



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES

Estrategia de comunicación para elevar la eficacia del manual
%Capacitación eficaz en salud reproductiva+de la ONG Ipas

TESINA

Que para obtener el grado de Lic. en Ciencias de la Comunicación presenta:

MARA ZARAGOZA LEDESMA

Directora de tesina

Prof. Lilia Ramos Ordoñez

Ciudad Universitaria

Enero de 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Con agradecimiento para:

La Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Ciencias Políticas y Sociales
Centro de Educación Continua

Profesora Lilia Ramos Ordoñez
por su asesoría y conducción

Con agradecimiento para las y los profesores del sínodo:

Esperanza Alejandra Cabrera Martínez
María Eugenia Campos Cazares
Mauricio Agustín Porras Gómez
Leonardo Rodríguez Vásquez

Gracias a

Adrián Delgado Lara (Ipas México)

por su contribución en la revisión del presente trabajo

A Ipas México

por ser un espacio de aprendizaje y crecimiento,
gracias a la generosidad de mis compañeras y compañeros.

Dedicado a

Mamá y Papá,
que viven en mi corazón

Para el compañero de mi vida,

Israel Olivares

A Diego y Manuel Emilio

INDICE

Introducción	6
1. Capítulo 1	12
Los Territorios de la comunicación y la educación	
Marco teórico	
1.1 Perspectiva comunicativa	16
1.2 Perspectiva educativa	23
1.3 Capacitación eficaz	29
1.4 Capacitación eficaz en salud reproductiva	31
2. Capítulo 2	37
Comunicación y educación para mejorar la salud reproductiva	
2.1 Educación permanente en salud	37
2.2 Salud reproductiva, evolución del concepto	46
2.3 El marco social de la salud reproductiva	48
2.4 Salud reproductiva hoy	51
2.5 Salud reproductiva en México	54
2.6 El papel de las Organizaciones no Gubernamentales en los procesos de capacitación en las instituciones públicas de salud	57
2.6.1 Ipas	59
2.6.2 Estrategias de intervención de Ipas México	64
2.6.3 Capacitación a proveedores de servicios de salud	65
2.6.4 Apoyo y colaboración	66
2.6.5 Logros importantes	67
2.6.6 Retos	68
3. Capítulo 3	72
Estrategia de comunicación para elevar la eficacia de la capacitación en salud reproductiva	
3.1 Descripción del manual de capacitación eficaz en salud reproductiva	73
3.2 Descripción de la propuesta	77
3.3 Estrategia de comunicación para elevar la efectividad de la capacitación en salud reproductiva en México.	79
Conclusiones	101
Recursos	105

INTRODUCCIÓN

El cuidado de la salud reproductiva es una tarea personal y comunitaria. ¿Qué relación tiene esto con las ciencias de la comunicación? La comunicación es un elemento indispensable para mejorar la comprensión de todos los aspectos de la salud reproductiva durante la capacitación y actualización dirigida a los especialistas en el tema, quienes tienen a su cargo promover en la comunidad las medidas de atención y cuidado oportuno.

Este trabajo documenta el potencial de la comunicación para fortalecer procesos de enseñanza aprendizaje en salud reproductiva dirigidos a personal de enfermería, trabajo social, psicología, medicina general y especialistas en ginecología, desarrollados por la Organización no Gubernamental (ONG) *Ipas* en busca de la mejora en la provisión de servicios públicos de salud en México.

Resultado de la observación y realización continua de eventos de capacitación en este terreno, desde la experiencia en la conducción grupal como facilitadora y como responsable de la coordinación de eventos de capacitación, se presenta la propuesta de ampliación al manual *Capacitación eficaz en salud reproductiva*, que es el documento organizacional creado en la oficina central de *Ipas*, con sede en Carolina del Norte, que define la metodología para la planeación y realización de los procesos de enseñanza aprendizaje en los países en los que tiene representación.

No se proponen modificaciones al manual sino la ampliación del capítulo dedicado a las habilidades de comunicación necesarias para la conducción de grupos de aprendizaje, en tanto que los temas de los que se ocupa en este renglón pueden fortalecerse desde la perspectiva comunicativa.

Esta propuesta de ampliación del manual es una colección de estrategias para la optimización de las oportunidades de comunicación en los grupos de enseñanza aprendizaje en salud reproductiva que dirige la oficina de *Ipas* en México, alineadas con la metodología planteada en el manual, basada en el aprendizaje participativo y la educación para adultos.

Se señalan oportunidades de mejora de la comunicación al interior de los grupos de aprendizaje que pueden mejorar sustancialmente las relaciones interpersonales entre quienes participan en estos procesos de capacitación, incluyendo a los conductores del mismo y entre todos ellos y el contexto de la salud reproductiva.

Las recomendaciones elaboradas pueden resultar obvias para quien está familiarizado con el campo de la comunicación humana, sin embargo, como se describe en este documento, la capacitación que ofrece *Ipas* está a cargo de profesionales del ámbito médico, jurídico y de otras disciplinas, con amplios conocimientos en su materia pero que desconocen o dan poca relevancia a los aspectos comunicativos que pueden resultar relevantes en los grupos de aprendizaje, al punto de definir el curso de la interacción en el proceso de capacitación hasta determinar sus resultados.

El acercamiento a los procesos de capacitación en este contexto muestra que los profesionales de las ciencias de la comunicación tienen un potencial de fortalecimiento de la capacitación capaz de impactar positivamente la provisión de servicios en esta área de la salud. Mejorar todas las posibilidades de comunicación en el desarrollo de cada evento fortalece el involucramiento de los profesionales de la salud que participan en el proceso educativo, los provee del contexto social en el que sucede la salud y la enfermedad y construye espacios de intercambio de experiencias que mejoran la comprensión de las diversas dimensiones de la salud reproductiva, alentando así una proximidad total con el tema que motiva el compromiso de cada profesional de la salud con oportunidades específicas de atención a la salud reproductiva en su comunidad.

El **capítulo 1** de este trabajo fundamenta desde las teorías de la comunicación la pertinencia de plantear el proceso de enseñanza aprendizaje como un campo de aplicación de las ciencias de la comunicación, describe la composición de los grupos de capacitación y los roles e involucramiento de quienes comparten estos espacios de formación.

Se explora la relación entre la educación y la comunicación desde la perspectiva educativa y desde la perspectiva de la comunicación en un reconocimiento mutuo del vínculo que las une. Se muestra que desde la perspectiva educativa es indispensable

que la planeación y ejecución de un proceso de enseñanza aprendizaje esté nutrido de elementos comunicativos entre el facilitador y los participantes, entre el grupo mismo y con el facilitador, y que ese involucramiento se extienda a todos los elementos materiales e institucionales que lo rodean; es así que se establece la relevancia de la comunicación en la educación a partir de su potencial para lograr el consenso de significados.

En cuanto a la perspectiva comunicativa, se define que la formación y consolidación de un grupo establece las condiciones de su interacción, determina los roles de cada persona que lo integra y es el sistema por el que corren de ida y vuelta las interpretaciones que han de llevarse a consenso. Al ser la comunicación forma y contenido, se incluye el uso de la tecnología con fines de interacción, diálogo y reflexión crítica que forman parte del proceso a tal punto de desaparecer la rigidez de los roles de aprendiz y maestro, pues cada persona constituye en sí misma una fuente de reflexión y aprendizaje.

El desafío a los roles tradicionales de aprendiz y maestro están profundamente relacionados con la incorporación del enfoque comunicativo al campo de la educación. Esta reconsideración de los roles es también una reconsideración del proceso, que una vez iniciado sigue en movimiento hasta desembocar en conceptos como aprendizaje dialógico y comunicabilidad en la educación, ambos centrados en la trascendencia que tiene el fortalecimiento de los mecanismos de comunicación para la construcción de significados que impactan los vínculos sociales.

En este marco, se realiza una revisión de las características de la capacitación en salud reproductiva que realiza la organización no gubernamental *Ipas* en servicios de salud pública en México para mostrar elementos que la conforman y distinguir las oportunidades de mejora, así, se construye la propuesta presentada en este trabajo a través de la identificación de los elementos que contribuyen al acuerdo grupal en un proceso de capacitación en salud reproductiva para potencializar su efectividad.

La motivación para este planteamiento está relacionada a los fines de la capacitación en salud reproductiva que se refieren esencialmente a la mejora en la calidad de vida

de las usuarias de los servicios de salud, objetivo que desde el enfoque estructural funcionalista tiene un efecto positivo a nivel individual que desencadena mejoras a nivel comunitario y social, en tanto está basado en un marco de Derechos humanos.

La práctica médica en un marco de Derechos humanos es un eje importante del **capítulo 2**, en donde se describen las condiciones institucionales que enmarcan los procesos de capacitación a cargo de organismos civiles, dirigidos a profesionales de la salud que se desempeñan en instituciones públicas.

En este capítulo se describe la transformación del concepto de capacitación en el ámbito de la salud, que ha transitado de *educación continua* a *educación permanente en salud*, evolución que dio lugar a la implementación de una amplia variedad de enfoques educacionales centrados en las necesidades del personal a cargo de la resolución de problemas específicos, en evidente correspondencia con la ampliación del concepto de educación al que se hace referencia en este trabajo.

Se identifica la incursión de las organizaciones no gubernamentales en la capacitación dirigida a personal de salud de las instituciones públicas en la coyuntura de las reformas del sector salud de los años noventa, quienes habiendo ganado experiencia en terrenos concretos del ámbito médico representan una opción técnica calificada para la actualización clínica, además de estar ideológicamente en la posición adecuada para abordar temas de la salud reproductiva que desafían las posturas conservadoras predominantes en las instituciones.

En este capítulo convergen la transformación del concepto de capacitación en los servicios de salud y la descripción de la evolución del concepto de salud reproductiva, centrado en la libre determinación de las personas y la consideración del marco social en el que se inscribe.

Se detalla la preponderancia del mejoramiento de la salud reproductiva como elemento importante en tres de los ocho compromisos sociales internacionales denominados *Objetivos de desarrollo del milenio* planteados en el año 2000 que son: el mejoramiento de la salud materna, la respuesta al VIH y sida y la igualdad entre los géneros además de erradicar la pobreza extrema y el hambre, lograr la educación universal, reducir la

mortalidad de los niños, la sostenibilidad del medio ambiente y fomentar una asociación mundial para el desarrollo.

Estas necesidades sociales son el marco de procesos de capacitación que tienen como objetivo fortalecer las habilidades, conocimientos y destrezas del personal de salud para dar respuesta efectiva a las necesidades de atención en los servicios y aspirar a la paulatina transformación de esta realidad social.

Este capítulo también da cuenta de la respuesta de México ante los compromisos adquiridos para el mejoramiento de la salud reproductiva en nuestro país. En este recuento se enlistan políticas públicas, creación de instituciones, modificación de leyes y apertura a la participación de organismos civiles en la construcción de estrategias en beneficio de la salud reproductiva, entre las que se encuentra el impulso institucional a la capacitación en el tema como componente indispensable para el reconocimiento, protección y garantía de este ámbito de la salud. Respuestas que constituyen un proceso en marcha. *Ipas* es parte de la respuesta.

En este apartado se presenta la estrategia de la organización, que se distingue por incorporar a la agenda de capacitación la normatividad vigente en salud reproductiva en los contextos internacionales, estatales y locales en donde se desarrolla la capacitación, el abordaje de los aspectos sociales y las mejores prácticas médicas para la atención de la salud reproductiva, en un marco de respeto y protección de los derechos reproductivos.

Esta estrategia contempla que el cuidado integral de la salud reproductiva depende en gran medida, aunque no exclusivamente, de la existencia de profesionales de la salud de áreas médicas, de trabajo social, psicología y enfermería capacitados para facilitar la atención en temas como aborto, anticoncepción, diversidad sexual, violencia y decisiones reproductivas, desde una perspectiva amplia y un marco de derechos.

Para alcanzar sus objetivos, *Ipas* ha desarrollado el manual *Capacitación eficaz en salud reproductiva*, diseñado desde el enfoque y principios del aprendizaje de adultos y ceñido a la metodología participativa que involucra activamente a los participantes en el

proceso de construcción de significados de la práctica médica frente a las preocupaciones y condiciones de quienes requieren los servicios.

Este manual, al que se hace referencia en el **Capítulo 3**, incluye las consideraciones metodológicas que permiten a los facilitadores de estos procesos poner en práctica técnicas de aprendizaje participativo dirigidas a la adquisición o actualización de destrezas, habilidades y mejora de actitudes en la provisión de servicios.

En este capítulo se concreta una propuesta de fortalecimiento de las habilidades de comunicación para elevar la efectividad del manual de la organización. La propuesta es una extensión de la sección 2 del manual, llamado: *Principios y habilidades para capacitación eficaz en salud reproductiva*, ya que en ese apartado se encuentran descritas habilidades de facilitación y comunicación necesarias para la conducción grupal, pero se refieren exclusivamente a la importancia de la comunicación verbal y no verbal, a la utilización de preguntas cerradas y abiertas y recomendaciones para dar y recibir retroalimentación.

La ampliación propuesta lleva el título: **Otras estrategias de comunicación para elevar la efectividad de la capacitación en salud reproductiva**. Esta propuesta se compone de tres líneas de acción desde las ciencias de la comunicación: **1) Enfatizar el vínculo entre facilitadores y participantes; 2) Mejorar la contextualización del entorno de la capacitación; y 3) Fortalecimiento de la comprensión de la dimensión no médica de la salud reproductiva**.

Estos tres renglones surgen de la identificación de tres funciones importantes de la comunicación en la educación, tres espacios de convergencia que pueden fortalecerse para que en su encuentro deriven en la construcción de un ambiente de aprendizaje dotado de oportunidades de relación interpersonal, de información y materiales que ofrezcan un panorama de las problemáticas en salud reproductiva desde todas las dimensiones posibles y, conduzca a los participantes a otros aspectos de la salud reproductiva, como son los condicionantes morales y culturales para optar por acciones de autocuidado y prevención, aspectos poco abordados que es necesario reconocer para lograr una capacitación integral.

1. CAPÍTULO 1

LOS TERRITORIOS DE LA COMUNICACIÓN Y LA EDUCACIÓN

MARCO TEÓRICO

En este capítulo se explorarán los vínculos entre la comunicación y educación. Podemos hablar de vínculos en tanto que se han estudiado ya con anterioridad varios puntos de contacto entre ambas, como son: la utilidad de los medios de comunicación en un proceso de enseñanza, ya sea como instrumentos para la transmisión de mensajes educativos o como herramientas que auxilian un proceso educativo; el estudio de los medios, para definir cómo son, cuál es su alcance, sus posibilidades y sus efectos; y la comunicación como un vehículo que pone en marcha los procesos de enseñanza aprendizaje y como estrategia para lograr un mejor proceso educativo.

Todos estos aspectos en los que se encuentran la comunicación y educación muestran que ambas disciplinas se alimentan y refuerzan. De manera específica los dos últimos aspectos serán útiles para integrarlos a una propuesta de fortalecimiento de un proceso de capacitación en salud reproductiva.

La práctica médica es una disciplina que no está ajena a la necesidad de actualización permanente, al contrario, una lectura del contexto social exige a los profesionales de la salud contar con estrategias que fortalezcan su aproximación a las personas y comunidades que viven la salud y la enfermedad dictadas por sus posibilidades y recursos y también por sus costumbres, herencias, miedos o certezas. Integrar la comunicación en la capacitación continua del personal de salud le permitirá desenvolverse consiente de los retos vigentes.

La capacitación dirigida a personal de salud requiere a su vez que quien facilita el proceso tenga en mente que estos grupos de aprendizaje se desenvuelven de acuerdo a un particular contexto profesional e institucional, es importante también tener presente que la práctica de la atención en salud está normada de tal forma que ofrece diversos límites y oportunidades de acción al personal de salud, por tanto, se dedica este primer capítulo a establecer el marco teórico que muestra el vínculo entre comunicación y educación además

de las características específicas de la capacitación que se desarrolla en el ámbito médico, específicamente en el tema de salud reproductiva.

Abordaremos las aportaciones de la comunicación a la educación desde el enfoque estructural funcionalista, teoría social definida como «una versión de la teoría sociológica general que explica las actividades recurrentes e institucionalizadas en términos de necesidades de la sociedad».¹

Esta definición, incluye las necesidades que tiene la sociedad de, orden, integración, motivación, orientación, adaptación y continuidad. En ella, la sociedad debe verse como un sistema de partes llamadas operantes en tanto que cada una tiene una acción determinada.

En esta teoría adquiere un carácter axiomático la visión de que el funcionamiento (supervivencia en su estado presente) de cualquier sistema social requiere, como una de sus condiciones esenciales, una cierta forma de integración. Sin integración no puede haber acuerdo sobre metas y medios, ni actividad coordinada para alcanzarlos. (ó) es tan imprescindible la integración «funcional» como la «normativa». No obstante, en una sociedad compleja, habrá una cantidad de modos diferentes en que las sociedades puedan lograr el control y el consenso necesario, y los medios de comunicación de masas sólo son una institución entre muchas otras que presentan tareas superpuestas en ese sentido.²

En la sociedad existe cierto orden, sus elementos actúan de manera articulada e impactan a otros, por lo tanto, no son hechos aislados; además, desde esta perspectiva un cambio en un punto de la estructura puede afectar a todo el conjunto en general. Sin embargo, aun las alteraciones que se presenten en el sistema social pueden ser reguladas por las acciones de sus elementos. Esta apreciación de la sociedad define también la apreciación del papel que juegan en ella los medios de comunicación y el proceso mismo de comunicación:

Una versión convenida de las funciones de los medios de comunicación requeriría a su vez una versión convenida de la sociedad, puesto que la misma actividad de los medios (por ejemplo, el entretenimiento de las masas), puede aparecer bajo una luz positiva en una teoría social, y de manera negativa en otra. (ó) Se ha escrito mucho acerca de la

¹ Denis Mc Quail, *Introducción a la teoría de la comunicación de masas*, España, Paidós, 1985, p. 98

² *Ibid.*, p. 128

circularidad y, en consecuencia, la índole conservadora del funcionalismo. Su punto de partida es el supuesto de que toda actividad recurrente e institucionalizada sirve a algún propósito a largo plazo y contribuye al funcionamiento normal de la sociedad (Merton, 1957).³

De esta manera, el enfoque estructural funcionalista nos permitirá centrar la relación comunicación-educación de este trabajo en la integración, el equilibrio y las funciones que contribuyen a mantener el proceso de enseñanza aprendizaje, hecho social que sucede al interior de una estructura determinada, que al constituirse como grupo de aprendizaje adquiere características específicas de integración, permanencia y desempeño de funciones.

Al interior de una estructura de aprendizaje en la que se persigue solventar dichas necesidades la función más importante es el consenso en los significados.

