

ESTRATEGIAS BASICAS NECESARIAS EN LA PLANEACION Y DESARROLLO DE UN PROGRAMA DE INTEGRACION DOCENTE ASISTENCIAL

*Mabel Castañeda Montoya**

Resumen

Se pretende mostrar qué tan importante es, contar con un conjunto de estrategias de categorías diferentes que apoyen el diseño de los programas docente asistenciales.

Se presentan enunciados genéricos de las distintas clases de estrategias y también se ofrece una descripción pormenorizada de cada una de ellas, como una forma de contribuir al desarrollo de la integración docente-asistencial en nuestro medio.

Por último se exponen los pasos a seguir en la implantación de un programa docente-asistencial, una experiencia valiosa que ha servido para validar el aporte de este proceso en la docencia, la asistencia y en el desarrollo comunitario.

* Enfermera Magister en Educación, Profesora titular Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia.

Introducción

El impulso y el desarrollo de los programas de integración docente-asistenciales requieren de estrategias que lleven a los sectores comprometidos, docente, asistencial y comunitario a introducir cambios de actitud frente al trabajo en equipo, tendientes a lograr los propósitos, las metas y objetivos en términos de la atención de salud, esto implica, en primer lugar ubicar a estudiantes y profesores en una realidad social que los lleve a desarrollar su creatividad para ser productivos en distintos ambientes sociales y técnicos; en segundo lugar garantizar un nivel mínimo aceptable de prestación de servicios de salud a la comunidad y en tercer lugar, dar a la comunidad la oportunidad de tener participación en la consecución de su bienestar, lo cual la hará convertir en una comunidad consciente de su significado social, y a comprender que su cooperación es posible y que es necesaria.

La conservación de este ideal de trabajo de integración docente-asistencial, con una participación activa y permanente de la comunidad para el mejoramiento de sus condiciones de vida y en consecuencia las de salud, exige de alternativas más coherentes con la situación vigente, con relación a los sistemas de prestación de servicios de salud y a las políticas de formación de los recursos humanos, hacia la salud para todos en el año 2.000.

Para lograr unificación de criterios, disposición para el cambio y cambios de singular importancia, en la orientación de métodos y procedimientos de enseñanza-aprendizaje y en la prestación de servicios de salud a la comunidad, con base en sus necesidades reales, es fundamental que los sectores (docente-asistencial y comunitario) se conozcan, se coordinen, se entiendan en forma responsable e interactúen con eficacia; una actitud positiva por parte de estos sectores permitirá el éxito en los programas de integración docente-asistenciales que se desean impulsar.

Decir que existe una fórmula o receta única para llegar a la verdadera integración, docente-asistencial, teórica y práctica, coherente y dinámica, actualizada y flexible, es faltar a la verdad; pero lo que sí es cierto es que se hacen grandes esfuerzos para lograrla, aunque falta mucho todavía para su total establecimiento.

Por más lento que sea el proceso de integración docente-asistencial en nuestro medio, tenemos que admitir que éste ya está en curso y que debemos guiar sus acciones futuras.

EL CONCEPTO DE ESTRATEGIA en el proceso de integración docente-asistencial está referido a la forma como reacciona la organización del programa de integración docente-asistencial frente a un determinado entorno tanto interno como externo, utilizando los principales recursos y esfuerzos de los sectores que participan en dicho proceso para alcanzar las metas y objetivos propuestos.

En esencia las estrategias en la integración docente-asistencial se centran en un plan amplio, unificado, completo e integrado concebido para garantizar el desarrollo de todas las etapas del proceso.

Para que las estrategias cumplan el papel para el cual son diseñadas se requiere que quienes las van a poner en práctica tengan un conocimiento previo del medio ambiente docente-asistencial y comunitario en el que han de actuar, conociendo las amenazas y las oportunidades, las fortalezas y debilidades que se dan en los sectores comprometidos y fuera de ellos.

Al diseñar las estrategias se debe ser consistente con los elementos integradores del proceso docente-asistencial como son: la salud comunitaria, la atención primaria de salud, el criterio multi e interdisciplinario, la participación comunitaria, la relación intra e intersectorial, la investigación participativa y la tecnología apropiada.

Objetivos

- Orientar el proceso de integración docente-asistencial a implementar en los diferentes niveles de atención.
- Establecer pautas de trabajo que estimulen el desarrollo de los sectores docente, asistencial y comunitario.

