionalismo
- Responsabilidad
- Solidaridad
- Respeto/Humildad
- Equidad

En el Apéndice se encuentran los comportamientos referenciales asociados a los valores mencionados.

3.1.2. Dimensión Metodológica

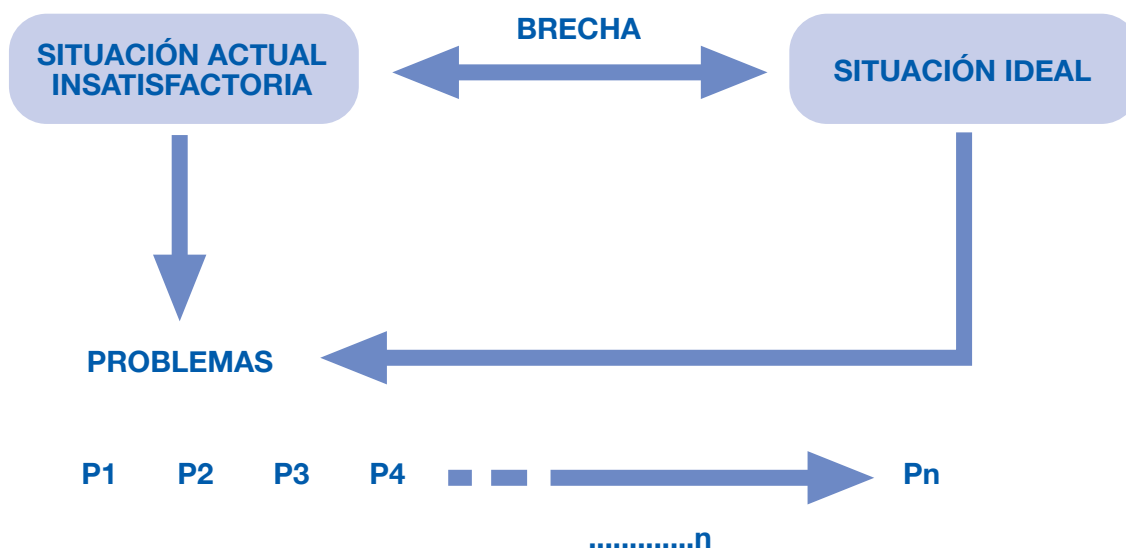
La dimensión metodológica responde a los momentos que hay que transitar para la aplicación del modelo en acciones capacitantes. No obstante, no hay que olvidar que por tratarse de adultos, hay que señalar no sólo el cómo hacerlo (saber cómo) sino que se va a hacer (saber qué) y eso conlleva el aprendizaje de algunos conceptos que se señalan a continuación.

3.1.2.1 Primer Momento: Identificación y definición de problemas

En la gráfica se observa que un problema se presenta cuando existe una brecha entre una situación actual con la cual no se está conforme que bien podría llamarse insatisfactoria y una situación ideal; o sea, una situación que debe existir ya sea por considerarla la mas adecuada o bien por considerarla la mas satisfactoria en términos de los resultados logrados. Existen 3 condiciones para tratar de decidir si una situación en particular requiere ser considerada como un problema para establecer un proyecto de intervención educativa.

- Diferencia o discrepancia entre lo que existe y lo ideal, o lo planeado.
- Falta de claridad en los factores que producen la diferencia.
- Más de una posible respuesta para resolver el problema.

Gráfica 2: Representación gráfica del origen de los problemas



3.1.2.2. Segundo Momento: Priorización de problemas

En la mayoría de los casos, no hay un solo problema por lo cual se hace necesario establecer prioridades de acuerdo a determinados criterios. Entre otros podemos citar:

- Relevancia
- Factibilidad
- Aceptabilidad política
- Aplicabilidad
- Urgencia de la información
- Aceptabilidad ética

3.1.2.3. Tercer Momento: Análisis Explicativo de los problemas

Si consideramos que los problemas resultan de una discrepancia entre una situación real y una que deseamos alcanzar, se puede considerar que:

- El problema es el efecto de alguna(s) causa(s) y en consecuencia son de carácter multicausal.
- Las causas están relacionadas formando una estructura.

La forma de relacionarse las causas también puede ser diferente. Una puede determinar la existencia de otra, pero también puede ser condicionante para que otra aparezca. Luego, el análisis de los problemas tomando en consideración las causas que los originan y las relaciones que existen entre ellas es de vital importancia cuando se quiere intervenir para modificarlas o suprimirlas.

Podríamos en consecuencia hacernos algunas preguntas:

- ¿Cómo se manifiesta el problema?
- ¿Quién lo considera como tal?
- ¿Es un problema o es una causa de otro problema?
- ¿Cuáles son las causas que los originan?
- ¿Se articulan entre sí? ¿Cuál condiciona la otra? ¿Cuál determina la aparición de otra?
- ¿La solución para una de ellas resuelve el problema?
- ¿A través de la capacitación pueden removerse algunas de esas causas?
- ¿Cómo influye el resultado obtenido sobre el resto de las causas?

El análisis de los problemas detectados utilizando una red de causas explicativas permite determinar vías para la solución de los mismos. Como quiera que el

modelo que nos ocupa sólo se relaciona con las intervenciones educativas que pueden remover algunas de las causas que originan los problemas, de ello nos ocuparemos; en el entendido, que para la solución de un problema de salud, en un momento determinado se necesitarán otras intervenciones que no son necesariamente educativas.

3.1.2.4 .Cuarto Momento: Detección de Necesidades de Capacitación

La detección de necesidades de capacitación se aborda como la base para una intervención educativa que debe estar dirigida a viabilizar una opción de solución ante una situación-problema determinada y en un contexto determinado. Debemos considerar dos líneas de acción: la primera relacionada con la de detección de las necesidades de capacitación de los equipos nacionales, regionales y locales y la segunda línea, la capacitación de los prestadores de servicio, razón de ser de este modelo.

Primera línea de acción: Capacitación de los Equipos que constituyen el modelo.

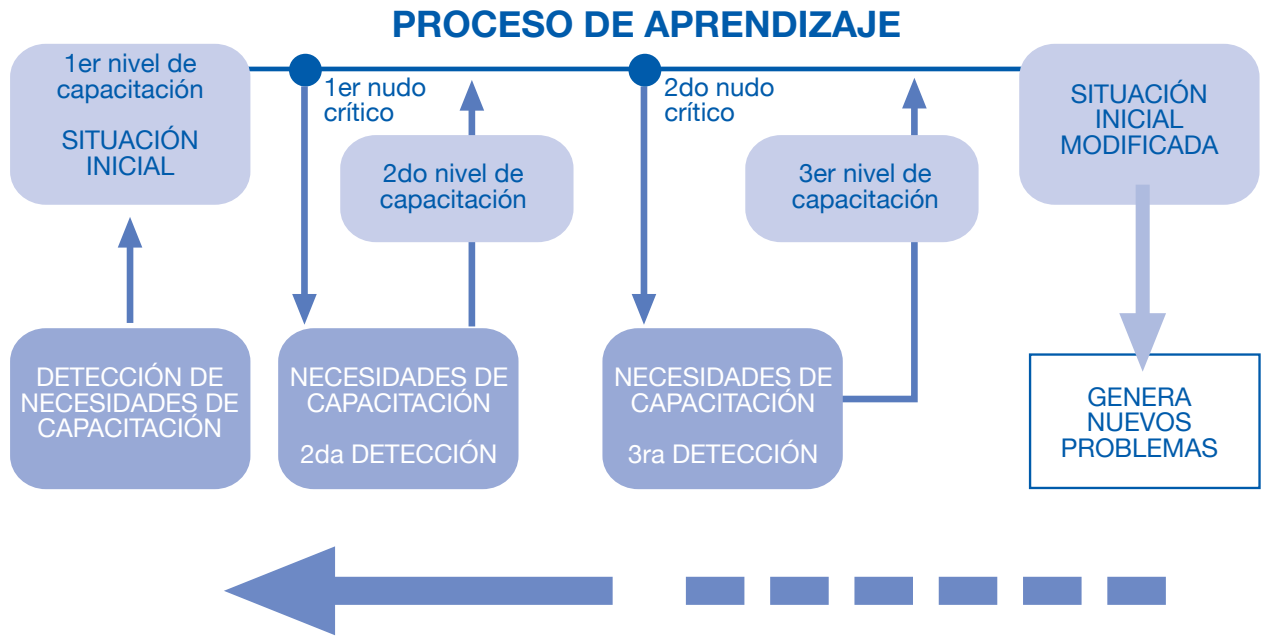
En **una primera instancia**, se hace referencia únicamente a las necesidades de intervención educativa para los tres equipos mencionados en el modelo, para los cuales se han determinado las competencias relacionadas con Educación Permanente que deben poseer las personas que los conforman. Es de hacer notar, se parte de la premisa de que todos los equipos deben tener las mismas competencias.