(õ) La cuestión de cómo los seres humanos alcanzan las interpretaciones subjetivas e internas sobre el mundo objetivo de la realidad había sido el tema esencial de la filosofía durante miles de años, y sigue siendo de una importancia arrolladora porque estudia el aspecto más importante de la comunicación humana. Si no pudiéramos desarrollar, describir y ponernos de acuerdo sobre significados subjetivos de elementos de la realidad objetiva, no podríamos comunicarnos tal y como lo hacemos: no podríamos funcionar a un nivel humano. La cuestión de la mente frente a la realidad y de cómo una conoce a la otra es, pues, el meollo de la existencia humana. (õ)

En esencia, son tres los temas que están encarnados en el viejo problema de ~~cómo~~ cómo llegamos a conocer+. Uno es el problema de dividir el mundo que percibimos a través de nuestros sentidos en segmentos mentales manejables y ponerle una etiqueta a cada uno. Otro problema inseparable es el de clasificar en nuestra memoria conjuntos específicos de experiencias internas que podemos describir y reconocer una y otra vez mediante el significado correspondiente a la etiqueta. Estos dan lugar a nuestras definiciones personales relativas a asuntos, situaciones o estados de cosas específicos del entorno físico o social a los que hemos puesto una etiqueta. El término *concepto* se refiere a estos dos elementos de conocimiento tomados a la vez.

Una parte ineludible del desarrollo de los conceptos es la de ponerse de acuerdo en ciertas reglas por las que una descripción determinada se asocia a una definición específica que incorpora el significado del concepto. Esto no es sólo comportamiento

³ *Ibid.*, p. 100

individual sino también un cierto tipo de convenio social. Estas reglas dan lugar a nuestras *convenciones* sobre significado y definición, estandarizando las conexiones entre las palabras que usamos para los aspectos de nuestro entorno y las experiencias de significado subjetivas que éstas despiertan.

Por último, el conocimiento que tenemos sobre algunos aspectos de nuestro entorno nos da la base de cómo actuar en relación a ellos; por lo tanto, el tema de las *consecuencias* se encarna en la vieja cuestión de la relación entre mente y realidad. Este es un tema complejo, y en muchos sentidos es el más importante de todos. Puede valer la pena la búsqueda del conocimiento por sí mismo, pero es de nuestra comprensión del mundo físico y social de donde obtenemos las directrices en cuanto a cómo tenemos que vivir.⁴

Desde el campo específico de la psicología social se plantea no sólo la adquisición de conocimiento, sino de la adquisición de significados. Idea central para la comprensión del proceso enseñanza-aprendizaje. Esta corriente de pensamiento ha dedicado atención al tema de las construcciones humanas de significado y cómo éstas influyen en el comportamiento. Denis Mc Quail revisa la investigación psicológica social que ha establecido que hay una relación crítica entre el conocimiento que adquirimos a partir del aprendizaje en la sociedad y el modo como reaccionamos ante el entorno físico y social. Los significados recordados constituyen la base del lenguaje; y (o) estos significados, junto con sus etiquetas y convenciones, son la base de la comunicación. Y la comunicación, a su vez, es la base del orden social.⁵

En esta revisión entran en juego las diferencias entre conocimiento y significado, así como el tema del comportamiento que se deriva de la adquisición de significados para descifrar el mundo y comportarse en él. Describe un tránsito paulatino entre dos perspectivas: considerar al conocimiento condición del comportamiento y la formulación de que el conocimiento de un individuo puede ser escaso y por lo tanto su comportamiento puede deberse a factores que la persona no controla.

El principio estriba en que en el modelaje de nuestro comportamiento externo y de nuestros pensamientos, lo que cuenta son nuestras convicciones compartidas. nuestro conocimiento subjetivo, pautado por las convenciones de significado que mantenemos con los demás- y no la naturaleza de la realidad en sí misma. (o) Cuando estas

⁴ Melvin L. De Fleur, S.J. Ball-Rokeach, *Teorías de la comunicación de masas*, Argentina, Paidós, 1982, p. 304-305

⁵ Denis Mc Quail, *Op. cit.*, p. 333

convicciones dan soporte a una determinada concepción de la realidad, todos los que participan en el sistema acaban interpretando esta realidad de acuerdo con los significados que les son comunes.⁶

La comunicación interpersonal, cuyas características específicas revisaremos más adelante es un término que tiene origen en estas apreciaciones.

1.1 PERSPECTIVA COMUNICATIVA

El enfoque psicologista de la comunicación, denominado cognitivo o humanista,⁷ pone énfasis en la capacidad autorreguladora de la persona y partiendo del supuesto de que nadie puede elegir o moldear la conducta del individuo, los psicólogos humanistas y cognitivos consideran que los individuos de una sociedad son receptores activos de cualquier aporte sensorial, y sus respuestas de conducta ante cualquier estímulo son moldeadas por procesos cognitivos (procesos mentales complejos). Dichos procesos cognitivos (percepción, imaginación, sistemas de creencias, de actitudes, de valores, además de la memoria y otras actividades mentales) transforman cualquier información o aporte sensorial de muchas maneras: codificación, distorsión, almacenamiento, interpretación o decodificación selectiva o discriminatoria; se menciona que como resultado de estos procesos y transformaciones el individuo puede tomar decisiones de conducta en su vida social: interrelación con otros individuos, rechazo, indiferencia, enojo, etcétera.

Los procesos cognitivos son, por tanto, considerados como componentes cognitivos de la organización mental de los individuos, y tienen su origen en las experiencias de aprendizaje deliberadas o accidentales, sociales o solitarias, sin destacar factores de conocimiento innato o genético.⁸

⁶ Denis Mc Quail *Op. cit.*, 312

⁷ Melvin De Fleur, "Teorías de la comunicación de masas", Citado por Alejandro Gallardo Cano en *Curso de teorías de la comunicación*. México, Universidad Nacional Autónoma de México 1990 p. 41

⁸ Alejandro Gallardo Cano, *Curso de teorías de la comunicación*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, 1990 p. 41

Es necesario distinguir que en este trabajo nos referiremos a las experiencias de aprendizaje deliberadas y sociales, a la comunicación interpersonal. En ella,

(õ) los participantes gozan de la ventaja de poder apreciar inmediatamente el efecto de sus mensajes. La posibilidad de emplear los cinco sentidos en tales procesos es otra de las características que la hacen peculiar. (õ) al permitir establecer una relación de reciprocidad muy estrecha entre los participantes, se constituye en el acto social básico. Un resultado de este subproceso comunicativo, es el establecimiento de interacciones humanas o relaciones interhumanas.⁹

Alejandro Gallardo Cano¹⁰ enlista una serie de condiciones necesarias para la existencia de la comunicación interpersonal. Indica que da inicio en la capacidad del individuo de realizar procesos comunicativos internos, esa capacidad de procesamiento de datos o comunicación intrapersonal es la primera condición no sólo de la comunicación interpersonal, sino de todo acto comunicativo social.

Otra condición, a todo acto comunicativo de intercomunicación, es la existencia, en cada uno de los involucrados, de un modelo conceptual de la relación comunicativa a realizarse, la existencia de un criterio previo acerca de la posición que asumirá el individuo respecto del otro, al realizar el acto comunicativo. Posturas de experto o novato, jefe o subordinado, amigo o enemigo, son factores de estatus o de prestigio que pueden llegar a obstaculizar la relación comunicativa, dependiendo de la posición que asuman los participantes o del modelo conceptual que se formen de su contraparte.

La siguiente condición es la necesidad o apetito y la intención de comunicarse por parte de uno o ambos participantes. Este deseo o intención de comunicarse es para lograr algún fin, de lo que se desprende que la comunicación siempre obedece a una intencionalidad o a alguna necesidad, sea psicológica o pragmática.

El autor se refiere al lenguaje como la moneda de valor reconocido por ambas partes para que exista la comunicación interpersonal. Un sistema de señales y símbolos, aceptado . y manejado- de antemano por los futuros interactuantes. El uso de un

⁹ M. L. De Fleur, "Teorías de la comunicación de masas". Citado por, Alejandro Gallardo Cano en *Curso de teorías de la comunicación*, *Op. cit.*, p. 55

¹⁰ Gallardo Cano, *Op. cit.*, p. 57-58

sistema de símbolos convencionales, o lenguaje, presupone el apego a ciertas normas que cada uno de los personajes debe estar dispuesto a cumplir, por ejemplo, ciertos preceptos o protocolos de uso de un lenguaje (hablar rápido, lento, pausado, entonar de cierta manera), preceptos de carácter cultural que son aprendidos y deben ser aplicados a la hora de establecer una relación comunicativa.

Finalmente, la asunción de un papel (rol) significa que un individuo dispuesto a tener una relación comunicativa con otras personas está adoptando una guía culturalmente determinada para valorar por anticipado las conductas o funciones que desempeña su posible interlocutor en un momento dado. Un papel es una norma del juego comunicativo y provee a ambas partes de las expectativas necesarias para calcular a futuro los resultados de su comunicación.

Existen otros requisitos previos al acto comunicativo como es el campo de experiencia cultural de ambos individuos que se entrelazan al entrar en una dinámica de interacción si son parecidos, pero esto es algo que en mayor o menor grado, está supuesto de los prerrequisitos revisados.¹¹

En la comunicación interpersonal hay un grado de interdependencia, que parte del reconocimiento de la existencia del otro con quien es posible entablar un proceso comunicativo. Tales niveles de interdependencia son grados de involucramiento en los que un individuo va integrando comunicativamente su personalidad a otro hasta un grado íntimo de máxima comprensión.¹²

También la mera relación empática juega un papel importante en las interacciones iniciales o de aproximación.¹³

Estas citas marcan dos importantes grados de interdependencia,¹⁴ los autores se refieren a un primer nivel denominado interdependencia física por definición como el más obvio, ya que el receptor y el emisor dependen uno del otro, nivel en el que no se

¹¹ Alejandro Gallardo Cano, *Op. cit.* p. 58

¹² A Borden y D. Stone, "La Comunicación humana", citado por Alejandro Gallardo Cano en *Curso de Teorías de la Comunicación* p. 58

¹³ Gerald R. Miller, "Ritos, Roles, Reglas y Relaciones: Ubicación de la persona dentro de la comunicación interpersonal". Citado por Alejandro Gallardo Cano en *Curso de Teorías de la Comunicación* p. 59

¹⁴ Alejandro Gallardo Cano, *Op. cit.*, p.58

garantiza nada respecto a la efectividad de la comunicación a menos que un emisor o un receptor aseguren la existencia física de su contraparte.

Un segundo nivel de interdependencia es el de acción-reacción, en el cual una respuesta por parte del receptor obedece al estímulo del emisor. Si hay un nuevo mensaje, el mismo depende de la respuesta dada al anterior. Todo mensaje depende de la reacción provocada por el precedente.

Sin embargo, por el alto grado de complejidad, se señala que el estudio de la comunicación humana no se puede realizar mediante esquemas de estímulo-respuesta¹⁵ ya que existen en este subproceso interpersonal muchas otras determinantes que lo hacen más difícil de aprehender, por ejemplo, la existencia de prejuicios y expectativas por parte del emisor o el receptor respecto de los posibles mensajes y respuestas, actitudes, intenciones, adquisición cultural, forma de responder de la contraparte, etcétera.

Se menciona también que las expectativas están moldeadas, a su vez, por el sistema social y el contexto cultural en el cual se mueven los involucrados de una dinámica comunicativa dada.

Estas observaciones nos llevan a identificar las características del proceso de comunicación dentro de grupos específicos, aspectos también abordados por Gallardo Cano cuando señala que el objeto de estudio de la comunicación intragrupal es toda aquella pluralidad humana constituida por hechos de interacción, cuyos integrantes exhiben una conexión entre sí.¹⁶

Desde una perspectiva sociológica, los grupos son configuraciones de hechos sociales que presentan un mínimo de unidad, ya sea por lazos psicológicos (familias, clanes), por coincidencia de intereses materiales o espirituales (empresas, fábricas, logias, sectas), por comunicación de idioma, costumbres y modos de vida, pero que están limitados por el grado de interacción. Es decir, a partir de dos personas su extensión es de límites variables, pero existentes, marcados por la frecuencia y/o la intensidad de las interrelaciones comunicativas y físicas de sus integrantes. Los grupos, las formaciones

¹⁵ Alejandro Gallardo Cano, *Op. cit.*, p. 60

¹⁶ Alejandro Gallardo Cano, *Op. Cit.*, p. 70

sociales, son consecuencia de la necesidad humana de relacionar su conducta individual con la de los demás para llevar a cabo objetivos determinados. (ò) Los grupos son medios . esa es su razón de ser- para la obtención de fines que de otra forma son imposibles de lograr.¹⁷

El autor plantea la pregunta específica ¿Cumple la comunicación alguna función en la formación de los grupos?+¹⁸ La respuesta dada es que la comunicación cumple una función tan importante en la formación de grupos que se puede afirmar que los grupos, los sistemas o complejos sociales se producen a través de la comunicación. Antes de que una organización se forme, se requiere de una comunicación previa entre sus integrantes. Sin embargo, también advierte que no se puede afirmar que el simple deseo de comunicarse produzca los complejos sociales, aunque sí es posible admitir que la posibilidad de comunicación aumenta las posibilidades de imbricación social.

Ningún grupo, por informal que sea, es un conglomerado caótico de individuos luchando desorganizadamente por un fin. En todo grupo, se dan estatificaciones de jerarquía, con base en roles o especializaciones que adoptan sus miembros. Los individuos al asociarse, interrelacionan sus conductas y las organizan de manera tal, que una no es la repetición de la otra, a menos que ese sea su fin.¹⁹

Otra función de la comunicación al interior de los grupos es el establecimiento de leyes o normas, mismas que involucran a su vez los distintos roles como se han mencionado. Estas normas establecen uniformidad de conducta entre dos o más miembros del grupo y son mantenidas mediante un sistema de recompensas y castigos llamado genéricamente presiones de grupo. Por medio de ellas se establecen, para cada rol, las conductas que debe hacer y las que puede hacer el individuo que lo desempeñe.²⁰

En el desarrollo de la caracterización de los grupos, el autor reconoce que existen factores que complican el análisis comunicativo en estos espacios, Estos son los factores de ruido y pueden deberse a la simple distancia física entre los individuos que lo conforman, menciona por ejemplo la excesiva especialización de roles que

¹⁷ Cartwright y Zander "Dinámica de grupos". Citado por Alejandro Gallardo Cano en *Curso de Teorías de la Comunicación* p. 70-71

¹⁸ Alejandro Gallardo Cano, *Op. cit.*, p. 71

¹⁹ *Idem.*

²⁰ Alejandro Gallardo Cano, *Op. cit.*, p. 72

incrementa la distancia social de contacto (un mecánico y un electricista, un barrendero y un catedrático); el poder y las restrictivas relaciones de estatus general (ejecutivos con ejecutivos, secretarías con secretarías); la exagerada centralización de datos por parte de algunos individuos (un líder sindical, un dirigente de partido); el liderazgo mal distribuido (demasiado centralizado o muy disperso); el clima de contacto (áreas demasiado extensas o demasiado restringidas; mucho ruido físico, distractores, etcétera), malos hábitos mentales de algunos integrantes del grupo o incapacidad para asumir un rol por parte de un individuo, entre otros.

En un proceso de enseñanza aprendizaje basado en la construcción colectiva del conocimiento y el consenso de significados la configuración grupal y la determinación de los roles tiene un papel determinante, así lo muestran, por ejemplo, las tesis *Comunicación y Educación*²¹ y *Comunicación y educación permanentes en la educación para los adultos*²², realizadas desde el terreno de las ciencias de la comunicación en la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales.

En *Comunicación y Educación* Rafael Fragoso Sandoval expone argumentos que nos permiten identificar los elementos de las ciencias de la comunicación presentes en el proceso enseñanza aprendizaje. Entre ellos menciona que los elementos del proceso educativo son los mismos que los que conforman el proceso de comunicación. El emisor-receptor (educador) envía y recibe mensajes, lo mismo que el receptor emisor (educando) los recibe y los envía.

Identifica que el proceso educativo sucede de manera bidireccional pues el educador se educa en la comunicación con el educando y éste en la comunicación con el educador. Menciona que la educación verdadera es cambio, es transformación de la persona por lo que se da y por lo que se recibe. (õ) El aprendizaje, es decir, el cambio es un condicionante y una prueba tanto del buen comunicador como del buen educador. Aprende tanto el que comunica al codificar la realidad, como el que decodifica, al

²¹ Rafael Fragoso Sandoval, *Comunicación y Educación*, Tesis de licenciatura en Ciencias de la Comunicación, México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1990.

²² Juan Antonio Longueira Rosales, *Comunicación y educación permanentes en la educación para los adultos*, Tesis de licenciatura en Ciencias de la Comunicación, México, UNAM, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1989.

aprender esa misma realidad. Educación y comunicación son un mismo y único proceso de co-participación, de co-producción, de co-entendimiento.

Una idea central expresada por Frago Sandoval es que estos enfoques del proceso educación-comunicación ponen de manifiesto que para mejorar el proceso educativo es primordial aumentar, perfeccionar y enriquecer la comunicación.²³

Otra idea central es aquella que se refiere al conductor de un proceso de enseñanza aprendizaje como un facilitador de ese proceso, al respecto, Juan Antonio Longueira Rosales en su tesis *Comunicación y educación permanentes en la educación para los adultos* menciona que:

Una vez que se ha reconocido que un educador no necesita certificaciones especiales para enseñar; una vez que se ha reconocido que el adulto se halla en el centro del proceso de aprendizaje, y una vez que se ha comprendido que el educador de adultos es un facilitador y no un suministrador de conocimiento, se puede clarificar el papel de la educación de adultos en el proceso de desarrollo.²⁴

Desde la perspectiva comunicativa resulta pertinente cerrar con la siguiente reflexión de Nana Rodríguez:

El maestro es un ser del que se aprende, es un mediador que tiende puentes entre lo que se sabe y lo que se desconoce frente al universo cultural que nos ofrece inmensidad de posibilidades para aprender; estas características identifican al maestro y al proceso de aprendizaje con el modelo comunicativo horizontal o dialógico, en el que la perspectiva cognitiva de comunicación también está dada en términos de diálogo, de reciprocidad entre profesor y estudiante. Su acción se concentra en posibilitar el desarrollo a las formas superiores de pensamiento, ya que el alumno es el constructor de sus contenidos de aprendizaje y es aquí donde cobra importancia el aprender a aprender.²⁵

²³ Rafael Frago Sandoval, *Op. cit.*, p. 68

²⁴ Lyra Srinivasan. "Perspectivas acerca del aprendizaje no formal del adulto". Citado por Rafael Frago Sandoval en *Comunicación y Educación*, p. 68.

