

# CONOCIMIENTO SOBRE METODOLOGÍA EDUCATIVA PARA LA CAPACITACIÓN DE ADULTOS DEL PERSONAL DE SALUD DEL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN, PERÚ 2005

Mercedes Ochoa-Alencastre<sup>1,a</sup>, Cinthia Arnao-Farfán<sup>1,b</sup>, Hernán Sanabria-Rojas<sup>1,2,c</sup>

## RESUMEN

**Objetivo.** Evaluar el nivel de conocimiento que tiene el personal de salud del primer nivel de atención del Ministerio de Salud del Perú sobre metodología educativa para la capacitación de adultos. **Materiales y métodos.** Estudio transversal realizado con una muestra probabilística de 650 trabajadores de salud de centros de salud de las 34 direcciones regionales de salud del país. Se usó un cuestionario estructurado heteroaplicado que abordó los ejes temáticos de planificación, desarrollo y evaluación de las actividades educativas dirigidas a adultos. **Resultados.** La mediana de conocimientos fue de 12 sobre un puntaje máximo posible de 20 (12/20). En el área de planificación se obtuvo una mediana de 6/9, en desarrollo una mediana de 4/8 y en evaluación 2/3. La región Tacna presentó la mayor puntuación que las demás regiones tanto a nivel global como por eje temático (mediana 16), la región Lima obtuvo una mediana de 10. No se evidencia diferencias, entre los profesionales médicos y no médicos (media=13,9), mas si hubo diferencias con el personal técnico que tuvo en promedio puntaje desaprobatorio (media=9,4). El 32% de los encuestados recibió capacitación en el tema y ellos obtuvieron puntajes más altos que aquellos que no la recibieron. Las personas con más de diez años de servicio y el personal nombrado presentan menores puntuaciones a nivel global. **Conclusión.** El nivel de conocimiento sobre metodología educativa para la capacitación de adultos en la población estudiada se encuentra por debajo de lo deseable. La región política, la condición laboral, el tiempo de servicio, el haber recibido capacitación en el área se asocian con las puntuaciones de conocimientos sobre metodología educativa en adultos en la población estudiada.

**Palabras clave:** Personal de salud; Atención primaria; Educación en salud; Educación del paciente como asunto; Promoción de la salud; Perú (fuente: DeCS BIREME).

## KNOWLEDGE OF EDUCATIONAL METHODOLOGY FOR ADULTS TRAINING OF PRIMARY HEALTH CARE PERSONNEL, PERU 2005

## ABSTRACT

**Objective.** Assess the level of knowledge that the staff of the first health care level of the Peruvian Ministry of Health on educational methodology for adults training. **Material and methods.** Cross-sectional study conducted with a probability sample of 650 health workers from health centers of the 34 regional health directorates in the country. We used a structured questionnaire addressed the themes of planning, development and evaluation of educational activities aimed at adults. **Results.** The median knowledge was 12 on a possible maximum score of 20 (12/20). In the area of planning was a median of 6 / 9, developed in a median of 4 / 8 and assessment 2 / 3. Both overall and by each topic, the Tacna region had the highest score, median 16. The Lima region received a median of 10. There weren't evident differences among medical professionals and non-physicians (mean = 13.9), but if there were differences with the technical staff which had a low average score (mean = 9.4). 32% of respondents received training in the field and they obtained higher scores than those who did not receive. People with more than 10 years of service and appointed staff have lower scores on a global level. **Conclusions.** Level of knowledge of educational methodology for adults training in the study population is below the target. Political regions, employment status, length of service, having received training in the area are associated with scores of knowledge on adult educational methodology in the study population.

**Key words:** Health personnel; Primary health care; Health education; Patient education as topic; Health promotion; Peru (source: MeSH NLM).

<sup>1</sup> Centro Nacional de Alimentación y Nutrición, Instituto Nacional de Salud. Lima, Perú.

<sup>2</sup> Facultad de Medicina, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Lima, Perú.

<sup>a</sup> Psicóloga, Magíster en Psicología Educativa y doctorado en Ciencias de la Salud; <sup>b</sup> Nutricionista con maestría en epidemiología; <sup>c</sup> Médico infectólogo, Magíster en Medicina.

## INTRODUCCIÓN

En el ámbito de la atención primaria, la prestación de servicios se da a nivel individual, familiar y comunitario, situación fuertemente ligada al componente educativo desarrollado por el personal de salud, a la participación social y a la influencia de la cultura<sup>(1,2)</sup>.