- Motivar a los docentes, al personal de servicio y a la comunidad a proponer diferentes alternativas de trabajo integrado que impulsen el desarrollo social, mediante la investigación - acción participativa.
- Facilitar la implementación de programas docente-asistenciales con una significativa participación comunitaria.

Clases de estrategias

Para efectos de este trabajo se define la integración docente-asistencial como "el proceso mediante el cual a partir del conocimiento y participación activa de la comunidad se vinculan los esfuerzos docentes y asistenciales en forma dinámica para el mejoramiento de las condiciones de vida de una población, la formación de los recursos humanos en salud y la ampliación de las coberturas con servicios de salud elevando la calidad de los mismos"; pero estos beneficios no podrán alcanzarse totalmente si las instituciones de salud y las educativas marchan separadamente y lo que sería peor aún desconociendo las necesidades reales de la comunidad y su participación en el proceso.

Se ha dicho que para vencer obstáculos presentes entre los dos sectores como la poca o ninguna participación del sector asistencial en la estructuración de los planes de estudio de las unidades docentes, la no intervención del sector educación en la formulación de políticas de salud, o la no invitación de amplios sectores de la comunidad a plantear sus demandas reales ante las instancias competentes, implica buscar fórmulas de acuerdo, de concertación viables y factibles que se traduzcan tanto en un cambio conceptual como en un cambio de actitud frente a nuevas formas de prestación de los servicios de salud, en nuevos modelos de la enseñanza-aprendizaje y en el reconocimiento de la participación comunitaria en su autogestión.

Mediante las estrategias se pretende establecer o reestablecer esas relaciones orgánicas entre los diferentes sectores buscando que cada uno, exponga sus objetivos y expectativas hasta lograr elaborar un plan general que reúna las necesidades de formación del recurso humano, con base en los requerimientos de la comunidad y de los servicios de salud.

La motivación es requisito básico para lograr una verdadera coordinación y compromiso de los sectores, en el logro de las metas comunes y particulares; tanto el estímulo como la motivación se darán permanentemente en cada sector y entre ellos.

El diseño de las estrategias debe partir de la existencia de políticas claras y concretas que fortalezcan la integración docente-asistencial definiendo responsabilidades y funciones a cada uno de los sectores comprometidos.

Estrategias de orden administrativo

Las estrategias de orden administrativo que aquí se proponen tienden a impulsar enfoques organizativos no tradicionales, si aquellos más flexibles, dinámicos y participativos, los cuales posibiliten y mejoren el proceso de integración docente-asistencial.

Estas estrategias son:

- La existencia de voluntad política y capacidad de decisión por parte de los sectores comprometidos, estimulando el interés común en el desarrollo de funciones docentes de una parte y asistenciales de la otra para beneficio de la comunidad.
- El diseño de un marco legal que defina y reglamente la estructura organizativa, la naturaleza, los alcances, tendencias, recursos y compromisos que exige un programa de integración docente-asistencial.
- La definición de responsabilidades conjuntas y específicas a cada uno de los sectores y otras entidades comprometidas en el programa, considerando la modalidad de multi e interdisciplinariedad e intersectorialidad.
- La asignación de un plan financiero para el programa delimitando el nivel de compromiso y el aporte económico de cada uno de los sectores y lograr así cumplir con las metas propuestas; siendo esta estrategia definitoria del programa.

- La selección y asignación del personal docente y de servicio que por su motivación, interés, capacidades y experiencia sean el verdadero soporte del programa docente-asistencial.
- El diseño y aplicación de un instrumento de evaluación y monitoría del programa docente-asistencial en sus diferentes etapas de desarrollo.

Estrategias para la capacitación de docentes y personal de servicio que participa en el proceso "IDA"

En el proceso de integración docente-asistencial con frecuencia se presentan dificultades para trabajar en equipo; los docentes generalmente rechazan por diferentes motivos la docencia en servicio y el personal de asistencia ignora sus funciones docentes. Hay indiferencia por parte de estos dos sectores ante los aportes que pueden, deben y quieren dar a gentes de la comunidad al sistema de prestación de servicios. La falta de mecanismos técnico-operativos que incorpore a los estudiantes de diferentes disciplinas a un trabajo práctico más realista; estos aspectos entre otros hacen necesario reorientar y mejorar las deficiencias en cuanto a información, conocimientos y capacitaciones del equipo docente, el asistencial, de estudiantes y de la comunidad frente a nuevas formas de trabajo más participativo, cooperativo, integrado y orientado a un fin común.