²⁵ Nana Rodríguez Romero, "La comunicación en la educación, la pedagogía y la didáctica", *Cuadernos de Psicopedagogía* N° 5, Colombia, 2008, p. 68

1.2 PERSPECTIVA EDUCATIVA

A partir de Freire y su aportación al estudio de la educación, otros autores como Lorenzo Luzuriaga, Ricardo Lucio, Martín Barbero y Daniel Prieto Castillo han reflexionado sobre el papel de la comunicación en la educación. A la luz de ese camino andado Nana Rodríguez considera importante establecer la relación entre comunicación y pedagogía, entendiendo por ésta última el concepto aportado por Lorenzo Luzuriaga:

La pedagogía se ha concebido como un arte, como una ciencia, como una técnica, como una filosofía. Para el autor, además de todo lo anterior la pedagogía es la ciencia de la educación, es decir, la ciencia que tiene por objeto el estudio de la educación.²⁶

La autora prefiere hablar entonces de la comunicación en la pedagogía, y establece la diferencia entre esta relación y la comunicación en la didáctica, considerada el saber que tematiza el proceso de instrucción y guía sus métodos y sus estrategias.

Esta propuesta tiene como aportes relevantes la perspectiva dialógica de Paulo Freire, que abarca al conjunto de la comunidad de aprendizaje. Los resultados de sus prácticas aportaron a un concepto de construcción social y al papel que juega la educación de las personas dentro del marco de las transformaciones sociales.

En los ambientes cooperativos, contrario a los individualistas y competitivos, las tareas de unos y otros están interrelacionadas, es decir son interdependientes. El aprendizaje cooperativo se caracteriza por: Interdependencia positiva, Interacción cara a cara y uso de competencias sociales y comunicativas, responsabilidad individual, destrezas cooperativas y procesamiento grupal

El aprendizaje cooperativo es una estrategia de organización de los grupos y una metodología de enseñanza basada en la promoción de la cooperación caracterizada por la ausencia de competición.²⁷

Otro aporte que sirve de base a este modelo, es la teoría de la acción comunicativa del filósofo alemán Jürgen Habermas²⁸, quien considera que todas las personas son

²⁶ *Ibidem.*, p. 65

²⁷ *Idem.*

²⁸ "Jürgen Habermas", (en línea), *Biografías y vidas* SCP, Barcelona, España, <http://www.biografiasyvidas.com/biografia/h/habermas.htm>, (consulta: 8 de junio 2011)

capaces de comunicarse y generar acciones. Opina que todas las personas poseen habilidades comunicativas, entendidas como aquellas que les permiten comunicarse y actuar en su entorno. A través de la comunicación las personas pueden trabajar por el logro de objetivos beneficiosos para todos, se favorecen las capacidades argumentativas y la posibilidad de llegar a consensos mediante el uso de la razón y el entendimiento, el respeto de las diferencias, la solidaridad y la transformación social.

Sin embargo, una crítica a esta teoría considera que la racionalidad, para Jürgen Habermas tiene que ver más con el uso del conocimiento que individuos capaces de conversar y actuar, realizan, y, por consiguiente, menos que ver con el conocimiento y su adquisición en sí, en tanto sus planteamientos apuntan a que no es posible una objetividad ajena a valores e intereses, razón por la cual aquellos saberes resultan reductores, en la medida en que se basan en una razón meramente instrumental.

En Freire, Habermas y Daniel Prieto Castillo, están representadas la teoría de la acción dialógica, la teoría de la acción comunicativa y el aprendizaje dialógico; derivada de ellas se plantea más recientemente (2001) la indagación dialógica.

Inmerso en el ambiente educativo, Daniel Prieto Castillo²⁹ define lo que es la comunicación en la educación a través de un proceso de revisión desde 1992 de las instancias de aprendizaje, la mediación pedagógica y la educación popular, hasta llegar a la definición de comunicabilidad. Menciona que se aprende mejor en un ambiente rico en comunicación, en interacciones, en la relación con materiales bien mediados pedagógicamente, en la práctica de la expresión, en el encuentro cotidiano:

La comunicabilidad es el ideal . desde la perspectiva de la comunicación en la educación- de todo acto educativo, sea desde el punto de vista institucional, desde el educador, desde los medios y materiales, desde el grupo, desde la relación con el contexto y desde el trabajo con uno mismo.

Entiendo comunicabilidad como la máxima intensidad de relación lograda en las instancias de aprendizaje: la institución de sus docentes, estudiantes y el contexto, los docentes entre sí y con los estudiantes, los estudiantes entre sí y con los medios, los materiales y el

²⁹ Daniel Prieto Castillo, *La comunicación en la educación*, Argentina, Ediciones la Crujía 1999, p. 46

contexto, en fin, cada uno (docente, estudiantes, encargados de la gestión del establecimiento) consigo mismo.

(õ) No podemos comprender el acto educativo sin tomar en cuenta lo comunicacional entendido como lo que significan el intercambio y la negociación de significados, de saberes y de puntos de vista, la interacción y el interaprendizaje, las tácticas de la palabra y el juego del diálogo, la interlocución y la escucha. Y sobre todo, sin el análisis de la comunicabilidad. Porque nos interesa sobremanera lo que sucede en las relaciones y en los materiales.³⁰

También define el aprendizaje como la apropiación de las posibilidades de la cultura y de uno mismo, como construcción de conocimientos y, fundamentalmente, de relaciones, pero más fundamentalmente como construcción de uno mismo; construcción es, en primer lugar, construirse.³¹

El autor toma en cuenta la importancia de los factores que inciden en esa autoconstrucción, desde las condiciones sociales en las que las personas se construyen a sí mismas hasta la intervención de los sistemas educativos, las instituciones y los educadores. De los educadores mismos advierte que pueden estar en una situación de auto construcción deficiente a causa de una pobre apropiación de sí mismo. El autor reconoce que determinar las instancias de aprendizaje puede parecer un descubrimiento pero no deja de mencionar el mérito de agrupar esas instancias y reflexionar sobre cada una de ellas y las relaciones que guardan:

El aprendizaje se produce, entonces:

- con la institución
- con el educador
- con los medios y los materiales
- con el grupo
- con el contexto
- con uno mismo

³⁰ Daniel Prieto Castillo, *Op. cit.*, p. 53

³¹ Daniel Prieto Castillo, *Op. cit.*, p. 55

¡Vaya noticia! Al parecer con Francisco Gutiérrez vinimos a descubrir el agua tibia, como dicen en México.³² (õ)

Daniel Prieto Castillo ha puesto especial énfasis en la plena identificación de las oportunidades de comunicabilidad que abre cada instancia de aprendizaje. Para cada una de estas seis instancias el autor ha compilado estrategias que resultan de las lecciones aprendidas en el ámbito de la educación, en donde ha tenido una experiencia palpable de cómo estos elementos del proceso educativo cobran vida a la luz de la comunicabilidad.

Para cada instancia de aprendizaje el autor despliega un argumento nutrido de experiencias personales en el proceso de la enseñanza y el análisis de ese proceso. A continuación se mencionan en sólo algunos renglones, mensajes clave que evidencian las posibilidades de comunicabilidad en cada una de esas instancias.

La institución³³

Se aprende más de una institución que despliega su fuerza de aprendizaje, su voluntad de comunicación para lograrla.

El educador³⁴

Debe tener la capacidad personal de utilizar en la promoción del aprendizaje los más ricos recursos de comunicación, la apropiación del contenido y de los recursos para comunicarlo.

Los medios y los materiales³⁵

Nos enfrentan a una triple tarea: aprender mediación pedagógica, aprender tecnologías y aprender a media a través de las tecnologías. Durante demasiado

³² Daniel Prieto Castillo, *Op. cit.*, p. 56

³³ Daniel Prieto Castillo, *Op. Cit.*, p. 59 y ss.

³⁴ *Ibidem*, p. 71 y ss.

³⁵ *Ibidem*, p. 85 y ss.

tiempo se ha confundido la comunicación en el seno de la educación como algo relacionado sólo con los medios y materiales a utilizar.

El grupo³⁶

El grupo tiene sentido cuando se constituye verdaderamente en una instancia de aprendizaje, y eso significa recuperar lo que cada quien aporta y a la vez ir más allá de ese círculo para enriquecerse con otros horizontes de información y de relación.

El contexto³⁷

En el contexto están quienes pueblan y dan sentido a nuestra vida cotidiana, los medios de comunicación, el barrio, los itinerarios que recorreremos para nuestro trabajo, los espacios de nuestro trabajo, el pueblo o la ciudad de la cual formamos parte, los ámbitos públicos y privados, los millares de objetos que pueblan la vida humana, etcétera. El contexto es la principal fuente de aprendizaje.

Uno mismo³⁸

Parecería que todo lo aprendible está fuera de nosotros, a cualquier edad; incluso en la educación de adultos se cae en este intento de ofrecer todo desde afuera. Comunicarse consigo mismo es comunicarse con el propio pasado y la experiencia, reflexionar sobre ello y poder expresarlo.

A cada instancia corresponde entonces una tarea que extraiga de ellas su potencial de comunicabilidad. La reunión de estas instancias es la oportunidad planteada para promover y acompañar el aprendizaje. En este reconocimiento, sin embargo, Daniel Prieto ha descrito también las condiciones que demeritan el aprendizaje. Se pregunta: ¿Cuándo se limita, se empobrece, el aprendizaje? Las respuestas son:

³⁶ *Ibidem*, p. 101 y ss.

³⁷ *Ibidem*, p. 113 y ss.

³⁸ *Ibidem*, p. 123 y ss.

-Cuando la institución vive un proceso de entropía comunicacional y no permite el sostenimiento de la pasión por la comunicación y la educación.

-Cuando el educador es un ser incapaz de llegar al otro. Su preocupación máxima es el contenido y no el interlocutor, la institución y no el educando, la propia expresión y no la ajena.

-Cuando los materiales se centran en sí mismos, en un desarrollo a espaldas del interlocutor. Si eso sucede, todo se resuelve en el comercio con el texto: contenidos, respuestas, evaluaciones.

-Cuando el proceso niega al grupo, niega un espacio de intercambio de experiencias y de mutuo enriquecimiento.

-Cuando el contexto no entra ni por la ventana. Todo está centrado en la ciencia, en el pasado, en abstracciones. Quedan así fuera la existencia cotidiana, la efectividad, los espacios de las diarias relaciones. En fin, la vida misma.

-Cuando es despreciada la experiencia atesorada a lo largo de años y la capacidad de aprender de uno mismo. El estudiante es entregado al sistema como una pieza de caza, nada tiene que aportar desde sus vivencias.

Frente a todo eso, nuestro argumento es el siguiente: la comunicabilidad permite un mejor acompañamiento y una mejor promoción del aprendizaje.

Por supuesto que no confiamos todo a ella y a la vez preciso es reconocer que sus posibilidades se resienten por causas internas a la institución, por causas contextuales y por causas personales. No es fácil sostener la comunicabilidad en un régimen autoritario donde los estudiantes están sujetos a todo tipo de controles y donde los docentes son intimidados para convertirse en difusores de la ideología en turno.³⁹

En esta revisión de la convivencia entre comunicación y educación emergen los retos de un proceso de aprendizaje. Desde comprender el lugar que ocupa ese espacio en la estructura social, el impacto que puede desencadenar en el comportamiento individual y de otros grupos hasta identificarlo como parte de un comportamiento social, hasta reconocer la distancia entre adquisición de conocimiento y construcción de significado; además de tomar en cuenta los roles individuales que confluyen en los espacios

³⁹ *Idem.*

educativos para adquirir a su vez nuevos roles dentro de un grupo destinado a la construcción de significados. Todo ello, en un contexto cultural determinado.

1.3 CAPACITACIÓN EFICAZ

Ya que el propósito de este trabajo es aportar una estrategia de comunicación que eleve la efectividad del manual *Capacitación Eficaz en salud reproductiva*, resulta necesario revisar tres conceptos, que tienen matices que es importante distinguir: eficiencia, efectividad y calidad.

De acuerdo al Diccionario de la Real Academia⁴⁰, la **eficiencia**. (Del lat. *efficient a*) es: 1. f. Capacidad de disponer de alguien o de algo para conseguir un efecto determinado. En tanto que la **eficacia**. (Del lat. *efficac a*), se define como 1. f. Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. En la misma fuente, el Diccionario de la Real Academia Española, el término **efectividad** resulta sinónimo de eficacia en su primera acepción: 1. f. Capacidad de lograr el efecto que se desea o se espera. 2. f. Realidad, validez.

En otros términos:

La eficiencia, se enfoca a los recursos, a utilizarlos de la mejor manera posible. Es la capacidad de lograr el efecto en cuestión con el mínimo de recursos posibles viable. Se puede ser eficiente sin ser eficaz, así como es posible ser eficaz sin ser eficiente⁴¹ La eficacia tiene que ver con resultados, está relacionada con lograr los objetivos. Es la capacidad de lograr un efecto deseado, esperado o anhelado.

Una definición distinta de **efectividad** que la distingue de eficacia es aquella que la identifica como la cuantificación del logro de la meta⁴². Este tercer concepto resulta ser el equilibrio de los dos primeros. La efectividad, definida por Stephen Covey es el

⁴⁰ Diccionario de la Real Academia Española, <http://www.rae.es/rae.html>. (Consulta: 3 de junio 2011)

⁴¹ <http://www.tuobra.unam.mx/publicadas/020829171632-EFICACIA.html> (Consulta: 3 de junio 2011)

⁴² *Idem*.

equilibrio entre la eficacia y la eficiencia, entre la producción y la capacidad de producción.

Por lo tanto, plantear el incremento de la efectividad, tiene que ver con una revisión de los procesos y de los resultados alcanzados.

Respecto al concepto **calidad**, de acuerdo al Diccionario de la Real Academia Española, (Del lat. *qualitas*, - *tis*, y este calco del gr.) es: **1.** f. Propiedad o conjunto de propiedades inherentes a algo, que permiten juzgar su valor. En la segunda acepción, la palabra por sí misma implica un atributo: **2.** f. Buena **calidad**, superioridad o excelencia. La calidad de vida es una frase que el diccionario define como: **1.** f. Conjunto de condiciones que contribuyen a hacer agradable y valiosa la vida.

En términos generales, el fin último de la capacitación en los servicios de salud está precisamente relacionado con mejorar la calidad de vida de los usuarios de los servicios, ideal que supone un contexto complejo de circunstancias biológicas y sociales en el que la capacitación puede tener un impacto positivo.

La calidad de la atención en los servicios de salud es una estrategia formal que persigue mejorar las condiciones en la prestación de los servicios. Esta estrategia reconoce los retos que enfrentan actualmente los sistemas de salud, como el aumento de los costos de la atención, que ascienden a la par del incremento de una población que demanda servicios y diversifica sus necesidades. Se han establecido sistemas de certificación de la calidad que marcan un parámetro de las mejores condiciones de la atención a la salud; los requerimientos para la certificación están relacionados entre sí e incluyen la adopción de guías de práctica clínica basadas en evidencia científica, estandarización de procesos con una balanceada relación costo-efectividad, la adecuación de espacios óptimos para la atención y aspectos relacionados con los conocimientos y actitudes del personal de salud y el clima organizacional.

La formalización del concepto **calidad total** llegó a América Latina, como llegó a Estados Unidos, Europa Occidental, Corea y Taiwán, como una estrategia aprendida del éxito de la industria japonesa.

En los servicios de salud se siguió el modelo de los círculos de calidad, constituidos por pequeños grupos de trabajadores con la tarea de analizar problemas y diseñar nuevas formas de organización del trabajo para resolverlos. De esta forma se puede lograr una participación activa en los procesos de cambio, una multiplicación de la creatividad y la innovación y un clima organizacional estimulante y distendido.⁴³

En este marco, la capacitación y actualización es uno de los elementos de la calidad de la atención, sin embargo, en su relación recíproca con los otros componentes, es un elemento indispensable que impacta en la provisión de los servicios.

1.4 CAPACITACIÓN EFICAZ EN SALUD REPRODUCTIVA

La particularidad de la enseñanza en el ámbito médico ha sido descrita por la Organización Mundial de la Salud (WHO) a través de la oficina regional, Organización Panamericana de la Salud (OPS), al realizar una revisión de sus características. Algunas de las aportaciones relevantes para identificar el contexto de la capacitación en los servicios de salud son las siguientes.

Los procesos educativos en el campo de salud pueden ser considerados como intervenciones capaces de movilizar, circular, producir y transferir conocimiento, tecnología, valores y sentimientos. Dado que estas intervenciones se instalan por definición en instituciones, operan sobre estructuras de poder formal e informal establecidas, sobre grupos con su propia dinámica de liderazgo, legitimidad e influencia, en definitiva sobre un entramado de relaciones de poder estructurada y reforzada por una determinada cultura.⁴⁴

En este documento se define la Educación Permanente en Salud como "la educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo en los diferentes servicios, cuya finalidad es mejorar la salud de la población"⁴⁵

⁴³ Jorge Haddad Q., María Alice Clasen Rochke, María Cristina Davini, *Educación permanente de personal de salud*, Organización Mundial de la Salud (WHO) Organización Panamericana de la Salud (OPS) Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR) División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), 1994. s/número de páginas.

⁴⁴ *Idem.*

⁴⁵ *Idem.*

Desde el campo de la administración y las ciencias sociales a los procesos de educación en salud encuentra que a comienzo de los noventa desde el campo de la administración hospitalaria se refuerza la idea del Hospital Escuela u Hospital universitario que identifica la docencia y la investigación como dos de las funciones básicas del Hospital Moderno.

Respecto al punto de vista de las corrientes de la administración que tienen influencia en los procesos educativos en el ámbito hospitalario describe que en un mismo espacio físico conviven formas diferentes de organización del trabajo, en una heterogeneidad que se extiende hasta los mismos servicios médicos, organizados en diferentes momentos históricos, y que arrastran en la organización de su trabajo muchos rasgos de los modelos de práctica que eran vigentes en el momento de su instalación y continúa en los siguientes términos.

(õ) cuando uno atraviesa el límite entre las salas de pediatría y neonatología, o desde las de clínica a cuidados intensivos puede, por el salto tecnológico y arquitectónico, experimentar la sensación de un viaje en el tiempo, a pesar de que ambos son servicios del mismo hospital. Edificios del siglo XIX que albergan tecnología del siglo XXI, sin haber resuelto problemas de infraestructura básica, son más la regla que la excepción en Latinoamérica.⁴⁶

En páginas posteriores se menciona que el personal de los servicios de salud, como si trabajara en la sala de máquinas de un barco cuyo rumbo desconoce, se encuentra aislado de cualquier reflexión o análisis sobre necesidades de salud de la población. Lamentablemente en muchos servicios de salud tampoco existen mecanismos, información ni capacidad de lectura de información epidemiológica, social, demográfica o cultural.