En el seguimiento y monitoreo de la evolución del modelo surgirán otras necesidades de intervención educativa, para las cuales se tomaran decisiones a fin de mantener la direccionalidad técnica y política.

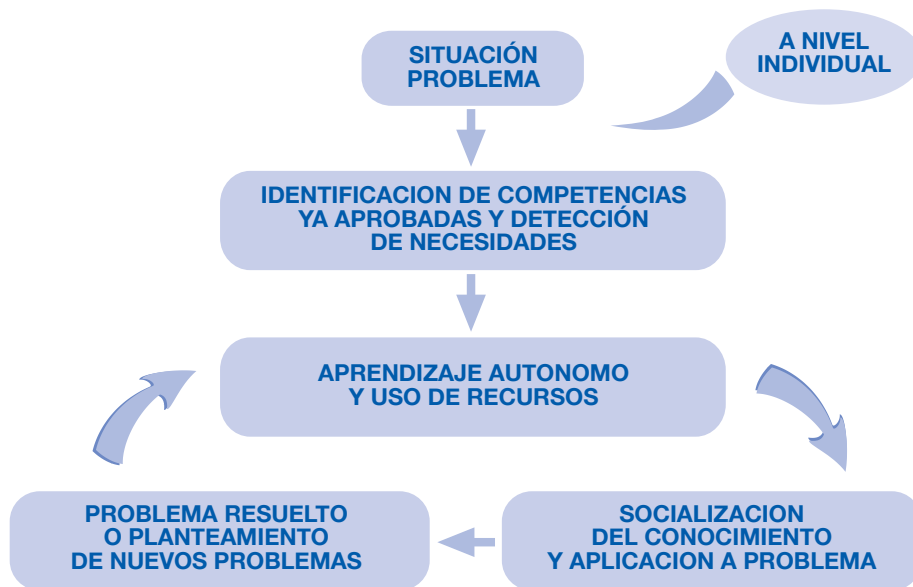
De acuerdo a lo anteriormente expuesto, para determinar los contenidos de la capacitación en un primer momento cada uno de los equipos determinará su nivel de competencias y al contrastarlo con el nivel de competencias deseado podrá inferir los contenidos en los cuales el se debe capacitar. No obstante, esto no es una determinación rígida, en la cual se cree saber cuales son todos los contenidos a capacitar sino que deben ser revisados con cierta periodicidad.

A medida que se va bajando a los niveles regionales y locales surgirán nudos críticos y nuevas necesidades de capacitación que debe traducirse en planes, hasta llegar a la situación inicial ya modificada tal como se indica en el gráfico 4. El gráfico 5 muestra el proceso de aprendizaje que se genera a nivel individual en los integrantes de los equipos de facilitación y monitoreo:

Gráfica 3: Capacitación en el proceso de aprendizaje



Gráfica 4: Proceso de aprendizaje a nivel individual generado en la solución de un problema



Segunda línea de acción. Detección de las necesidades de capacitación de los prestadores de servicio. En esta línea actúan los supervisores inmediatos de los prestadores al evaluar su desempeño relacionado a las actividades que deben realizar en el cumplimiento de sus funciones para la remoción de las causas que originan los problemas; detectando de esa manera las falencias en cuanto a las competencias que deben poseer. Otra forma de hacerlo es aplicando un cuestionario de detección de necesidades de capacitación construido de acuerdo a las funciones que realiza el prestador de servicios y en concordancia con los programas específicos del MSP y BS. De más está el decir que los supervisores a su vez deben ser capacitados para ello siendo ésta una parte de los contenidos una vez que se determine ya sea por autoevaluación o por otros medios, que en ellos existen falencias al respecto.

3.1.2.5. Quinto Momento: Capacitación en Servicio

La capacitación es el acto intencional de proporcionar los medios para posibilitar el aprendizaje. Es decir, adquisición, desarrollo y/o fortalecimiento de competencias. Si además, la capacitación se realiza en los servicios, se puede hablar de *Capacitación en Servicio*, con muchas modalidades de ejecución. Una de ellas, la Supervisión Capacitante se puede considerar una de las dimensiones de la supervisión definiéndose como un *proceso formativo* mediante el cual se construye el conocimiento, se adquieren habilidades y destrezas y se forman actitudes para un desempeño profesional, crítico y comprometido con los sectores en los cuales actúa el trabajador.

La supervisión capacitante enfatiza la tarea de los supervisores de desarrollar a la gente que tiene a su cargo, sin descuidar las funciones de supervisión tales como: la transferencia de experiencias, la asignación de tareas de complejidad creciente, la identificación de los problemas y la propuesta y elección compartida de soluciones. En consecuencia, son los supervisores quienes deberán actuar como tutores de los prestadores de servicios en un determinado programa.

Otra forma de realizar la capacitación en servicio es a través de la realización de talleres con algunas características especiales:

- Son pasos intermedios a la tutoría individual dada en la supervisión capacitante.
- En cierta forma se le pueden considerar tutorías grupales.
- Parte de las necesidades de aprendizaje de un grupo pequeño de personas a quienes se les ha detectado necesidades comunes. Dichas necesidades son detectadas en el sitio de trabajo por los supervisores.
- Los programas de los talleres son elaborados “a la medida”.
- Son conducidos por los supervisores o por agentes de cambio con expertise en el campo.
- No hay una agenda común para todos los grupos en cuanto a los contenidos y a las competencias a desarrollar.

Una tercera modalidad utilizada es la de los Grupos de Aprendizaje Colaborativo que consiste en un sistema de interacciones cuidadosamente diseñado que organiza e induce la influencia recíproca entre los integrantes de un equipo. Se desarrolla a través de un proceso gradual en el que cada miembro y todos se sienten mutuamente comprometidos con el aprendizaje de los demás generando una interdependencia positiva que no implique competitividad entre los integrantes del equipo.

Los grupos de aprendizaje colaborativo actúan cíclicamente de acuerdo al siguiente esquema:

Gráfica 5: Ciclo de Acción de los grupos de aprendizaje



La capacitación en servicio requiere de una planificación acorde con la modalidad que se seleccione. Cualquiera que ella sea, la planificación requiere de algunos conocimientos adicionales para lo cual deben ser capacitados ya sean los supervisores si es de ellos la responsabilidad de la capacitación o de las personas sobre quienes recaiga la misma. Es decir, una vez que se han detectado las necesidades de capacitación de un grupo de prestadores de servicio, se procede a determinar las competencias que se desean desarrollar y los objetivos que se desean lograr a través de la capacitación. Ello conduce a los contenidos que deben ser cubiertos, a los métodos, estrategias y técnicas que se van a utilizar, a las actividades que se van a realizar, a los medios y recursos educativos que se van a usar; para luego diseñar los instrumentos de evaluación que se van a utilizar en el momento 4.