El desarrollo de las siguientes estrategias pretende lograr un cambio significativo en los docentes y en el personal de asistencia frente al proceso de integración docente-asistencial y a reconocer sus bondades como un proceso dinámico, como una metodología en la enseñanza y el aprendizaje, como una estrategia en la prestación de servicios de salud y como una opción de participación comunitaria.

En este campo se programan las siguientes estrategias:

- La identificación y análisis de la situación real del área geográfica y poblacional donde se desarrollará el programa, por parte de los dos sectores lo cual definirá el marco teórico del programa de capacitación.

- La planeación conjunta (educación y servicio) del programa de capacitación, la cual tendrá en cuenta: Objetivos educacionales, contenidos, metodologías apropiadas y los aprendizajes requeridos.
- La selección del personal docente-asistencial, administrativo y de la comunidad que participará en el programa de capacitación.
- La conformación de grupos interdisciplinarios, multidisciplinarios e intersectoriales susceptibles de recibir una capacitación homogénea.
- La asignación de las personas responsables de la administración del programa de capacitación.
- La asignación de un presupuesto propio y ajustado a los requerimientos del programa de capacitación.
- La planeación y desarrollo de un programa de educación permanente para el grupo que participa en el programa docente-asistencial.
- La elección de la tecnología educacional apropiada como instrumento básico en el mejoramiento de la salud de las comunidades mediante el perfeccionamiento del proceso enseñanza-aprendizaje.

Estrategias educativas orientadas a producir cambios positivos en el proceso enseñanza-aprendizaje

“Para responder a la definición de salud como un completo estado de bienestar, debemos insistir en la capacitación multiprofesional y multidisciplinaria de un equipo de salud basado en la integración docente-asistencial y en la realidad de las necesidades de salud de las poblaciones como paso previo de la interdisciplinariedad basada en la selección de problemas y en la investigación”¹.

1 Carlos Vidal. El desarrollo de recursos humanos y el plan de acción. Ed. Médica y Salud. Vol. 18 No. 2 , 1984.

“Para realizar cambios en el proceso enseñanza-aprendizaje es necesario desarrollar nuevos métodos educacionales y un nuevo tipo de formación de profesores, todo lo anterior inscrito dentro de un cambio de actitudes y de relaciones entre maestros y estudiantes y entre la universidad y la sociedad”².

Las motivaciones y los cambios propuestos en el proceso enseñanza-aprendizaje a que deberán llegar los programas docente-asistenciales estarán orientados a actividades de aprendizaje concretas, observables en el terreno y que lleven a la satisfacción de las necesidades de la población, al desarrollo de métodos, medios y procedimientos basados en el desempeño real del egreso y en la ejecución real de las actividades de servicio.

Estas estrategias son las siguientes:

1. El análisis de los cursos y programas académicos que sobre salud comunitaria desarrollan las áreas o disciplinas comprometidas en el programa de integración docente-asistencial.
2. La identificación de los elementos básicos comunes a estas áreas y disciplinas que sirvan de marco de referencia a las actividades de enseñanza-aprendizaje.
3. La formulación de objetivos educacionales tendientes a llenar las expectativas de los estudiantes de la unidad docente, la asistencial y la comunidad.
4. La selección y desarrollo de actividades de aprendizaje basados en la situación real de las comunidades e instituciones donde les corresponda actuar.
5. La selección y aplicación de nuevas metodologías en el proceso enseñanza-aprendizaje que desarrollen los estudiantes: conocimientos,

2 Carlos Vidal. El desarrollo de recursos humanos y el plan de Acción. Ed. Médica y Salud. Vol. 18 No.1, 1984.

habilidades, destrezas y valores fomentando el “aprender haciendo”, el “aprender a ser” y el “aprender a aprender”.

6. El diseño de un modelo de instrucción innovativo que facilite el proceso enseñanza-aprendizaje en estudiantes de diferentes disciplinas.
 - Un modelo basado en la realidad de los grupos sociales.
 - Un modelo que se origine y desarrolle en la comunidad haciendo de este ambiente el campo de enseñanza.
 - Un modelo enseñanza-aprendizaje que genere una formación integradora racional y acorde a las necesidades de la comunidad.
 - Un modelo más orientado a la promoción y prevención en razón al concepto positivo de salud.
 - Un modelo que relacione las actividades en orden de menor a mayor complejidad.
 - Un modelo que utilice un enfoque interdisciplinario e intersectorial.
 - Un modelo que propicie la investigación - acción participativa.
7. La aplicación de instrumentos de evaluación y monitoría del proceso enseñanza-aprendizaje que dinamicen el proceso mismo.