Concluye que resulta evidente que siendo los servicios de salud "servicios de personas para personas", el principal factor de calidad de la atención está constituido por la disponibilidad, la actitud, el conocimiento y el desempeño de los trabajadores de salud.

En este sentido, la educación permanente, en tanto herramienta para la investigación y el (auto) análisis del trabajo, en tanto instrumento de problematización, en tanto mecanismo

⁴⁶ *Idem.*

para elaborar conflictos, en tanto propuesta de búsqueda e incorporación crítica de nuevas tecnologías y de nuevos procedimientos, es decir, de nuevas formas de hacer las cosas, puede constituirse en una de las principales estrategias para mejorar la calidad de los servicios de salud.⁴⁷

Contribuir a subsanar esta necesidad de mejora en la calidad de los servicios de salud reproductiva es el objetivo principal del manual *Capacitación eficaz en salud reproductiva*. Necesidad que no se circunscribe al conocimiento técnico de los aspectos de la salud y la enfermedad, por el contrario, desde el marco actual de la práctica médica, involucra un marco de derechos humanos que en México ha cobrado vigencia paulatinamente y se ha convertido en un referente necesario para evaluar la calidad de la atención en los servicios públicos.

Desde esta perspectiva, el cuidado de la salud es una tarea personal y comunitaria y está contextualizado socialmente por los momentos históricos, la tecnología y la ciencia, las expectativas y temores sociales, los aprendizajes familiares y comunitarios, además de las vivencias personales individuales a lo largo de la vida a medida que se entra en contacto con nuevas comunidades; definiendo todo ello las circunstancias de cada persona frente a la salud y la enfermedad.

Así, el cuidado de la salud requiere no sólo de la comprensión cabal de su dimensión biológica, sino de la comprensión del contexto que resulta de los factores mencionados. ¿Cuál es el momento histórico de la aparición de las enfermedades? ¿Qué opciones médicas ofrece la ciencia? ¿Cuál es el costo del temor y la desinformación de actores clave para la atención y prevención como los y las profesionales de la salud? ¿Cuántas oportunidades de atención se pierden? Todas estas interrogantes conforman también el contenido de un proceso de aprendizaje en el ámbito médico.

Esta época de reconocimiento de los derechos humanos elementales, e incluso, del reconocimiento de aquellos que surgen al paso de los años, desde el derecho a la vida y a la protección de la salud hasta el derecho a gozar de los avances del progreso científico y los derechos ambientales es el tiempo también de la clara adjudicación de responsabilidad del estado frente al respeto, protección y garantía de esos derechos.

⁴⁷ *Idem.*

No hay manera de desvincular la práctica médica profesional de este marco, toda acción y toda omisión que vaya en sentido contrario es susceptible de cuestionamiento y acciones de mejora.

Sin embargo, la respuesta a las demandas de atención médica con frecuencia está ajena al respeto de los derechos fundamentales, que deben prevalecer en condiciones de enfermedad y deben ser garantía para el acceso a servicios dignos en todos los ámbitos públicos, tomando en cuenta la vulnerabilidad que supone el detrimento de la salud.

En este contexto, contrarios a las expectativas en torno a la consejería médica y el consentimiento informado, procesos de intercambio de información médica, objetiva y suficiente para decidir sobre el cuidado personal de la salud, la carencia de un enfoque de derechos desde la formación médica y en los procesos de capacitación de corto plazo da como resultado que las y los usuarios de los servicios de salud tomen decisiones guiadas por el temor y el desconocimiento, que acepten procedimientos que no comprenden o que desistan en la búsqueda de ayuda médica profesional, perdiendo oportunidades de atención y devolviendo a la sociedad oportunidades de prevención perdidas.

En el 2008-2009, los Estados Miembros de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) realizaron un importante avance hacia el acceso universal a la salud por medio de nuevas leyes y marcos de política así como mediante programas concretos sobre el terreno, reconociendo que el acceso universal a los servicios de salud y la protección social es fundamental para lograr la equidad en materia salud y es un componente central de la visión renovada de la atención primaria de salud. Este concepto cuenta con apoyo entre los Estados Miembros de la OPS. La universalidad es uno de los principios fundamentales de la Agenda de Salud para las Américas 2008-2017 y una mayor protección social y acceso a servicios de salud de calidad es una de las áreas de acción prioritaria establecidas en ella.

La cooperación técnica de la OPS en apoyo específico de la salud sexual y reproductiva ha tenido resultados en Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Haití, Honduras,

Panamá, Perú, y Uruguay. El Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano de la OPS (CLAP) brindó apoyo a las actividades para aumentar la cobertura de los servicios maternos y reducir la mortalidad materna mediante la cooperación técnica en las provincias del nordeste de la Argentina, en el programa Sembrando en el Perú, Arranque Parejo en México y en algunas iniciativas conexas en Haití, Honduras y Guyana.⁴⁸

El acento en ésta área de la salud tiene una historia reciente que ha evolucionado hasta llegar a plantearse la reforma del sector salud como a continuación se describe.

Muchos países de América Latina y el Caribe (ALC) están reformando actualmente sus sectores de la salud de distintas formas, a distintos ritmos y con resultados diversos. Estos cambios incluyen las siguientes medidas: 1) introducción de reformas que afectan a todo el sector, con objeto de conseguir que los servicios de salud sean más eficaces y eficientes (por ejemplo, mediante la mejora de la calidad y el acceso a los servicios de salud, la descentralización de la gestión y la toma de decisiones, el control de los costos y la ampliación del papel que desempeña el sector privado) y 2) adopción de un modelo de atención de salud reproductiva de carácter general que esté en consonancia con los programas de actuación emanados de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD) celebrada en El Cairo en 1994 y la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer (CCMM) celebrada en Beijing en 1995. Estos acuerdos internacionales exigen un enfoque de la salud reproductiva basado en los derechos humanos y en la capacidad de respuesta a necesidades holísticas, especialmente de las mujeres.⁴⁹

En términos generales, se menciona que la reforma del sector sanitario es un conjunto de medidas políticas que afectan a la organización, el financiamiento y la gestión de los sistemas de salud.⁵⁰ En teoría, el objetivo de las reformas del sector sanitario es mejorar el estado de salud de las poblaciones mediante el fomento y la mejora del acceso, la equidad, la calidad, la sostenibilidad y la eficiencia en la dispensación de los

⁴⁸ Ministros de Salud de las Américas, *Agenda para la Salud de las Américas*, Organización Panamericana de la Salud (OPS) 2008-2017 http://www.paho.org/Director/AR_2009/spanish/chapter02_text06.htm (Consultado 3 de Junio 2011)

⁴⁹ Ana Langer, Gustavo Nigenda, Jennifer. Catino, *Reforma del sector sanitario y salud reproductiva en América Latina y el Caribe: fortalecer los vínculos*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000, p. 139-147

⁵⁰ *Idem*.

servicios de atención de salud al mayor número posible de personas. A diferencia de lo que sucede en Europa y en los Estados Unidos, donde las iniciativas de reforma se han visto impulsadas principalmente por el deseo de contener los costos de la atención de salud, la reforma del sector sanitario en la mayor parte de los países de ALC se ha puesto en marcha para intentar ampliar la cobertura y fomentar la equidad en la prestación de los servicios de atención de salud, controlando al mismo tiempo el gasto sanitario en que incurrían los gobiernos, las organizaciones no gubernamentales (ONG) y los organismos donantes.

La transformación requiere una mayor participación de una gama más amplia de agentes sociales y políticos en el desarrollo de las políticas de salud y de otro tipo, con el objetivo principal de lograr que el sector sanitario adopte un enfoque más centrado en el usuario y económicamente sostenible.

Es necesario examinar los desequilibrios de poder existentes entre hombres y mujeres, y desarrollar respuestas equitativas dando a las mujeres un poder efectivo e involucrando a los hombres en las cuestiones relativas a la salud reproductiva.

(õ)Un enfoque de la salud reproductiva sensible a las necesidades específicas en razón del sexo se extiende más allá de los límites de la medicina clínica y aborda la situación en la que se encuentran las mujeres y las causas que subyacen en la pobreza y la falta de salud.⁵¹

La magnitud de la tarea planteada en este contexto es grande, tanto que parecería que la capacitación eficaz en salud reproductiva dirigida al personal de salud es una acción mínima, sin embargo, constituye una respuesta concreta desde un ámbito de acción propicio que contribuye como un engranaje a que la estructura de atención a la salud reproductiva se consolide y permanezca.

⁵¹ *Idem.*

2. CAPITULO 2

COMUNICACIÓN Y EDUCACION PARA MEJORAR LA SALUD REPRODUCTIVA

Hablar de enfoques recientes de capacitación no significa desacreditar aportes anteriores. Congruente con el reconocimiento de la experiencia adquirida como punto de partida para la incorporación de nuevos aprendizajes, los enfoques educativos actuales reconocen las reflexiones sobre el proceso educativo y dan cabida a las disciplinas que nos permiten comprender más profundamente los elementos que incrementan el aprendizaje, como las interacciones grupales que describe la sociología, los procesos de percepción que describe la psicología o el análisis de las instituciones derivados de enfoques administrativos, entre otros.

Esta visión de los enfoques de capacitación es afín a la importancia de los procesos integrales de actualización en el ámbito médico. En este capítulo se revisará el impacto de la capacitación en la salud individual, comunitaria y social a partir de integrar los aspectos clínicos a los marcos sociales, legales y normativos de cada sociedad. En esta integración la comunicación puede tener un papel plenamente activo en el diseño y realización de eventos de capacitación encaminados a actualizar a los profesionales de la salud en habilidades o conocimientos clínicos contextualizados, en tanto constituyen servicios comunitarios y sociales.

Sin embargo, también se mencionará que la capacitación no es respuesta única a las necesidades de atención en salud de la sociedad, es parte de un proceso dinámico que para traducirse en acciones de mejora debe estar inscrita en las prioridades institucionales y seguir su curso hasta la transformación de procesos.

2.1 EDUCACIÓN PERMANENTE EN SALUD

Desde la década de los años setenta la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO) impulsó una corriente de

pensamiento que facilitó el reconocimiento del adulto como sujeto de la educación, tradicionalmente centrada en el niño, y la ampliación de los ámbitos de aprendizaje más allá del ambiente escolar, extendiendo las posibilidades a todo lo largo de la vida y en contextos comunitarios y laborales.⁵²

De manera natural, emergió el contraste entre Educación Continua y Educación Permanente.⁵³ La primera, caracterizada por la continuidad del modelo escolar o académico; centrada en la actualización de conocimientos, generalmente de enfoque disciplinario; en ambientes áulicos, con una concepción de la práctica como campo de aplicación de los conocimientos especializados obtenidos, negando la posibilidad de identificar la resolución de problemas en la práctica como una oportunidad de aprendizaje; en el campo de la salud está dirigida predominantemente al personal médico y, en menor medida, al grupo de enfermería; centrada en cada categoría profesional.

En contraste, el enfoque de Educación Permanente³⁰ invierte la lógica del proceso incorporando el enseñar y el aprender en la vida cotidiana de las organizaciones y en las prácticas sociales y de trabajo en el contexto real en el que ocurren; modifica las estrategias educativas, al partir de la práctica como fuente de conocimiento y la resolución de los retos que presenta; lleva a los integrantes a la reflexión de que la práctica y la construcción de alternativas supera las fragmentaciones disciplinarias que imposibilitaban la visión de trabajo conjunto que realiza el personal médico, de enfermería, trabajo social e incluso, personal administrativo.

Al ampliar disciplinariamente el equipo de capacitación, la educación permanente integra factores⁵⁴ simbólicos que se visualizan socialmente como el sistema de vínculos que los grupos sostienen a través de rutinas, rituales, normas,

⁵² María Cristina Davini, Laura Nervi, María Alice Roschke, *La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial*, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR) División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP) Organización Panamericana de la Salud Organización Mundial de la Salud, Abril de 2002 p. 71

⁵³ *Ibidem* p. 71-73

⁵⁴ *Ibidem.*, p. 74

interacciones, intercambios lingüísticos (semánticos) y regulaciones para hacerlos parte de los elementos del aprendizaje susceptibles de transformación.

Una acotación importante es que la capacitación está orientada o diseñada por actores que comparten los mismos comportamientos que se intentan remover, es común que no se pongan en discusión las rutinas que inhiben el cambio, reforzando en muchos casos los patrones de control (*statu quo*).⁵⁵ Esto es relevante cuando el propósito de la capacitación es no reforzar prácticas vigentes sino cambiar el modelo de atención. Esta transformación no se limita a la adquisición de nuevos aprendizajes, se relaciona también con factores materiales como el equipamiento o el espacio físico adecuado para sistematizar el nuevo modelo, incluye también considerar la aplicación de incentivos al personal, revisión de los roles en la división de trabajo y que los tomadores de decisiones se involucren, legitimen y promuevan el cambio.

La educación permanente en salud es un enfoque amplio que requiere del acompañamiento de decisiones que consoliden sus objetivos.

Más allá de la diversidad de enfoque utilizados por los proyectos y componentes educacionales, existe consenso acerca de que la educación permanente en servicio constituye el enfoque más apropiado para la capacitación, ya que busca producir las transformaciones en la práctica, en contextos reales de trabajo, fortaleciendo la reflexión en la acción, el trabajo en equipos y la capacidad de gestión sobre los propios procesos locales.⁵⁶

Sin embargo, el consenso no excluye el reconocimiento de los alcances y límites de este enfoque. Cuando el Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud⁵⁷ orientó su colaboración técnica a la educación del personal de los servicios de salud, las preocupaciones principales tenían que ver con la necesidad recurrente de actualizar los conocimientos y

⁵⁵ *Ibidem.*, p. 75

⁵⁶ *Ibidem.*, p. 89

⁵⁷ *Ibidem.*, p. 4 y siguientes.

habilidades que el personal obtenía en las escuelas y facultades en las que se formaba.

En un inicio se enfatizó el objetivo de la competencia profesional y el desarrollo de nuevas propuestas para facilitar el proceso educativo, más tarde se fue construyendo progresivamente, con base en las experiencias de trabajo educacional desarrolladas y con la participación de grupos de profesionales y técnicos de América Latina, la propuesta maduró y llegó a ser el modelo actual de Educación Permanente en Salud.

Para contribuir a la ampliación de la base de educadores y profesionales de salud formados en la perspectiva de la educación permanente, el Programa de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud apoyó el desarrollo de numerosas actividades en la mayoría de los países de Latinoamérica.

El diseño de la educación permanente parte de la perspectiva laboral y tiene como principal protagonista al personal de salud; está basada en la educación de adultos y se orienta hacia objetivos de mejora de los servicios de salud ya mencionados en el capítulo anterior: calidad, eficacia, eficiencia, equidad; y contextualizados en el proceso salud/enfermedad.

En la educación permanente, el objetivo último de la capacitación es superar barreras de atención que además de tomar en cuenta la disponibilidad de los servicios y la capacidad técnica de quien los provee, se ocupa de la comprensión de los factores sociales que configuran las alternativas de salud de los usuarios de los servicios. Una respuesta esperada a esta propuesta es la transformación de la práctica médica, enmarcada en la actualidad por los derechos humanos.

Las reformas del sector salud que comenzaron a principios de los noventa representaron una oportunidad importante para el desarrollo de la capacitación del personal de los servicios de salud y la aplicación de varios enfoques educacionales centrados en las necesidades laborales.

Cuando muchos países de América Latina iniciaron procesos de reforma de sus sistemas de salud apoyándose en proyectos de desarrollo institucional o de inversión, se presentaron también desafíos para la capacitación; el primero de ellos fue pasar de la instrucción en aspectos normativos y técnicos a la conformación de equipos de salud que pudieran asegurar la implementación de los modelos de atención.

La educación del personal de salud en activo, en el marco de estos proyectos tuvo desde su inicio algunas características distintivas, que se han mantenido:

1) la capacitación de los trabajadores se desarrolla como componente de proyectos específicos (o son en sí mismos proyectos de capacitación) que están dirigidos a establecer las principales estrategias de las reformas, por lo que los objetivos y contenidos educacionales se definen en función de determinados cambios en los servicios (en algunos casos cambios profundos), que suponen necesariamente cambios en las prácticas de los trabajadores, 2) las acciones educacionales son de alcance masivo (por el gran número de destinatarios directos), incluyen a veces varias regiones y muchas veces son de alcance nacional-, alcanzan a la mayor parte de las categorías profesionales y a la mayor parte de las funciones, 3) se dirigen principalmente (aunque no de manera excluyente) al personal de los servicios públicos de salud y 4) implican la utilización de modalidades de gestión para los componentes educacionales que se definen bajo criterios de mercado; cuando los criterios de gestión propuestos por los proyectos son diferentes a los de mercado, los proyectos deben demostrar la superioridad, en términos de costo beneficio, de esos diferentes criterios seleccionados.⁵⁸

De esta manera, las organizaciones civiles con experiencia en la actualización, capacitación y manejo de determinados temas de salud, se involucran para satisfacer estas necesidades de capacitación. Las organizaciones civiles forman parte del proceso desde el estudio de factibilidad, identificación de necesidades hasta la elaboración de la propuesta educacional y evaluación de la intervención. Sin

⁵⁸ *Ibidem.*, p. 4

embargo, a pesar de que existe la aceptación generalizada de la necesidad de seguimiento y evaluación de estas intervenciones, frecuentemente ésta constituye uno de los aspectos en los que se genera poca información o es el componente más débil del proceso.

A pesar de ello, en las instituciones predomina la visión de que la capacitación contribuye de manera significativa al logro de los objetivos que se persiguen, de manera que a partir de la consideración de que la intervención en capacitación es exitosa las instituciones mantienen un vínculo de colaboración a largo plazo con las organizaciones.

Las contribuciones de mayor valor en una intervención de capacitación están relacionadas con el desarrollo de capacidades técnicas del personal de salud que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas, en tanto que el fortalecimiento de las actitudes como un elemento básico de la calidad es un área en constante crecimiento.

Una observación importante es el reconocimiento de que la capacitación es sólo uno de los elementos que contribuyen a la mejora integral de la prestación de los servicios de salud. Las organizaciones no gubernamentales hacen hincapié en la necesidad de integrar los aspectos relacionados al proceso institucional y el marco legal en el que se desarrolla el personal de salud para lograr la aplicabilidad de las acciones de mejora en los servicios.