3.1.2.5.1. Diseño Instruccional.

El diseño instruccional, tal como lo indica su nombre es el proceso mediante el cual se organiza la instrucción dirigida a inducir el aprendizaje de las personas. Nacido dentro del enfoque dado por las teorías conductista del aprendizaje, pertenece al ámbito de lo que se conoce como tecnología educativa, es utilizado, no como una camisa de fuerza, sino como una guía para organizar la interacción tutor participante o tutor grupo. Si consideramos que toda acción capacitante debe ser planificada, es conveniente dar una mirada a la terminología utilizada en el diseño instruccional para organizar el pensamiento y la acción adaptándola al marco teórico que estamos manejando.

3.1.2.6. Cuarto Momento: Evaluación

Es un proceso permanente y continuo de indagación y valoración de la planificación, la ejecución y la finalización de los programas y proyectos sociales. Su finalidad es generar información, conocimientos y aprendizaje dirigidos a alimentar la toma de decisiones oportunas y pertinentes para garantizar la eficiencia, la eficacia y la calidad de los procesos, resultado e impactos de los programas, todo ello en función del mejoramiento de las condiciones de vida de sus poblaciones beneficiarias.

La metodología más conocida, para evaluar acciones capacitantes fue desarrollada por Kirkpatrick (1994) y comprende cuatro niveles.

Nivel 1 – Reacción

El primer nivel consiste en saber si el usuario está satisfecho, por el que se entrega un cuestionario a los participantes a fin de obtener su opinión.⁵ Los datos generalmente se refieren al contenido de la capacitación, diseño del proceso de aprendizaje y competencia del orientador/facilitador. Se puede preguntar sobre las técnicas utilizadas, sobre la utilidad y la adecuación de los contenidos con relación a la satisfacción de las necesidades de los participantes, sobre como planean emplear los conocimientos, habilidades, estrategias en su trabajo.

Ese nivel no evalúa las habilidades y competencias adquiridas, o si lo que uno aprendió se transferirá a su proceso de trabajo. Sin embargo, el interés, la motivación y la respuesta positiva al proceso de capacitación constituyen indicadores que favorecen el aprendizaje. Si eso no ocurre es importante analizar si el problema resulta del diseño o del desarrollo del programa propiamente dicho.

Nivel 2 – Aprendizaje

El segundo nivel tiene como objetivo medir lo que ha aprendido el usuario, es decir que actitudes, conocimientos y habilidades han cambiado, se desarrollaron o ampliaron: “Evaluamos si han mejorado las aptitudes a través de un examen antes y después del curso”. Sin embargo, el aprendizaje puede haber ocurrido y no suceder ningún cambio en el ambiente de trabajo. Eso puede pasar porque el clima en la situación de trabajo no favorecía el cambio de las actitudes, o el comportamiento, porque el jefe no permitía la aplicación de las nuevas habilidades en la práctica, o porque en el puesto que ocupa, el profesional no tiene oportunidad de emplear los nuevos conocimientos y habilidades

Por eso es importante para un gestor de procesos de capacitación, separar ese nivel del tercer nivel de aplicación. Cuando se puede probar que sus programas de capacitación son efectivos en esos dos niveles posee datos concretos para negociar futuros proyectos.

Nivel 3 – Aplicación

El tercer nivel es la traslación al trabajo de los conocimientos adquiridos, una tarea directamente relacionada con el supervisor. En ese nivel se evalúa la capacidad de los participantes para aplicar en el trabajo los conocimientos, habilidades y actitudes desarrolladas en el proceso de capacitación.

La evaluación en este caso se da sobre todo a través de la observación del desempeño de los trabajadores, y requiere que haya pasado un periodo de tiempo entre el término de la capacitación y la obtención de la información sobre el desempeño. Es importante evaluar el desempeño porque el principal propósito de la capacitación es el de mejorar los resultados a través de cambios en el comportamiento

En general, la evaluación a ese nivel involucra uno o más de los siguientes grupos:

- La persona que recibió la capacitación.
- El jefe o supervisor.
- Los subordinados.
- Los colegas de trabajo u otro personal familiarizado con el desempeño del trabajador.

Los datos recolectados en este nivel de evaluación son importantes para determinar la transferencia de aprendizaje del momento de la capacitación a la práctica en el trabajo, y para analizar las dificultades encontradas en la aplicación de nuevos procedimientos, habilidades y técnicas.

Nivel 4 – Resultados

El cuarto nivel, el más difícil, “es ver cómo se ha traducido la formación en beneficios para la entidad”. La evaluación se centra en los resultados finales de la capacitación, se evalúa la efectividad de la capacitación y el impacto del programa. El impacto puede ser de tipo monetario (reducción de costos), de mayor productividad, de mejoría en la eficiencia o en la calidad del servicio prestado al usuario, de la moral del equipo de trabajo. Es decir el impacto se refleja más allá de los trabajadores que pasaron por el proceso de capacitación para analizar lo que sucede a nivel de la organización como resultado de ese proceso.

Puede ser difícil evaluar a ese nivel sobre todo para aislar las variables a fin de determinar en que medida los resultados pueden atribuirse a la capacitación en comparación con otros factores.

A medida que se pasa del primer nivel a los demás, el proceso de evaluar se vuelve más difícil y complejo y consume más tiempo. A su vez la información que se obtiene en los últimos niveles es significativamente más importante.

3.1.2.3.1. La Evaluación de las Competencias

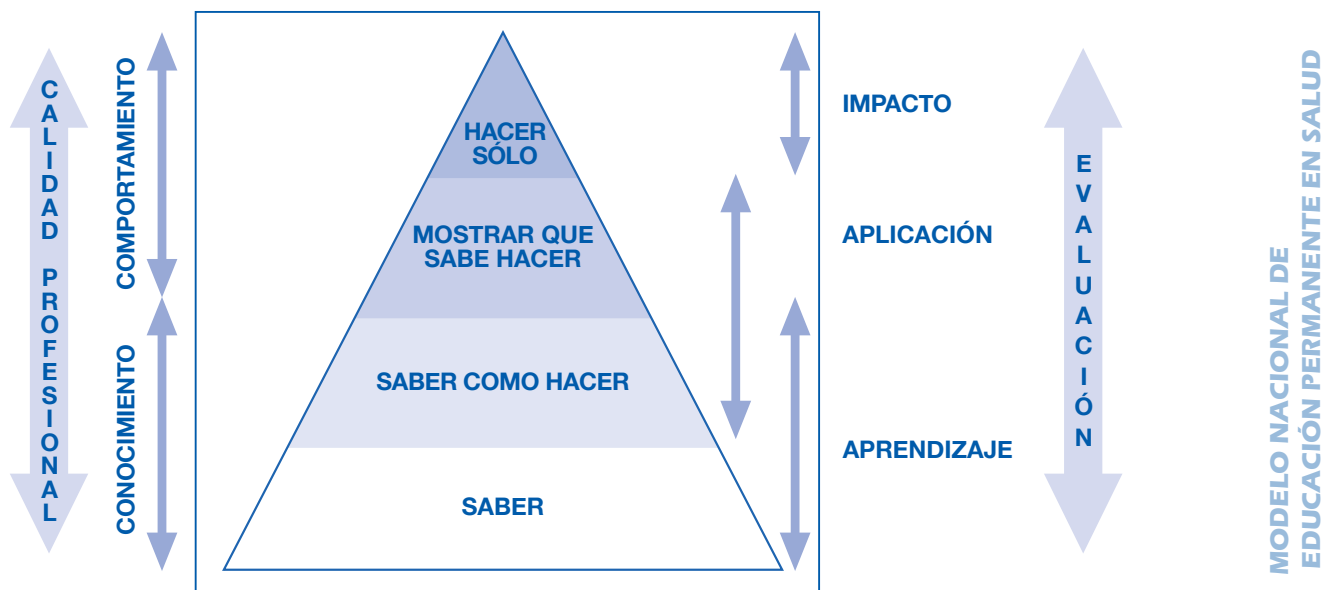
La Evaluación es el estímulo más importante para el aprendizaje: todo acto de evaluación da un mensaje implícito a los participantes acerca de lo que ellos deben aprender y como deben hacerlo.

