



DESARROLLO DE COMPETENCIAS PERSONALES PARA EL APRENDIZAJE DE SABERES EN ATENCIÓN PRIMARIA DE LA SALUD

Recepción: 30/05/2010 Revisión: 04/06/2010 Aceptación: 05/02/2011



Tipismana, Orlando

Universidad José Faustino Sánchez Carrión. Perú.

orlandotipismana@hotmail.com

RESUMEN

El presente trabajo es una propuesta sobre el desarrollo de competencias personales para el aprendizaje de saberes en atención primaria de la salud, basada en la experiencia de organizaciones de salud de alta complejidad; para motivar la toma de conciencia en el actor de salud que se capacita en educación médica continua. Los hallazgos en la capacitación durante tres años (2007 – 2009) demuestran que es necesario reestructurar el currículo; implementar y desplegar estrategias no convencionales, como: el aprendizaje por ejecución, práctica reflexiva, planes de mejora y desaprender para aprender, como estrategias didácticas en el sistema de capacitación. La mejora significativa del clima organizacional incentiva al participante a considerar que las competencias personales vendrían a ser esenciales en la calidad de sus competencias técnicas. También se evidencia que el modelo de las racionalidades: teórica, práctica y ética, podría ser un referente en el currículo, además de articular universidad y organización de salud en un continuum espacio-tiempo, desplegando los saberes a través de entornos personales y comunidades de aprendizaje. Estos, contribuirán a disminuir brechas entre actor–usuario y comunidad, mejorar la calidad de relaciones interpersonales (emocional, corporal, ético y social). Implicaría además, que un sistema de aprendizaje oportuno, consensuado, cooperador, de redes sociales, gestionará la calidad de la información y el conocimiento, expresada concretamente en el acto médico y la actuación de otros profesionales de la salud. Por último, es pertinente mencionar que la relación universidad–sistemas de capacitación en una sociedad del conocimiento requiere establecer puentes que disminuyan brechas generacionales e intergeneracionales; aprender habilidades y destrezas para lograr que una sociedad globalizada sea justa, flexible, tolerante y de respeto por la diversidad individual, equipos de salud y que repercuta en la familia, comunidad y sociedad.

Palabras Clave: Competencias, Saberes, Atención primaria de la salud, Educación médica continua.

DEVELOPMENT OF PERSONAL COMPETITIONS FOR KNOWLEDGE LEARNING IN PRIMARY ATTENTION OF THE HEALTH

ABSTRACT

This paper is an approach for the development of personal skills for learning knowledge in primary health care based on the experience of health organizations highly complex, to



encourage awareness in the health actor is trained in continuing medical education. The findings on training for three years (2007 - 2009) demonstrate the need to restructure the curriculum, implement and deploy unconventional strategies such as: learning by performance, reflective practice, improvement plans and unlearning to learn as strategies in the system training. Significantly improving the organizational climate encourages the participant to consider personal skills, would become essential in the quality of their technical skills. Also evidence that the model of rationality: theory, practice and ethics, could be a reference in the curriculum, as well as articulate university and health organization in a space-time continuum, spreading knowledge through personal environments and learning communities. These will help to reduce gaps between actors-user community, improve the quality of interpersonal relationships (emotional, physical, ethical and social). Also imply that a learning system appropriate, consensual, cooperative, social networks, manage the quality of information and knowledge, expressed specifically in the medical act and the action of other health professionals. Finally, it is worth mentioning that the relationship university-training systems in a knowledge society need to establish bridges and inter-generational gaps decrease, learning abilities and skills to achieve a global society that is fair, flexible, tolerant and respect for individual diversity, health teams and that reflects in the family, community and society.

Keywords: Skills, Knowledge, Primary health care, continuing medical education.

SVILUPPO DI COMPETENZE PERSONALI PER L'APPRENDIMENTO DI SAPERI NELL'ATTENZIONE PRIMARIA DELLA SALUTE

RIASSUNTO

Questo articolo è una proposta sullo sviluppo di competenze personali per l'apprendimento di saperi nell'attenzione primaria della salute basata nell'esperienza di organizzazioni della salute di alta complessità ai fini di motivare la presa di coscienza nel attore della salute che si aggiorna nell'educazione medica continua. I risultati dell'aggiornamento durante tre anni (2007 - 2009) dimostrano che è necessario ristrutturare il curricolo; implementare ed applicare strategie non convenzionali quali l'apprendimento per esecuzione, pratica riflessiva, piani di miglioramento e dissapprendere per apprendere come strategie didattiche nel sistema di aggiornamento. Il miglioramento significativo del clima organizzazionale motiva al partecipante a considerare che le competenze personali sarebbero essenziali nella qualità delle sue competenze tecniche. Viene pure evidenziato che il modello delle razionalità: teorica, pratica ed etica potrebbe essere un riferimento nel curriculum, apparte il fatto di articolare univesità ed organizzazione di salute in un continuum spazio - tempo diffondendo saperi attraverso intorni personali e comunità di apprendimento. Questi saperi contribuiranno a diminuire le breccie tra attore - utente e comunità, così come migliorare la qualità delle relazioni interpersonali (emozionali, corporali, etiche e sociali). Esso comporterebbe anche che un sistema di apprendimento oportuno, d'accordo, cooperativo, di reti sociali gestirebbe la qualità dell'informazione e la conoscenza manifestata concretamente nella prassi medica e la performance di altri professionisti della salute. Finalmente, è opportuno menzionare che la relazione università - sistemi di aggiornamento in un società della conoscenza richiede di stabilire dei ponti che diminuiscano le breccie generazionali ed



intergenerazionali; imparare delle abilità per raggiungere che una società globalizzata sia giusta, flessibile, tollerante e rispettosa in confronto alla diversità individuale, équipe di salute e che rimbalzi nella famiglia, comunità e società.

Parole chiave: competenze, saperi, attenzione primaria della salute, educazione medica continua.

PREÁMBULO

Proponer, desde la experiencia, el desarrollo de competencias personales en el aprendizaje de saberes del personal médico y demás profesionales de la salud que laboran en el nivel primario de atención de salud, es el motivo central de este artículo.

Para ello se describirá, por un lado, cómo se encuentra la necesidad de diseñar espacios de aprendizaje basado en la gestión del conocimiento, las tecnologías de la información y la comunicación, y el modelo del aprendizaje reflexivo para adquirir paulatinamente un conjunto específico de saberes que la UNESCO (Delors, 1999) considera como pilares de la educación del siglo XXI.

También se toma como referente la oportunidad brindada por las Unidades de Capacitación de los Hospitales de Tercer nivel de complejidad (Organizaciones de Salud orientadas a brindar atención especializada en pediatría, salud renal y especialidades múltiples) para sustentar el porqué se hace necesario en la actualidad replantear la currícula en la Educación Médica Continua, y hacerlo extensible al primer nivel de complejidad - atención primaria de la salud (Postas médicas, Centros de Salud).

De acuerdo con lo descrito, se plantea el porqué de la necesidad de desarrollar competencias personales en salud; analizar la conveniencia de articular la gestión del conocimiento; el uso de la tecnología de la información y comunicación; y cuál es el sentido del aprendizaje reflexivo y crítico para incorporar: el saber hacer (competencias), poder hacer (medios y recursos), querer hacer (motivación), saber estar (actitudes e intereses), saber hacer (habilidades y destrezas), y saber (conocimientos). Estos saberes son una versión modificada de los “4 pilares de la educación del siglo XXI” (Pereda y Berrocal, 1999).

Para tener una idea de cómo esta experiencia conllevó a postular estas necesidades de desarrollo, su sensibilización, implementación y despliegue, es oportuno realizar un: a) Diagnóstico de la realidad de los establecimientos de alta complejidad; b) La propuesta creada, vendría a ser un punto de partida para adecuar los criterios de la calidad de los currículos en la educación médica continua (World Federation for Medical Education, 2004); c) La experiencia adquirida.

En el último apartado se analiza el modelo que se usó, además se incorporan criterios derivados de la aplicación de un silabó diseñado para este fin, el cual se denomina Gestión Personal de la Calidad (Tipismana 2005, 2006 – 2010); y d) ¿Por qué iniciar esta propuesta en un Sistema Primario de Salud? Para luego destacar algunas reflexiones finales a partir de las nuevas tendencias en las organizaciones en todo rango de actividades.



PROBLEMÁTICA DE LAS ORGANIZACIONES SEGÚN LOS NIVELES DE COMPLEJIDAD

Las Competencias Personales

Incorporar un sistema de habilidades y destrezas personales como una construcción social de aprendizaje significativamente útiles (Ducci, 1997), en un sistema de salud, no es tarea fácil. Uno de los rasgos (factores) centrales que caracterizan esa dificultad, está en los currículos diseñados por el sistema de capacitación, docencia e investigación de los hospitales.