La educación para la salud, se convierte en uno de los pilares de la salud pública, demostrándose que van de la mano con el crecimiento en indicadores de salud de los países<sup>(3)</sup>. Asimismo, es conocido que una pedagogía con herramientas adecuadas a los pacientes, sus familiares y promotores de salud genera resultados más que trascendentes en materia de adherencia al tratamiento, mejora de estilos de vida, prácticas preventivas, entre otras<sup>(1,4-11)</sup>; no obstante, es uno de los recursos más descuidados y menos valorados dentro del sector<sup>(3)</sup>.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconoce que la capacitación del personal de salud en educación comunitaria o educación para la salud es vital para el logro de cualquier objetivo trazado en atención primaria. Sin embargo, la realidad revela la necesidad no resuelta de políticas que promuevan la formación del personal en educación para la salud mejorando las estrategias ya planteadas<sup>(12-15)</sup>. En el Perú, el Ministerio de Salud (MINSA) por medio del Programa de Salud Básica para Todos, puso en evidencia resultados dispares en la medición de competencias del personal que labora en los centros del primer nivel, con marcadas deficiencias inclusive en personal a cargo de los procesos de capacitación de los mismos trabajadores<sup>(16)</sup>.

Muchas veces se asume erróneamente que el personal sabe cómo capacitar, admitiendo que el alto conocimiento en un área o tema determinado se relaciona con una transmisión y difusión efectiva; sin embargo, se ha visto que a pesar de tener buen nivel de conocimientos, alta destreza en habilidades clínicas y procedimentales, existen serias deficiencias de comunicación y educación con las personas atendidas<sup>(17,18)</sup>; esto se sustenta en que la acción de transferencia educativa en el ámbito ocupacional está vinculada con el enfoque educativo, la metodología y las técnicas que se emplean para instruir, entrenar y capacitar<sup>(19,20)</sup>.

Es importante considerar que, en el ámbito ocupacional, casi la totalidad de la labor educativa se desarrolla en personas adultas, ergo, es menester incorporar conceptos de la andragogía, disciplina rectora de la educación de adultos, que valora en este grupo de personas el amplio rango de características que acompaña su proceso de aprendizaje, vale decir, su individualidad formada, su madurez, independencia, bagaje de experiencias

previas, sus motivaciones internas y la integración de lo aprendido con las actividades del quehacer diario. Por lo tanto, se recomienda adoptar el modelo andragógico en las capacitaciones del MINSA con un enfoque de educación permanente que incide en el desarrollo de competencias conceptuales, técnicas y afectivas que potencien los conocimientos, habilidades y mejoren las actitudes del personal de salud para el desarrollo óptimo de su labor diaria<sup>(7,20,21)</sup>.

En nuestro país, el MINSA ha venido desarrollando capacitaciones en temas de salud pública con estrategias metodológicas diversas<sup>(22)</sup>. Por su parte, el Instituto Nacional de Salud (INS), a través del Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), en el marco del Plan Estratégico Educativo Comunicacional 2003 - 2007 (PIECAN 2003-2007), ha capacitado al personal de salud técnico y profesional, del primer nivel de atención, empleando metodologías educativas de enfoque constructivista y andragógico, orientado a promover cambios de comportamientos alimentarios para mejorar la calidad de vida de la población<sup>(23)</sup>.

Sin embargo, no se cuenta con información fehaciente sobre los conocimientos del personal de salud ejecutor del PIECAN en el aspecto metodológico, de allí la necesidad de contar con una referencia nacional que sea base para la postulación de propuestas que busquen el mejoramiento de ese aspecto. En este sentido, el presente estudio evalúa el nivel de conocimiento del personal de salud del primer nivel de atención del MINSA sobre la metodología educativa para la capacitación de adultos.

## MATERIALES Y MÉTODOS

### POBLACIÓN DE ESTUDIO

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal desde agosto de 2004 a enero de 2005. La población accesible y de estudio estuvo conformada por los trabajadores de la salud que laboran en centros de salud del primer nivel de atención de las 34 direcciones regionales de salud (DIRESA) de las 25 regiones políticas del Perú, donde es posible encontrar una mayor concentración de profesionales de la salud y personal técnico cuya labor incluye acciones educativas de promoción y prevención de la salud con la población.

Se incluyeron a los profesionales de la salud –médico/a, enfermera/o, nutricionista, obstetriz u obstetra– y personal técnico con un mínimo de seis meses de labor en los centros de salud del MINSA. Se excluyó,

al personal cuya labor fundamental era el manejo quirúrgico.