En la formación profesional, la evaluación necesita ser pensada no como una comparación entre individuos, sino como un “proceso de recolección de evidencias y de formulación de juicios sobre la medida y la naturaleza del progreso del funcionario hacia los desempeños requeridos o establecidos en una norma, o resultados esperados del aprendizaje”.

Por consiguiente, al evaluar se contemplan dos aspectos importantes: la evaluación que mide la adquisición/fortalecimiento y/o el desarrollo de la competencia (evaluación del desempeño) y la evaluación como retroalimentación del aprendizaje; es decir, la que nos indica las lagunas que puedan existir en la adquisición de los diferentes saberes que se han plasmado en los objetivos de aprendizaje. Pertenece esta evaluación al nivel de Aplicación de Kirkpatrick.

George Miller ha desarrollado un modelo de competencia profesional representado por una pirámide (gráfico 6)⁶ compuesta por varios niveles. En ella se muestra los diferentes elementos que se consideran en la evaluación de una competencia. Partiendo de la adquisición del conocimiento teórico conceptual (saber) y del metodológico (Saber Como), base del Aprendizaje (Segundo Nivel de Kirkpatrick), se debe MOSTRAR que se puede aplicar el conocimiento (desempeño) adquirido en contextos diferentes en el cual se aprendió, para luego determinar que se ha logrado *hacer que los otros hagan* (IMPACTO).

Gráfica 6: Modelo de competencia profesional



6 Modificado de Miller, The assessment of clinical skills/competence/performance. Academic Medicine (Supplement) 1990, 65: S63-S67.

3.1.2.3.2. Indicadores de Desempeño

Un indicador ha sido definido por la OMS como “la expresión cuantitativa y cualitativa que permite detectar y medir total o parcialmente un desempeño”. Las características que un indicador debe tener son:

1. Validez; es decir, el grado en que un indicador mide lo que se pretende medir.
2. Confiabilidad, la información que brinda es coherente con la realidad en que se ubica el proceso y que es consistente cuando se utiliza en condiciones similares pero en diferentes momentos.
3. Flexibilidad, en la medida que permite ajustes que se adapte a diferentes contextos.

Los indicadores pueden ser cuantitativos y cualitativos. Los primeros se miden en términos numéricos. Ejemplo: Numero de diagnósticos realizados, reducción del tiempo de espera de los usuarios en los servicios.

Los indicadores cualitativos “miden” la calidad y la forma como se desarrollan las acciones. Ejemplo: grado de competencia para el aprendizaje significativo, capacidad para el reconocimiento, interpretación y manejo de conflictos usuarios-servicios de salud.

3.1 2.4. Monitoreo

Es un proceso continuo de observación, revisión y documentación de las actividades de capacitación en relación con su contexto, sus objetivos, los resultados esperados, los productos obtenidos y los recursos previstos para la ejecución.

Los conceptos de Monitoreo, Supervisión Capacitante y Evaluación tienden a menudo a confundirse ya que se consideran lo mismo pero con nombres diferentes. La tabla intenta mostrar las diferencias básicas entre ellas a sabiendas de que tanto el monitoreo como la supervisión capacitante originan insumos para la evaluación de proyectos de capacitación en el marco de la Educación Permanente, mientras que en la supervisión capacitante está implícita la evaluación del desempeño; paso previo para determinar el punto focal de la intervención educativa. Son pues, elementos que tienen características propias pero que interactúan para formar el todo de la EP.

Tabla 2: Diferencias entre Monitoreo, Supervisión Capacitante y Evaluación

	MONITOREO	SUPERVISION CAPACITANTE	EVALUACION
A QUIÉN O A QUÉ	UN PROYECTO	PERSONAS	INSTITUCIONES, PROYECTOS, PERSONAS (APRENDIZAJES, DESEMPEÑO)
PROPÓSITO	BRINDAR INFORMACIÓN ACERCA DEL FUNCIONAMIENTO DEL PROGRAMA O DEL PROYECTO	DETERMINAR DEFICIT DE COMPETENCIAS Y ACTUAR EN CONSECUENCIA	DETERMINAR PRODUCTOS Y RESULTADOS PARCIALES Y FINALES
ENFOQUE	EN EL PROCESO	EN EL PRODUCTO (DESEMPEÑO)	RESULTADOS Y PRODUCTO
CUÁNDO	EN TODAS LAS FASES DE UN PROYECTO	DURANTE EL PROCESO QUE CONLLEVE LA MODIFICACIÓN DEL DESEMPEÑO.	ANTES, DURANTE Y DESPUES DE LA IMPLEMENTACION
CÓMO	BASICAMENTE POR OBSERVACIÓN O ENTREVISTAS ESTRUCTURADAS	TUTORÍA	POR RESULTADOS, POR PRODUCTOS. (SE UTILIZAN LOS RESULTADOS DEL MONITOREO) FORMATIVA Y SUMATIVA (BASADA EN LA ADQUISICIÓN, DESARROLLO Y REFORZAMIENTO DE COMPETENCIAS)
REALIZADO POR	PERSONAL DEL PROYECTO DE CAPACITACIÓN	PERSONAL DE SUPERVISION PREVIAMENTE CAPACITADO	IGUAL AL MONITOREO MAS EVALUADORES EXTERNOS
A QUIEN REPORTA	RESPONSABLES DEL PROYECTO PARA LA TOMA DE DECISIONES Y REORIENTAR EL PROCESO DE SER NECESARIO.	AL COORDINADOR DE LA CAPACITACIÓN	A LOS RESPONSABLES DEL PROYECTO Y A LOS ORGANISMOS COPERANTES

La capacitación debe estar acompañada siempre del monitoreo del proceso y de la evaluación si se trata de poner en práctica la Educación Permanente de los prestadores de servicio de salud. “Capacitar” sin que se monitoree todo el proceso desde su fase de diseño hasta la transferencia del aprendizaje en el sitio de trabajo acompañado de la evaluación en cada uno de los niveles que considera Kirpatrick, implica correr el riesgo de que no se obtengan los resultados que se esperan de la misma.

3.1.3. Dimensión Operativa o de Gestión de los procesos de Educación Permanente

3.1.3.1. Estructura Operativa y Funcional

El modelo que se propone es un modelo versátil y bidireccional. Versátil para englobar la implementación de todas las intervenciones educativas de acuerdo

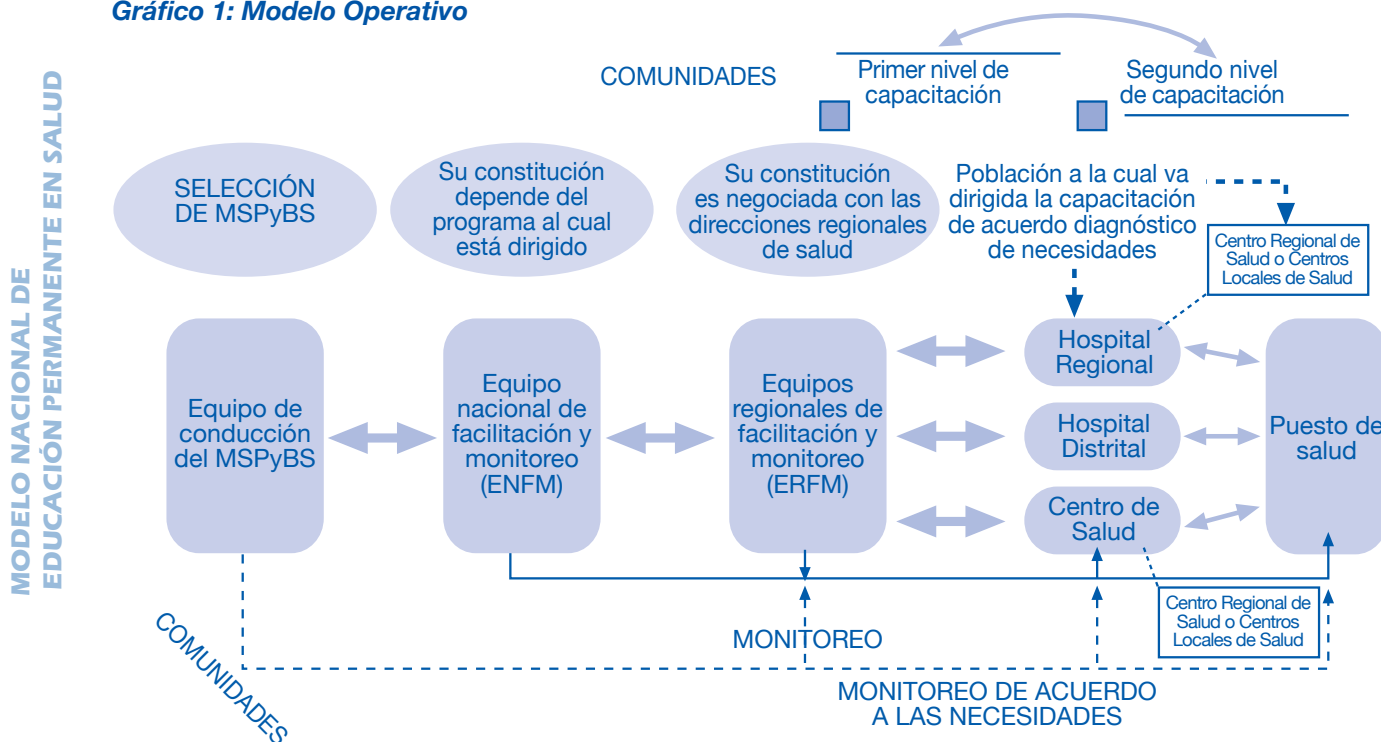
al modelo de atención que se implementa. Bidireccional porque los equipos de facilitación pueden ser a su vez, equipos a ser capacitados cuando las circunstancias así lo requieran.