La estructura curricular se centra en la transmisión de contenidos de carácter obligatorio; y, en lo particular, el modelo pedagógico y sus herramientas didácticas no están vinculadas a un sistema de gestión del conocimiento que caracteriza una sociedad del conocimiento.

Al parecer, esta condición contribuye a una mayor resistencia al cambio de estilos cognitivos que motive a los directivos a insertar la gestión de competencias: emocionales, aprendizaje, del cambio, inteligencia emocional, valores, redes sociales (networking), acciones oportunas (Due Diligence), desarrollo de habilidades políticas, gestión de la ética manifiesta como del ethos oculto, entre otros.

Se espera que las mencionadas se constituyan en los pilares de la mejora en las competencias técnicas. Éstas (las competencias técnicas), deben permanentemente ser priorizadas y programadas para capacitación en cualquier sistema de salud, sin importar el nivel de complejidad.

Esa priorización de las competencias técnicas es un rasgo típico, observado en diferentes procesos de capacitación que realizan los hospitales de alta complejidad. El punto neurálgico es que si se persiste en la necesidad de cambiar los estilos, de mejorar las competencias técnicas a través del aprendizaje reflexivo y crítico, y desarrollar competencias personales como insumo, es considerado como una “pérdida de tiempo”, en términos de necesidades para entrenar y mantener actualizado al recurso humano.

Se parte de la idea de que dificultaría aprender una técnica, procedimiento médico o de salud en general. El esquema de aprendizaje institucional es la adquisición y mejora de los protocolos diseñados para la intervención clínica (preferentemente) entre otras actividades cotidianas.

Lo crítico es que la mayoría de las veces, las Oficinas de Control de la Calidad establecen que más del 80% de las acciones médicas, y actividades del personal de salud en general, están regidas por criterios intuitivos y reactivos (Tipismana, 2005, 2006, 2007 – 2010 respectivamente), y es causal de constantes dificultades interactivas entre las diversas áreas, departamentos y el sistema de gestión central, así como de las áreas conexas (administrativas). En otras palabras, se funciona como compartimientos “estancos”, característica de casi todo el sistema de salud en el contexto de estudio.



Se encuentra a una institución de salud de mayor complejidad, con una estructura que implementa las unidades de gestión de la calidad, pero mantiene esquemas de educación continua tradicional. Esa constante no es ajena a la formación médica y personal de salud en las universidades.

Los sistemas de acreditación han comenzado a exigir el cumplimiento de estándares mínimos para las carreras profesionales en el área de la salud, pero el sistema de enseñanza – aprendizaje mantiene patrones convencionales. Hay una adopción de nuevos modelos en el plano formal, pero en el plano real se mantiene la misma estructura de educación médica continua.

Para tener una idea más amplia al respecto, tanto los hospitales de alta complejidad como las escuelas formativas, comparten la misma estructura y el acceso – demandas de oportunidades, logro, competencias, y niveles de desempeño.

Es un tema que ocupa la agenda institucional, pero el despliegue de los modelos de calidad – implementación de competencias, actualmente no va a la par con los avances de las nuevas tendencias en la educación en una sociedad globalizada. Por tanto, la utilización de las tecnologías de la información y comunicación, colisiona con el conocimiento avanzado sobre el desarrollo personal que ayude a la eficacia, efectividad y eficiencia del comportamiento de los intangibles (recurso humano) en el sistema de salud (González y Frassati, 2009).

Este mismo esquema se observa en los niveles de atención de salud primarias (centros de salud, postas médicas), la priorización de competencias técnicas es un signo inequívoco del aprendizaje continuo, la implementación de competencias esenciales no constituyen prioridad alguna.

Es ésta una de las razones principales, por la que se propone desarrollar competencias personales a este nivel; además, porque la mayor masa poblacional consumidora de los servicios de salud concurre a estos centros que requieren los servicios básicos de salud; razón necesaria para diseñar la construcción de una estructura curricular que visioné estratégicamente un aprendizaje reflexivo, crítico, que genere poder de cambio y no de mantenimiento del status quo.

Si estos cambios no se hacen de manera oportuna y sostenible, se estarán incrementando las brechas entre el conocimiento globalizado y la práctica cotidiana (Brunner, 2002).

GESTIÓN DEL CONOCIMIENTO Y LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN

La demanda de servicios rápidos en el sector salud no sólo exige tener la tecnología de la información y la comunicación implementada; sino también, la necesidad de tomar consciencia de su importancia (uso, aplicaciones etc.) pero principalmente, se requiere de un aprendizaje continuo para posibilitar por lo menos dos tendencias: a) despertar el interés tecnológico e involucramiento personal; y b) desarrollar competencias personales



y técnicas para insertarse en un mundo más global que trasciende su propia vocación y ejercicio profesional o laboral (Aznar y Ull, 2009).

Como parte de las políticas de gestión, los centros hospitalarios de alta complejidad han incluido estas herramientas como una prioridad. La finalidad está orientada a ser una herramienta eficaz para la prestación, que ayude a brindar una mejor asistencia posible y oportuna dentro de los estándares de calidad, y que cumpla los objetivos previstos de la organización en su conjunto.

Contribuye a su vez a la gestión central en la correcta planificación de proyectos y programas para dar solución a problemas de salud y cubrir las necesidades de la población; cumplir con una adecuada asignación de recursos, evaluación y seguimiento, entre otras actividades.

Es aquí donde la brecha se hace evidente, la disonancia conductual entre la adecuación a un mundo global, necesidades institucionales y los aprendizajes personales es crítica. Este rasgo es el que identifica a la organización de salud con el patrón tradicional, pero con sistemas de gestión de calidad que identifican con frecuente regularidad sesgos en la dinámica institucional, tanto en lo asistencial, administrativo como el de gerenciamiento.

Esta situación quizás agudiza dichas brechas en el sistema de capacitación a estándares de calidad para la Educación Médica Continua, el proceso es lento pero sí están convencidos de que se tiene que implementar y desplegar.

Las características antes descritas en ambos niveles no son distintas. Las concepciones de formación y uso de las tecnologías de la información y comunicación sólo están diferenciados por tipo de tareas, más que por la acción concreta de adopción y práctica cotidiana del uso de estándares de calidad para la educación continua.

La dinámica de la educación tiene los mismos parámetros. Estos son: contar con un marco tecnológico de información y comunicación implementado en su sistema asistencial y administrativo, pero continúan realizando sus actividades, según dicta la experiencia, rutinas y formas de concebir la realidad sanitaria.

Aprendizaje crítico y reflexivo

El aprendizaje resulta ser altamente sensible tanto en el contexto individual como colectivo. El aprendizaje interpersonal en el contexto de la salud, por lo general, se encuentra condicionado a las necesidades propias del ejercicio profesional. Se vuelve difícil encontrar fórmulas perennes para realizar los programas de capacitación.

Sin embargo, por lo menos se han identificado seis tendencias de lo que implica el aprendizaje en el ejercicio de las profesiones biomédicas y de la salud en general (sea ésta de nivel complejo y primario). El uso de la tecnología de la información y la comunicación en estas últimas décadas ha cobrado inusitada importancia y prioridad; lo peculiar es que cuando no se cuenta con esta tecnología o no se tiene dominio de ella, interfiere en la ejecución de las actividades de aprendizaje.



Se dejan de hacer las clases programadas, o se tiende a variar la programación hasta contar con las herramientas solicitadas. Incluso, en su referente de la educación médica básica, el docente en el proceso de enseñanza – aprendizaje opta por suspender sus clases a la falta de equipos o de su operatividad.

Peor resulta en los niveles de educación continua a nivel primario, al no contar con este tipo de tecnología se buscan medios convencionales (Papelógrafo, pizarra y tiza, etc., lo que no quiere decir que sea un problema), es un obstáculo en el momento de articularlas y, la tendencia es programar las actividades académicas de aprendizaje individualizado más que personalizado, que no suele ser el mismo.

El aprendizaje individualizado tiene un fin particular (por ejemplo: el dominio de un protocolo de intervención), en cambio el personalizado se realiza en grupos o equipos específicos para poder articular in situ cómo es que se aprende usar un procedimiento, o una técnica. En consecuencia, se observan grupos con mayor dominio que otros. Sus interacciones suelen ser menos programáticas y coherentes en la mayoría de los grupos de trabajo, quedando de lado el trabajo en equipo.

Una tercera estimación está referida a la priorización de las actividades. En la mayoría de los hospitales donde se concurre para ejecutar las acciones de aprendizaje de saberes a través de competencias personales, el personal seleccionado tiene la doble función concomitante al aprendizaje: realizar sus actividades programadas en los servicios o áreas de su especialidad, lo que dificulta por un lado la secuencia lógica de un aprendizaje articulado y consensuado, y por otro lado, no permite consolidar acciones integradas para un mismo propósito, resultando que uno aprende más rápido que otro.