#### **MUESTREO Y CÁLCULO DEL TAMAÑO MUESTRAL**

Se efectuó un muestreo probabilístico bietápico, la primera fase fue la selección aleatoria simple de los centros de salud; la segunda fue un muestreo estratificado de acuerdo a la categorización como profesionales médicos, profesionales no médicos y personal técnico.

En el cálculo del tamaño muestral se consideró una población finita de 1 149 centros de salud de las 34 DIRESA y el personal de salud que allí labora (14 397). Se usó el software estadístico Epiinfo v3.2, considerando una frecuencia de conocimiento adecuado del 50%, un nivel de confianza de 95%, un error de muestreo de 4% y una tasa de rechazo de 12%, obteniéndose un mínimo 650 personas, muestra dividida de modo proporcional atendiendo a la distribución global de 2 742 médicos, 4 220 profesionales no médicos y 7 435 técnicos.

#### **INSTRUMENTO DE MEDICIÓN**

Se elaboró un cuestionario estructurado autoadministrado con 20 ítems con una única respuesta de cinco posibles. Se consideró tres dominios propios de la metodología educativa para la capacitación de adultos: la planificación (el por qué, qué, cómo, cuándo y dónde de la actividad educativa); el desarrollo (la experiencia misma del proceso educativo) y la evaluación (logro de los objetivos durante y al final de la actividad educativa).

El instrumento construido fue sometido a una evaluación por juicio de expertos en educación de adultos. Posteriormente, se realizó una prueba piloto con el personal de salud de las direcciones de salud de Lima, permitiendo la reformulación del instrumento inicial, sobre todo en materia de redacción. Sin embargo, no se han empleado parámetros técnicos y estadísticos más avanzados, como el análisis factorial, situación que se constituye en una de nuestras principales limitaciones.

Se adoptó el sistema de calificación vigesimal (0 a 20) similar al propugnado por el Ministerio de Educación del Perú<sup>(24)</sup>, se consideró cuatro categorías: muy bueno, para las puntuaciones entre 17 y 20; bueno, entre 14 y 16; regular, entre 11 y 13; y deficiente, entre 0 y 10.

#### **RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN**

El personal encargado de la aplicación de las encuestas fue entrenado y estandarizado previamente, asimismo,

actuó bajo la supervisión en campo y general del equipo investigador del CENAN-INS.

Se solicitó la autorización correspondiente en las DIRESA seleccionadas. Igualmente, se obtuvo el consentimiento informado de cada una de las personas que cumplía con los criterios de selección del estudio.

Se aseguró la calidad en las diferentes etapas del estudio de manera que los instrumentos estuviesen correctamente llenados y sin enmendaduras, calificados sin errores y digitados de manera apropiada en la base de datos creada en el software Microsoft Excel®. Finalmente, se evaluó la concordancia entre los cuestionarios escritos y lo registrado en la base de datos.

#### **ANÁLISIS DE DATOS**

Se usó el software STATA® versión 8.0 (STATA Corp LP TX).

*Estadística descriptiva:* en el caso de variables categóricas se usó la distribución de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes). Para las variables cuantitativas se empleó medidas de tendencia central y de dispersión, media y desviación estándar cuando se comprobó distribución normal o en su defecto, mediana y rango intercuartílico.

*Estadística inferencial:* se trabajó con una significancia del 5%. Para analizar las diferencias de las puntuaciones obtenidas entre dos grupos, se usó la prueba de t de Student, previa confirmación de su distribución normal con la prueba de Shapiro Wilk y de la homogeneidad de varianzas por la prueba de Levene. Cuando se evaluó las diferencias entre tres o más grupos, se usó el análisis de varianza de una vía, previa evaluación con la prueba de Barlet, en su defecto, se usó la prueba de Kruskall Wallis, cuando se encontró diferencias significativas se efectuó un análisis posthoc de Bonferroni.

## **RESULTADOS**

#### **CARACTERÍSTICAS GENERALES**

La tercera parte de los participantes fueron mujeres, algo más de la mitad tenía estudios superiores de nivel técnico. Existe una ligera proporción mayor de personal nombrado frente al personal contratado. Cerca de la mitad de las personas encuestadas se encontraba en el cuarto decenio de la vida y algo más de la vigésima parte eran mayores de cincuenta años. Siete de cada

**Tabla 1.** Características generales del personal de salud del MINSA, participante del estudio. Perú 2005.

Característica	n	(%)
<b>Sexo</b>		
Masculino	166	(25,5)
Femenino	484	(74,5)
<b>Ocupación</b>		
Técnico	332	(51,1)
Médico	121	(18,9)
Enfermera	113	(17,4)
Obstetriz	69	(10,7)
Nutricionista	12	(1,9)
<b>Condición laboral</b>		
Nombrado	341	(52,6)
Contratado	309	(47,4)
<b>Edad</b>		
Menor de 30	149	(23,0)
31 – 40	295	(45,5)
41 – 50	166	(25,7)
Mayor de 50	38	(5,9)
<b>Tiempo laborando</b>		
< 1 año	34	(5,2)
1 a 2 años	51	(7,8)
3 a 5 años	116	(17,8)
6 a 10 años	194	(29,8)
> 10 años	255	(39,2)

diez entrevistados laboraba más de diez años en el MINSA (Tabla 1).

