

Necesidades de capacitación del personal médico en educación para la salud

Lenis García Soto^{1}, Hilda Molero² y Ivonne García³*

¹Profesora Titular Adscrita a la Practica Profesional de Hematología. Departamento de Morfofisiopatología.

²Profesora Jubilada de la Escuela de Bionalisis. Facultad de Medicina, Universidad del Zulia.

³Médico de Salud Pública III. Ministerio de Sanidad

E-mail: lenisgarciasoto@cantv.net; E-mail: hildamolero@cantv.net;

E-mail: ivonnegarciasoto@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Realizar una evaluación diagnóstica para determinar las necesidades de formación en educación para la salud del personal médico adscrito al Hospital General del Sur (HGS) "Dr. Pedro Iturbe, Municipio San Francisco - Zulia, Venezuela. **Materiales y Métodos:** La población objeto de estudio estuvo conformada por el personal médico que labora en el HGS, de la cual se seleccionó una muestra al azar de 158 médicos. La investigación fue de tipo descriptiva y de campo. Para la recolección de información se aplicó la técnica de la encuesta. **Resultados:** El 64,6%, de los médicos no participaban en talleres ni en cursos de gestión comunitaria, el 27% no participaba en proyectos comunitarios, el 65,5% promovió la búsqueda de la calidad de vida del paciente, el 46,2% opinó que siempre atienden desde la asistencia, las necesidades de la comunidad, el 59% opinó que casi nunca promovían el desarrollo comunitario, el 64% no se integró al trabajo comunitario y no tenían actitud positiva hacia el servicio comunitario y el 65% ni socializaba ni se identificaba con la comunidad. **Conclusiones:** Los resultados revelan debilidades en cuanto a la necesidad de políticas que promuevan la formación integral del personal médico en educación para la salud.

Palabras clave: Educación para la salud, servicio comunitario, formación integral.

* Autor para correspondencia: Telf. 0261 7573458

Training Needs in Health Education for Medical Personnel

Abstract

The purpose of this study was to make a diagnostic evaluation to determine the training needs in health education for medical personnel at the General Hospital of the South "Dr Pedro Iturbe" (GHS). **Materials and method:** The population studied consisted of the medical personnel working in the HGS from which a random sample of 158 doctors was selected. The investigation was of a descriptive, field type and information was collected using a survey. **Results:** 64.6% of the doctors do not participate in workshops or courses administered by the community; 27% do not participate in community projects; 65.5% promote the search for a patient's of life; 46.2% say that they always help with the community's needs by attending patients; 59% say that they hardly ever promote community development; 64% are not integrated into community work and do not have a positive attitude toward community service; and 65% neither socialize nor identify with the community. **Conclusions:** Results reveal the need for policies that promote integral training for medical personnel in health education.

Key words: Health education, community education, integral training.

Introducción

La Educación para la Salud, constituye un factor fundamental y esencial para la práctica de la gestión pública y es uno de los pilares de la salud pública. No obstante, la fuerza de trabajo de salud pública es uno de los recursos más descuidados y menos valorados dentro de este sector.

Para Chiavenatto¹ de acuerdo a las características y la naturaleza de las acciones y relaciones, la fuerza de trabajo tiene características diferentes dentro del sistema de salud. Los médicos actúan con conocimiento múltiple y con instrumentos de intervención que alcanzan a toda la población. El ámbito de actuación abarca los riesgos y daños específicos de la salud, sus causas directas y sus determinantes generales; las respuestas sociales e instrumentales para atender las necesidades colectivas de salud.

Por ello, debido a la variedad de las capacidades necesarias para hacer frente a la com-

plejidad, y diversidad de los objetivos de su acción, el trabajo del médico, esta basado en la administración del conocimiento y el trabajo en equipo. Por otro lado, se señala que los trabajadores de la salud son, simultáneamente, trabajadores del conocimiento y creadores del conocimiento y las formas de aplicación como parte de su acción colectiva.