Tal como se muestra en el gráfico 1, se observa la formación de tres equipos capacitados/capacitantes. El primer equipo, Equipo de Coordinación, esta formado por personas del MSP y BS en el cual hay representación de todas las Direcciones del Ministerio.

De acuerdo a las necesidades específicas de capacitación se incorporarán al equipo, funcionarios con las competencias específicas necesarias para la capacitación de los Equipos Nacionales de Facilitación y Monitoreo (ENFM) Estos equipos son multidisciplinarios y deberán ser capacitados para la adquisición de competencias relacionadas con Gerencia, Administración, Financiamiento y Pedagógicas, así como detección de Necesidades de Capacitación, y Planificación de Proyectos de Intervención. Todos los equipos harán labores de monitoreo y estarán inmersos en la comunidad. Es decir, cada uno de los equipos no solo realiza acciones de capacitación, sino que hace labor de promoción del modelo en su comunidad y diseña planes de capacitación cuando el caso lo requiera, estableciendo el contenido, la metodología y los materiales requeridos para ello.

Puesto que la Educación Permanente es parte de la política de salud del MSP y BS, ella puede iniciarse y consolidarse en cualquiera de los servicios correspondientes a los niveles locales, regionales o nacionales, sin esperar directrices específicas o lineamientos de los otros equipos. Las flechas dobles de gráfico indican de esta manera flujo de información y no directrices específicas ni líneas de mando.

Gráfico 1: Modelo Operativo



3.1.3.2. Organización y Funciones de los Equipos⁷

En cuanto a la organización, se conformaran tres equipos de Educación Permanente. 1) Un Equipo Coordinador: 2) Equipo Nacional de Facilitadores y 3) Equipo Regional, como instancias de articulación entre instituciones formadoras y gestores de los servicios de salud. El objetivo es crear espacios de diálogo y negociación que permitan identificar necesidades requeridas por los profesionales de salud, en la perspectiva de mejorar la calidad de la gestión, atención integral y control social del sistema.

Para que este proceso sea sostenible y logre cumplir con sus objetivos, necesita contar con los recursos indispensables no solo en cuando a personal y logística, sino también de equipos e insumos necesarios para las actividades de capacitación.

3.1.3.2.1. Funciones del Equipo Coordinador

1. Designar un coordinador de capacitación dentro de su seno
2. Tramitar ante las instancias superiores los recursos necesarios para la implementación de las capacitaciones contempladas en el Modelo de Educación Permanente en Salud (MEPS).
3. Establecer mecanismo para que en el POA se incluyan el plan o los planes de capacitación.
4. Coadyuvar en el diseño e implementación de los Planes de Capacitación Distrital.
5. Coadyuvar en el análisis situacional de los servicios de la región.
6. Elaborar los lineamientos para diagnosticar las necesidades de capacitación consensuándolos con el equipo distrital.
7. Socializar los instrumentos de diagnóstico de necesidades de capacitación.
8. Elaborar los planes de Capacitación de la Región.
9. Seleccionar, conjuntamente con el equipo regional de capacitación los facilitadores y funcionarios que van a realizar la supervisión capacitante en los distritos.
10. Gestionar en otras instancias los facilitadores necesarios en caso de no existir en su Región.
11. Analizar los informes de capacitación de los Equipos Distritales de Capacitación.
12. Determinar, conjuntamente con los equipos distritales la modalidad de capacitación que se va a utilizar en los servicios.
13. Llevar un registro de los planes de capacitación elaborados, implementados, en curso y evaluados en la región.
14. Monitorear la implementación del MEPS.

15. Evaluar el desempeño de los equipos distritales de capacitación.
16. Informar a la Dirección Regional de Salud acerca del diseño, implementación y evaluación de los planes de capacitación.
17. Informar al Equipo de Conducción Nacional acerca del diseño, implementación y evaluación de los planes de capacitación distritales.
18. Gestionar el material curricular necesario para la capacitación de acuerdo con el equipo distrital.
19. Gestionar los medios y los recursos didácticos para la ejecución de la capacitación.

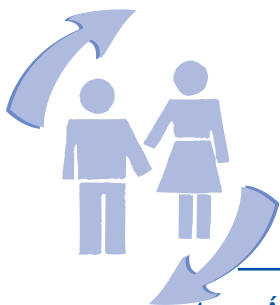
3.1.3.2.2. Funciones del Equipo Regional

1. Analizar con criterio estratégico el contexto departamental.
2. Proponer soluciones educativas para contribuir a mejorar la calidad de los servicios.
3. Establecer mecanismos de control de las acciones capacitantes que se realicen en la Región.
4. Monitorear y evaluar la implementación de la planificación en todas las fases del proyecto educativo y analiza y evalúa la información recogida durante el proceso de monitoreo.
5. Presentar informes de la implementación a las instancias competentes.
6. Gestionar los recursos humanos y físicos para la implementación de las diferentes modalidades de capacitación.

3.1.3.2.3. Funciones del Equipo Distrital de Capacitación

Con el mismo perfil de los equipos regionales se constituye el equipo distrital de capacitación. Sus funciones y competencias se muestran en la siguiente tabla:

1. Analizar con criterio estratégico el contexto distrital.
2. Proponer e implementar soluciones educativas para contribuir a mejora la calidad de los servicios.
3. Establecer mecanismos de control de las acciones capacitantes que se realicen en el distrito.
4. Presentar informes de la implementación a las instancias competentes.
5. Gestionar los recursos humanos y físicos para la implementación de las diferentes modalidades de capacitación.