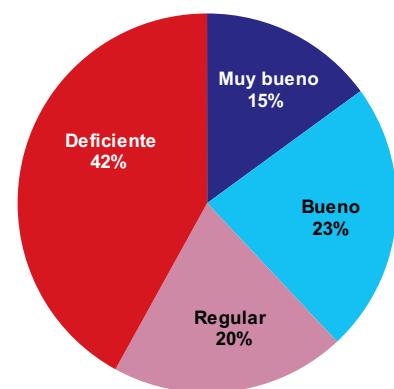
El 32% de los encuestados indicó haber sido entrenado en metodología educativa para la capacitación de adultos. Todos los encuestados refirieron haber realizado actividades educativas a profesionales, promotores de salud y población en general, siendo el 62,3% de ellas, charlas, el 57,8%, consejerías y el 19,4%, talleres educativos.

Cabe señalar que la tercera parte del personal evaluado pertenece a la región Lima y Callao, a las direcciones de salud de Lima Norte, Lima Sur, Lima Este y Lima Ciudad.

#### NIVEL DE CONOCIMIENTOS

La puntuación general promedio alcanzado en el estudio fue de  $11,4 \pm 4,64$  y una mediana de 12 de un máximo posible de 20, en el dominio de planificación se obtuvo una mediana de 6 y una media  $5,5 \pm 2,16$  de 9, en desarrollo 4 y  $4,1 \pm 2,21$  de 8 y en evaluación 2 y  $1,8 \pm 1,04$  de 3. Los resultados obtenidos difieren significativamente del puntaje máximo posible (*t* de Student,  $p < 0,01$ ).

El porcentaje de respuestas correctas en los aspectos temáticos de planificación, desarrollo y evaluación de actividades educativas tienen en promedio 61, 51 y 60% respectivamente.



**Figura 1.** Nivel de conocimiento del personal de salud del MINSA sobre metodología educativa para la capacitación de adultos, Perú 2005.

Una proporción cercana a la mitad de los encuestados muestra un nivel deficiente de conocimientos, la quinta parte de estos presenta un nivel regular, casi uno de cada cinco tienen buen nivel y el 15% tienen un desempeño muy bueno (Figura 1).

En la Tabla 2 se muestra la distribución de puntuaciones promedio globales y por dominios de acuerdo con las regiones políticas del Perú, donde puede observarse que Tacna presentó las más altas cifras, tanto a nivel global como en todos los ejes temáticos, mientras que Madre de Dios obtuvo los resultados globales más bajos.

#### CALIFICACIONES POR GRUPO OCUPACIONAL Y OTRAS VARIABLES

En la Tabla 3 se presentan los puntajes promedio obtenidos a nivel global y por eje temático según las características generales de la población. Se observa que sólo en el eje evaluativo, los hombres tienen puntajes en promedio superiores a las mujeres, mientras que a nivel global y en los otros dos ejes no existe evidencia estadística para afirmar que existan diferencias.

Al examinar los puntajes de acuerdo con la edad, no se observa diferencias en cuanto a los puntajes totales de metodología y en el rubro de evaluación, sin embargo, lo adquirido en el área de planificación por las personas con más de 50 años de edad es en promedio significativamente inferior que aquellas menores de 40 años, no obstante, en lo concerniente al eje desarrollo esta diferencia se dio sólo con las menores de 30 años.

Se observó diferencias en las calificaciones según la ocupación tanto a nivel global como en cada área específica explorada, haciéndose más evidente al comparar los resultados alcanzados por el personal técnico frente al grupo de profesionales de la salud,

**Tabla 2.** Puntuación global y por eje temático sobre metodología educativa para la capacitación de adultos, según región, Perú 2005.