La percepción predominante sobre los logros de la capacitación, están relacionados con el desarrollo de las capacidades técnicas del personal de salud . conocimientos, habilidades y destrezas- y en segundo lugar, los relacionados a las actitudes del personal con respecto a su trabajo, lo que incluye el fortalecimiento de sus relaciones con otros actores institucionales, así como su relación con las poblaciones de referencia.⁵⁹

⁵⁹ *Ibidem*, p. 21

En cuanto al nivel de atención al que se destina la capacitación, éste se define de acuerdo a los objetivos de calidad, capacidad resolutoria y cobertura.⁶⁰ Nivel básico o atención primaria; nivel secundario y nivel terciario de alta complejidad o referencia nacional. La mayoría de los participantes están relacionados con la atención directa a las personas en los servicios de salud: personal de medicina general o áreas médicas especializadas, enfermería, trabajo social y psicología. Se incluyen también de acuerdo a las necesidades de operatividad a promotores de salud, activistas de organizaciones civiles, autoridades locales e institucionales.⁶¹

La educación del personal de salud suele buscar cambios en el desempeño del personal en el marco de las funciones que ya ocupan, o puede enfocarse a la inducción de nuevo personal, o apoyar cambios previstos de funciones o de categoría personal. Estas circunstancias que pueden combinarse dada la inestabilidad, rotación y movilidad del personal de salud. En este marco, una estrategia común para la realización de las intervenciones es el uso del propio servicio de salud y, por otra parte, la gestión de la capacitación a través de las direcciones de servicios de salud locales, dependientes de las secretarías estatales de salud, lo que imprime el carácter de obligatoriedad a esta actividad; ambos elementos han resultado indispensables para propiciar el impulso necesario a la conformación de los grupos y reducir la deserción debida a la constante movilidad y rotación del personal.

Por otra parte, entre los principales límites se cuenta la lenta incorporación de nuevos enfoques y propuestas de capacitación. Esta situación implica que persistan los límites ligados a enfoques pasados, por ejemplo, la falta de definición de direccionalidad de los procesos, lo que a su vez complica la selección de estrategias educativas.

Es escasa, también, la incorporación de los avances de la investigación educativa en las propuestas de capacitación, en particular, las relativas al aprendizaje en situaciones de trabajo, a las dinámicas de conservación y cambio

⁶⁰ *Ibidem*, p. 13

⁶¹ *Ibidem*, p. 34-35

de comportamientos en las organizaciones y a los procesos de cambio cultural en las instituciones.⁶²

Contrario a lo que muestran estas nuevas dinámicas de aprendizaje, persiste el diseño del llamado modelo escolar de capacitación, en donde un %experto+vierte sus conocimientos a un grupo de profesionales, a su vez en un segundo paso, el grupo difunde en %cascada+lo aprendido a otro grupo operativo en un proceso sucesivo de multiplicadores. Este mismo esquema ha sido utilizado con la comunidad en acciones de educación para la salud, llevando a ella un mensaje en cascada con el riesgo de resultar %ajeno+de lo que efectivamente hacen o de los problemas y condiciones en que lo hacen y aun de los códigos semánticos a través de los cuales se comunican.⁶³ Hacer visible y trabajar con el contexto es uno de los retos más significativos que han asumido las propuestas pedagógicas centradas en los participantes, como se mencionará más adelante, este enfoque tiene una relevancia especial al estructurar un proceso de aprendizaje participativo en el que la educación para adultos tiene como punto de partida la experiencia particular de los integrantes del grupo, incluyendo al facilitador de los mismos.

La individualidad del aprendizaje es otro límite muy importante a considerar. Este no siempre se traduce en aprendizaje grupal y por lo tanto no hay una acción colectiva como resultado de la intervención. De esta manera, se dice que se ha logrado el aprendizaje organizacional cuando %los aprendizajes individuales son integrados, compartidos y puestos en acción a través de la coordinación de la conducta de distintos individuos, los que, necesariamente, incluyen a los que ocupan posiciones diferenciales en la organización en términos de jerarquía y poder.⁶⁴

Por tanto, es más complejo lograr el aprendizaje organizacional cuando se trata de lograr cambios en rutinas complejas. Se considera crucial si lo que se busca son cambios en los modelos de atención y de participación, lo que representa que las instituciones deben realizar modificaciones consecuentes con los planteamientos de la capacitación.

⁶² *Ibidem.*, p. 52

⁶³ *Ibidem.*, p. 52

⁶⁴ *Ibidem.*, p. 53

Cuando se trata de nuevos modelos de atención, lograr el objetivo toca terrenos más amplios. No son suficientes las transformaciones aisladas del contexto social y esto incluye la incorporación de nuevos procesos guarden relación con las políticas de salud vigentes, así como con las políticas de transformación de los servicios de salud, además del contexto político, económico y cultural que define el cuidado de la salud como una tarea personal y comunitaria.

Otros límites identificados están relacionados con el tiempo que lleva un cambio concreto de comportamiento o de adopción de nuevos procesos, tiempo que no necesariamente se cumple en el periodo de la capacitación, sino dan inicio a partir de ella. La utilización o no de las instalaciones de los servicios de salud como espacios para la capacitación es también una variable que incide en el proceso.

De esta manera, el nivel de satisfacción de una intervención se configura de elementos interrelacionados que van desde los contextos en los que sucede, las estrategias de gestión, las estrategias educacionales y la incorporación de acciones institucionales que estimulen la aplicación de los conocimientos, habilidades y actitudes pretendidas, en otras palabras, sea visualizado o no el componente educacional como estratégico en los proyectos vinculados a la reforma del sector salud, su capacidad para producir los cambios buscados va a estar en función no sólo del potencial del enfoque utilizado, de la calidad de la propuesta educacional o del interés de participación que tenga el personal de salud; esa capacidad transformadora dependerá también de las condiciones de operación del proyecto.⁶⁵

En todo lo dicho anteriormente hay un énfasis en la capacidad transformadora de la capacitación, sin embargo, las expectativas de un programa de intervención van más allá y apuntan a la sostenibilidad de los avances realizados.

Sostenibilidad no es la capacidad de repetir infinitamente las mismas intervenciones que se realizaron mientras el proyecto estaba en ejecución; tampoco se circunscribe a garantizar el autofinanciamiento ni a la obtención de nuevos financiamientos. La sostenibilidad de un proyecto se refiere a que los cambios obtenidos por ese proyecto se consoliden -inclusive a través de

⁶⁵ *Ibidem*, p. 56

estrategias adecuadas a la situación de las instituciones o poblaciones destinatarias del proyecto. Es por ello que la sostenibilidad de un proyecto no equivale a la sostenibilidad de sus acciones, sino de lo acumulado, de los avances realizados por medio de ellas (õ) Tratándose de proyectos de alcance masivo que involucran a trabajadores del sector público, la sostenibilidad no es una cuestión sólo inherente a los servicios de salud, sino que implica el establecimiento de procesos de institucionalización de esos cambios con las instancias rectoras de los ministeriosõ que remite a la construcción de alianzas, definición de reglas del juego, que pueda respaldar dicho proceso.⁶⁶

Es importante visibilizar las posibilidades de sostenibilidad que una intervención puede llegar a alcanzar, hacer una valoración anticipada de su potencial para desencadenar o intensificar procesos de cambio que logren mantenerse o no sufran un retroceso significativo cuando la intervención haya concluido, es decir, buscar la consolidación del proceso educativo.

Finalmente, hablar de sostenibilidad es hablar de institucionalizar las estrategias, para lograrlo, las intervenciones educativas deben sortear todas las limitaciones enumeradas y los servicios a su vez deben superar obstáculos como limitaciones en la capacidad técnica, administrativa, voluntad política, o carencia de recursos, a veces todas juntas.

2.2 SALUD REPRODUCTIVA, EVOLUCIÓN DEL CONCEPTO

En los años sesenta, el concepto de salud reproductiva se centró en actividades de anticoncepción y planificación de la familia, y los servicios estaban dirigidos casi exclusivamente a las mujeres en edad fértil.⁶⁷ El movimiento feminista aportó la idea de la libertad de elegir y en algunos países ello incluyó el derecho a servicios relacionados con el aborto.

⁶⁶ *Ibidem.*, p. 65

⁶⁷ Organización Panamericana de la Salud Programa de Publicaciones “La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano”, (en línea) *Revista Panamericana de Salud Pública* Print version ISSN 1020-4989 Rev Panam Salud Publica vol. 4 n. 3 Washington Sept. 1998 doi: 10.1590/S1020-49891998000900015 2011 (DBI/E) 2011 s/p http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=51020-49891998000900015 (consulta 20 de julio 2011)

En la Región de América Latina se empezó a reconocer que los adolescentes estaban en riesgo por su falta de conocimientos sobre la sexualidad humana y que los servicios de salud reproductiva deberían brindarles información sobre el comportamiento responsable.

Desde los años noventa la orientación tiene en el centro de la atención al individuo con énfasis en la libre determinación. En las políticas y servicios se ha considerado cada vez más la perspectiva de género. La promoción de la salud y de los entornos saludables se ha convertido en objeto de interés público. Han sido integrados a la salud pública otros aspectos del desarrollo humano como la educación, la nutrición, el trabajo y la independencia cultural y económica. Se han subrayado también el crecimiento y envejecimiento de las poblaciones y las consecuencias de estos factores demográficos para la salud y los servicios.

En 1994 en la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), tomando como punto de partida la definición de salud establecida por la OMS, se redactó la siguiente definición:

(5) La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no hacerlo, cuándo y con qué frecuencia. Esta última condición lleva implícito el derecho del hombre y la mujer a obtener información y de planificación de la familia de elección, así como a otros métodos para la regulación de la fecundidad que no estén legalmente prohibidos, y acceso a métodos seguros, eficaces, asequibles y aceptables, el derecho a recibir servicios adecuados de atención de la salud que permitan los embarazos y los partos sin riesgos y den a las parejas las máximas posibilidades de tener hijos sanos. En consonancia con esta definición de salud reproductiva, la atención de la salud reproductiva se define como el conjunto de métodos, técnicas y servicios que contribuyen a la salud y bienestar reproductivo al evitar y resolver los problemas relacionados con la salud reproductiva. Incluye también la salud sexual, cuyo objetivo es el desarrollo de la vida y de las relaciones personales y

no meramente el asesoramiento y la atención en materia de reproducción y de enfermedades de transmisión sexual.⁶⁸

Desde entonces se ha difundido el concepto con la finalidad de impulsar su aplicación no sólo en la letra, invocarlo pretende dejar en claro que la salud reproductiva es un proceso de toda la vida y parte integrante del desarrollo humano, tiene que ver con el comportamiento sexual y con la consideración de la reproducción como decisión dinámica, contextualizada y cambiante.

2.3 EL MARCO SOCIAL DE LA SALUD REPRODUCTIVA

La situación social tiene un impacto definitivo en la salud. Los siguientes escenarios mencionados a manera de ejemplos de esta afirmación son evidencias comunes de ello documentadas en este texto; indicadores, datos, números, obstáculos de la vida cotidiana para personas y comunidades lejanas del ejercicio de los derechos.

Un ejemplo contundente de esta relación es el problema de la mortalidad materna por Región. Este indicador se usa a para representar indirectamente el nivel de desarrollo de un Estado, analizando el número de muertes maternas que suceden respecto al número de nacidos vivos. Un ejemplo en este documento se refiere a una tasa de 2 muertes maternas por 100 000 nacidos vivos en el Canadá en comparación con Haití: 1000 muertes por 100 000, dato que expresa las diferencias en cuanto a desarrollo y equidad. También se mencionan las causas de la mortalidad materna:

(õ) durante muchos años las principales han sido las mismas: toxemia, hemorragia e infección. Sin embargo, bajo esos diagnósticos clínicos subyacen problemas como la malnutrición, la escasez de suministros para proporcionar tratamiento adecuado en caso de emergencias obstétricas en lugares remotos y, a veces, la falta de calidad de la asistencia.⁶⁹

Hay más que decir sobre la muerte materna. Las condiciones adversas devuelven a la sociedad un problema ampliado: %Los niños que sobreviven un parto en que la madre

⁶⁸ *Idem.*

⁶⁹ *Idem.*

muere tienen pocas probabilidades de vivir más allá del primer año, mientras que los otros hijos ven mermado su potencial de desarrollo individual al verse obligados a cuidar a sus hermanos.⁷⁰ La ausencia de la madre tiene un impacto profundamente negativo en las familias y simultáneamente en las sociedades y en el crecimiento de los países.

Otro problema que enmarca socialmente la salud reproductiva es la enfermedad de las mujeres. Basándose en los resultados de algunos estudios de incidencia por causas específicas reunidos por la OMS y la OPS sobre la Región de las Américas, se calculó que todos los años se produce cerca de un episodio de enfermedad por cada tres embarazos, sumando aproximadamente cuatro millones de casos. Se menciona que esta cifra refleja una necesidad no atendida de servicios y una posible subestimación del problema, ya que no abarca la enfermedad ni la discapacidad que muchas mujeres sufren como secuelas del embarazo, que rebasan efectos como la pérdida de dientes, incontinencia urinaria y osteoporosis, y otros problemas dolorosos e invalidantes que pueden causar inaceptabilidad social y aislamiento.

Un ejemplo más es la prevalencia de la operación cesárea, a menudo relacionada con la calidad de los servicios. Se considera que el uso excesivo de esta técnica representa un acto médico sin fundamento y una violación de los derechos humanos. La frecuencia de cesáreas coincide con el grado de escolaridad de las madres y la residencia urbana o rural, lo que muestra el vínculo con la equidad de oportunidades.⁷¹

El abuso y la violencia sexual se han reconocido como un asunto de salud pública. La Organización Mundial de la Salud abordó este problema en el *Informe Mundial Violencia y Salud*⁷², cuyo título convoca a las instituciones de salud y los profesionales a esclarecer una relación mucho tiempo antes conocida pero atendida lejos del concepto de justicia, resultando incluso revictimizante. En este cuarto escenario se reconoce la imbricación entre las experiencias de violencia y los problemas emocionales y

⁷⁰ *Idem.*

⁷¹ *Idem.*

⁷² Etienne G. Krug, Linda L. Dahlberg, James A. Mercy, Anthony B. Zwi, Rafael Lozano, *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, Washington D. C., E.U.A, Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, 2002.

conductuales, partos complicados, morbilidad materna, mortalidad reproductiva y la franca disminución de la calidad de vida de las personas afectadas y sus familias.

Algunos de los problemas conexos son el paralelo que existe entre el abuso sexual y la iniciación temprana de la actividad sexual, la incapacidad para distinguir entre el comportamiento afectivo y el sexual, una sensación permanente y abrumadora de vulnerabilidad y la incapacidad para negarse a tener relaciones sexuales o usar drogas o la adopción de un comportamiento protector, como el uso del condón como protección doble contra el embarazo no deseado y las enfermedades de transmisión sexual, incluyendo la infección por VIH. (õ). En ambos sexos, la violencia sexual se correlaciona con comportamientos de riesgo durante la adolescencia y, en las mujeres, con el embarazo precoz.⁷³

La crudeza de los contextos sociales adversos puede llegar a la criminalización de las decisiones y conductas personales que requieren asistencia en salud, una ruta muy corta enlaza este clima con decisiones fallidas para el cuidado de la salud o carencia de servicios.

El quinto ejemplo es el aborto inseguro, otro asunto de salud pública del cual existe un subregistro relacionado a su estigmatización. En tanto las mujeres no tengan en sus manos la autoridad absoluta sobre esta decisión, ésta seguirá siendo limitada por el temor y el desconocimiento. Aun tratándose de abortos espontáneos, las acciones de salud para su atención continuarán determinadas por un contexto legal y social restrictivo en la mayoría de los países que invierten las prioridades de la atención, privilegiando el castigo y postergando la atención inmediata y consejería adecuada para el restablecimiento de la mujer y la prevención de nuevos eventos. La criminalización disuade a las mujeres de la búsqueda oportuna de ayuda en los servicios de salud, acercándolas a la enfermedad y la muerte.

⁷³ Organización Panamericana de la Salud Programa de Publicaciones “La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano”, (en línea) *Revista Panamericana de Salud Pública* Print version ISSN 1020-4989 Rev Panam Salud Publica vol. 4 n. 3 Washington Sept. 1998. doi: 10.1590/S1020-49891998000900015 2011 (DBI/E) 2011 s/p http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49891998000900015 (consulta 20 de julio 2011)

Estos son los principales escenarios de las necesidades de capacitación . no como medida única, como ya se ha mencionado- que los países tienen para abatir los costos cuantitativos y cualitativos de un contexto social, cuyas consecuencias se recientes y reflejan en los sistemas de salud.

2.4 SALUD REPRODUCTIVA HOY

La movilización de recursos y estrategias tiene epicentro en la Organización Mundial de la Salud, su oficina regional, la Organización Panamericana de la salud, en 1984 concretó documentos para la acción como las bases para las políticas de población; en 1990 el Plan Regional de Acción para la Reducción de la Mortalidad Materna y en 1993 la Política para la Planificación de la Familia, la Salud Reproductiva y la Población. En 1995, el Comité Ejecutivo aprobó un documento sobre la población y la salud reproductiva en el que se subrayó la definición de salud reproductiva emanada de la CIPD y se dio impulso a las estrategias de empoderamiento de la mujer, la maternidad sin riesgos y la defensa de los derechos sexuales y reproductivos. Se propuso además conceder atención prioritaria a los adolescentes y el manejo del aborto provocado, y adoptar un enfoque integral en la prestación de los servicios para incluir la planificación de la familia, la atención prenatal, la asistencia del parto y la prevención de enfermedades de transmisión sexual.

De esta manera, el concepto de salud reproductiva ha ampliado sus alcances al comprender la fuerza de los contextos sociales sobre las decisiones de salud.

En el plano personal, hoy día la salud reproductiva se refiere a un continuo que empieza antes de la concepción, incluye la educación a temprana edad, abarca el desarrollo del adolescente y pasa por el período de la fecundidad y la reproducción hasta que, en la mujer, desemboca en la menopausia y el climaterio y, en el hombre, en la andropausia. En el plano colectivo, es parte integrante del desarrollo sostenible de un país y se basa en los derechos y deberes humanos individuales y sociales. Incluye, aparte de la planificación de la familia, la educación sexual, la maternidad sin riesgo, el control de las enfermedades de transmisión sexual, la atención a las complicaciones del aborto

en condiciones de riesgo, la incorporación de la perspectiva de género y la atención de todas las necesidades relacionadas con la reproducción de la especie humana y el cultivo de su potencial.⁷⁴

Hacer visible el amplio campo de la salud reproductiva es un llamado a la atención de las instituciones que inciden para que este aspecto de la salud humana sea posible, sin embargo, no sólo son llamadas aquellas instituciones que tienen a su cargo la prevención, atención y restauración de la salud biológica, sino también es un llamado al potencial de incidencia que tienen instituciones de otros ámbitos como el social y el de procuración de justicia. Así, las acciones en salud van de la mano con la construcción de capital social, disposiciones oficiales, políticas públicas, normatividad concreta, en suma elementos que legalizan y legitiman las decisiones reproductivas como ejercicio de un derecho pleno de las personas en sociedad.