BIBLIOGRAFÍA

1. Álvarez, Roberto: Educación Permanente. La Habana, 1998.
2. Boyatzis, R.E. *The competent manager: A model for effective performance*. NY, John Wiley & Sons, 1982.
3. Haddad, J/Roschke, M.A./Davini, M.C: Educación permanente de personal de salud. Washington, D.C.: OPS, Serie Desarrollo Recursos Humanos N°. 100. Sin año de edición.
4. Jabonero M., N. M.R., Ruano M. **Educación de Personas Adultas: Un modelo de futuro**. Ed. La muralla, Madrid, 1997.
5. Kirkpatrick, DL Evaluating Training Programas, The four levels.
6. McClelland, D.C. *La sociedad ambiciosa*. Madrid, Guadarrama, 1968.
7. Mertens, L. *Competencia laboral: sistemas, surgimiento y modelos*. Montevideo, Cinterfor, 1997.
9. MSP y BS. Instituto Nacional de Salud. Curso de Capacitación Pedagógica para Educación Permanente. Asunción, 1996.
10. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS. **Educación Permanente de Personal de Salud** en las Américas. Washington. 1994. Serie Desarrollo de Recursos Humanos N°100. Washington, Fascículos I al X.
11. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud OPS/OMS - Oficina Internacional del Trabajo OIT. Competencia Laboral. *Manual de conceptos, métodos y aplicaciones en el sector Salud*. Washington, 2002.
12. Rovere, Mario Planificación *Estratégica en recursos humanos en salud*. 2ª Ed. Washington DC. OPS, 2006.
13. UNESCO. *Aprender a Ser. La Educación del futuro*. Alianza Universidad. Madrid, 1987.
14. <http://www.expansionyempleo.com/edicion/noticia/0,2458,672874,00.html>



APENDICE A: Funciones y competencias de los Equipos Regionales y Distritales de Capacitación

EQUIPO REGIONAL DE CAPACITACIÓN			
PROPÓSITO	FUNCIONES CLAVES	FUNCIONES PRINCIPALES	COMPETENCIAS//ACTIVIDADES
Transformación del desempeño del personal que contribuye y desarrolla el fortalecimiento de competencias de los recursos humanos.	1. Fortalecer el desempeño del personal que lidera procesos de capacitación mediante el desarrollo de las competencias relacionadas con la Gestión y Apoyo a dichos procesos.	1.1 Analizar con criterio estratégico el contexto departamental.	1.1.1. Establece mecanismo para que en el POA se incluyan el/los planes de capacitación.
			1.1.2. Elabora los lineamientos para diagnosticar las necesidades de capacitación consensuándolos con el equipo distrital.
			1.1.3. Coadyuva en el análisis situacional de los servicios de la región.
		1.2 Proponer soluciones educativas para contribuir a mejorar la calidad de los servicios.	1.2.1. Determina, conjuntamente con los equipos distritales la modalidad de capacitación que se va a utilizar en los servicios.
			1.2.2. Elabora los planes de Capacitación de la Región.
			1.2.3. Coadyuva en el diseño e implementación de los Planes de Capacitación Distrital.
			1.2.4. Capacitar a los potenciales facilitadores en el marco teórico de la Educación Permanente.
			1.2.5. Seleccionar, conjuntamente con el equipo distrital de capacitación los facilitadores y funcionarios que van a realizar la supervisión capacitante en los distritos.
		1.3 Establecer mecanismos de control de las acciones capacitantes que se realicen en la Región.	1.3.1. Lleva un registro de los planes de capacitación elaborados, implementados, en curso y evaluados en la región.
			1.3.2. Analiza los informes de capacitación de los Equipos Distritales de Capacitación.
		1.4 Monitorear y evaluar la implementación de la planificación en todas las fases del proyecto educativo y analiza y evalúa la información recogida durante el proceso de monitoreo.	1.4.1. Monitorea la implementación del MEPS.
			1.4.2. Evalúa el desempeño de los equipos distritales de capacitación
			1.4.3. Evalúa el proyecto de capacitación en su Región.
		1.5 Presentar informes de la implementación a las instancias competentes.	1.5.1. Informar a la Dirección Regional de Salud acerca del diseño, implementación y evaluación de los planes de capacitación.
			1.5.2. Informar al Equipo de Conducción Nacional acerca del diseño, implementación y evaluación de los planes de capacitación distritales.
		1.6 Gestionar los recursos humanos y físicos para la implementación de las diferentes modalidades de capacitación.	1.6.1 Tramita ante las instancias pertinentes los recursos físicos y talentos para la implementación de las capacitaciones contempladas en el Modelo de Educación Permanente en Salud (MEPS).
			1.6.2. Solicita cooperación técnica cuando el caso lo requiera.

EQUIPOS DISTRITALES DE CAPACITACIÓN			
PROPÓSITO	FUNCIONES CLAVES	FUNCIONES PRINCIPALES	COMPETENCIAS/ ACTIVIDADES
Transformación del desempeño del personal que contribuye y desarrolla el fortalecimiento de competencias del personal de salud.	1. Fortalecer el desempeño del personal que diseña, implementa y evalúa procesos de capacitación mediante el desarrollo de las competencias relacionadas con dichos procesos.	1.1 Analizar con criterio estratégico el contexto distrital.	1.1.1. Realizar el análisis situacional de los servicios de sus respectivos distritos.
			1.1.2. Detectar los problemas que existen en los distritos, determinando y priorizando los que se resuelven por capacitación.
			1.1.3. Determinar las necesidades de capacitación y la estrategia de capacitación a utilizar, consensuado con el Equipo Regional.
		1. 2. Proponer e implementar soluciones educativas para contribuir a mejorar la calidad de los servicios.	1.2.1. Elaborar el plan de capacitación de los prestadores de servicio en concordancia con la modalidad seleccionada y de común acuerdo con los facilitadores.
			1.2.2. Seleccionar, conjuntamente con el equipo regional, los facilitadores y supervisores capacitantes.
			1.2.3. Ejecutar el plan de capacitación según la modalidad seleccionada.
		1.3. Establecer mecanismos de control de las acciones capacitantes que se realicen en el distrito.	1.3.1. Llevar un registro de potenciales facilitadores y supervisores capacitantes.
			1.3.2. Llevar un registro de otros eventos de capacitación realizados en su distrito.
			1.3.3. Llevar un registro de las personas capacitadas.
			1.3.4. Llevar un registro de las acciones capacitante realizadas en función de las necesidades de capacitación detectadas.
			1.3.5. Monitorear el desempeño de los prestadores de servicio antes y después de haber sido sometidos a la acción capacitante.
			1.3.6. Evaluar el desempeño de los facilitadores de acuerdo a los criterios establecidos.
			1.3.7. Informar al Equipo Regional sobre los nudos críticos encontrados en la capacitación y resolver sobre nuevas capacitaciones.
			1.3.8. Archivar los informes de los facilitadores sobre los eventos de capacitación.
		1.4. Presentar informes de la implementación a las instancias competentes.	1.4.1. Elabora los informes de las capacitaciones ocurridas en el distrito de acuerdo a la modalidad seleccionada.
1.4.2. Propone procesos adicionales de capacitación en función de los nudos críticos detectados en las implementaciones de los planes de capacitación.			
1.5. Gestionar los recursos humanos y físicos para la implementación de las diferentes modalidades de capacitación.	1.5.1. Gestionar la logística de la capacitación.		



APENDICE B: Referentes comportamentales de los valores de los funcionarios del Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social