Para la Organización Panamericana de la Salud, OPS², la capacitación del personal médico en educación comunitaria o educación para la salud, significa indagar sobre sus conocimientos, habilidades y nivel de competencia actitudinal, al igual que su experiencia en actividades comunitarias, con fines de construir indicadores que reflejan sus necesidades de capacitación dentro de un enfoque centrado en la promoción de la salud.

Según, Werther y Davis³, los procesos de capacitación tiene como intención orientar y promover de manera interactiva las demandas de gestión y acción requeridas por las or-

ganizaciones, en este caso, se vincula con la capacitación en educación comunitaria de los médicos como una manera de dar respuestas a las políticas del sistema público de salud, donde la educación, la intervención de los problemas y riesgos de salud son fundamentales para elevar la calidad de vida. De allí, que son varias las premisas sobre el ser y el deber ser de la capacitación en educación comunitaria dependiendo de la comunidad, su disposición a integrarse a la autogestión de salud y la capacidad del medio para su gestión de dichos cambios. En efecto, la capacitación en educación comunitaria se centra en desarrollar estrategias educativas orientadas al fomento, protección y restauración de la salud, así como la prevención de los riesgos sociales.

Chiavenatto¹, señala que la capacitación en educación comunitaria pretende lograr dos objetivos; el primero, fortalecer actitudes hacia un mayor acercamiento y cooperación comunitaria incluyendo actitudes para solucionar problemas, actitudes de comunicación y capacidad para formar grupos. El segundo, aprovechar el hecho de que la capacitación puede mejorar el compromiso del medio con la acción comunitaria. Para satisfacer estos se requiere que el médico sea capaz de analizar y resolver problemas de salud comunitaria, trabajar productivamente en equipo y desplazarse hacia las localidades deprimidas.

Al respecto, Gento⁴ plantea, "las relaciones sociales que definen la integración educativa en salud, son: la participación y la cooperación siendo el propósito fundamental lograr eficientemente satisfacer necesidades sentidas de la comunidad". El autor señala, que la integración de la gente brinda concentración para el aprendizaje y genera una fuerza que inspira y mueve masa que los lleva a compartir la visión de salud, para trabajar y alcanzar logros de beneficio común, es decir, elevar la calidad de vida.

Las dos técnicas principales para determinar los requerimientos de capacitación son el análisis de tareas comunitarias y el análisis de desempeño, en términos de demandas de salud comunitaria. La primera es un estudio detallado de un puesto para identificar las habilidades requeridas, de tal manera que se podría instruir un programa de capacitación adecuado. Y la segunda, es el estudio cuidadoso del desempeño para identificar una deficiencia y posteriormente corregirla o aplicarle cualquier otro ajuste¹.

Es importante destacar, que la comunidad es considerada, administrativamente en salud, fundamental para lograr intervenir problemas de salud o prevenirlos a través de la integración de dicha comunidad al autocuidado y gestión preventiva de la familia. Se presenta entonces, la comunidad como un conjunto de personas inscritas en un espacio, con objetivos propios e intereses previamente acordados. Al respecto, Chinoy⁵ señala la comunidad "es un grupo que ocupa un territorio dentro del cual se puede llevar a cabo la totalidad del ciclo vital". Según el autor, la comunidad está conformada por un grupo de personas con intereses propios que interactúan en el mismo espacio y los cuales al integrarse hacen posible acciones de beneficio común.

Al respecto, Rappaport⁶ considera que la comunidad:

"Es un grupo social de cualquier tamaño, cuyos miembros residen en una localidad específica, comparten un gobierno y tienen una herencia cultural e histórica común. Es un grupo social que comparte características e intereses comunes y percibe como distinto en algún sentido a la sociedad en la cual existen".

El autor, concibe la comunidad como la integración de personas que asumen características e intereses comunes que interactúan en un espacio delimitado, con normas sociales, siendo el producto de implicaciones culturales. La co-

munidad así entendida, es una organización que debe poseer estrategias para incorporarse al entorno social que lo envuelve y alcanzar los objetivos comunes, en este caso, de salud. Estas estrategias deben estar orientadas en función de proyectos, metas previamente establecidas y acciones diseñados en el consenso del colectivo de tal manera, que su ejecución incorpore todos los actores de la comunidad estructurando las relaciones sociales como punto de partida para la interacción comunitaria en salud, lo cual es la razón de ser de la educación.