Región	N	Calificación General m(ri)	Planificación de AE m(ri)	Desarrollo de AE m(ri)	Evaluación de AE m(ri)
<b>Puntuación máxima posible</b>		<b>20</b>	<b>9</b>	<b>8</b>	<b>3</b>
Total	650	12(7)	6(3)	4(4)	2(2)
Tacna	15	16(5)	7(2)	6(2)	3(1)
Amazonas	11	15(7)	7(3)	6(2)	2(1)
Tumbes	5	15(2)	6(2)	6(1)	2(2)
Ancash	15	15(0)	7(2)	6(2)	2(2)
Arequipa	35	14(6)	6(2)	5(4)	2(2)
Loreto	12	13(6,5)	6(2,5)	6(3)	2(0,5)
Ucayali	8	13(4,5)	5,5(1,5)	5(1,5)	2,5(1)
Huánuco	12	13(4)	7(2)	4(1)	2,5(2)
Piura	52	13(9)	6(3)	5(3,5)	2(2)
La Libertad	24	12,5(8,5)	6(4)	4(4)	2(2)
Moquegua	17	12(9)	7(4)	5(3)	2(2)
Lambayeque	15	12(8)	6(4)	5(2)	2(2)
Pasco	5	12(4)	6(1)	5(2)	2(1)
Huancavelica	15	12(9)	5(4)	5(2)	2(1)
Junín	27	12(6)	6(3)	4(3)	2(1)
Cajamarca	30	12(6)	6(2)	4(4)	2(2)
Ica	12	11,5(8,5)	6(4)	3,5(3,5)	2(1)
Apurímac	22	11(6)	6(3)	4(4)	2(1)
San Martín	29	11(6)	5(3)	3(3)	2(1)
Cusco	21	10(8)	5(4)	4(1)	2(2)
Puno	27	10(8)	6(3)	3(4)	2(2)
Lima	210	10(7)	5(4)	4(3)	2(2)
Ayacucho	27	10(5)	5(3)	4(3)	2(1)
Madre de Dios	4	9(5,5)	5(1,5)	2,5(2)	0,5(2)

**AE:** Actividad educativa. **m(ri):** Mediana(rango intercuartílico).

médico y no médico. Por otro lado, los trabajadores contratados tienen en promedio puntuajes más altos que los trabajadores nombrados en la puntuación global y en el eje de desarrollo.

Los encuestados con más de diez años de servicio tienen puntuajes, en promedio, significativamente inferiores a los registrados en el personal de más de dos años y menos de diez en el puntaje global y en planificación, esta diferencia se extiende también a personas que cuentan entre uno a dos años de servicio; en tanto, que en el área de evaluación no se apreciaron diferencias.

Las puntuaciones en el personal que recibió capacitación previa es superior que en aquellos que no la recibieron, a nivel global, como en las áreas de planificación y desarrollo.

## DISCUSIÓN

A pesar de las limitaciones en cuanto a la validación del instrumento usado, el estudio nos permite tener un

primer acercamiento global acerca de los conocimientos respecto a la metodología de la capacitación del adulto por parte del personal de atención primaria de Ministerio de Salud, que son los directamente vinculados con el proceso. La evidencia de una puntuación mediana de 12 sobre un máximo de 20, corresponde a un desempeño regular y lejano de lo óptimo, no sólo a nivel global sino en los tres ejes temáticos evaluados: 6 de 9 en planificación, 4 de 8 en desarrollo y 2 de 3 en evaluación.

Si bien hubo distribución en todas las regiones del país, fue en Lima donde se centró el grueso de la población, siendo casi la tercera parte de los encuestados; *a priori* se esperaría que debido al acceso a mayores fuentes de información y mayor frecuencia de actividades de entrenamiento deberían de tener un mayor dominio conceptual del tema, nuestros resultados ubican a la capital en el antepenúltimo lugar con una mediana de 10, por tanto un rendimiento deficiente en promedio, sólo por encima de Madre de Dios y Ayacucho, zonas de extrema pobreza y menor desarrollo del país. Tacna cuenta con los más altos niveles de calificación,

**Tabla 3.** Distribución de la puntuación global y por eje temático sobre metodología para la capacitación de adultos, de acuerdo a las características generales de la población en estudio, Perú 2005.