VALORES	REFERENTES DE COMPORTAMIENTO
I- Integridad / Honestidad	<ul style="list-style-type: none"> • Demuestra los valores personales e institucionales en las actividades y conductas cotidianas. • Actúa sin considerar el provecho personal. • Resiste la presión política para la toma de decisiones. • No abusa del poder ni la autoridad. • Defiende las decisiones que son del interés de la organización. • Se comunica en forma directa y sincera con los demás. • Está consciente y actúa coherentemente en su rol de "Modelo".
II- Profesionalismo	<ul style="list-style-type: none"> • Demuestra competencia profesional, dominio del temas y metodología del aprendizaje. • Muestra perseverancia y resistencia ante problemas y desafíos. • Acepta críticas constructivas. • Identifica las necesidades individuales y colectivas. • Interpreta las diversas necesidades en el contexto a los aspectos culturales y sociales.
III- Responsabilidad	<ul style="list-style-type: none"> • Conoce y cumple sus obligaciones dentro del equipo al cual pertenece. • Comprende que el cumplimiento de sus deberes influye en la efectividad del trabajo del grupo y de la organización. • Reconoce sus límites y errores propios, y el de su equipo y contribuye a su reparación. • Demuestra compromiso con la calidad de su trabajo. • Asume las consecuencias de sus actos. • Traduce la responsabilidad en el resultado de su trabajo. • Flexible con las personas pero firme en sus principios.
IV- Solidaridad	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene predisposición para el trabajo en equipo con un enfoque multidisciplinario, respetando las diferencias individualidades. • Identifica las necesidades individuales y colectivas en los diferentes escenarios en que se mueve. • Promueve, ejecuta y se une a acciones a fin de apoyar a quien lo necesita en diversas circunstancias. • Identifica e interpreta las necesidades individuales y colectivas. • Comparte sus habilidades y conocimientos a la disposición de su equipo y del colectivo. • Promueve la democratización de la información.
V-Respeto/Humildad	<ul style="list-style-type: none"> • Trata a las personas con dignidad y respeto sin discriminación. • Trata a las mujeres y a los hombres en igual forma. • Demuestra respeto y comprensión en el trabajo cotidiano. • Respeto las opiniones de los integrantes del equipo para la toma de decisiones. • Reconoce y analiza sus propios errores debilidades y aciertos - sesgos y conducta, y actúa en consecuencia. • Maneja la información apropiadamente. • Acepta diferencias en la manera de pensar de los demás y las toma en consideración. • Escucha sin interrumpir y da a los otros la oportunidad de expresarse.
VI- Equidad	<ul style="list-style-type: none"> • Reacciona de forma oportuna para evitar y/o corregir comportamientos que conlleven inequidades y exclusiones. • Actúa de acuerdo con necesidades individuales y de grupos sociales. • Rechaza las diferencias no legítimas: "privilegios", "posesiones". • Trata a las mujeres y a los hombres en igual forma. • Demuestra equidad de género.



APENDICE C. Competencias de los facilitadores

Competencia Centrales/Transversales de los integrantes de Equipos de Facilitación

Las competencias centrales o transversales y sus elementos de competencia de los integrantes de los Equipos de Facilitación se describen a continuación.

Tabla 1: Competencia Centrales/Transversales de los integrantes de los Equipos de Facilitación

COMPETENCIAS CENTRALES/ TRANSVERSALES	ELEMENTOS DE COMPETENCIA
1. Desarrolla un pensamiento complejo y sistémico.	1.1. Piensa y actúa de manera interdisciplinaria y transdisciplinaria. 1.2. Propone soluciones que consideran los diversos elementos y las relaciones entre si. 1.3. Interpreta cualitativamente la realidad. 1.4. Fundamenta científicamente sus decisiones.
2. Fortalece y/o desarrolla habilidades de liderazgo.	2.1. Colabora en la adquisición de valores claves y visión compartida utilizándolos como guía para tomar decisiones y llevarlos a la acción. 2.2. Facilita la colaboración entre grupos internos y externos para asegurar la participación de actores clave. 2.3. Promueve el aprendizaje en equipo. 2.4. Promueve el aprendizaje organizacional. 2.5. Demuestra su capacidad negociadora. 2.6. Mantiene al equipo motivado y promueve la creatividad innovadora.
3. Permite el empoderamiento y fortalecimiento de los otros.	3.1. Fomenta el desarrollo de autonomía personal para la toma de decisiones en su trabajo 3.2. Estimula la iniciativa personal. 3.3. Estimula el establecimiento de metas pertinentes para el desarrollo de proyectos educativos. 3.4. Demuestra con el ejemplo el cumplimiento de las responsabilidades que las personas asumen en su respectiva área. 3.5. Valora el conocimiento y la experiencia de todos y cada uno de los miembros del personal y pone en evidencia los aportes que hacen en sus respectivos campos de trabajo. 3.6. Muestra aprecio por el logro y recompensa el esfuerzo realizado. 3.7. Involucra a otras personas al momento de tomar decisiones que las afectan.

Tabla 2: Competencias Centrales de los Facilitadores

COMPETENCIAS CENTRALES/ TRANSVERSALES	ELEMENTOS DE COMPETENCIA
4. Genera confianza en los miembros de su equipo de trabajo.	4.1. Crea y mantiene un ambiente en el cual las demás personas pueden hablar y actuar sin temor a las consecuencias. 4.2. Gestiona en forma deliberada y predecible. 4.3. Opera con transparencia sin mantener una agenda oculta. 4.4. Da el crédito debido a los usuarios internos y externos. 4.5. Lleva adelante las acciones acordadas. 4.6. Maneja en forma apropiada la información confidencial. 4.7. Mantiene comunicación efectiva entre los miembros del equipo.
5. Gerencia el desempeño.	5.1. Delega en forma adecuada las funciones que corresponden a prestaciones, resultados y toma de decisiones. 5.2. Fomenta el análisis de la información previa a la toma de decisiones. 5.3. Se asegura que los roles, responsabilidades y líneas jerárquicas sean claras para cada uno de los miembros del personal. 5.4. Administra la cantidad de tiempo y recursos que se necesitan para lograr una tarea. 5.5. Monitorea el progreso periódicamente conforme a resultados/productos y plazos determinados. 5.6. Analiza regularmente sobre el desempeño y proporciona retroalimentación y apoyo al personal. 5.7. Estimula la creatividad, y la iniciativa y delega en forma adecuada.

COMPETENCIAS CENTRALES/ TRANSVERSALES	ELEMENTOS DE COMPETENCIA
6. Gestiona su aprendizaje.	6.1. Busca desarrollarse a sí mismo en lo profesional y en lo personal 6.2. Muestra disposición para aprender de otras personas. 6.3 ¿Busca retroalimentación para aprender de otras personas?
7. Resuelve problemas y toma decisiones en función de los resultados obtenidos.	7.1. Identifica correctamente la situación problema. 7.2 Identifica los datos adecuados y relevantes y las fuentes de información 7.3 Aplica principios éticos para recolección, mantenimiento, uso y diseminación de los datos y la información 7.4 Obtiene e interpreta información relativa a riesgos y beneficios para la comunidad. 7.5 Verifica los supuestos sobre la base de evidencias. 7.6 Focaliza los problemas tomando en consideración las diferencias culturales. 7.7 Aplica procesos computarizados para almacenamiento y recuperación de la información 7.8 Analiza e interpreta los datos en la búsqueda de una solución factible del problema planteado 7.9 Reconoce que la solución del problema puede estar sujeta a modificaciones por variables externas 7.10 Reconoce que el conocimiento generado al resolver un problema puede ser utilizado para clarificar temas éticos, políticos, científicos, económicos y de salud en general.
8. Maneja las relaciones interpersonales de acuerdo a las diferencias culturales, étnicas, genero, grupos etarios y estratos sociales.	8.1. Utiliza métodos apropiados para relacionarse de una manera efectiva, sensible y profesional con personas de diferentes antecedentes, edad y estilo de vida. 8.2 Identifica el rol de los factores culturales, sociales y de comportamiento al determinar la metodología de capacitación en los servicios de salud. 8.3. Comprende las fuerzas dinámicas que contribuyen a la diversidad cultural. 8.4. Comprende la importancia de contar con una fuerza de trabajo multidisciplinaria diversa en salud.
9. Posee habilidades para desarrollar una comunicación efectiva.	9.1. Se comunica efectivamente en forma clara y precisa. 9.2 Escucha a los demás, interpreta sus mensajes y responde en forma apropiada. 9.3 Hace preguntas clarificadoras y muestra interés por sostener una comunicación bidireccional. 9.4 Adapta su lenguaje, tono, estilo a la audiencia correspondiente y de acuerdo al escenario respectivo. 9.5 Demuestra apertura para compartir información y mantener informadas a las personas. 9.6 Busca satisfacer las preguntas e inquietudes de su equipo
10. Trabaja en equipo.	10.1. Fomenta el interés en la interacción de los diferentes miembros del equipo. 10.2. Respeta los conocimientos y experiencias de los demás integrantes del equipo 10.3. Establece redes de apoyo y alianzas estratégicas 10.4. Demuestra destrezas y habilidades para colaborar con las personas que integran el equipo. 10.5. Promueve la participación de todos los integrantes del equipo 10.6. Procura que todos los miembros del equipo entiendan y completen las actividades con éxito 10.7. Demuestra confianza en los miembros del equipo 10.8. Apoya la decisión final del equipo y actúa en concordancia aún cuando dichas decisiones puedan no reflejar enteramente su propia posición 10.9. Comparte el reconocimiento por los logros del equipo y acepta la responsabilidad conjunta por las deficiencias del equipo.
11. Demuestra interés tecnológico.	11.1 Se mantiene actualizado al nivel de las tecnologías apropiadas disponibles. 11.2. Determina la aplicabilidad y las limitaciones de la tecnología en el trabajo. 11.3. Muestra disposición para la utilización de las tecnologías disponibles y promociona su uso. 11.4. Aplica criterios de Sostenibilidad y sustentabilidad para la utilización de las tecnologías apropiadas y apropiables.