La modalidad de capacitación en educación para la salud, es múltiple, la diferencia entre estas, depende del alcance del profesional de los sujetos a quien se capacitan, el conocimiento a ofrecer, del tiempo de dirección, el compromiso que demanda en la persona que se capacite y el ambiente en el cual se desarrollen al programa. Al respecto, Bradford⁷ plantea las distintas formas de proporcionar capacitación, y las explica mediante niveles, entre éstos: realización de cursos, talleres, programa de adiestramiento y participación en proyectos comunitarios. En tal sentido uno de los más grandes compromisos de los proyectos de salud es integrarse en equipo para crear condiciones y decidir el rumbo de los proyectos.

Los programas de educación para la salud en las comunidades en distintas disciplinas, se desarrollan de un proceso permanente que permite al participante adquirir los conocimientos oportunos de su disciplina o área y proporciona las herramientas a fin de mejorar sus conocimientos y elevar el nivel de vida de las personas que en ellos participan. Dichos programas mantienen una estrecha relación entre las demandas y necesidades de las comunidades, promueven el desarrollo de saberes, habilidades y actitudes y posibilitan el intercambio de ideas y experiencias entre las personas⁸.

Ante los planteamientos anteriormente es necesario destacar que en los actuales momentos Venezuela está viviendo un proceso de cambio en sus estructuras gubernamentales, lo cual ha generado el reordenamiento de las instituciones, entre éstas las del sector salud, las cuales no puede quedar al margen de esta corriente de modernización, en la cual, la descentralización es la fuerza motivadora principal. Bravo⁹ plantea que es propicia la ocasión para que, a partir de los principios fundamentales, se establezca la propuesta de un programa de capacitación de los profesionales de la salud en educación comunitaria.

Al respecto, la Ley Orgánica de Salud¹⁰ destaca que la educación tiene un compromiso comunitario: la educación para la salud; parte fundamental de la estrategia de promoción de calidad de vida y salud. Asimismo, se destaca la participación de la sociedad, en procura de la adopción de los hábitos saludables y el estímulo a la participación comunitaria en las formulaciones políticas y evolución de la gestión. De acuerdo, a esta política se deben implementarse programas de educación comunitaria como un método práctico para poner al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad la asistencia de salud, de forma que resulten aceptables y proporcionar los recursos. Por tanto, se hace necesaria la participación de la comunidad en la toma de decisiones, planeamiento, programación, ejecución, evaluación y control de las actividades de salud que la afectan o interesen; la incorporación de conocimientos y tecnologías populares de eficacia comprobada permitirán el fortalecimiento de la praxis sanitaria.

En consecuencia, es fundamental que en el ámbito hospitalario se cumpla con el nivel de prevención para la salud por medio del programa de capacitación que incluyen todas las acciones tendientes a conseguir el completo bienestar físico, mental y social: alimentación

adecuada; vivienda digna; educación; empleo; recreación y descanso; condiciones ambientales saludables. Es decir, la Educación para la Salud, procura el desarrollo sustentable de la comunidad, considerando que es un procedimiento que incluye el análisis, interpretación e intervención de los problemas de salud, que influye desfavorablemente en los hábitos, actitudes y conocimientos relacionados con la salud individual y colectiva OPS².

Es evidente, que se reconocen dos tipos de educación para la salud: Educación formal, la que se da en las instituciones; y la educación informal, la que se transmite por generaciones. La educación para la salud puede ser individual o colectiva, con sus ventajas ya que permitirá capacitar a la comunidad a fin de prevenir enfermedades y mejorar la calidad de vida. Todo lo planteado, deja claro que para poner al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad la asistencia de salud indispensable, de forma que resulte aceptable y proporcionada a sus recursos es necesario considerar tres capacidades básicas en los individuos: La capacidad de innovación, la de adaptación y la de aprendizaje. La primera implica adecuarse a los cambios tecnológicos y a las transformaciones de los mercados y la última, a la necesidad de asumir el aprendizaje como un proceso continuo y sistemático.