Factor	Metodología		Planificación		Desarrollo		Evaluación	
	$x \pm DE$	$p$	$x \pm DE$	$p$	$x \pm DE$	$p$	$x \pm DE$	$p$
<b>Sexo</b>								
Femenino	11,3 ± 4,7		5,5 ± 2,2		4,1 ± 2,2		1,7 ± 1,0	
Masculino	11,9 ± 4,5	NS †	5,5 ± 2,2	NS †	4,3 ± 2,2	NS †	2,0 ± 1,0	<0,01 †
<b>Edad</b>								
< de 30 años	11,8 ± 4,2		5,6 ± 2,1		4,4 ± 2,1		1,7 ± 1,0	
31 a 40 años	11,7 ± 4,7		5,6 ± 2,1	0,02 *	4,2 ± 2,3	0,03 *	1,8 ± 1,1	
41 a 50 años	11,0 ± 4,7	NS **	5,3 ± 2,2		3,9 ± 2,2		1,8 ± 1,0	NS *
> de 50 años	9,6 ± 5,1		4,6 ± 2,2		3,4 ± 2,3		1,6 ± 1,2	
<b>Ocupación</b>								
Médico	13,9 ± 4,2		6,4 ± 1,9		5,2 ± 2,2		2,3 ± 1,0	
Profesional no médico	13,9 ± 3,8	<0,01 *	6,5 ± 1,8	<0,01 *	5,2 ± 2,0	p<0,01 *	2,1 ± 0,8	p<0,01 *
Técnico	9,1 ± 4,0		4,6 ± 2,0		3,2 ± 1,9		1,4 ± 1,0	
<b>Condición laboral</b>								
Nombrado	11,1 ± 4,7	0,03†	5,4 ± 2,2	NS†	3,9 ± 2,2	<0,01†	1,8 ± 1,1	NS†
Contratado	11,9 ± 4,6		5,6 ± 2,2		4,5 ± 2,2		1,8 ± 1,0	
<b>Tiempo laborando</b>								
Menor de 1 año	11,9 ± 3,7		5,6 ± 1,5		4,4 ± 2,0		1,9 ± 0,9	
1 a 2 años	12,3 ± 3,9		5,7 ± 2,3		4,5 ± 2,0		2,1 ± 0,7	
3 a 5 años	12,3 ± 4,9	<0,01 *	5,8 ± 2,2	0,02 *	4,7 ± 2,3	<0,01 *	1,8 ± 1,1	NS *
6 a 10 años	12,0 ± 4,5		5,7 ± 2,2		4,4 ± 2,2		1,8 ± 1,0	
Más de 10 años	10,4 ± 4,7		5,1 ± 2,2		3,6 ± 2,2		1,7 ± 1,1	
<b>Recibió capacitación</b>								
Sí	12,6 ± 4,3	<0,01†	5,9 ± 2,0	<0,01†	4,7 ± 2,1	<0,01†	1,7 ± 1,1	NS†
No	10,9 ± 4,7		5,3 ± 2,2		3,9 ± 2,2		1,9 ± 0,9	

$x \pm DE$ =media ± desviación estándar. NS= no significativo; \* Análisis de varianza de una vía; \*\* Kruskall wallis; † t de Student.

recordemos la condición urbana de altas proporciones en esta región de salud.

Las diferencias más significativas a nivel global como en las tres áreas, se presenta entre el personal técnico y los profesionales de la salud médicos y no médicos, mas no hay diferencias entre estos dos últimos. La importancia de este hallazgo estriba en el hecho que, en muchas comunidades el principal contacto en materia de educación en salud que tienen los pacientes, se da a través del personal técnico; además, más del 50% del personal en atención primaria está conformado por esta categoría. Lo obtenido nos muestra una gran debilidad en el sector, situación que requeriría por un lado, la implementación de un programa intensivo de fortalecimiento de capacidades de este recurso humano y, por otro, de una política de incorporación de personal calificado.

Si bien encontramos diferencias estadísticamente significativas con puntuaciones en promedio superiores de las personas que reciben capacitación frente a las que no, sería importante ver si la diferencia promedio hallada tiene alguna repercusión en el global de conocimientos. De ser así, se recomienda incidir

en acciones permanentes de capacitación, a fin de disminuir esta diferencia y fortalecer o desarrollar competencias en el personal de salud para la labor preventivo promocional.

Es particular la distribución de calificaciones de conocimientos, pues muestra una distribución caracterizada por puntajes menores en las personas de menos de un año, para luego aumentar en los de 2 a 10 años y disminuir en los que tienen menos de 10 años de servicio. Estos resultados pueden relacionarse, en primera instancia, con un período de adaptación previo al primer año de servicio y, en segunda, al hecho de estar sirviendo largo tiempo a la institución con el consiguiente riesgo de presentar síndrome de *burnout* (25).

Los puntajes promedio del personal nombrado y contratado presentan diferencias estadísticamente significativas, siendo superiores en los contratados tanto en el puntaje total como en el área de desarrollo, esto podría explicarse por el interés del personal contratado en la actualización académica permanente, en búsqueda de una probabilidad disminuida de despido que pudiera presentarse.