Estrategias tendientes a la motivación de la comunidad a participar en el programa docente-asistencial

Aquí la participación de la comunidad, constituye un elemento determinante en el establecimiento de servicios especialmente en comunidades marginadas.

Para lograr la participación de la comunidad en los programas de salud es necesario tener en cuenta la comunidad organizada, formal o informalmen-

te a través de sus organizaciones de base o institucionales existentes o mediante otras organizaciones, o diseñarse de acuerdo con las características de la comunidad y del programa que se va a desarrollar.

Las estrategias en cuanto a participación de la comunidad en los programas de integración docente-asistenciales están orientadas a la motivación, capacitación y a la participación de la comunidad en actividades que tiendan a su desarrollo y autogestión.

Estas estrategias son:

- La identificación de líderes representativos de la comunidad interesados en conocer y participar en la solución de sus problemas.
- La creación de una interrelación permanente entre el equipo de salud y la comunidad respetando las organizaciones establecidas en éstas.
- El establecimiento de mecanismos eficaces para que la comunidad comprenda qué servicios pueden prestar las unidades de salud y cuáles no pueden prestar y por qué.
- La selección de parte de la comunidad de un grupo de personas de la misma comunidad para asumir responsabilidades específicas que tiendan a resolver los problemas identificados, éstos serán los comités de participación comunitaria.
- La capacitación técnica del grupo seleccionado de la comunidad en actividades de salud (por ejemplo diagnóstico participativo).
- La definición clara y concreta de las responsabilidades asignadas a los representantes de la comunidad que participen en el programa.

La participación activa de la comunidad organizada en las acciones de salud, es la mayor garantía para obtener éxitos reales en el cumplimiento de los programas de salud comunitaria.

Estrategias tendientes a orientar la investigación participativa

“El proceso de investigación participativa se considera como parte de la experiencia educativa que sirve para determinar las necesidades de la comunidad y para aumentar la conciencia y el compromiso dentro de ésta.

La investigación de este tipo forma parte natural del proceso educativo y de la planificación del desarrollo y pone énfasis en el aprendizaje más que en la enseñanza” (Anton de Schutter).

Este tipo de investigación participativa por consiguiente tiene que facilitar a los participantes en el proceso un mayor conocimiento de su propia realidad, para que éstos con base a sus necesidades y expectativas puedan participar activamente en el planteamiento y en el resto de dicho proceso.

¿Quiénes serían los participantes en el proceso de investigación participativa?

Se trata de un proceso de investigación que integra el diálogo, la investigación y el análisis; en el cual los investigados e investigadores son parte del mismo en este tipo de programa docente-asistencial, los participantes serían: La comunidad, los estudiantes de las diferentes disciplinas, los docentes, los asistentes y los administradores docente-asistenciales.

Entre las estrategias para trabajar en la orientación hacia la investigación participativa están:

- La motivación de los diferentes grupos que van a participar en la investigación.
- La selección y conformación de los grupos de trabajo.
- La identificación del problema o tema de investigación que surja más claramente del proceso docente-asistencial puesto en marcha.
- La orientación de la investigación hacia contextos y requerimientos del área involucrada.

- La vinculación de la universidad a este proceso como ente científico que debe responder al desafío que representa la necesidad de reorientar esfuerzos hacia el establecimiento de tecnologías más apropiadas para la atención de salud.

Implementación de un programa de integración docente-asistencial

Se parte de la base de que existe ya una estructura administrativa con sus niveles directivos, normativo y operativo, un equipo de trabajo coordinador en el cual participan los sectores docente, asistencial y comunitario, además de tener debidamente delimitada el área geodemográfica denominada para efectos de estos programas como área docente-asistencial.

Al iniciar el programa la cobertura se hará por barrio o vereda en forma pausada con el fin de ir afianzando y ajustando el programa. El barrio o vereda se selecciona como la unidad de análisis y de cobertura mínima más adecuada. Por principio, el programa se inicia por los barrios o veredas más postergados con relación a la accesibilidad a los servicios de salud del sector oficial.

PRIMERA ETAPA: Se desarrollan las siguientes actividades:

- Realizar el diagnóstico socio-epidemiológico por barrio o vereda, con la participación activa y decidida de líderes comunitarios.
- Identificar los principales problemas de esas comunidades y los factores de riesgo.
- Jerarquizar los problemas identificados según las demandas de la comunidad.
- Proponer alternativas de solución al corto, mediano y largo plazo y los recursos necesarios para su cumplimiento.
- Asignar las alternativas de solución a las dependencias, sectores o disciplinas competentes.