Andrade¹¹ señala en estudios realizados sobre la implantación de programas de salud en las comunidades organizadas del municipio Maracaibo que no existe vinculación alguna entre los programas de orientación y educación de salud preventiva entre el gobierno municipal, regional y nacional. Teniendo en consideración los antecedentes históricos señalados, el objetivo del presente trabajo es realizar una evaluación diagnóstica para determinar las necesidades de formación en educación para la salud del personal médico adscrito al Hospital General

del Sur Dr. Pedro Iturbe del Municipio San Francisco del estado Zulia, Venezuela.

Materiales y Métodos

La investigación fue de tipo descriptiva y de campo. En efecto, se midieron las experiencias en actividades comunitarias, conocimientos de los principios que regulan la educación comunitaria, el nivel de competencias actitudinales y las habilidades demandadas. El diseño que se aplicó fue no experimental, transeccional-descriptivo.

La población de estudio estuvo conformada por el personal médico que labora en el Hospital General del Sur del Municipio San Francisco, lo cual determinó el tamaño de la muestra sobre la base de la dimensión de la totalidad de la población en estudios, ya que como unidades finitas pueden ser catalogadas como una muestra de individuos expertos intrínsecamente involucrados con la problemática objeto de estudio.

La muestra quedó conformada por 158 médicos internos y especialistas.

Para recoger la información se aplicó la técnica de la encuesta. Para el caso de la investigación, se diseñó un instrumento dirigido a los informantes en estudio, en el cual se consideraron las dimensiones e indicadores que fueron medidas a través de 38 ítems y con cuatro alternativas de respuestas, Siempre, Casi siempre, Casi nunca y nunca.

Resultados

La Tabla 1 referida al indicador **desarrollo cognitivo** del personal médico del Hospital General del Sur revela que el 64,6% de los médicos encuestados manifestaron que casi nunca participan en cursos o talleres de gestión comunitaria, servicio comunitario o crecimiento personal, el 50% señaló igualmente

Tabla 1. Experiencia en actividades comunitarias del personal médico adscrito al Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe".

Dimensiones	Siempre		Casi siempre		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Experiencias en actividades comunitarias	11	3,49	62	19,68	181	57,46	61	19,37	315	100
Conocimiento sobre desarrollo social	270	37,2	225	31	163	22,5	68	9,3	726	100

F de I: García, Molero, García 2006.

Tabla 2. Conocimiento del personal médico del Hospital General del Sur "Dr. Pedro Iturbe" en promover el desarrollo social de la comunidad.

Dimensiones	Siempre		Casi siempre		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Promueve bienestar social	194	27,63	152	21,65	254	36,2	102	14,52	702	100
Auto afirmación Paciente médico	14	2,0	90	12,0	469	61,0	200	25,0	773	100

F de I: García, Molero, García 2006.

que casi nunca participaban en el desarrollo de proyectos comunitarios y el 27%, nunca.

En cuanto al indicador desarrollo social del personal médico del Hospital General del Sur la Tabla 2 muestra que el 65,5% de los médicos encuestados opinaron que siempre se promovía la búsqueda de la calidad de vida del paciente, 44,9% opinó que casi siempre se estimulaba la corresponsabilidad del paciente, el 34,2 asumía compromisos aun cuando pudieran ser desconocidos, el 30% manifestó que casi siempre mantenían su punto de vista y actuaban con respeto al paciente y el 39% refirió que casi nunca ofrecían atención profesional a la familia de menos recursos en la comunidad.

En la Tabla 3 se aprecia la opinión emitida por los médicos en cuanto al indicador **desarrollo humano integral**, las tendencias general de las respuestas obtenidas se ubican con mayor frecuencia entre las respuesta casi nunca (3) en un porcentaje que va desde 28,5%

a 46,8%. El 46,2% opinó que siempre se atendía desde la asistencia las necesidades de la comunidad y un 39 y 49% respondió que nunca se creaban las condiciones ecológicas favorables ni tampoco se promovía el compromiso con la comunidad.