En consecuencia, la salud es un bienestar personal no aislado porque se traduce en bienestar comunitario al lograrse la disminución de la mortalidad materna e infantil, la diseminación del concepto del desarrollo integral del adolescente; la incorporación del tema en los programas de estudios en las escuelas de medicina y la recopilación de información que hace posible una toma de decisiones acorde a las problemáticas comunitarias.

La reforma del sector salud se basa en el cumplimiento de estos elementos, además de motivar la atención primaria de salud y los principios fundamentales para la atención: la equidad, la eficiencia y la eficacia en la medida que estos elementos posibilitan u obstaculizan el acceso a los servicios de salud.

La marginación de personas por razones étnicas, económicas y geográficas, por ejemplo, ha sido documentada como un impedimento al acceso a los servicios de salud, con repercusiones negativas considerables. Hace más de una década se dijo que la atención a esta situación podría reducir la mortalidad materna en más de 50 por ciento. Asimismo, se ha hecho evidente la relación entre la mala salud reproductiva y el desperdicio de recursos aplicados sin esta perspectiva. Basta con considerar las consecuencias de la violencia doméstica y sexual, los embarazos de adolescentes, los

⁷⁴ *Idem.*

abortos en condiciones de alto riesgo y las tasas de mortalidad materna e infantil inadmisiblemente altas.⁷⁵

Desde la óptica de la salud pública un primer paso para la acción es documentar el problema, a partir de la visibilización de la problemática planteada, la Organización Mundial de la Salud planteó una estrategia mundial sobre salud reproductiva en la 57ª Asamblea Mundial de la Salud (WHA) en mayo de 2004 denominada *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*. En ella se señala que aspectos relacionados con la mala salud reproductiva y sexual (la mortalidad y morbilidad maternas y perinatales, diversos tipos de cáncer, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA) representan juntos cerca del 20% de la carga de mala salud de las mujeres y del 14% de la de los hombres.⁷⁶

Los cinco aspectos fundamentales de la salud reproductiva y sexual en los que se centra esta estrategia son⁷⁷: mejorar la atención prenatal, al parto, posparto y neonatal; ofrecer servicios de planificación familiar de alta calidad, incluidos servicios de atención a personas con problemas de infertilidad; eliminar los abortos peligrosos; combatir las enfermedades de transmisión sexual, en particular el VIH, las infecciones del aparato reproductor, el cáncer cervicouterino y otras afecciones ginecológicas; y promover la salud sexual.

Se menciona que esta estrategia fue formulada con la participación de representantes de las instituciones de salud, asociaciones profesionales, organizaciones no gubernamentales, asociados de las Naciones Unidas y otras partes interesadas. En ella se describen las acciones que permitirán acelerar el avance para alcanzar los Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM), así como otros objetivos y metas internacionales relativos a la salud reproductiva, especialmente los establecidos en la Conferencia

⁷⁵ *Idem.*

⁷⁶ Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas incluido el Programa Especial PNUD/FNUAP/OMS/Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana, *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*, , Ginebra, 2004 p. 15

⁷⁷ *Idem.*

Internacional sobre la Población y el Desarrollo (CIPD), celebrada en 1994, y en el periodo de seguimiento de cinco años (CIPD+5).

Tres de los ocho ODM están directamente relacionados con la salud reproductiva y sexual: mejorar la salud materna, reducir la mortalidad infantil y combatir el VIH/SIDA, el paludismo y otras enfermedades.

Para alcanzar estos objetivos es indispensable contar con buenos servicios de salud. Los buenos servicios de salud son aquellos que permiten realizar intervenciones de calidad eficaces, seguras, personales o no, destinadas a quienes las necesitan, cuándo y dónde se necesitan, evitando al máximo el desperdicio de recursos.⁷⁸

En esta revisión se observa que los datos llamados duros llevan a inferir de que las oportunidades económicas y de educación formal se relacionan directamente con el estado de bienestar y con la utilización de los servicios sanitarios; los datos llegan a ser entonces insumo y razón para la toma de decisiones económicas, políticas y sociales en salud.

2.5 SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO

De acuerdo con Pérez- Palacios⁷⁹ el impacto de la explosión demográfica en la economía, el desarrollo, el país y el reconocimiento de los derechos reproductivos fueron el punto de partida para desarrollar el Programa de Salud Reproductiva de México.

En los años siguientes a la Revolución de 1910 las condiciones demográficas estuvieron caracterizadas por altas tasas de mortalidad, sin embargo, a partir de 1940, especialmente en los años cincuenta y sesenta, ésta empezó a descender, especialmente la materno-infantil, debido al avance de la tecnología médica y la

⁷⁸ *Idem*

⁷⁹ Gregorio Pérez-Palacios, "El programa de salud reproductiva en México, Alcances y desafíos". *Gaceta Médica de México* Vol. 136 Suplemento No. 3, 2000, p. 6

institucionalización de los servicios de salud, aunque sin un cambio significativo en las tasas de fecundidad, lo que dio como resultado un incremento en el crecimiento de la población. A partir de los años 70, el Programa Nacional de Planificación Familiar se encargó de ese tema, y acorde con la evolución del concepto de salud reproductiva, incorporó en años posteriores otros elementos: %a nueva visión holística de salud reproductiva considera el acceso a la información amplia y a una gama completa de servicios de salud reproductiva (õ) accesibles, asequibles y aceptables para toda la población+⁸⁰

En 1995 se instauró el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva conformado por las instituciones del Sistema Nacional de Salud, la Secretaría General del Consejo Nacional de Población, la Secretaría de Educación Pública, el Instituto Nacional Indigenista, la Coordinación Ejecutiva del Programa Nacional de la Mujer y siete organizaciones no gubernamentales. Además del trabajo en anticoncepción y la atención a problemas de infertilidad, se implementó también el programa Hospital Amigo del Niño y de la Madre, instituido por la OMS y la UNICEF. Inició el abordaje de la muerte materna con el enfoque de riesgo preconcepcional y dio inicio también un especial énfasis en la prevención, diagnóstico temprano y manejo oportuno de las infecciones de transmisión sexual, incluyendo el VIH y SIDA con actividades de capacitación, información, servicios y vigilancia epidemiológica. Para la salud de las mujeres, se fortalecieron las acciones de prevención y control de los cánceres cérvico-uterino y mamario, fortaleciendo también la atención al climaterio.

Un eje transversal en la atención a la salud de las mujeres se ha ido fortaleciendo en estos años: la perspectiva de género. Con ella, la lectura de los avances y rezagos en salud cobra un sentido social máximo. Con esta mirada Ivonne Szasz planteó los problemas de la salud de las mujeres, coincidiendo plenamente con los problemas de la salud reproductiva planeados a nivel regional.

La morbimortalidad materna es mayor entre los grupos sociales que no practican la anticoncepción, como las jovencitas, las mujeres rurales, las mujeres indígenas y los grupos en que existe poca participación del varón en las

⁸⁰ *Ibidem*, p. 4

responsabilidades de la reproducción. La ausencia de prácticas anticonceptivas se relaciona con los significados de la sexualidad. Los significados de la sexualidad se vinculan también con la ausencia de prevención frente a los riesgos de transmisión de ETS y del VIH/SIDA, y con la mayor vulnerabilidad de las mujeres a estos riesgos. Los significados de la sexualidad y el género se relacionan también con los patrones reproductivos que ponen a las mujeres en riesgo de multiparidad, de embarazos muy tempranos, de abortos y partos mal atendidos y de contraer múltiples infecciones. Los significados de la sexualidad configuran también el alcance limitado de la anticoncepción sobre las dimensiones de bienestar de la salud reproductiva, que han sido muy poco estudiadas. Es necesario investigar hasta qué punto los anticonceptivos han permitido a las mujeres mexicanas un ejercicio placentero de la sexualidad, libre de enfermedades, de coerción y de presiones económicas.⁸¹

En este resumen cabe mencionar que así como el sector salud se incorporó a la tendencia internacional del ejercicio de una práctica en salud integral, en México estos cambios han ido acompañados de políticas públicas que favorecen la salud desde otros sectores en los que también hay una tendencia al enfoque de género. Este enfoque, supone hacer visibles las necesidades diferenciadas de hombres y mujeres y sus prácticas personales vinculadas al estado de su salud. De esta manera, en años recientes la apertura a políticas de salud reproductiva en un marco de derechos humanos ha ido acompañado de la creación del Instituto Nacional de las mujeres, que tiene a su cargo poner en práctica las medidas compensatorias para que las mujeres alcancen un estatus de derechos que posibilite el ejercicio de sus derechos en todos los ámbitos públicos y privados. Medidas que buscan equilibrar el rezago de las mujeres y los privilegios históricos de la masculinidad que tuvieron impacto negativo en la salud de ambos.

Se han elaborado y modificado leyes y normas cuyo fin es proteger, respetar y garantizar los derechos de las mujeres, algunas de ellas son: la Ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia, con apartados específicos para los

⁸¹ Ivonne Szasz, Prólogo a *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en México*, Langer Ana et al., The Population Council y EDAMEX, S.A., México, 1996.

ámbitos, social, laboral y médico; la Ley General de Población y la Ley General de Salud. También se han revisado y modificado normas oficiales mexicanas que pueden tener efecto directo en la salud de las mujeres como la Norma Oficial Mexicana para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual, en la que se consideran como prioritarias las medidas a tomar cuando una mujer enfrenta la violencia y marca disposiciones específicas para la atención de la violencia sexual en lo particular; la Norma de Plantificación Familiar, la Norma para la atención a la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido; y, la Norma Oficial Mexicana para la atención del VIH y sida que reconoce los derechos reproductivos en el contexto de esta enfermedad.

A pesar del avance que estas medidas suponen, existen aun temas pendientes y fronteras que superar, ya que en la interpretación actual el mundo parece dividido en hombres y mujeres y en el no cabe aun suficientemente el reconocimiento de la diversidad en la que los cuerpos biológicos y la identidad sexual presentan a los profesionales de la salud dilemas personales y profesionales a resolver.

2.6 EL PAPEL DE LAS ORGANIZACIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG) EN LOS PROCESOS DE CAPACITACIÓN EN LAS INSTITUCIONES PÚBLICAS DE SALUD

El paso del financiamiento y/o la prestación de los servicios de salud del sector público al privado ha sido uno de los componentes clave de la reforma del sector sanitario en muchos países. En la mayor parte de los países de América Latina y el Caribe (ALC) el sector público es el encargado de la atención en salud, sin embargo, cada vez son más las Organizaciones no gubernamentales (ONG) sin fines de lucro que se incorporan para dar información y prestar servicios de salud reproductiva.

Como mencionan Langer y Nigenda⁸², las ONG de los países de América Latina y el Caribe han consolidado su participación en la prestación de servicios de planificación familiar y servicios de salud reproductiva de otro tipo. Sus intervenciones son y tienden a favorecer a los grupos de la población con acceso limitado a los servicios. Estas dos condiciones los colocan en el frente de temas como los abortos peligrosos y la salud reproductiva de los adolescentes, que a menudo son temas demasiado sensibles desde el punto de vista político o ideológico que encuentran barreras en el sector público y resolverlos en el sector privado excluye a esos grupos de la población a quienes por tanto las ONG se acercan.

En general, las ONG operan de manera autónoma o en colaboración con la estructura pública de servicios de salud. En el caso de los servicios de salud reproductiva en el contexto de la reforma, el papel de las ONG es esencial, dada su capacidad de respuesta ante las necesidades de la población y la calidad de sus servicios.⁸³

Los mismos autores también mencionan que muchas ONG que prestan servicios clave de salud reproductiva enfrentan presiones por parte de los donantes para lograr una sostenibilidad financiera, lo que a su vez las obliga a establecer cobros por sus servicios. Aun así, la participación de las ONG sigue estrechamente vinculada a un marco de derechos humanos que las distingue entre las ofertas de atención a la salud.

⁸² Ana Langer, Gustavo Nigenda, *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*, México, Inter American Development Bank, Population Council, Instituto Nacional de Salud Pública, 2000.

⁸³ *Ibidem.*, p. 74

2.6.1 IPAS

Como se ha citado, las ONG han tenido presencia importante en la implementación de programas de atención en salud colaborando con las instituciones de gobierno. En salud reproductiva, han aportado conocimientos en el área, han incorporado la perspectiva de los derechos humanos como a la atención en salud en general y a la atención de la salud sexual y reproductiva en lo particular; se desenvuelven con neutralidad en los contextos políticos y algunas de ellas, volcadas al trabajo comunitario y a la participación social, tienen objetivos definidos de rendición de cuentas, en los que estructuran mecanismos de vigilancia de los procedimientos en salud en los que deben concretarse las obligaciones del estado comprometidas en regulaciones, normatividad y legislación en salud en general.

Ipas es una organización civil que se desenvuelve en el campo de la salud sexual y reproductiva. Su participación en las instituciones de salud pretende la integración de equipos multidisciplinarios de salud en algunos de los países más pobres del mundo con altos índices de mortalidad materna: En África: Etiopía, Ghana, Nigeria y Sudáfrica; en el continente americano: Bolivia, Brasil, Centroamérica y México; en Asia: India Nepal y Pakistán; el objetivo es ampliar la disponibilidad, calidad y sostenibilidad los servicios de salud reproductiva y mejorar las condiciones para su implementación, sosteniendo que ninguna mujer debe arriesgar su vida o su salud por carecer de opciones seguras de servicios de salud.

Ipas fue fundada en 1973, International Program Assistance Services y sus primeros años fueron dedicados a la asistencia para el desarrollo de proyectos, sin embargo, con el transcurso del tiempo *Ipas* adoptó una línea de trabajo de reconocimiento y promoción de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y se avocó al fortalecimiento de los servicios de salud para que los profesionales y las instituciones ofrezcan a las mujeres la mejor calidad posible en la atención a su salud reproductiva sin cambiar su nombre, pues ya había logrado ser identificada en la región y dejó de ser un acrónimo.

En cada país en donde *lpas* tiene presencia desarrolla estrategias y acciones acordes a la capacidad institucional, al clima social y al contexto político. Este último suele ser un reto importante para el desarrollo de la labor de promoción y defensa de los derechos sexuales y reproductivos ya que incluyen temas que las sociedades con frecuencia evaden, sin importar el continente en el que se encuentren, como son, el ejercicio de la sexualidad, la anticoncepción o el aborto; y el rechazo se intensifica cuando estos temas se plantean como derechos de los adolescentes.

Es en este sentido en el que *lpas* ha incorporado no sólo la promoción, sino la defensa de estos derechos. En el campo médico, *lpas* se suma a esta defensa validando las propuestas de atención a la salud con evidencia científica, ligadas al marco legal que define los límites y las oportunidades de participación para que estos derechos se cumplan.

En México, *lpas* ha logrado ser identificada como una organización aliada para las instituciones de salud, que brinda acompañamiento en un proceso que inicia con análisis de información para identificar las debilidades en el funcionamiento de los servicios de salud reproductiva, y oferta acciones de capacitación, actualización, asistencia técnica y seguimiento a las estrategias de mejora.

La propuesta de *lpas* se distingue por incorporar en la agenda de capacitación la normatividad vigente en salud reproductiva, los aspectos sociales de este ámbito de la salud y las mejores prácticas médicas, esto es, recomendaciones clínicas, protocolos de atención y la mejor tecnología para la salud de las mujeres.

lpas desarrolla un proceso de capacitación integral, que aborda los aspectos sociales y económicos que influyen en la salud, además de los aspectos clínicos. La línea argumentativa está centrada en eliminar las muertes y discapacidades de las mujeres que siendo evitables ocurren debido a las condiciones adversas que enfrentan, especialmente aquellas mujeres de menos recursos económicos. *lpas* México ha concretado tres principios fundamentales:

- Todas las mujeres en todas partes del mundo deben tener la oportunidad de determinar cómo decidir su futuro, cómo cuidar a su familia y cómo manejar su fertilidad.
- Ninguna mujer debería verse obligada a poner en riesgo su vida, su salud, su fertilidad, su bienestar o el bienestar de su familia por carecer de servicios de salud reproductiva.
- Toda mujer tiene derecho a opciones seguras de salud reproductiva, incluidos los servicios de aborto seguro.

Con base en esos principios fundamentales la visión de *Ipas* México establece: «Somos una organización que cree en el derecho de las mujeres a decidir con libertad sobre su vida, su sexualidad y reproducción, y a recibir atención de calidad en los servicios de salud.»⁸⁴

Para contribuir a que las mujeres decidan libremente sobre su reproducción y sexualidad *Ipas* definió un plan de trabajo que establece los objetivos a desarrollar en capacitación de acuerdo al nivel de atención, esto es, centros de salud y hospitales, en los que tendrá presencia.

Los planes de trabajo se presentan a manera de proyectos que se ponen a consideración de los donantes que contribuyen económicamente a esta tarea. Los donantes tienen un interés por el trabajo en el tema de los derechos sexuales y reproductivos en general, sin embargo, cada uno está particularmente interesado en algún aspecto de ellos o algunas combinaciones.

Así, hay proyectos con énfasis en capacitación en anticoncepción, algunos en la atención integral a la violencia sexual, en la interrupción del embarazo por motivos de salud, en la atención a las emergencias obstétricas, en la capacitación sobre el uso de la tecnología y medicamentos, en la capacitación a estudiantes de escuelas de medicina y enfermería, en el trabajo en la comunidad para mejorar la información que las mujeres tienen sobre estos temas de salud o estrategias de atención a jóvenes,

⁸⁴ *El quehacer de Ipas, Ipas México Folleto Informativo, s/año, s/número de página.*

entre otros. Los proyectos pueden abarcar una combinación de estos temas en los que se establecen objetivos específicos para cada uno.

Por otro lado, los proyectos propuestos a los donantes toman en cuenta las solicitudes de capacitación de las instituciones, por lo que las propuestas incluyen una proyección de las metas que se alcanzarán en cuanto a lugares de intervención y número de profesionales capacitados.

La diversidad de aspectos médicos, legales y sociales, que confluyen en la atención a la salud y las áreas médicas exigen la participación de equipos multidisciplinarios en su ejecución. El perfil profesional de las personas que trabajan en *Ipas* México incluye a especialistas en psicología, sociología, antropología, derecho, enfermería, trabajo social, obstetricia, salud pública y economía, entre otros. Este perfil interdisciplinario de la organización corresponde a la visión holística de la salud reproductiva.

Ipas está integrado por cuatro áreas de resultados. El área uno denominada *servicios* corresponde al diseño de las propuestas de capacitación, en ella se definen los ejes temáticos de cada presentación o curso a realizar, tiene a su cargo la búsqueda de facilitadores para ello e incluye todas las labores de coordinación de un evento de capacitación. Desde la interlocución con la institución con la cual se establece la colaboración hasta los detalles logísticos.