- Buscar la intervención oportuna y adecuada de otras instituciones o sectores para la solución de los problemas identificados.
- Diseñar el plan de acción participativo.
- Seleccionar el líder de uno de los sectores docente, asistencial o comunitario que le dé dirección y guíe el trabajo.

SEGUNDA ETAPA: Evaluado el trabajo realizado en la primera etapa se hacen los ajustes pertinentes y se continúa con las siguientes actividades:

- Constituir un trabajo de equipo interdisciplinario e intersectorial en el cual participen personajes de la comunidad.
- Ejecutar las acciones encaminadas a satisfacer las necesidades de los grupos comunitarios identificadas en la etapa anterior.
- Vincular la investigación - acción participativa que reactive el trabajo docente-asistencial.
- Formular mecanismos de evaluación y monitoría del trabajo que se va ejecutando.
- Recopilar, ordenar, analizar y difundir la información generada en esa etapa del proceso.
- Aplicar los correctivos necesarios para el logro de las metas propuestas.
- Plantar un programa de educación permanente para todos los participantes en el proceso docente-asistencial.

TERCERA ETAPA: Se vinculan las siguientes actividades:

- Establecer mecanismos técnico-normativos que aseguren la continuidad del programa.

- Implementar paulatinamente en el área docente-asistencial estos mecanismos arriba mencionados.
- Definir procedimientos técnico-operativos encaminados a mantener coherencia entre las actividades constitutivas del programa.
- Establecer y aplicar con cierta prioridad los instrumentos de control del programa.
- Propiciar la autogestión comunitaria.
- Establecer un programa de asesoría permanente a nivel del equipo coordinador, del proceso de integración docente-asistencial.

La experiencia nos ha demostrado que la ampliación de las coberturas con los programas docente-asistenciales en barrios o veredas sin un cuidadoso desarrollo de las etapas y actividades aquí planteadas, nos traen frustración a los docentes y personal de servicio y la desconfianza en los funcionarios, por parte de la comunidad.

Bibliografía

- CANO Gaviria, Eduardo. La articulación docente-asistencial como estrategia de cambio de la enseñanza-asistencia. Medellín, noviembre 14 de 1984.
- FERREIRA, José Roberto. Formación de recursos humanos para la medicina del año 2.000. Educación Médica y Salud. Vol. 18, No. 1, 1983.
- FERREIRA, José Roberto. La cooperación científica-técnica-universitaria en América Latina y la respuesta de las organizaciones internacionales. Educación Médica y Salud. Vol. 18, No. 2, 1984, p.6.
- GALAN Morera, Ricardo. La investigación de salud y la investigación docente-asistencial. Hosmil Médica, Bogotá 4 (1); 59-76, abril, 1983.
- GRANDA, Domingo. DAS. El concepto de comunidad y su relación con los programas de salud. Educación Médica y Salud. Vol. 11 No. 3, 1977.

- HADDAD Q., Jorge; DE CANALES, Francisca. Capacitación de personal para la meta de salud para todos en el año 2.000 y la atención primaria; una respuesta metodológica. Educación Médica y Salud. Vol. 17 No. 1, 1983.
- NERIGI G., Imidoo. Metodología de la enseñanza. Editorial Kapoluz Mejicana S.A. de G.V. 1980.
- O.P.S. Función de las universidades en las estrategias de salud para todos, Educación Médica y Salud. Vol. 19, No. 1; 1985.
- Regionalización docente-asistencial. Educación Médica y Salud. Vol. 12 No. 2, 1978.
- República de Colombia. Sistema Nacional de Salud. Decreto Ley No. 1210 del 26 de junio de 1978.
- Salud para todos en el año 2.000. Estrategias. Documento Oficial No. 173. Washington, D. C. Organización Panamericana de la Salud, 1980.
- SCHUTTER Anton. Investigación participativa, una opción metodológica para la educación de adultos. Tercera edición, Michoacan. México, 1985.
- Universidad de Antioquia. Fundación Hospitalaria San Vicente de Paúl. Instituto Metropolitano de Salud. Contrato para el desarrollo de un programa docente-asistencial. Medellín, abril 1990.
- VIDAL, Carlos. El desarrollo de recursos humanos en las Américas. Educación Médica y Salud. Vol. 18, No 1, 1984.
- República de Colombia - Ministerio de Salud. Ley 10 de enero 10 de 1990 por la cual se reorganiza el Ministerio de Salud y se dictan otras disposiciones.