Se recurre más a la intuición y a la imitación del par, pero sin conocer los fundamentos teóricos y su necesidad de consenso y cooperación para el trabajo en equipo. Pero lo más crítico es que el personal actúa en la actividad de salud más por cumplimiento de su responsabilidad que la de cohesionar y articular con su par un procedimiento, que debería ser articulado, consensuado y cooperativo. Sin embargo, no genera un aprendizaje de relación interpersonal eficaz.

La cuarta tendencia es que el personal de salud y los capacitadores o los miembros del sistema de calidad y las oficinas de capacitación presentan brechas significativas, ya que se genera entre ambos actores un factor de “discrepancia”; de cuál es el mejor procedimiento para el aprendizaje colectivo que conduzca a dominios integrados y sistémicos, generando sesgos de intervención que repercute en la salud de las personas sanas o enfermas.

La tendencia entre sistema central de gestión, capacitación y calidad, no cuentan con políticas coherentes y consistentes respecto de lo que se quiere lograr, por lo que las distancias entre percepciones y acciones relacionadas con el aprendizaje no son significativas plenamente.

Claro está, que este tipo de manejo del aprendizaje en lo convencional, no se pueda expresar en criterios de reflexión y de sentido crítico. Resulta siempre un factor común



que el distanciamiento interpersonal entre los actores comprometidos, se exprese negativamente en la cotidianeidad del actuar en estos sistemas de salud.

Por último y lo medular, si estas tendencias hacia un aprendizaje crítico y reflexivo para actuar con más efectividad en la atención compleja o primaria, se diluye en el tiempo, los estándares mínimos pueden estar presentes, pero son difíciles de sostener, la sostenibilidad no está garantizada. Es indudable entonces, que un aprendizaje que alienta a la motivación, a la mejora en la atención y toma de decisiones no se exprese en su plenitud en este tipo de actividades de salud. Además, es difícil desarrollar competencias personales esperadas.

a) La propuesta: acerca del desarrollo de competencias a través del aprendizaje de saberes

El desarrollo de competencias personales parte de la idea de “valor agregado” a las habilidades y destrezas técnicas que tiene un intangible altamente especializado en salud. Valor agregado en términos de cómo aplicar el conocimiento teórico a situaciones concretas y de los profesionales al usuario de salud (Navarro y Verdisco, 2004).

Esto tiene mucho que ver con el énfasis en el uso de la práctica reflexiva de los centros de formación universitaria y su continuum a los centros de capacitación hospitalaria, en tanto que los aprendizajes no son procesos simples en estos entornos, por el contrario, son procesos complejos y no tendrían por qué sufrir variaciones o cambios sustantivos.

Todo lo contrario, se debería considerar que hay una complementación y articulación del aprendizaje de competencias a través de la gestión del conocimiento de una especialidad, un procedimiento, una técnica o el uso de las tecnologías ya sea en materia de procedimientos médicos, de enfermería u otra disciplina.

En otras palabras, el valor al conocimiento no se da sólo por el simple hecho de dominarla en un lugar y momento dado, sino que es parte consustancial a la persona. Pero adquirir dominios, no sólo implica saber hacer lo que se aprendió en la formación básica o en la formación de especialidad o postgrado; se requiere además, mantener una constante relación con un tipo de competencias que no está todavía desplegada de manera concreta y generalizada en las universidades, éstas son las denominadas competencias personales (cabe destacar que existen otras taxonomías respecto de competencias, por ejemplo: generales, técnicas, mixtas).

En este caso, se opta por la denominación de “competencias generales” a partir del concepto anglosajón “Soft Skill” y “Hard Skill” (Dubrin, 2008). El concepto de Soft Skill (competencias personales) se usa para su despliegue en los centros hospitalarios de alta complejidad, con el fin de persuadir a sus autoridades acerca de cuál es la tendencia en el mundo globalizado.

Con la definición de competencias personales (Soft Skill) se pretende entrenar a los recursos humanos de esta organización en habilidades interpersonales, incluida la



comunicación, el saber escuchar, la resolución de problemas en equipo, las relaciones interculturales y el servicio al paciente.

Se debe destacar, que esta fue una de las razones de la oposición de los miembros de la gestión para implementar un sistema de aprendizaje de Competencias Personales a través del diseño del Curso – Taller “Gestión Personal de la Calidad”. Consideraban que estas competencias personales, tales como:

- Descifrar y transmitir en forma efectiva la información.
- Ser sensible a los sentimientos de los demás.
- Llegar con serenidad a la solución de los conflictos.
- Evitar chismes.
- Ser amable.
- Sensible culturalmente.
- Respetar la diversidad étnica, entre otros.
- Tener habilidades políticas.
- Realizar acciones oportunas.
- Establecer redes personales y estratégicas.
- Saber comunicar y escuchar.
- Inteligencia emocional.
- Gestión de valores.
- Gestión de emociones, entre otras; representaban en sí, una distorsión en los objetivos de las Oficinas de Capacitación y de Gestión de Calidad de los Servicios.

La propuesta exigía todo un cambio en los planes del hospital, así como contravenir las disposiciones de políticas de salud por parte del Ministerio de Salud, razón ampliamente justificada por el patrón tradicional de la Educación Médica Continua. Esta brecha representa en sí, otra razón de lo difícil que resultaba implementar este tipo de saberes y aprendizajes.

Aún con todo, la gestión estableció reglas claras para “ensayar” la pertinencia del proyecto. Lo significativo es que representaba un estilo de aprendizaje distinto al convencional. La pregunta que surge es: ¿Qué de distinto tiene este enfoque de aprendizaje de saberes? y ¿Qué de significativo tiene un aprendizaje de competencias personales para la organización?, la respuesta se sustenta en los saberes. Hay por los menos tres grandes núcleos de saberes que se citan para garantizar los logros a alcanzar.

La necesidad de un aprendizaje de competencias en el sector salud, se justifica por lo expresado en el preámbulo. Para que un aprendizaje en el sector salud tenga sustentabilidad y sostenibilidad, el reto de este nuevo patrón en cuanto teoría referida a la práctica médica y de los otros profesionales de la salud, su campo de acción está en todo ámbito de la educación médica: formal, no formal, informal.



En ella se aplicarían distintos tipos de racionalidad: racionalidad “teórica”, racionalidad “práctica” y racionalidad “ética” (Aznar, 2006). A continuación se explica brevemente en qué consisten estas racionalidades:

- La racionalidad teórica (Saber) permite a la práctica médica y otros miembros de la organización que el conocimiento científico mejore a partir, no sólo de la teoría del conocimiento propiamente dicho, sino de que esa racionalidad esté articulada a un aprendizaje personal de saber cómo, mediante el desarrollo de habilidades personales, se potencian las habilidades técnicas.

Mejorar la práctica de la educación médica continua no debe estar desligada de patrones personales como los antes mencionados (por ejemplo: saber ser sensible para interactuar con el otro, saber comunicar y escuchar de manera efectiva). Este tipo de racionalidad se situaría en el surgimiento renovado de una estructura conceptual de la ciencia que incorpora, no sólo aspectos objetivos fragmentarios de los acostumbrados análisis racionalistas del paradigma positivista, sino que tendería a conjugar e integrar lo modal con lo multimodal del comportamiento humano en situaciones concretas.

Es decir, se está ante un cambio epistemológico y paradigmático del aprendizaje y la enseñanza en la educación (Carrizo, 1997, 2004). No se estaría ante un tipo de aprendizaje distinto, son un todo integrado y adecuado a circunstancias específicas, sin perder la vigencia y continuidad de lo tradicional.

Las estrategias, las técnicas se “afinan”, se “pulen” “esculpen”; en otras palabras, están en un cambio y mejora permanente. Quizás, lo difícil de ello es que habría que revisar por lo menos tres aspectos: a) la problemática de la educación médica como estructura protocolizada en los diversos establecimientos de salud; b) la interacción de los equipos médicos y otros profesionales de salud de manera integrada, articulada, consensuada y cooperativa.

c) la relación especial que tiene que existir entre el pensamiento y la acción en el desarrollo de las competencias para un desarrollo organizacional en salud, que trascienda y que a su vez, se adecúe a las nuevas demandas de la educación con responsabilidad social (Morín, 2002).

- La racionalidad práctica (Saber hacer y poder hacer) posibilitaría recrear una nueva construcción del conocimiento, no sólo desde la perspectiva de lo que se le brinda, sino que los materiales son adquiridos en la “experiencia”.

Esta construcción social del conocimiento es proporcionado por la aplicación del conocimiento científico en el contexto de actuación de la salud, y considera además intereses personales, culturales, ecológicos, espirituales.