Tabla 4 se muestra los resultados obtenidos en cuanto al indicador **desarrollo comunitario** a través de su contribución en la construcción de proyectos comunitarios, la promoción de la salud, conocimiento de la comunidad, aplicación de la educación para la salud y su capacidad de integrar a la familia y comunidad en el autocuidado del colectivo ; la tendencia general se ubicó con mayor frecuencia entre las respuesta casi nunca a nunca con un 59.5% a 26.6% respectivamente.

En la Tabla 5 se observan los resultados en cuanto al indicador **integración a las comunidades** del personal medico de la Institución en estudio, donde se indagó respecto a la ca-

Tabla 3. Conocimiento del personal médico del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” en promover el desarrollo integral de la comunidad.

Dimensiones	Siempre		Casi siempre		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Satisfacción de las necesidades	4	1	36	6,0	388	1,0	202	32	630	100
Disposición hacia el cambio	5	2	28	9,0	203	64,0	80	25	316	100

F de I: García, Molero, García 2006.

Tabla 4. Conocimiento del personal médico del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” sobre desarrollo comunitario.

Dimensiones	Siempre		Casi Siempre		Casi Nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Participación local	2	1,0	24	7,0	205	65,0	85	27,0	316	100
Democratización	-	-	11	2,0	303	64,0	160	34,0	474	100

F de I: García, Molero, García 2006.

Tabla 5. Conocimiento del personal médico del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” sobre integración de las comunidades.

Dimensiones	Siempre		Casi Siempre		Casi Nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Participación De la comunidad	-	-	21	7,0	167	53,0	128	40,0	316	100
Compromiso del profesional	2	0,6	20	6,3	155	49,0	139	44,1	316	100

F de I: García, Molero, García 2006.

pacidad para las condiciones de seguridad e higiene, informar detalladamente las condiciones de salud de la comunidad, posibilitar la participación activa de la comunidad y el respeto a la participación la tendencia general de los ítems que se ubican con mayor frecuencia entre las respuesta casi nunca y nunca con un 61.4% y 32.0% respectivamente.

En cuanto al indicador **actitud hacia el servicio comunitario** (Tabla 6) medido por la capacidad para asumir compromisos para lograr impacto en los proyectos comunitario y si

promueve la responsabilidad social del médico ante los problemas; las respuestas se ubicarón con mayor frecuencia entre casi nunca, nunca con un 64.2% y 25.3% respectivamente.

Discusión

La tendencia de respuesta “casi nunca”, en cuanto al desarrollo cognitivo, contradice los expresado por Walton¹², quien plantea que para los jefes de recursos humanos supervisores, la

Tabla 6. Capacidad personal médico del Hospital General del Sur “Dr. Pedro Iturbe” para la promoción y difusión de experiencias.

Dimensiones	Siempre		Casi siempre		Casi nunca		Nunca		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Difunde los aspectos por mejorar en los proyectos	1	0,6	8	5,1	69	43,7	80	50,6	158	100
Promociona las estrategias que han Resultado exitosas	1	0,6	4	2,5	68	43,0	85	53,8	158	100
Registra el trabajo realizado en los proyectos comunitarios	-	-	9	5,7	42	26,6	107	67,7	158	100

F de I: García, Molero, García 2006.

sesión consiste en capacitación respecto a cómo desempeñar mejor su puesto actual. Para los empleados sin responsabilidades gerenciales, los cursos constituyen una oportunidad para desarrollarse en puestos gerenciales.

En relación a si se promueve el desarrollo social, los resultados no permitieron determinar una uniformidad clara de las respuesta en el personal medico, seria importante determinar si la variabilidad de respuesta se ve influenciado de una u otra forma por los años de experiencia del entrevistado.

En lo referente al desarrollo humano integral los resultados evidencian que existe uniformidad clara de las respuesta en el personal medico, es decir atienden las necesidades de la comunidad, sienten disposición para el trabajo comunitario, en menor medida favorecen el fomento del compromiso de la comunidad para con las autoridades de salud.