El área dos está dedicada al *equipamiento*, con una proyección de la capacidad resolutive de los servicios de salud en los que se realiza capacitación gestiona donaciones de equipo y materiales para los servicios de salud que lo requieren para iniciar las acciones de mejora.

El área tres está centrada en el trabajo en *comunidad*, realiza investigación en pequeña escala y elabora materiales informativos sobre los derechos sexuales y reproductivos y los aspectos que los integran además de aspectos médicos sobre autocuidado de la salud para llegar directamente a las mujeres, los jóvenes y adolescentes, contribuyendo así a incentivar la búsqueda oportuna de atención en salud reproductiva por parte de estos grupos. Estos materiales incluyen hojas informativas, boletines, y material audiovisual.

El área cuatro denominada *advocacy* o *promoción de los derechos sexuales y reproductivos* tiene a su cargo la realización de presentaciones, conferencias y entrevistas, y la elaboración de información estadística, recolección de evidencia científica y lineamientos de atención médica nacionales e internacionales y de actualizaciones en materia legislativa, información dirigida principalmente a tomadores de decisiones de instancias normativas de salud además de tomadores de decisiones de otros sectores como procuración de justicia. También incluye la atención a solicitudes de información y entrevistas de los medios de comunicación impresos y electrónicos,

Aun cuando las cuatro áreas tienen puntos de interacción y las actividades de unas y otras se complementan.

La dirección de *lpas* tiene a su cargo el área cuatro, dedicada a la promoción del enfoque de derechos en la atención en salud reproductiva, el director médico coordina el área uno y es responsable de la subdirección, el director administrativo interviene desde el área de equipamiento, además de tener a su cargo el proceso administrativo de la organización. Estas tres posiciones constituyen el equipo normativo y gerencial. Por último, bajo la figura de asociada de programa, una colaboradora está a cargo del área relativa al trabajo para la comunidad, y asume además la responsabilidad de la presentación de los informes periódicos de avance en el cumplimiento de los planes de trabajo.

Un área transversal es *monitoreo y evaluación*, que integra la información numérica de las intervenciones de *lpas* y la correlaciona a las metas comprometidas dando seguimiento al proceso. También se mantiene en contacto directo con los participantes de los eventos de capacitación para conocer los obstáculos y logros que se presentan después de la intervención.

Cada área tiene colaboradores que participan desde la posición de asociados de proyecto o consultores externos, constituyendo equipos de trabajo que se coordinan en función del objetivo a cargo.

2.6.2 ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN DE *IPAS* EN MÉXICO

Consiente de que la capacidad técnica o la infraestructura por sí sola no es suficiente para asegurar un alto nivel de calidad en la atención a la salud *Ipas* ha desarrollado estrategias de participación y colaboración que le permiten incidir en instituciones y sectores claves para la salud de las mujeres, denominadas estrategias de intervención:

1. Capacitación y asistencia técnica a personal de salud y personal administrativo para mejorar los servicios.

Desde 1999, el programa de capacitación en México ha llegado a más de 7,000 profesionales de la salud y personal involucrado en la provisión de servicios a través de talleres ya sea organizados por *Ipas* o solicitados por instituciones de salud mexicanas.

2. Análisis de políticas, lineamientos, normatividades, reglamentos y leyes para identificar y eliminar barreras que enfrentan mujeres para lograr el acceso al aborto legal y seguro.

3. Investigación y evaluación para documentar la aceptabilidad, impacto y efectividad de programas de atención a mujeres con complicaciones de aborto, sobrevivientes de violencia sexual y la salud sexual y reproductiva de adolescentes. Los resultados obtenidos se utilizan en el mejoramiento de la calidad de los servicios principalmente en instituciones públicas de salud.

Ipas cuenta con datos cualitativos y cuantitativos obtenidos de bases de datos oficiales que le permiten sistematizar información sobre muertes por aborto y sobre morbi-mortalidad a nivel estatal.

4. Difusión de información mediante la distribución de material impreso y electrónico, sobre los resultados de investigaciones y el estado de la salud y derechos de las mujeres.

5. Capacitación en el uso de las mejores tecnologías para el cuidado de la salud reproductiva como el equipo para Aspiración Manual Endouterina, AMEU Plus, que se utiliza para el tratamiento del aborto incompleto hasta las 12 semanas, para el aborto durante al primer trimestre y para biopsias de endometrio.

6. Actividades de abogacía con tomadores de decisiones para mejorar las políticas y prácticas relacionadas con la salud. *Ipas* México contribuyó con el proceso de despenalización del aborto, dotando de información sobre aspectos médicos y de salud pública tanto a la Suprema Corte de Justicia de la Nación como a legisladores y legisladoras tanto de la Cámara Nacional como de las estatales.

Ipas tiene presencia también en el Grupo Interinstitucional de Salud Reproductiva y mantiene estrecho contacto con las Secretarías Estatales de Salud.

Los resultados alcanzados año con año en el renglón de capacitación responden a la mayoría de los indicadores y metas comprometidas con los donantes que hacen posible la permanencia de esta oficina de país, ya que el resultado esperado está centrado en la mejora de los servicios por medio de la capacitación en el entendido de que el personal de salud se encuentra en una posición de privilegio para identificar y atender las necesidades de salud de las mujeres y tienen el potencial de referencia a otros servicios médicos o de apoyo social.

2.6.3 CAPACITACIÓN A PROVEEDORES DE SERVICIOS DE SALUD

El cuidado integral de la salud de las mujeres depende en gran medida, aunque no exclusivamente, de la existencia de profesionales de salud capacitados. Los programas de capacitación implementados en México por *Ipas* tienen un enfoque multidisciplinario e integral.

En México, *Ipas* trabaja ofreciendo capacitación a los profesionales de la salud de las áreas médicas, de trabajo social, enfermería, psicología, promoción de la salud y áreas afines para contribuir a que las mujeres obtengan mejores servicios de salud reproductiva, además de ofrecer también capacitación para estudiantes de medicina y enfermería sobre temas de derechos humanos y salud sexual y reproductiva.

Ipas México aborda en cursos, talleres, conferencias y presentaciones la atención al aborto de manera integral y la consejería en anticoncepción para evitar embarazos no intencionales, promoviendo el derecho de las mujeres a la autodeterminación. Trabaja también en capacitación sobre atención a emergencias obstétricas, atención a la violencia, familiar y sexual y la disminución del estigma y discriminación a personas que viven con VIH.

2.6.4 APOYO Y COLABORACIÓN

Ipas México recibe apoyo de cinco gobiernos europeos: el Reino Unido, Holanda, Suecia, Noruega y Finlandia, así como de organizaciones pertenecientes al sistema de las Naciones Unidas y fundaciones privadas.

En la implementación de sus programas incluye las estrategias y lineamientos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la Federación Internacional de Ginecología y Obstetricia (FIGO), el Global Health Council (Consejo Global de Salud) y otras agencias activas que trabajan en el ámbito de la salud a nivel mundial. A *Ipas* se la ha otorgado el estatus de consultor del Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas.

En México, ha colaborado y recibido financiamiento de instituciones nacionales como Indesol, Secretaría de Salud, y agencias internacionales como la Organización Panamericana de la Salud (OPS), el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), El Fondo de Desarrollo de las Naciones Unidas para la Mujer (UNIFEM), Comisión Europea (CE) y otros organismos internacionales.

Ipas ha colaborado con instituciones del sistema de salud del nivel federal y estatal como la Secretaría de Salud, el Instituto Mexicano de Seguro Social (IMSS), el

programa IMSS Oportunidades, el Instituto de Servicios y Seguridad Social para los Trabajadores del Estado (ISSSTE), mediante intervenciones educativas y de asistencia técnica a personal de los servicios de salud y tomadores de decisiones, a fin de contribuir con la mejora de la calidad de la atención a las mujeres en salud sexual y reproductiva.

2.6.5 LOGROS IMPORTANTES

Ipas ha participado en la visibilización de los derechos sexuales y reproductivos en México siendo integrante de propuestas y acciones a favor de las mujeres. A continuación se resumen algunos logros documentados⁸⁵

- Nuestras voces, video de testimonios de mujeres sobrevivientes de violencia sexual, entre ellas, una joven de 23 años que había experimentado un ataque por parte de su esposo, quien la agredió con 17 puñaladas y la violó. Sin embargo, la violación en el matrimonio no se tipificaba como delito. La fortaleza de la joven y la participación activa de organizaciones de la sociedad civil, entre ellas *Ipas*, lograron que la Suprema Corte de Justicia de la Nación reconociera en noviembre de 2005 que la violación también sucede en el matrimonio. Hoy constituye un delito en todo el país.
- Hoja Informativa (12 páginas) proporcionada a los legisladores del Distrito Federal con información médica y científica que apoya el cambio de ley que en el Distrito Federal permite que las mujeres puedan interrumpir un embarazo durante el primer trimestre. *Ipas* México ayudó a enmarcar el debate nacional sirviendo al público y a los medios de comunicación como fuente de información completa sobre el aborto y la salud y los derechos reproductivos.
- Colaboración con la Secretaría de Salud del Distrito Federal después de esta legalización para promover nuevas normas que establecen las mejores prácticas para proporcionar servicios de aborto seguro, legal y sin costo para las mujeres que requerían la apertura en servicios públicos.

⁸⁵ México, *Ipas* México, México 2008, Hoja informativa, s/número de páginas.

- Presentación de experiencias de trabajo en foros nacionales e internacionales
- Atención a solicitudes de capacitación en otros países, principalmente de América Latina, en los que ha habido un intercambio recíproco de lecciones aprendidas.

2.6.6 RETOS

La capacitación al personal de salud ha encontrado retos que inhiben su objetivo central focalizado en la conformación de equipos para la atención integral de la salud reproductiva.

Los retos estructurales coinciden con los enumerados en apartados anteriores de este capítulo, sin embargo, otros retos encontrados en la experiencia de capacitación específicamente en México, que son también retos mundiales, tienen que ver con la apreciación que tiene el personal de salud sobre su compromiso profesional en la participación integral en temas de salud reproductiva con las consideraciones sociales que se han revisado. Hasta hace poco tiempo los profesionales habían estado poco dispuestos a atender estos aspectos por considerarlos problemáticas personales de las usuarias de los servicios que no tienen cabida en el campo médico mas allá de la atención clínica.

Así, la violencia sexual, el aborto, las decisiones reproductivas o las infecciones de transmisión sexual suceden de uno a uno o sumados en la vida de las mujeres y pasan inadvertidos como problemas de salud pública si son invisibles para el médico especialista o para todo un equipo médico a cargo, a pesar de ser la historia repetida de la falta de información, de poco acceso a servicios y de una limitada apropiación de los derechos.

La violencia, por ejemplo, es un tema que recientemente ha ingresado de manera formal a la agenda del personal de salud en nuestro país, aunque sus costos, ya sean lesiones, malestares crónicos o muerte, han sido atendidos siempre en los servicios de salud sin categorizarlos de esta forma. El marco de referencia para su atención ha sido

paulatinamente asumido por las instituciones, sin que se haya consolidado todavía un sistema de atención, referencia y contra referencia del todo efectiva para este problema de salud pública. La Norma Oficial Mexicana para la prevención y atención de la violencia⁸⁶ fue publicada en el año 2001, y hace seis años fue editado el *Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual*⁸⁷, un documento federal con recomendaciones para la prevención y atención a la violencia que convoca al personal de salud a detectar los casos, atenderlos y prevenir daños mayores de acuerdo a la Norma. Ambos documentos han sido reeditados en 2010 y 2011 respectivamente.

Sin guías y recomendaciones institucionales para la atención el personal de salud centra su responsabilidad únicamente en la atención de los daños físicos que sufren las personas que viven violencia, dejando de lado las medidas de prevención primaria y terciaria que incluye la normatividad actual, como la evaluación del riesgo en el que se encuentra una persona que vive violencia en el contexto familiar o las posibilidades de atención psicológica especializada, apoyos sociales, económicos y legales para la recuperación. Un proceso de capacitación integral en este tema incluye los aspectos legales, sociales, clínicos y de reflexión en torno al tema, ya que cuando los profesionales de la salud están convencidos de que las mujeres han hecho algo para merecer el maltrato, difícilmente pondrán en marcha esta red de servicios institucionales y otro poco menos realizarán una referencia del caso a instituciones de apoyo y procuración de justicia.

De esta manera, los profesionales de la salud no siempre reconocen que juegan un papel en la salud y la vida que las mujeres pierden. Ha sido necesario reconstruir miles de historias que terminan en muerte en Comités de análisis de mortalidad materna para reconocer que en la intervención del personal de salud falta aun incorporar una visión integral de la salud y la enfermedad que hubiera permitido tomar oportunamente medidas de prevención adecuadas en el contexto médico y social.

⁸⁶ *NOM 190 Criterios para la atención y prevención de la violencia familiar y sexual*. Secretaría de Salud

⁸⁷ *Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual*. Secretaría de salud, México, 2005.

Sin embargo, en la experiencia en capacitación se observa poca cercanía de los profesionales de la salud con las razones no biológicas que contribuyen a la enfermedad, y poca cabida a las apreciaciones profesionales no médicas, como son, las entrevistas de trabajo social o los peritajes psicológicos que sustentan una condición de salud, no por desconocimiento sino por la convicción de que no son aspectos a plantear en el servicio médico, o como en el segundo caso, por un distanciamiento de otras disciplinas.

La capacitación pretende que los profesionales de salud se reconozcan como agentes del Estado, la figura encargada de hacer cumplir un compromiso social como el derecho a la salud, pero, para lograrlo, el proceso mismo de capacitación debe analizar, comprender y trabajar en las razones por las que el personal médico, de trabajo social o enfermería puede no estar dispuesto a conceder al contexto social un papel importante para el diagnóstico y para la recuperación.

En la agenda actual en salud reproductiva el personal médico ha dejado de ser quien toma las decisiones por sus pacientes, la práctica clínica puede ser cuestionada, y cumplir con las decisiones de las usuarias de los servicios a pesar de que éstas tengan poco que ver con el sistema de creencias del personal de salud. Creencias, modelos y patrones culturales que han llevado al personal a negar servicios de anticoncepción, a cuestionamientos sobre el número de hijos deseados, o la exigencia del permiso de los esposos para la realización de alguna intervención médica relacionada a la reproducción. La práctica médica ha tardado en reconocer la autonomía en la toma de decisiones sobre la propia persona, sin ver que la negación de este derecho se traduce en enfermedad, discapacidad o violencia.

De esta manera capacitar en habilidades y conocimientos no es suficiente, la capacitación en salud reproductiva tiene el compromiso de plantear interrogantes que confrontan la práctica médica: ¿Puede un servicio de salud ofrecer anticoncepción e información para prevención de infecciones de transmisión sexual a los adolescentes cuando institucionalmente desacredita su libertad sexual?, ¿Puede prevenir un nuevo aborto remitiendo a las mujeres que interrumpen un embarazo con autoridades que la criminalizarán? ¿Puede un servicio de salud brindar atención en salud a personas que

viven la diversidad sexual sin que el prejuicio se interponga? ¿Puede respetar el derecho de una mujer a la maternidad aunque ella ponga en riesgo su vida para lograrlo? ¿Puede comprender que una mujer desea ser madre una vez más porque eso es importante en su familia y en su comunidad?

La capacitación en salud reproductiva con una perspectiva de derechos humanos no es un listado de derechos. Para el personal de salud implica en no pocos casos ceder la autoridad que tradicionalmente han tenido sobre aquellas generaciones que dejaron en ellos la última palabra respecto a sus decisiones más personales.

El reto de la capacitación en salud reproductiva desde este enfoque significa también comprender que el personal de salud cuya práctica médica es afín a estos principios se enfrenta dentro de sus mismas instituciones a una tendencia de descrédito de la atención en salud en temas que son socialmente polémicos como la anticoncepción, la diversidad sexual, el aborto y la violencia.

3. CAPÍTULO 3

ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA ELEVAR LA EFICACIA DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA

El manual *Capacitación eficaz en salud reproductiva: Diseño y ejecución del curso de Ipas* es un documento diseñado para la capacitación de capacitadores, esto es, para dar a quienes tienen a su cargo eventos de capacitación en salud reproductiva elementos para el diseño y la realización de cursos. En este capítulo se expondrá una propuesta de ampliación de recursos de comunicación que se pueden poner en práctica para elevar la efectividad del manual.

Los profesionales involucrados en estas actividades son en su mayoría, como se mencionó anteriormente, profesionales de los servicios de salud de diversas disciplinas como medicina general o especialidades, trabajo social, psicología o enfermería, quienes no necesariamente han sido formados como educadores pero tienen a su cargo actividades de enseñanza o son invitados a eventos de capacitación dada su experiencia en determinados campos de la salud. Otros profesionales de la salud se dedican a actividades de enseñanza desde organizaciones no gubernamentales exclusivamente o en combinación con su práctica médica en el ámbito privado, de manera que es frecuente su participación en eventos de capacitación dirigidos a prestadores de servicios de salud en el ámbito institucional.

Ipas México cuenta con ambas figuras, personal médico permanente dedicado a la enseñanza y colaboradores que habiendo sido inicialmente integrantes de los cursos de capacitación se interesan en colaborar para formar a su vez a otros prestadores de servicios, resultando así un proceso dinámico en el que la enseñanza, aprendizaje y actualización inician y reinician en manos de unos y otros. Sin embargo, este segundo escenario implica conciliar entre las posibilidades de los colaboradores en cuanto a tiempo, experiencia en los temas requeridos y habilidad o afinidad por el campo de la enseñanza.

La carencia de personal de salud dispuesto o con posibilidades de contribuir con su experiencia a procesos de enseñanza hace que durante largos periodos se mantengan los mismos equipos de facilitadores, lo que a su vez provoca que no siempre se cuente con la posibilidad de dar respuesta a solicitudes de capacitación simultáneas. Debido a ello, eventualmente se implementan cursos de capacitación para capacitadores, con la estrategia descrita en el manual *Capacitación eficaz en salud reproductiva: Diseño y ejecución del curso*, como una estrategia de búsqueda de aquellos colaboradores con un perfil preciso que combine los conocimientos técnicos del ámbito médico relacionados a la salud reproductiva y el gusto por la enseñanza o actualización a sus pares.

En este sentido, es factible la aplicación de las recomendaciones que se han elaborado para este trabajo, porque pueden formar parte de la capacitación que en México se realiza en búsqueda de nuevos colaboradores, no así una nueva edición del manual con esta ampliación porque se trata de recomendaciones en el contexto nacional mientras que el manual está dirigido a la capacitación de capacitadores de todos los países en los que *Ipas* tiene presencia, lugares en donde estas recomendaciones probablemente perderían en gran parte razón de ser.