Competencias Genéricas de los integrantes de los Equipos de Facilitación

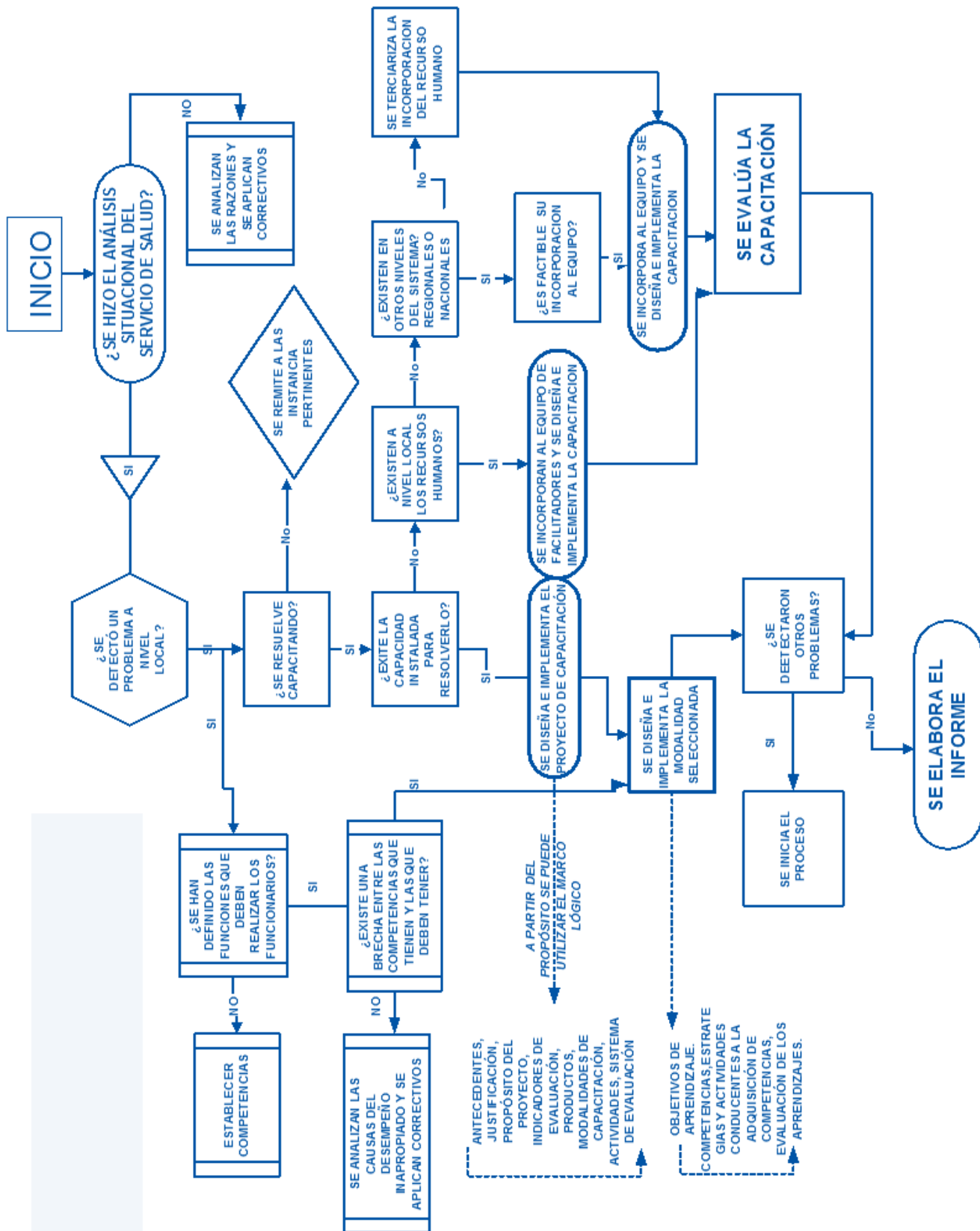
La tabla 3, muestra las genéricas SÓLO para una de las funciones principales consideradas: las que corresponden a la formación de facilitadores desde el punto de vista pedagógico¹. Es de hacer notar que una misma persona puede ejercer más de una función principal. En ese caso, habría que definir las competencias genéricas requeridas para el ejercicio del cargo indicando los indicadores de desempeño.

Tabla 3: Competencias Genéricas de los integrantes del Equipos de Facilitación y Monitoreo

PROPÓSITO	FUNCIONES CLAVES	FUNCIONES PRINCIPALES	COMPETENCIAS GENÉRICAS	INDICADORES
Transformación del desempeño del personal Transformación del desempeño del personal que contribuye y desarrolla el fortalecimiento de competencias de los recursos humanos	1. Fortalecer el desempeño del personal que lidera procesos de capacitación mediante el desarrollo de las competencias de facilitación.	1.1 Analizar con criterio estratégico el contexto nacional, departamental, municipal y organizacional.	1.1.1. Conformar equipos de trabajo. 1.1.2. Realiza el diagnóstico de necesidades de capacitación en las diferentes dependencias del MS y BS tomando en cuenta la información primaria y secundaria disponible.	1.1.1.1. Porcentaje de equipos formados (Equipos formados/ Equipos planificados X 100). 1.1.2.1. Porcentaje de diagnósticos realizados (Diagnósticos realizados/ Diagnósticos planificados X 100).
		1.2. Proponer soluciones educativas para contribuir a mejorar la calidad de los servicios.	1.2.1. Identifica y priorizar los problemas que se puedan resolver a través de la capacitación en la atención y gestión. 1.2.2. Determina la estrategia de capacitación de los recursos humanos en el área de salud acorde a las necesidades detectadas.	1.2.1.1. Problemas identificados y priorizados (Número de problemas identificados y priorizados). 1.2.2.1. Estrategias seleccionadas.
		1.3. Diseñar planes educativos.	1.3.1. Diseña planes de capacitación sostenibles en el marco de teorías educativas de educación de adultos (Andragogía), tomando en consideración aspectos culturales, de género, étnica, estratos sociales, y grupos etarios.	1.3.1.1. Planes sostenibles diseñados.
		1.4. Monitorear la implementación de la planificación en todas las fases del plan educativo.	1.4.1. Elabora y propone instrumentos de monitoreo basados en objetivos e indicadores. 1.4.2. Determina las estrategias para el monitoreo del plan educativo.	1.4.1.1. Instrumentos elaborados. 1.4.2.1. Estrategias seleccionadas.
		1.5. Procesa, analiza y evalúa la información recogida durante el proceso de monitoreo.	1.5.1. Determina los nudos críticos que merecen atención, detectados durante el monitoreo. 1.5.2. Establece correctivos para disminuir debilidades y reforzar fortalezas.	1.5.1.1. Nudos críticos detectados. 1.5.2.1. Planificación reestructurada basándose en los resultados del monitoreo.
		1.6. Presentar informes de la implementación a las instancias competentes.	1.6.1. Elabora el informe correspondiente.	1.6.1.1. Informe elaborado.



APENDICE D





**MODELO NACIONAL DE
EDUCACIÓN
PERMANENTE
EN SALUD**