Hay una arquitectura personal que trasciende el ámbito particular de su actuación, el ejercicio de la práctica de la salud los lleva a un saber reflexivo para hacer y poder. Ambos (poder y hacer) se conjugan en un sistema integrado de pensamientos y acciones



que hacen del individuo autoeficaz, autoeficiente, autoconstructivo y generador en otros, del mismo sistema de interacciones (masa crítica de competencias personales).

Desde esta racionalidad, la práctica médica (por ejemplo) se podría centrar en: a) hacer reflexiones críticas sobre los fines y objetivos personales para tener una educación sostenible; b) analizar y valorar las tendencias en el mundo sobre el desarrollo de competencias personales en salud, puesto que ellas representan importantes documentos para análisis y comprensión de la realidad sobre el desarrollo humano en un sistema de salud, que permitan también servir de plataforma para plantear opciones de respuestas y propuestas de cambio como de mejora.

c) construir y aportar nuevas maneras, paradigmas, estilos, modelos y un sistema de indicadores para evaluar el proceso de una educación basado en el aprendizaje de competencias; d) construir y aportar nuevos modelos de acción educativa integral tanto en el sistema básico, postgrado y continuo, los cuales garanticen la acreditación de la calidad de sus acciones todo orden de actuación.

- La racionalidad ética (Saber ser y valorar, poder estar) consistiría en poder cambiar las representaciones mentales desarrolladas a partir del aprendizaje en la formación médica básica y también de los aprendizajes culturales, sociales, interpersonales, éticos; la integración de una teoría-práctica, concebida ahora como “práctica reflexiva” o también “aprendizaje reflexivo”, cuyo componente central es el pensamiento crítico, controversial (Betancourt, 2010).

Esto, no sólo implicaría que la organización de salud compleja o primaria aprende el saber y poder hacer, sino que, en “la medida que va actuando en sus procedimientos y técnicas” actúa guiado por motivos que tienen que ver con un sistema de valores insertados en el individuo y en el colectivo; también aquí, se apela a la propuesta de un tipo de formación sobre valores, es decir, un tipo de saber de carácter ético; es decir; a compromisos que orienten la acción (Aznar y Ull, 2009).

O bien lo que postula Gardner (2008) de una ética que permita a la persona sentirse por encima de su propia realidad y verla desde otra perspectiva, en un sentido de neutralidad que no esté invadido por supuestos culturales que constituyen su acervo personal hasta el momento que se inserta en este “nuevo” sistema de aprendizaje.

Claro está, que la formación de competencias personales mediante estos saberes implica la necesidad de redefinir el concepto de competencias y los criterios instrumentales que se derivan de dicho enfoque sobre la planeación e implementación de las interacciones didácticas (Irigoyen, Jiménez y Acuña, 2011).

Desarrollar un Enfoque Basado en Competencias (EBC) desde la Universidad y su continuum a la Educación Médica Continua en las organizaciones implica no sólo –como ya se dijo- el enfoque de competencias técnicas – Hard – Skills -, sino principalmente la articulación de éstas a las competencias personales –Soft – Skills.

Por lo menos se consideraría que aún cuando se espera que el EBC se oriente a habilidades personales en casos particulares (Atención de salud de alta complejidad vs



Atención de salud primaria), estas habilidades y destrezas socialmente significativas (Ducci, 1997), deberían tener en cuenta que de acuerdo con los procesos de información y conocimiento, tienen dos subdivisiones en esta dimensión:

- Información como fuente: búsqueda, selección, evaluación y organización de la información para permitir que los actores de salud tengan capacidades discriminativas, sobre qué tipo de información se deberá usar en la relación interpersonal con el usuario de salud. Es decir, qué implica, por ejemplo, sensibilidad cultural, tolerancia, cooperación, habilidades políticas, trabajo con personas difíciles, entre otros.

- Información como producto: la reestructuración y modelaje de la información y el desarrollo de ideas propias (conocimiento) punto crítico del proceso de aprendizaje de saberes, ya que se espera que el estudiante o capacitado pueda usar la información apropiada para poder transformarla y desarrollarla de muchas maneras en la interacción laboral, familiar, social y de cómo evalúe éste la pertinencia de hacer mejoras continuas en su calidad personal y de sus actuaciones.

En este sentido la información y el conocimiento no serían una dimensión única a considerar; también es importante la comunicación, la misma que juega un papel importante para preparar al “nuevo” profesional de la salud en la relación interpersonal. La comunicación, por tanto, tiene dos subdimensiones a considerar. Estas son:

- La comunicación efectiva: la manera en la cual en una relación interpersonal se desarrolla una mejor conexión entre el insumo con que cuenta y la forma como se transmite, por lo que requiere de herramientas adecuadas, como el uso correcto de lenguaje, un pensamiento crítico, habilidad comprensiva respecto de las necesidades y particularidades caracterizada por la diversidad del individuo, sentido de tolerancia, sensibilidad a su sistema de expectativas y creencias.

- Un elemento importante es la colaboración e interacción física y virtual de las relaciones interpersonales. Aquí implica capacidades colaborativas entre pares y los pacientes, así como fuera de la organización. La colaboración del trabajo en equipo y la flexibilidad y adaptabilidad son ejemplos notables de cómo Morín (1999) propone a la UNESCO la construcción social de un conocimiento “nuevo” para la mejor relación humana y en ella acuña el concepto de “conciencia planetaria”.

Una gestión del conocimiento implicaría más que el saber hacer, conocer, valorar. Este sentido de valoración corresponde a lo que muchos autores consideran como el desarrollo de habilidades a partir del “Ethos oculto” (morada), es decir, toda ética que condicione el desarrollo de una “mente ética” (Gardner, 2008) en el profesional médico y de la salud en general, constituya un referente esencial para gestionar el conocimiento con que cuenta una sociedad del conocimiento.

No se está ya para hablar de un currículo universitario o de educación continua como elementos disjuntos al conjunto de saberes que no pueden ser desarticulados entre el aprendizaje universitario y el aprendizaje a lo largo de toda la vida de la persona sujeta a una responsabilidad social.



Dicha responsabilidad implica que las acciones puedan tener impacto sobre la sociedad en su conjunto, en un sentido positivo (por ejemplo, la responsabilidad de actuar) y en un sentido negativo (la responsabilidad de abstenerse de realizar ciertas acciones).

La gestión del conocimiento implica el uso responsable de la información como insumo y como producto para el beneficio de las personas que lo requieren. Sin embargo, cuando de la salud de las personas se trata, sólo se puede hablar de calidad de las acciones de un médico, enfermera y otros profesionales de la salud.

Esto, pues en la medida que al dominio de sus protocolos y acciones en general que realizan tanto en centros especializados como primarios de la salud, se adhiere como fuente primaria de desarrollo de competencias, las competencias personales expresadas en las relaciones interpersonales (Soft Skill).

La repercusión de este tipo de gestión del conocimiento en la organización (laboral y ambiental) implica por lo menos cuatro tipos de impactos (Vallaey, 2005) a saber: a) Impacto educativo: la adecuación de un sistema curricular con valor agregado; b) Impacto cognitivo: correspondiente con la toma de conciencia sobre los retos que implica pasar de una sociedad industrial a una sociedad del conocimiento.

c) Impacto emocional: la mejora de la persona como ser humano y ser profesional en una forma de gestión de sus capacidades afectivas en intelectuales como un todo integrado y; d) Impacto social: la repercusión en la mejora de la calidad de vida de las personas, de las familias, de la sociedad en su conjunto.

Se destaca lo especial que implica reformular el currículo tanto universitario como de las unidades de capacitación –como es el caso- de los centros hospitalarios de cualquier nivel. Esta organización curricular debería estar orientada a estructurar por lo menos cuatro ejes: 1) un núcleo (core) de cursos fundamentales como el aprendizaje de saberes: cegueras del conocimiento (error y la ilusión).

b) los principios de un conocimiento pertinente; c) enseñar la condición humana; d) enseñar la identidad terrenal; e) enfrentar las incertidumbres; f) enseñar la comprensión y; g) la ética del género humano (Morín, 1999).

2) un conjunto de destrezas y competencias personales (básicas o generales, Alles, 2007 y Dubrin, 2008 respectivamente) necesarias para aplicar el primer eje; 3) un componente de contemporaneidad o relevancia actual -redes sociales, web 2.0, web 3.0, entornos personales de aprendizaje por ejemplo-;

4) un ciclo formativo completo que permita una o más áreas de su elección; para orientar su sentido vocacional, desarrollarlo o implantarlo de manera que la identificación de competencias sea inherente a la persona en un todo integrado (Brunner, 2002).