Pareciera que algo no está funcionando bien en los programas de capacitación y entrenamiento en el sector, por lo que sería necesario promover un pensamiento más creativo para reconceptualizar las estrategias de entrenamiento en el Perú. Este aspecto ha sido planteado anteriormente con relación al desarrollo de capacidades para la promoción de la salud<sup>(5,10,22)</sup>.

Los lineamientos de política sectorial 2002-20012<sup>(26)</sup>, así como los lineamientos de política nacional de los recursos humanos han destacado la importancia del desarrollo de competencias del personal de salud, como un factor decisivo en los resultados de su accionar en el sector. Esto incluye, de una parte, la formulación de perfiles ocupacionales por competencias como estrategia fundamental para mejorar el desempeño del personal para el primer nivel de atención<sup>(22,27,28)</sup>.

Por otro lado, supone también, la necesidad de fortalecer el aprendizaje ya existente, así como la implementación de programas de capacitación sobre aquellos componentes temáticos que le permitan optimizar su proceso de transferencia educativa a través de actividades informativas, educacionales, comunicacionales, entre otras. Lamentablemente, el proceso de formación profesional a nivel de pregrado universitario no incluye aspectos metodológicos en la capacitación de adultos; siendo ésta una necesidad, en otros países ya se desarrollan cursos al respecto<sup>(6,12,29)</sup>.

El país requiere de un contingente de profesionales y técnicos de salud concientizados y capacitados en el tema teórico y práctico de la capacitación de adultos y sus aspectos metodológicos, así como en los temas de salud básica, alimentación y nutrición por etapas de vida, de modo que puedan realizar acciones educativas efectivas y eficientes con la población sobre comportamientos saludables, vinculados con el tema alimentario nutricional y sus efectos favorables sobre la calidad de vida. La experiencia en algunas regiones puede servir de modelo como es el caso de San Martín<sup>(30)</sup>.

Debe tomarse en consideración que la identificación de las necesidades de capacitación y formación, constituyen el insumo necesario para el diseño de un plan de capacitación del personal involucrado, por sí solo un diagnóstico no tiene mucho valor si no se logra transformar las necesidades encontradas en actividades educativas que cambien o mejoren la actitud, capacidad y calidad de las personas, asimismo, que se incentive la participación comunitaria<sup>(2,28)</sup>.

A pesar de las limitaciones, el estudio cumple la función de generar otras investigaciones de intervención con

diferentes alternativas de solución que permitan a *posteriori* optar por las mejores decisiones basados en evidencia científica más sólida. Además, que los responsables de las políticas de desarrollo de los recursos humanos en salud en las distintas regiones, encuentren un hilo conductor para lograr sus objetivos de capacitación no sólo en aspectos de salud y nutrición, sino también en ese componente temático clave que corresponde al manejo de metodologías educativas para la capacitación de adultos, también es importante mejorar la sostenibilidad de las actividades de capacitación en el manejo de metodologías educativas, definiendo el perfil del personal de salud participante. Igualmente, consideramos que en el sector debe promoverse la participación de profesionales de la educación, psicología y ciencias sociales, en el planeamiento e implementación de estas estrategias.

## AGRADECIMIENTOS

Atadas aquellas personas que han colaborado para llevar adelante esta investigación, en especial al Licenciado en Nutrición Mirko Lázaro Serrano quien participó en la revisión del marco muestral, en el control de calidad de las encuestas aplicadas y aportando comentarios en la lectura e interpretación de los resultados del estudio. Igualmente, a los encuestadores y supervisores de campo por su compromiso y rigurosidad en el trabajo realizado.

## Fuente de Financiamiento

Instituto Nacional de Salud

## Conflictos de Intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Martín-García M, Ponte-Mittelbrun C, Sánchez-Baile M. Participación social y orientación comunitaria en los servicios de salud. *Gacet Sanit*. 2006; 20(Supl 1): 192-202.
2. Arévalo D. Participación comunitaria y control social en el sistema de salud. *Rev Salud Publica (Bogotá)*. 2004; 6(2): 107-39.
3. Gupta S, Verhoeven M, Tiongson E. The effectiveness of government spending on education and health care in developing and transition economies. *Eur J Polit Econ*. 2002; 18(4): 717-37.
4. Wilson J. Patient counseling and education: Should doctors be doing more? *Ann Intern Med* 2006; 144(8): 621-24.
5. Cook J, Smith M. Beyond formal learning: Informal community eLearning. *Comput Educ*. 2004; 43(1): 35-47.
6. Cyr N. Introduction to health care education: A course for new associate of science in nursing faculty. *Teach Learn Nurs*. 2007; 2(1): 116-21.