En este sentido Maslow¹³ expresa que la necesidad de desarrollo humano lleva implícito la realización personal de crecer y desarrollar el máximo potencial del trabajador, siendo responsables ante los retos.

Es evidente que en cuanto al desarrollo comunitario los resultados indican la escasa contribución al desarrollo de proyectos comu-

nitarios y practicas de educación para la salud, aspecto de relevante importancia para el cuidado de la salud del paciente y que debe ser fortalecido.

Así mismo los resultados evidencian que no existe en el Hospital mecanismos que posibiliten la participación activa de la comunidad en la ejecución de los proyectos de educación para la salud ni tampoco se indaga las condiciones de seguridad e higiene de la comunidad perteneciente a su área de influencia.

Es evidente al evaluar los resultados obtenidos del personal encuestado que el personal medico tiene poca actitud para las actividades comunitarias. Estos datos contradicen lo expresado por Davis¹⁴ quien señala que la capacitación auxilia a los miembros de la organización en el desempeño de su trabajo actual; sus beneficios pueden prolongarse a toda su vida laboral y pueden auxiliar en el desarrollo de esa persona para cumplir futuras responsabilidades.

Se concluye que:

Las necesidades de capacitación en educación para la salud del médico que labora en el Hospital General del Sur, no se encuentran

satisfechas, ya que existe poca participación en el desarrollo y ejecución de este tipo de actividad, situación que sugiera que se requiere el fortalecimiento de programas de capacitación en esta área para de esta manera elevar su desarrollo cognitivo.

En lo que se refiere a su desarrollo social siempre se promueve la búsqueda de la calidad de vida del paciente y asume sus compromisos dentro del servicio. Casi nunca o nunca ofrecen atención a la familia de menos recursos en la comunidad aspecto que debe ser fortalecido

para de esta manera elevar la capacidad de respuesta ante las demandas de la comunidad.

No existe en el hospital estrategias ni lineamientos políticos que permitan la construcción de proyectos comunitarios, que favorezcan la participación del médico para poder aplicar la educación para la salud y garantizar el auto cuidado colectivo.

Se requiere mejorar la actitud del médico para el servicio comunitario, aspecto que debe ser reforzado en los programas de capacitación.

Referencias

1. Chiavenato, I. Administración de los recursos humanos. Sexta Edición. Colombia. McGraw-Hill. 1997.
2. Oficina Sanitaria Panamericana. Desempeño en equipos de Salud. Impreso en Brasil. Editora FGV. 2002.
3. Werther W. y Davis, H. Administración de personal y recursos humanos. Cuarta Edición. Mc Graw-Hill. Interamericana de México. 2000.
4. Gento, S. Instituciones educativas para la calidad total. Editorial Muralla. S.A. 2da Edición. 2000.
5. Chinoy, E. Introducción a la Sociología. Buenos Aires Paidós 1999.
6. Rappaport, J. Community Psychology, Values research and action, New York Holt, 4ta edición. Richard and Winston 2000.
7. Bradford, D. Excelencia de la Administración. Limusa. Noriega Editores. México. 1998.
8. Carrasquero, M. Vinculación, universidad, servicios de salud y la comunidad. Un proceso de gestión. Tesis doctoral. URBE. Maracaibo. 2002.
9. Bravo, G. Programa de capacitación en gestión comunitaria en salud para los profesionales del área. Tesis de grado. LUZ. Maracaibo. 2000.
10. Ley Orgánica del Sistema Nacional de Salud. Ley N° 80 RO N° 670-25 de Septiembre de 2002.
11. Andrade. Aspectos relativos a la implantación de programas de salud en las comunidades organizadas del municipio Maracaibo. Tesis de grado. La Universidad del Zulia. Maracaibo. 1998.
12. Walton B. Fundamentos de Marketing. Undecima. Edición de McGraw-Hill. Interamericana editores CAD.CV. Impreso en México 1995.
13. Maslow, A. Motivation and Personality. New York Harper Row. Published, INC. 1954.
14. Davis, R. Comportamiento humano en el trabajo de McGraw-Hill. México 1994.