No sería posible implementar todo este sistema de formación de competencias, si a la formación de competencias personales para el desarrollo de relaciones interpersonales no



cuenta con puentes de convergencia entre sistema universitario y sistema organizativo de salud.

Se postula la idea de las “Comunidades de Aprendizaje” como una comunidad humana organizada que construye y se involucra en un proyecto educativo y cultural propio, para educarse a sí misma, a sus niños, a sus jóvenes a sus adultos, en el marco de un esfuerzo endógeno, cooperativo y solidario.

Dicho esfuerzo debe estar basado en un diagnóstico no sólo de carencias, sino sobre todo, de sus fortalezas para superar tales debilidades a fin de asegurar condiciones de viabilidad, calidad, equidad y sostenibilidad (Torres, 2004 y Vallaey, 2005; Gerdel y Seoane, 2010).

Estas comunidades como parte de la propuesta educativa se orientarían a: ser colaborativas entre universidades y organización; visión compartida y amplia de lo educativo, como eje esencial el aprendizaje crítico, reflexivo; involucramiento de todos los estamentos académicos, organizacionales, sociales; basado en la premisa de un esfuerzo conjunto y que, estimula la búsqueda y el respeto por lo diverso (Contreras, 2005; Aznar y Ull, 2009).

b. La experiencia del taller de gestión personal de la calidad

b.1 De la estrategia metodológica

El estudio cualitativo de Investigación Acción Participación (IAP) desarrollado en el Hospital de Emergencias Pediátricas y el Centro Nacional de Salud Renal es Salud de la Ciudad de Lima, entre los años 2007 – 2009 en una muestra de 87 profesionales médicos, enfermeras y otros profesionales de salud; su objetivo fue implementar y desarrollar un curso – taller denominado “Gestión Personal de la Calidad”.

b.2 De la estrategia instrumental

La metodología seguida en este proceso formativo estuvo basada en el modelo de gestión de la calidad con cinco tópicos. Gestión: del cambio, aprendizaje, competencias, emociones y la mejora a través de planes y contratos consigo mismo.

Para tal efecto se emplearon un conjunto de instrumentos diseñados para la formación de competencias personales en organizaciones públicas y privadas (Boyatzis, McKee y Johnston, 2008; Dubrin, 2008; Ostroff, 2006; Vallaey, 2002 – 2005; Dolan y Martin, 2003; Frisancho, 2000 respectivamente).

Estos instrumentos tuvieron como propósito recolectar información previa relacionada con los dominios de los participantes en temas de gestión de la calidad a través de instrumentos como:

Autodiagnóstico organizacional para evaluar el clima organizacional, temor al cambio y a los riesgos, compromisos, trabajo de equipo, relaciones interpersonales, motivación, liderazgo, manejo de la autoridad, sobrecarga y estrés.



Inventario de aprendizaje, capacidad para aprender, con el objeto de valorar el interés por el aprendizaje reflexivo y crítico. Gestión del Capital Humano, para observar la disposición de los impulsores organizacionales, como: liderazgo, compromiso, accesibilidad al conocimiento, optimización de la fuerza de trabajo, capacidad de aprendizaje.

Dilemas éticos para valorar la capacidad crítica, reflexiva y de autoevaluación de las propias habilidades y destrezas en sus relaciones interpersonales tanto para con la organización como para con ellos mismos, los pacientes y su entorno distal (familia, comunidad, sociedad).

Inventario de tendencias a la desidia; Inventario sobre relaciones interpersonales, el cubo del cambio para medir las competencias personales ante situaciones inesperadas y establecer planes estratégicos (Due Diligence). Interacción con las redes sociales para transmitir información al tutor de los talleres y evaluar sus progresos en planes de mejora y contrato consigo mismo.

El punto crítico para evaluar el efecto del taller se centró en la entrega de un plan de mejora personal orientado a la organización, a la familia, a la sociedad y, un contrato consigo mismo, que motive al participante a desarrollar sus competencias de auto aprendizaje en materia de asumir compromisos con el cambio y la mejora personal.

Por otro lado, se debe evaluar, una vez transcurridos los primeros seis meses y un año (mayo 2010), la continuidad de los actores en su gestión personal de la calidad.

b.3 De los resultados obtenidos

Tabla 1
Distribución de la muestra en ambos hospitales, años 2007 - 2009

| Organización de Salud | 2007 - 2009 |
|---|-------------|
| Hospital de Emergencias Pediátricas | 57 |
| Centro Nacional de Salud Renal Es Salud | 30 |
| Total de la muestra | 87 |

Fuente: Información de ambos centros hospitalarios. Representan el 12% de la población N = 720. Informe Ejecutivo. Tipismana (2007 – 2009)

De un total de 720 profesionales médicos y enfermeras principalmente, se trabajó con 87 miembros que representan el 12% de la población total. El objetivo: tener un mejor control de los participantes en el tiempo y evaluar la pertinencia de la propuesta.



Tabla 2
Promedios ponderados de médicos, enfermeras del autodiagnóstico organizacional al inicio y término de actividades académicas y los talleres, 2007 – 2009

| Años Dimensiones del clima Org. | 2007 Periodo | | 2008 Periodo | | 2009 Periodo | |
|---------------------------------------|-----------------|----------|-----------------|----------|-----------------|----------|
| | Inicial | Terminal | Inicial | Terminal | Inicial | Terminal |
| Motivación | 6.42 | 4.89 | 6.14 | 3.72 | 5.23 | 3.07 |
| Relación interpersonal y comunicación | 6.92 | 5.92 | 5.76 | 4.78 | 6.02 | 4.56 |
| Temor al cambio y a los riesgos | 6.15 | 5.78 | 5.54 | 3.17 | 5.85 | 3.15 |
| Liderazgo y manejo de la autoridad | 6.79 | 5.00 | 6.07 | 4.22 | 6.17 | 4.65 |
| Sobrecarga y estrés | 6.02 | 5.76 | 5.34 | 5.00 | 4.56 | 4.00 |

Fuente: Informe Ejecutivo Tipismana (2007 – 2009)

El patrón interpersonal es el más crítico observado en ambos centros hospitalarios, de acuerdo a los datos del autodiagnóstico. Ambas organizaciones reflejan cierto peligro para la interacción entre sus miembros. Se estima que una organización debe tener menos de 4 para encontrarse como potencial para el desarrollo organizacional. Aún cuando al termino de la actividad tiende a disminuir.

Tabla 3
Puntuaciones de Competencias Personal encontradas por los médicos, enfermeras según la matriz de recolección de la información y autoevaluación

| Competencias Esenciales | 2007 | 2008 | 2009 |
|------------------------------|---------|---------|---------|
| | 1 - 10* | 1 - 10* | 1 - 10* |
| • Orientación hacia el logro | 4.0 | 6.0 | 8.0 |
| • Persuasión | 5.0 | 7.0 | 7.0 |
| • Impacto e influencia | 5.0 | 5.0 | 4.0 |
| • Confianza en sí mismo | 7.0 | 9.0 | 7.0 |
| • Comunicación | 7.0 | 8.0 | 8.0 |
| • Relación interpersonal | 9.0 | 8.0 | 8.0 |
| • Liderazgo | 8.0 | 8.0 | 7.0 |
| • Capacidad afectiva | 8.0 | 7.0 | 7.0 |

Fuente: Informe Ejecutivo Tipismana (2007 – 2009)

Las puntuaciones mayores se observan en la relación interpersonal durante el proceso del taller, lo cual no indica que así sea en la rutina de ambos centros hospitalarios; de igual modo en confianza en sí mismo, comunicación, liderazgo, reflejada en el gráfico 1.