7. McCann DP, Blossom HJ. The physician as a patient educator- From theory to practice. *West J Med* 1990; 153(1): 44-49.
8. Pinto BM, Goldstein MG, Marcus BH. Activity counseling by primary care physicians. *Prev Med*. 1998; 27(4): 506-13.
9. Ribeiro MA, Martins M, A Fernandes-Carvalho CR. The role of physician counseling in improving adherence to physical activity among the general population. *Sao Paulo Med J*. 2007; 125(2): 115-21.
10. Snowdon A, Hussein A, High L, Stamler L, Millar-Polgar J, Patrick P, et al. The effectiveness of a multimedia intervention on parents' knowledge and use of vehicle safety systems for children. *J Pediatr Nurs*. 2008; 23(2): 126-39.
11. Stoeckle J. The role of academician as a teacher of patient care. *Bull NY Acad Med*. 1985; 61(2): 144-54.
12. García-Soto L, Molero H, García I. Necesidades de capacitación del personal médico en educación para la salud. *Ciencia Odontológica*. 2007; 4(2): 159-67.
13. Brito P, Clasen M, De Otero E. Educación permanente, proceso de trabajo y calidad de servicios de salud. En: Brito P, Clasen M, De Otero E, editores. *Educación permanente del personal de salud*. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 1994.
14. Elwyn G, Hocking P. Organisational development in general practice: lessons from practice and professional development plans (PPDPs). *BMC Family Practice* 2000; 1:2.
15. Dussault G. Mejoramiento del desempeño del personal de Salud: de la promoción a la acción. In: Salud OPdISOMdI, editor. *Prioridades y estrategias en recursos humanos para la Salud*. Washington: Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud, 2006.
16. Perú, Ministerio de Salud. Proceso de desarrollo de competencias laborales en salud. Retos y perspectivas. Informe memoria. Lima: MINSA; 2007.
17. Park H, Lee S, Shim J, Cho J, Shin H, Park J. The physicians recognition and attitude about patient education in practice. *J Korean Med Sci*. 1996; 11(5): 422-28.
18. Turner S, Wellard S, Bethune E. Registered nurses' perceptions of teaching: constraints to the teaching moment. *Intern J Nurs Pract*. 1999; 5(1): 14-20.
19. Cabero J. Utilización de recursos y medios en los procesos de enseñanza aprendizaje. Sevilla: Universidad de Sevilla, 2001.
20. Kaufman DM. ABC of learning and teaching in medicine: Applying educational theory in practice. *BMJ* 2003; 326: 213-16.
21. Torrado N. La educación de adultos. *Cuad Invest Educ*. 2002; 18: e8.
22. Perú, Ministerio de Salud. *Construyendo la agenda para el desarrollo y la gestión de los recursos humanos en salud*. Lima: MINSA; 2001.
23. Instituto Nacional de Salud. *Directiva del Plan de Intervención Educativo Comunicacional en Alimentación y Nutrición: Documento de Trabajo*. In: Centro Nacional de Alimentación y Nutrición (CENAN), editor. Lima: INS; 2005.
24. Perú, Ministerio de Educación. R.M. N° 735-85-ED. Lima: MINEDU; 1985.
25. Marine A, Ruotsalainen J, Serra C, Verbeek J. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2006; 18(4): CD002892.
26. Perú, Ministerio de Salud. *Lineamientos de política de sectorial para el periodo 2002 - 2012*. Lima: MINSA; 2001.
27. Perú, Ministerio de Salud. *Programa de Administración de Acuerdos de Gestión: Estudio sobre capacitación y prestaciones de salud*. Lima: MINSA, 2000.
28. Méndez E. El diagnóstico de necesidades de capacitación es un asunto local. *Rev Cienc Adm Financ Segur Soc*. 2004; 12(1): 25-33.
29. Brunton S. Physician as patient teachers. *West J Med*. 1984; 141(6): 855-60.
30. Perú, Ministerio de Salud. *Desarrollo de recursos humanos en el Ministerio de Salud: experiencia de la Dirección de Salud de San Martín 1997-2000*. Lima: MINSA; 2001.

**Correspondencia:** Mg. Mercedes Ochoa Alencastre.

Dirección: Cápac Yupanqui 1400, Lima 11, Perú.

Teléfono: (511) 617-6200

Correo electrónico: [mochoa@ins.gob.pe](mailto:mochoa@ins.gob.pe)