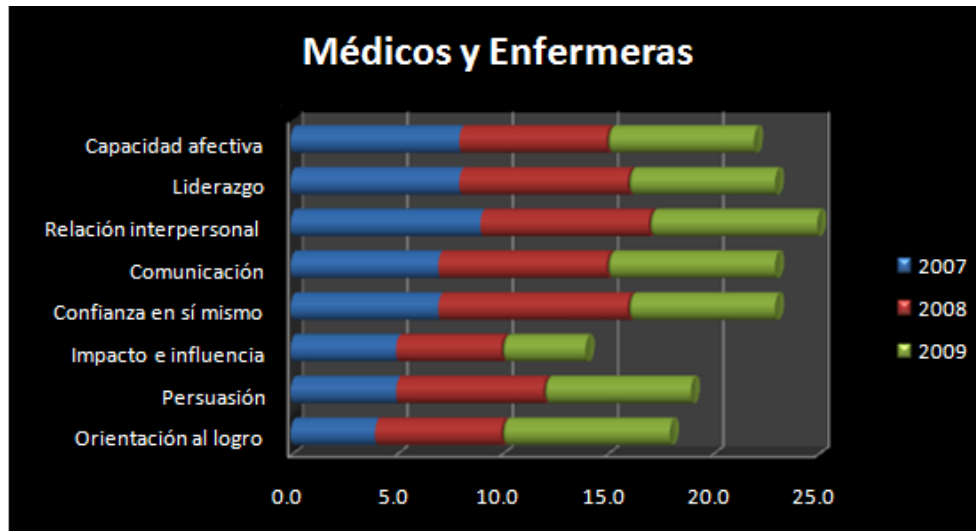


Gráfico 1. Tendencia de las competencias personales expresadas en ambos centros hospitalarios, por año. Fuente: Informe Ejecutivo Tipismana (2007 – 2009)

Tabla 4
Calidad de los planes de mejora y “Cubo del cambio” en médicos, enfermeras de ambos centros hospitalarios 2007 – 2009

| Planes de Mejora | 2007 A PA NA* | | | 2008 A PA NA | | | 2009 A PA NA* | | |
|------------------|------------------|-----|-----|-----------------|-----|-----|------------------|-----|-----|
| Planes de Mejora | 40% | 25% | 35% | 50% | 40% | 10% | 70% | 20% | 10% |

A = Adecuado; PA = Parcialmente Adecuado; NA = No adecuado.

Fuente: Informe Ejecutivo Tipismana (2007 – 2009)

Los planes de mejora tienden a ser adecuados en los grupos a medida que se va socializando la dinámica de aprendizaje crítico y reflexivo para la elaboración de planes de mejora. Los porcentajes son estimados en función de la entrega del plan, adecuación a los parámetros establecidos en los talleres y correspondencia entre lo obtenido y lo esperado.

Tabla 5
Seguimiento de los médicos y enfermeras respecto del uso del plan de mejora en el periodo 2007 – 2008

| Uso del Plan | 2007 | | | | 2008 | | | | 2009 | | | |
|--------------|------|----|----|----|------|----|----|----|------|----|----|----|
| | 1T | 2T | 3T | 4T | 1T | 2T | 3T | 4T | 1T | 2T | 3T | 4T |
| HEP | Si | Si | -- | -- | Si | -- | -- | -- | Si | Si | -- | -- |
| EsSalud | Si | -- | -- | -- | -- | -- | Si | -- | Si | -- | -- | -- |

Abreviaturas: T: Trimestre. Si: cumple con su empleo y logro de metas (--) No lo realiza o sólo toma en cuenta algunas actividades.

Fuente: Correos electrónicos o interacciones de chat con los actores. Informe ejecutivo Tipismana (2007 – 2009)



La tendencia para el uso del plan de mejora decae con el tiempo, en ambos centros hospitalarios, no se mantiene la continuidad de la mejora. Lo esperado es que el participante tome conciencia de su importancia y de considerarlo como una herramienta personal de gestión.

Tabla 6
Entrevistas realizadas a médicos, enfermeras relacionados con el plan de mejora y el “contrato consigo mismo” periodo 2007 - 2009

| Comentarios realizados | 2007 | 2008 | 2009 |
|--|------|------|------|
| Es bueno el programa | 20% | 20% | 15% |
| Sirve para ordenar aspectos personales | 70% | 60% | 40% |
| Lo usa para trabajar mejor | 60% | 70% | 80% |
| Le ha permitido mejorar su relación familiar | 70% | 70% | 80% |

Fuente: Informe ejecutivo. Tipismana (2007 – 2009)

La tendencia a dar “valor agregado” al plan de mejora y contrato consigo mismo, para la toma de conciencia de lo que implica el desarrollo de competencias personales a través del aprendizaje de saberes, tiende a disminuir en el periodo de trabajo de los talleres con los participantes al curso de “Gestión Personal de la Calidad”.

Aún cuando porcentualmente se observa que hay una tendencia a mejorar ciertos entornos próximos al actor, como la familia, el trabajo y aspectos personales no detallados, quizás resulte baja la proporción de otorgar una valoración positiva al programa en sí, en la que sólo entre el 15% al 20% considera al programa como “bueno”.

b.4 Análisis de los resultados

Gestionar el aprendizaje de saberes para desarrollar competencias personales no es un producto esperado en corto tiempo (Reig, 2010). Las culturas organizacionales requieren de cinco a diez años para cambiar, lo que se puede demostrar en los resultados son las mejoras en el clima organizacional.

Pero ese clima puede volver a su estado previo a la actividad de educación continua (Tipismana, 2009 – 2010). Es posible que profundizar los cambios sea una alternativa, mas surge un aspecto esencial en el desarrollo de competencias personales a través de los saberes: el de aprender a gestionar las resistencias al cambio (Ford y Ford, 2009).

La experiencia en organizaciones dedicadas a diversos tipos de servicios principalmente encuentran que cuando en las iniciativas de cambio (como parece ser el caso en esta experiencia), los agentes del cambio suelen culpar con –rapidez a aquellos



que nunca se comprometieron. El supuesto es que resistieron a una iniciativa perfectamente lógica, razón por la que, ésta no prosperó.

Pero culpar al programa o a los opositores resulta un acto inútil, esto puede generar conductas destructivas en los miembros de la gestión de los centros hospitalarios. Lo importante de todo es que ellos también necesitan involucrarse al cambio (lo que no suele suceder con todos los miembros del equipo de gestión).

Ese involucramiento estimularía sentimientos de confianza más que de amenaza, porque el (los) ejecutivos pueden aprender a escuchar y formarse de sus críticos. Además, esta resistencia mostrada por los miembros de la organización podría en gran medida constituirse en un recurso potencial para que este compromiso con el cambio a través de la participación activa, ayude a hacer ajustes en la mentalidad de cada miembro del equipo de gestión.

Genera también la necesidad de fomentar la toma de conciencia, destacando que los objetivos del cambio permitan una mejor percepción que tiene que ver con el qué: el propósito; y con el por qué. Las personas que no están involucradas en la planificación de una educación continua de la calidad deben entender no sólo qué es lo que está a punto de cambiar, sino la razón por la cual se están transformando sus trabajos.

Claro está que este cambio de mentalidad para muchos puede ser muy frustrante, como por ejemplo al observar la tabla 1, el clima de cambio sólo dura el tiempo en que comienza y termina un taller de capacitación después “la vida continua igual”. Eso es posible, en la medida que no se perciba que las personas que se oponen al cambio, son aquellas que sienten –quizás- un interés genuino en que las cosas se hagan bien, y que están suficientemente cerca del funcionamiento interno de la organización, como para poder identificar las debilidades de un plan.

Entonces, para mantener la tendencia de desarrollar nuevos planes curriculares, orientar la metodología de la educación continua en un centro hospitalario requiere de la toma de conciencia (como ya se dijo) de que existe un continuum entre universidad y hospital (Hernández, Fonseca y Cuesta, 2008), y que el impacto de un programa educativo dependerá de la capacidad de autorregulación de los aprendizajes, tal como se hace con los planes de mejora y los contratos consigo mismo (tablas 4, 5 y 6).

Estas estrategias requieren de sostenibilidad en tiempo y desempeño de los actores para los procesos de formación; y, desde la racionalidad teórica, práctica y ética que sea aplicable a una educación en el servicio hospitalario para el desarrollo sostenible de sus miembros. Por tal motivo, se postula que un modelo de formación basado en competencias personales son sostenibilizadoras de un cambio al modelo educativo tradicional (Aznar y Ull, 2009).

Quizás, para concluir, se hace necesario un aspecto medular en el aprendizaje de saberes, el cual constituye un precedente importante, es decir, la manera como se utilizan las herramientas de la cooperación y del cambio (Christensen, Marx y Stevenson, 2006). Por lo general, se suele usar una variedad de premios y castigos para motivar a las



personas a trabajar juntas y lograr un cambio en un entorno tan difícil como es una organización de salud.

La capacidad para obtener resultados depende principalmente de dos cosas en la perspectiva que se intenta ofrecer: a) la selección de las herramientas más adecuadas para las circunstancias que enfrentan - incluida las resistencias -, el nivel de consenso existente, es decir, por un lado el grado en que las personas concuerdan en lo que quieren y por otro lado, el grado en que las personas concuerdan en las causas y efectos: cuáles acciones educativas conducirán al resultado deseado.

Y b) el uso de las herramientas de cooperación debe incluir una gama completa de: Liderazgo (persuasión, carisma, modelos de conducta, visión); Herramientas de cultura (rituales, folclore, religión, democracia, tradición); Poder (órdenes, negociación, definición de roles, amenazas, coerción) y por último: Herramientas de gestión (planificación estratégica, aprendizaje, incentivos, promoción, sistemas de control, capacitación, sistemas de medición, procedimientos operativos estandarizados, entre otros).

Evidentemente, todos estos rasgos requieren una metodología didáctica en el sistema de educación continua, es decir, la necesidad competitiva de aprender (Edmondson, 2008) se ha observado de las organizaciones con gestiones que hacen énfasis en hacer las cosas y hacerlas bien, no queda espacio para la experimentación y la reflexión, elementos fundamentales para lograr un éxito sustentable.

Aquí se puede observar que en organizaciones inteligentes, el desempeño y por ende el desarrollo de competencias personales (y técnicas también) estará crecientemente determinado por factores que no pueden supervisarse: la experimentación inteligente, el ingenio, las habilidades interpersonales y la resiliencia ante la adversidad.

Cuando en el trabajo a través de aprendizajes reflexivos, críticos y orientados a la mejora continua, la interdependencia está en estado de flujo como ocurre en este tipo de programas, el miedo interpersonal no sólo es inútil sino que es contraproducente.

d) ¿Por qué la propuesta en un Sistema Primario de Salud?

Los sistemas primarios de salud constituyen los núcleos básicos de todo sistema de sanitario; por tanto, fomentar en ella el desarrollo de un programa de educación médica continua permitirá:

a) el aprendizaje oportuno de saberes (racionalidad teórica, práctica, ética); b) podrían contribuir a la formación de competencias personales; c) que conlleven a los actores (médicos, enfermeras y demás miembros del personal de salud) a desarrollar un cambio sostenible que persiga la toma de decisiones y; d) realizar acciones profesionales desde la perspectiva del aprendizaje reflexivo, la canalización de los usuarios hacia una mejor gestión de su salud y/o de la enfermedad.

Un sistema primario de salud es una puerta de entrada para la detección temprana de la enfermedad o mantener el óptimo estado de salud de una población. Pero a su vez, puede conducir a las personas hacia un tránsito largo de interacciones por la complejidad



que pueda tener la enfermedad que padece o por la necesidad de acceder a protocolos más especializados y descartar males mayores. Es entonces éste un sistema único, dónde la tendencia a la mejora de la calidad de sus aprendizajes se hace patente y continúa.

El sistema universitario y los centros básicos de salud, deben estar articulados y consensuados para esos fines, por lo que se propone que el entrenamiento o capacitación de las personas debe ser priorizado en la formación de agentes o vigías de salud (personal experto) que aprende a detectar las necesidades de capacitación del personal para una intervención más oportuna, eficiente y de calidad.

La gestión de la información y el conocimiento respecto de la salud debe ser mejor comunicado entre todos los miembros del sistema y los usuarios. Ellos podrían actuar como actores de respuesta rápida de acciones (“nistagmático”) de salud, que permitan ser oportunos (Due Diligence) además de crear redes (Networking) de información y conocimiento para garantizar la eficacia de sus actuaciones.

En esta línea de trabajo, lo que se busca es que: a) rendimiento y; b) competitividad. Ambas garantizadas por el uso de herramientas de aprendizaje para la formación de competencias bajo ciertas reglas básicas:

- El diseño de programas de educación continua con estructuras planas de interacción entre los miembros (por ejemplo, el trabajo en equipo).
- Mayor autonomía y responsabilidad en los actores del establecimiento para con los procesos, procedimientos, protocolos y principalmente en las relaciones interpersonales.
- Desarrollo de competencias de gestión en todas las áreas y niveles de la organización.
- Formación y capacitación permanente, pero no de la manera convencional como hasta la actualidad se continúa realizando.

Estas reglas básicas se sustentan en el modelo de Aprendizaje por Ejecución. Este modelo permitiría a estos “vigías de la salud”:

- Fijar la dirección y articular la misión.
- Permitir a las personas (a menudo en equipos) descubrir las respuestas.
- Establecer procesos laborales tentativos como punto de partida (asumir “riesgos compartidos”).
- Desarrollar procesos constantemente: los cambios pequeños -experimentos y mejoras- constituyen un estilo de vida del establecimiento primario de salud.
- El feedback siempre es bidireccional: es decir, que los “vigías de salud” ofrecen retroalimentación como capacitación y asesoramiento; los miembros de los equipos ofrecen feedback referido a lo que aprenden haciendo su (siempre cambiante, complejo y difícil) trabajo en salud.
- Se hace necesario que los “vigías de salud” resuelvan problemas constantemente, por lo cual se ofrece información valiosa para guiar el criterio de un miembro del equipo.



- El miedo paraliza el proceso de aprendizaje: inhibe la experimentación, disminuye la conciencia respecto de las opciones y desalienta el intercambio y el análisis de ideas, preguntas y problemas.

Este sistema de aprendizaje como propuesta, conduce a cuatro pasos esenciales que las organizaciones actuales practican cada vez con más regularidad; aún, cuando se tienen que considerar que se debe fomentar como regla esencial la seguridad. El fomento de la seguridad su elemento central es la “seguridad psicológica”, que por lo general suele ser independiente de la responsabilidad de las personas.

En ese sentido, un establecimiento primario de salud promovería fijar estándares altos de desempeño y reconociendo al mismo tiempo, áreas de incertidumbre que requieren una mayor indagación o más debate. Esta seguridad psicológica no se refiere a actuar afablemente ni a disminuir los estándares de desempeño. Todo lo contrario: se refiere a reconocer que un desempeño superior requiere la apertura, la flexibilidad e interdependencia que sólo pueden desarrollarse en un entorno psicológicamente seguro, sobre todo cuando la situación es cambiante y compleja.

En consecuencia, los pasos a seguir serían los siguientes:

1. Proporcionar directrices de procesos.
2. Ofrecer herramientas que permitan que los miembros del equipo de salud colaboren en tiempo real.
3. Aprender a recabar datos sobre los procesos.
4. Institucionalizar la reflexión disciplinada.

REFLEXIONES FINALES

La prosperidad de una organización y de los individuos que la componen depende de su capacidad para navegar por el espacio del conocimiento. La potencia es a partir de ahora conferida por la gestión óptima de los conocimientos, ya sean técnicos, científicos, del orden de la comunicación o que tengan que ver con la relación “ética” con el otro.

Mientras mejor logren los grupos humanos constituirse en colectivos inteligentes, en sujetos cognitivos abiertos, capaces de iniciativa, de imaginación y de reacción rápidas, mejor aseguran su éxito en el medio altamente competitivo.

El vínculo material con el mundo se mantiene por una formidable infraestructura epistémica y lógica: instituciones de educación y de formación, circuitos de comunicación, tecnologías intelectuales con soporte numérico, actualización y difusión de conocimientos ininterrumpidamente. Todo se basa a largo plazo en la flexibilidad y la vitalidad de las redes de producción, de transacción y de intercambio de conocimientos.

Existen tres aspectos centrales a considerar:

1. En toda organización de salud hay una gran necesidad de cambio, como en cualquier otra organización (Bauman, 2005), hablando entonces de la inseguridad psicológica y de las contradicciones de los sistemas cambiantes del conocimiento actual y



de la sociedad en general, la adaptación a la sociedad del conocimiento abundante en un mundo afectado por problemas de salud cada vez mayores y complejos podría significar la supervivencia, lo que implica una preparación como individuos y ciudadanos, y no como servidores pasivos de organizaciones diversas (Reig, 2010).

2. Un aspecto interesante que surge de toda esta necesidad estriba en que un buen sistema educativo debería por lo menos proveer de: a) la promoción de recursos disponibles en cualquier momento en la vida de formación básica, postgrado y continua. Una forma muy importante es el uso de la metodología de los Entornos Personales de Aprendizaje, las Comunidades de Aprendizaje basado en el pensamiento crítico, la reflexión, el sentido ético, la gestión de las emociones y el desarrollo de competencias.

b) “Empoderar a quien quiera compartir los beneficios del cambio, lo que sabe para encontrarse con aquellos que quieran aprender de él (v.g. “Vigías de la salud” por citar un ejemplo). El aprendizaje social y en comunidades logra ese objetivo y, como también se ha visto, a un coste más bajo que nunca; y, sin duda; c) Dar la oportunidad para presentar las diferentes alternativas que ofrecen los espacios del conocimiento.

3. Para el logro de las propuestas aquí citadas, los aprendices, y también el sistema universitario como el de la salud, incluyendo docentes, directivos y estudiantes y personal en general, deben revisar no sólo lo que hacen, sino cómo piensan y quiénes son. El proceso no sólo es cognitivo, también lo es el emocional y corporal.

Se plantea pues un enfoque integral basado en la transdisciplinariedad (Morín, 1999, 2004 respectivamente) que trabaje en todos los campos de los saberes y que en cada uno de ellos, el concepto de aprender y “desaprender” sea la idea fuerza. Adicionalmente, se sugiere una serie de enfoques, tales como el aprendizaje de:

- “Desaprender para aprender”.
- Pasar del paradigma informacional a un paradigma transformacional.
- “Aprender” no es adquirir información, ni tampoco conocimiento.
- “Revisar” lo que el aprendiz ya sabe, como primer paso del proceso.
- “Aprender” no radica sólo en el hacer, sino en la reflexión crítica de lo que se ha hecho.
- “Aprender” significa salir de la zona de confort. Es decir, el “desequilibrio” y la tensión creativa son necesarios y útiles en un proceso de aprendizaje profundo, que requiere revisar maneras de hacer, pensar y ser.
- “Aprender” no es sólo una actividad cognitiva. Al contrario, lo cognitivo descansa sobre lo emotivo y lo corporal. Entonces, incorporar lo emotivo y lo corporal a la capacitación es vital para lograr mayor impacto en los dominios personales, laborales, sociales.
- La curiosidad y humildad son requisitos imprescindibles para “aprender” por parte de los aprendices y de docentes, estudiantes, trabajadores e individuos en general. Sin ellas no se pueden explorar nuevos territorios ni aceptar que no se sabe, y que se debe desaprender para aprender (Contreras, 2005 – BID).



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alles, M. (2008). Dirección estratégica de recursos humanos: Gestión por competencias: Casos. Argentina. Editorial Granica.
- Aznar, P. y Ull, M. (2009). La formación de competencias básicas para el desarrollo sostenible: el papel de la universidad. Revista de Educación de la Universidad de Valencia – España. Número extraordinario. Pp. 219-237.
- Bauman, Z. (2005). La modernidad líquida. Documento en línea. Disponible en: http://www.oei.org.ar/edumedia/pdfs/T04_Docu5_%20ModernidadLiquida_Bauman.pdf. Consulta: 13 de octubre de 2005.
- Betancourt, S. (2010). Desarrollo del pensamiento crítico a través de la controversia. Universidad de Nariño, Programa de Psicología. Presentado en el Congreso Iberoamericano de Educación: Metas 2021. Argentina.
- Boyatzis, R.; McKee, A. y Johnston, F. (2008). Líder Emocional: Manual de uso. Harvard Business Press. España. Editorial DEUSTO.
- Brunner, J. (2002). Nuevas demandas y sus consecuencias para la educación superior en América Latina. Trabajo preparado para el proyecto CINDA, en colaboración con IESALC/UNESCO. Chile.
- Carrizo, L. (1997). La aventura intelectual (un viaje interminable). Revista de Educación y Derechos Humanos. Documento en línea. Disponible en: <http://www.udlap.mx/rsu/pdf/1/EdgarMorin.pdf>. Consulta: 22 de octubre de 2007.
- Carrizo, L. (2004). Producción de conocimiento y ciudadanía: Retos y desafíos de la universidad transdisciplinaria. Revista Encuentro. N° 40. Pp. 89 – 100.
- Castañeda, L. (2006). Educando en el hospital: demanda, tareas y competencias para un equipo pedagógico multidisciplinar. España. Universidad de Murcia.
- Contreras, M. (2005). Aprender a desaprender en la búsqueda de un aprendizaje transformativo. Apuntes sobre la capacitación de gerentes sociales. BID. USA. Serie de documentos de trabajo I-54.
- Christensen, C.; Marx, M. y Stevenson, H. (2006). Las herramientas de la cooperación y del cambio. Harvard Business Review. Octubre. Pp. 35 – 44.
- Delors, J. (1994). La Educación: Encierra un tesoro. Informe Unesco s. XXI. Pp. 3 – 24. Francia. Santillana, Ediciones UNESCO.
- Dolan, S. y Martín, I. (2003). Los diez mandamientos para la dirección de personas. España. Gestión 2000.
- Dubrin, A. (2008). Relaciones Humanas: Comportamiento humano en el trabajo. ED. IX. Pearson. México. Prentice Hall.



- Ducci, M. (1997). El enfoque de competencia laboral en la perspectiva internacional en: Formación basada en competencia laboral. Uruguay. Cinterfor/OIT.
- Edmondson, A. (2008). La necesidad competitiva de aprender. Harvard Business Review. Octubre. Pp. 100 – 108.
- Ford, J. y Ford, L. (2009). Descifre la resistencia al cambio: Los líderes pueden escuchar y aprender de sus críticos. Harvard Business Review. Abril. Pp. 90 – 94.
- Frisancho, S. (2000). Actividades didácticas de ética para el aula. Pontificia Universidad Católica. Documento de trabajo con fines de capacitación. Perú. (PUCP).
- Gardner, H. (2008). La mente ética. Harvard Business Review. Documento en línea. Disponible en: <http://www.hbral.com/carro/catalogo.asp?codigo=R0703B-E&modulo=1>. Consulta: 22 de octubre de 2007.
- Gerdel, J. y Seoane, J. (2010). Apuntes para pensar en relación entre “medios” de comunicación social, educación y formación para la democracia. Revista Mexicana de Investigación Educativa. Vol., 15 Núm., 47, Pp. 1275 – 1299.
- González, Y. y Frassati, E. (2009). Gestión del conocimiento en el área de investigación de las universidades públicas. Caso Luz. REDHECS, Universidad Dr. Rafael Belloso Chacín. Ed. N° 8 – Año 5 marzo. (Pp. 18-31).
- Hernández, P.; Fonseca, L. y Cuestas, J. (2008). Impacto de un programa de autorregulación del aprendizaje en estudiantes de Grado. Revista de Educación, 353, Sep. – Dic., 2010. Pp. 571 – 588.
- Irigoyen, J.; Jiménez, M. y Acuña, K. (2011). Competencias y Educación Superior. Investigación. Revista Mexicana de Investigación Educativa. Vol. 16, Núm. 48, Pp. 243 – 266.
- Morín, E. (1999). Los siete saberes necesarios para la educación del futuro. Traducción de Mercedes Vallejo-Gómez, Profesora de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín – Colombia, con la contribución de Nelson Vallejo – Gómez y Françoise Girard. UNESCO.
- Morín, E. (2002). Ética y Globalización. Documento en línea. Disponible en: Biblioteca Digital de la iniciativa Interamericana de Capital Social, Ética y Desarrollo. http://www.urbeetius.org/newsletters/21/news21_morin.pdf. Consulta: 22 de octubre de 2007.
- Morín, E. (2004). La epistemología de la complejidad. Repositorio Institucional de la Universidad de Granada. Gazeta de Antropología. N° 20. Documento en línea. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/7253>. Consulta: 22 de octubre de 2007.
- Navarro, J. y Verdisco, A. (2004). La capacidad docente: Qué funciona y qué no. Innovaciones y tendencias en América Latina. Documento en línea. Disponible



en:<http://www.educarchile.cl/Userfiles/P0001%5CFile%5Ccapaciaci%C3%B3n%20docente.pdf>. Consulta: 22 de octubre de 2007.

Ostroff, F. (2006). Gestión del cambio en el sector público. Harvard Business Review. Mayo. Pp. 99 – 105.

Pereda, S. y Berrocal, F. (1999). Gestión de recursos humanos por competencias. España. Editorial del Centro de Estudios Ramón Areces, S.A.

Reig, D. (2010). El futuro de la educación superior, algunas claves. Universidad de Barcelona. España. Institut de Ciències de l'Educació.

Tipismana, O. (2005 – 2006). Propuesta de Curso – Taller de Capacitación para personal de salud en Hospitales Públicos. Aprobado con RD. No.234-FMH/UNJFSC Feb. - 2005. Facultad de Medicina Humana. Universidad Nacional “José Faustino Sánchez Carrión. Huacho. Perú.

Tipismana, O. (2007 - 2009). Informe Ejecutivo de talleres de capacitación en Gestión Personal de la Calidad. Hospital de Emergencias Pediátricas. Octubre. Perú.

Tipismana, O. (2007 - 2009). Informe Ejecutivo de talleres de capacitación en Gestión Personal de la Calidad Centro Nacional de Salud Renal. EsSalud. Diciembre. Perú.

Torres, R. (2004). Comunidades de aprendizaje: Repensando lo educativo desde el desarrollo social y desde el aprendizaje. Simposio internacional sobre comunidades de aprendizaje. 5-6 octubre 2001. España.

Vallaes, F. (2002). El Ethos oculto de la universidad: Documento de trabajo para formación de especialistas en Gestión de la Calidad. PUCP. Perú.

Vallaes, F. (2005). Responsabilidad social universitaria: Nombre del gran cambio o gran cambio de nombre. Documento de trabajo para formación de especialistas en Gestión de la Calidad. PUCP. Perú.

World Federation for Medical Education -WFME-, (2004). Educación Médica. Revista International journal. Vol. 7, Suplemento 2. Julio – Septiembre. Pp. 7 – 13.