3.1 DESCRIPCIÓN DEL MANUAL ÍCAPACITACIÓN EFICAZ EN SALUD REPRODUCTIVAÍ

Este manual está compuesto por dos volúmenes: *Manual de referencia* y *Manual del capacitador*, centrados en la descripción y la aplicación de la educación para adultos respectivamente, en temas de salud reproductiva desde un enfoque participativo. En ellos tiene lugar un apartado específico dedicado a la revisión de las habilidades de facilitación y comunicación de los capacitadores eficientes, apartado al que se harán recomendaciones desde el campo de la comunicación, teniendo como base la revisión teórica de los puntos de contacto entre ambas disciplinas que se realizó en el primer capítulo de este trabajo.

El documento en el que se propone insertar las recomendaciones es el Manual de Referencia, ya que es éste primer volumen el que concentra la descripción teórica de la propuesta de capacitación para capacitadores en salud reproductiva. La inclusión de las recomendaciones para el fortalecimiento de la comunicación en este proceso de enseñanza permitirá hacer visibles otras posibilidades desde las cuales los facilitadores pueden aplicar estrategias comunicativas para fortalecer el aprendizaje, como un complemento de los apartados: **Habilidades de facilitación y comunicación de los capacitadores eficientes** y **Comunicación y facilitación: Habilidades esenciales para la capacitación eficaz**, que forman parte de la Sección 2 del manual como se muestra a continuación en la transcripción del índice.

Índice	
Acerca de <i>lpas</i>	1
Acerca de este manual	1
Agradecimientos	2
Sección 1: Introducción	3
Capacitación para mejorar el desempeño de las habilidades	4
Capacitación para apoyar el cambio en los sistemas	4
El uso estratégico de la capacitación	7
Estudio de caso: el uso estratégico de la capacitación contribuye a mejoras sostenibles en los servicios de atención postaborto en Perú	7
Sección 2: Principios y habilidades para capacitación eficaz en salud reproductiva	10
Principios del aprendizaje de adultos	10
Consejo de capacitación: Crear un ambiente de aprendizaje que brinde apoyo	10
Características de los alumnos adultos	11
Consejo de capacitación: Cómo reducir la resistencia al cambio	12
Ciclo de aprendizaje de adultos	14
Consejo de capacitación: Utilizar el proceso de aprendizaje de adultos para facilitar el aprendizaje eficaz	15
Retentiva y recordación	15
Diferentes estilos de aprendizaje	16
Habilidades de facilitación y comunicación de los capacitadores eficientes	18
Papeles de un capacitador interactivo	18
Características de los capacitadores eficientes	19
Comunicación y facilitación: Habilidades esenciales para la capacitación eficaz	20
Comunicación no verbal eficaz	20

Comunicación verbal eficaz	20
Preguntas cerradas y abiertas	21
Uso de paráfrasis	21
Dar y recibir retroalimentación	22
Técnicas clave de capacitación: orientación	23
Aprendizaje eficaz en grupos	24
Etapas de la dinámica de capacitación en grupo	24
Consejo de capacitación: un nuevo tema a un grupo de capacitación	25
Cómo crear un ambiente de aprendizaje productivo para grupos	26
Cómo manejar situaciones difíciles	29
Cómo manejar temas sensibles en grupos	30
Cómo trabajar con alumnos difíciles	32
Sección 3. Cómo diseñar cursos de capacitación eficaz para la salud reproductiva	37
1. Definir el propósito del curso	40
Consejo de capacitación: ¿Es la capacitación la respuesta	40
2. Determinar las necesidades de los participantes	41
Métodos para determinar las necesidades de los alumnos	43
Consejo de capacitación: Seleccionar los participantes de manera estratégica para lograr el impacto máximo	44
Estudio de caso: Intervención de capacitación innovadora con médicos del sector privado en Kenia	45
3. Definir los objetivos de la capacitación	46
Técnicas clave de capacitación: Ejercicios para aclarar los valores	49
Estudio de caso: Aclaración y transformación de valores	49
4. Seleccionar modalidades de capacitación apropiadas	50
Consejo de capacitación: Utilizar actividades de estudio autodirigido para complementar otros cursos de capacitación	50
Estudio de caso: El aprendizaje asistido por computadora aumenta la eficiencia y eficacia de un curso de capacitación en Zimbabue	51
Estudio de caso: Género o sexo: ¿A quién le importa?	52
Técnicas clave de capacitación: Modalidades de aprendizaje individualizado	53
5. Seleccionar los capacitadores	54
Consejo de capacitación: Seleccionar un capacitador que sea apropiado para los alumnos	54
Consejo de capacitación: Utilizar capacitadores invitados para proporcionar una variedad de conocimientos y experiencias	55
Estudio de caso: Expertos en la materia hacen de cocapacitadores en México, D. F.	55
Consejo de capacitación: Capacitación eficaz en equipos	56

6. Seleccionar el lugar donde se realizará la capacitación	57
Consejo de capacitación: Utilizar modalidades de capacitación flexibles en múltiples lugares	57
Técnicas clave de capacitación: Capacitación integral del establecimiento	57
Seleccionar un lugar para la capacitación clínica: Consideraciones especiales	58
Estudio de caso: Capacitación de obstetras para mejorar el acceso a la atención postaborto en Ghana	59
7. Determinar la duración del curso de capacitación	62
Consejo de capacitación: Cómo lidiar con limitaciones de tiempo	62
8. Seleccionar los métodos de capacitación	64
Visión general de los métodos de capacitación	66
Técnicas clave de capacitación: Capacitación con modelos	68
Consejo de capacitación: Recordar el ciclo de aprendizaje de los adultos al seleccionar los métodos de capacitación	70
9. Seleccionar y adaptar los materiales adecuados para la capacitación	71
Consejo de capacitación: Adaptar los materiales para alumnos con habilidades de alfabetización limitadas	74
10. Preparar el plan para la transferencia de capacitación	75
Estudio de caso: Guías de tareas para ayudar a los gineco-obstetras a prestar atención uniforme y de alta calidad en Perú	76
Consejo de capacitación: Utilizar guías de tareas para respaldar la transferencia de capacitación al trabajo	77
Consejo de capacitación: Utilizar planes de acción para ayudar a los alumnos a planificar la aplicación de nuevos conocimientos y habilidades	78
11. Preparar el plan de evaluación	79
Métodos para evaluar los cursos de capacitación	81
Técnicas clave de capacitación: Capacitación basada en aptitud	82
12. Elaborar el plan del curso de capacitación	83
Consejo de capacitación: Los descansos son esenciales para facilitar el aprendizaje	83
Técnicas clave de capacitación: Rompehielos, actividades vigorizantes y ejercicios de cierre	84
Consejo de capacitación: ¡La preparación y planificación valen la pena	86
Cronograma para coordinar la capacitación: Cómo ocuparse de la logística	87
Apéndices	88
1. Recursos de capacitación seleccionados	88
2. Formulario de evaluación de necesidades	96
3. Rompehielos	98

4. Actividades vigorizantes	103
5. Ejercicios de cierre	106
6. Métodos de capacitación: Recomendaciones para el uso eficaz	109
7. Uso eficaz de medios audiovisuales	131
8. Ejemplo de una guía de tarea	135
9. Formularios de evaluación diaria	137
10. Formulario de reunión de cocapacitadores	142
11. Ejemplos de herramientas de evaluación	143
12. Formularios de evaluación al final de la capacitación	152
13. Ejemplo del programa de la capacitación	156
Bibliografía	158

El apartado que se propone permitirá desarrollar recomendaciones específicas al contexto nacional, ya que el manual *Capacitación eficaz* es una herramienta creada por la unidad técnica de educación de *lpas* a nivel internacional, cuyo objetivo son audiencias mundiales. La visión global de estrategias de capacitación del manual permite la construcción de una base conceptual común en contextos nacionales y culturales diversos por lo que necesariamente omite particularidades; en su lugar, ofrece ejemplos de cómo las estrategias mundiales se han aplicado exitosamente en diversas partes del mundo. Por lo tanto, con estas recomendaciones *lpas* México documenta las lecciones aprendidas sobre la capacitación en salud reproductiva en nuestro país, que pueden o no coincidir con las preocupaciones y retos de la capacitación en salud reproductiva en otros lugares.

3.2 DESCRIPCIÓN DE LA PROPUESTA

La propuesta es una extensión de la sección 2 del manual: **Sección 2: Principios y habilidades para capacitación eficaz en salud reproductiva**, ya que en ese apartado se encuentran descritas las habilidades de facilitación y comunicación necesarias, mismas que se circunscriben a los siguientes puntos: *Comunicación no verbal eficaz*,

Comunicación verbal eficaz, Preguntas cerradas y abiertas, Uso de paráfrasis y Dar y recibir retroalimentación, como puede verse en el índice.

Sin modificar el contenido mencionado, el título del apartado que se propone es: **Estrategias de comunicación para elevar la efectividad de la capacitación en salud reproductiva en México**, como una ampliación a las recomendaciones mencionadas.

Siguiendo el diseño del manual, con el fin de respetar su secuencia, cada sugerencia puede concretarse en cuadros de texto que en el manual se denominan *Consejos de capacitación*, ya que es el espacio destinado a la puntualización de ideas concretas para la aplicación de las recomendaciones, además, también se utiliza este espacio para dar cabida a conceptos clave. Cada cuadro de texto tiene una justificación teórica o la argumentación de la importancia del concepto. En esta misma lógica, el apartado propuesto se compone de un antecedente explicativo de la importancia de cada sugerencia y cuadros de explicaciones breves que dotan a los capacitadores de un insumo de acción sencillo que no profundiza en la teoría pero provee de una base conceptual suficiente para sustentar la aplicación de las recomendaciones.

De esta manera se presentan a continuación contribuciones propias, producto de la observación constante de la dinámica de capacitación y la participación directa en la facilitación de grupos desde el perfil de la comunicación, sustentados ahora a la luz de la revisión teórica de los vínculos entre ambas disciplinas; también se hará referencia a recursos no editados pero contruidos por integrantes del equipo de capacitación de *lpas México*, que en su momento serán citados.

3.3 ESTRATEGIA DE COMUNICACIÓN PARA ELEVAR LA EFECTIVIDAD DE LA CAPACITACIÓN EN SALUD REPRODUCTIVA EN MÉXICO.

La comunicación es una herramienta indispensable del facilitador de grupos de capacitación, por medio de ella es posible **enfaticar el vínculo entre facilitadores y participantes**, se puede lograr la **contextualización adecuada del entorno de la capacitación** y el **fortalecimiento de la comprensión de la dimensión no médica de la salud sexual y reproductiva**. Estos tres renglones pueden afianzarse cuando los facilitadores adoptan un enfoque de comunicabilidad en la capacitación. Este concepto se refiere a **la máxima intensidad de relación lograda en las instancias de aprendizaje**⁸⁸ Descrito en el ámbito educativo escolarizado el concepto se refiere a la relación entre la institución y sus docentes, los estudiantes y el contexto, los docentes entre sí y con los estudiantes, los estudiantes entre sí y con los medios, los materiales y el contexto, y cada uno consigo mismo. En el contexto de este manual entendemos la comunicabilidad como el vínculo efectivo entre los facilitadores, los participantes, la institución, los medios, los materiales y el contexto en una relación dinámica que favorece a cada elemento.

Las siguientes recomendaciones son para su aplicación en México, ya que están basadas en las lecciones aprendidas de la aplicación del manual *Capacitación eficaz* en nuestro país, atendiendo además a un enfoque de comunicabilidad.

Las estrategias de comunicación para cada uno de estos renglones tienen una relación recíproca, requieren unas de otras y la conexión que sostienen arma un entramado de interacción entre todos los elementos del proceso.

1.- Fortalecimiento del vínculo entre facilitadores y participantes.

- Respecto a los facilitadores, fortalecer este vínculo contribuye a profundizar el nivel de contacto que se logra con los participantes. Una razón fundamental para ello es la tendencia a la estandarización de los cursos que se materializa en un catálogo de eventos de capacitación que la organización ofrece. Aun cuando

⁸⁸ Daniel Prieto Castillo, *La comunicación en la educación*, Argentina, CICCUS, 1999, p. 53

existen variantes en los contenidos de la capacitación dictadas por las características del lugar y los participantes que conformarán los grupos, los ejes temáticos se mantienen sin modificación, de tal manera que un curso puede llegar a replicarse sin cambio alguno en distintos lugares, situación que ofrece ventajas pero también inconvenientes.

Existe por una parte la certeza de que el curso aborda los mismos contenidos aun cuando estén a cargo de diversos facilitadores en los distintos momentos y lugares. El mantener los objetivos y contenidos de taller en taller asegura la conformación de grupos de profesionales que aun cuando ejercen en distinta región comparten una base conceptual y técnica común. La continuidad de la propuesta de capacitación ha logrado caracterizar los cursos al punto de que las autoridades institucionales que solicitan capacitación a *Ipas* saben que se trata de una propuesta integral en la que se abordan los elementos técnicos, estadísticos, sociales y vivenciales para la mejora de la calidad en la prestación de los servicios; por supuesto, la estandarización no es absoluta, ya que la personalidad, recursos y estilo varían de un facilitador a otro.

Los inconvenientes de la estandarización se centran en el riesgo de incurrir en la repetición automatizada de información por parte de facilitadores que dominan los contenidos del curso al punto de la memorización, situación que crea una distancia entre facilitador y participantes. Lejos de ello, es indispensable una relación cercana entre ambas figuras. Para promover esta cercanía, es necesario que los facilitadores del ámbito médico derriben la barrera de la jerarquía tradicional de los sistemas de salud y trasciendan un estilo de capacitación centrado en ellos mismos, para que su intervención, llena de información técnica actualizada y de reflexiones y hallazgos de su experiencia profesional, no se convierta en la protagonista de la capacitación por encima del participante.

Apuntalar el vínculo entre facilitadores y participantes inicia con la reflexión acerca del espacio que ocupa cada uno. Es importante que el capacitador presente su papel como facilitador de un proceso y haga explícito a los participantes el reconocimiento de su potencial de construcción de significados.

- En cuanto a los participantes, es primordial darles cabida como principales constructores de los significados que la capacitación propone, para ello, ceder la palabra es sólo el inicio de toda una tendencia de capacitación centrada en el grupo, que requiere de diálogo, reflexión colectiva y participación para poner en común el conocimiento de unos y otros e integrar un *saber colectivo*.⁸⁹

Las conferencias magistrales o presentaciones a cargo de expertos, en la que el auditorio nunca tendrá la palabra son una práctica común para presentar información, sin embargo, sin desestimar su valor, es idóneo un equilibrio entre éstas y otras actividades de capacitación en las que los participantes pongan en el centro sus propias habilidades para construir consensos en el campo del conocimiento sobre salud reproductiva, que además, son las que confirman que a mayor involucramiento mayor aprendizaje. Sin embargo, aunque se han extendido, estas otras formas educativas no son las más comunes entre el personal de salud como medio para la construcción de conocimientos.

Los profesionales de la salud cuya formación incluye un enfoque social amplio, como es el personal de trabajo social o psicología, suelen tener mayor aceptación al involucramiento en actividades de capacitación que expone su personalidad, como son los juegos de roles, las actividades energizantes, rompe hielos, y aquellas que promueven la integración grupal, entre otras, mientras que para profesionales de áreas técnicas y especializadas el enfoque de capacitación participativa puede resultar

Transparentar el enfoque de capacitación participativa favorece la aceptación de esta modalidad que resultará novedosa para algunos participantes. Mencione que se utilizarán diversas técnicas de capacitación que implicarán un involucramiento activo en el proceso.

Atienda a las etapas de la dinámica de capacitación en grupo para incorporar paulatinamente las actividades participativas.

⁸⁹ Alfonso Gumucio Dagrón, “Comunicación y educación: Una deuda recíproca” *La hojarasca*, Alianza de escritores y periodistas, (en línea) <http://www.escriitoresyperiodistas.com/NUMERO31/NUMERO31.htm> (consulta el 10 de junio de 2011)

novedoso y desafiante. Desafiante porque los profesionales cuya formación ha estado centrada en prácticas más conservadoras de aprendizaje como conferencias y presentaciones o análisis de casos en un ambiente de solemnidad, que además pertenecen al cuerpo directivo del servicio de salud o, aun más, que ostentan cargos normativos en el sistema de salud, han llegado a mostrar franco rechazo por actividades de este tipo, considerando que esta propuesta de enseñanza aprendizaje no aporta conocimientos.

Ante esta situación es importante considerar que en la dinámica de capacitación en grupo⁹⁰ los participantes transitarán por distintas etapas que irán de la aprensión a la cohesión hasta experimentar el logro de haber construido o revisado información nueva, conceptos o procesos. Por lo tanto, las actividades que requieren el mayor involucramiento de los participantes tendrán mejor aceptación a medida que el grupo va consolidando su integración y experimentando la estructura del proceso de aprendizaje de adultos: experiencia, procesamiento, generalización y aplicación de la información.⁹¹

El involucramiento paulatino es uno de los factores que permitirán al grupo la progresión de cada etapa de trabajo hasta coincidir la total integración con el momento de mayor producción por parte de los participantes, lo que lleva a su vez a fortalecer el involucramiento.

- Las formas no orales de comunicación contribuyen también al entendimiento grupal. En tanto son todas las señales que acompañan la interacción entre personas tienen que ver con el uso del cuerpo y el uso del espacio, para complementar mensajes.

Ya que se trata de expresiones usadas intencional o no intencionalmente, la primera recomendación concreta en este aspecto es que el facilitador cobre conciencia de las señales no orales que emite, así como del uso del espacio, pues si esto puede ser imperceptible para el facilitador siempre será perceptible para los participantes en tanto el proceso de capacitación es una situación comunicativa. Esta combinación de

⁹⁰ Christina Wegs, Katherine Turner y Betsy Randall-David, *Capacitación eficaz en salud reproductiva: diseño y ejecución del curso*. Manual de referencia. Chapel Hill, Carolina del Norte, *Ipas*, 2003, p. 24-26

⁹¹ *Ibidem.*, p. 14-15

elementos kinésicos y proxémicos respectivamente son clave en la conducción grupal, ya que a través de la gestualidad, movimientos, posición corporal y manejo de la proximidad el facilitador puede iniciar interacciones comunicativas, introducir temas de conversación, mantener el tema, terminar interacciones cuando sea pertinente, confirmar o reforzar el contenido o sentido de la información de un enunciado oral, regular la interacción y toma de turnos, entre otros,⁹² funciones esenciales dada la situación privilegiada del diálogo y la interacción en la capacitación participativa. Es necesario que el facilitador tome conciencia del uso de estas herramientas y las integre al ejercicio de la conducción grupal.

En cuanto al uso del espacio específicamente, es deseable que el facilitador recorra durante la jornada todas las áreas de trabajo en el aula o salón, sin embargo, durante la facilitación muy posiblemente el conductor del grupo ocupe áreas recurrentes, situación muy probablemente derivada de la obvia necesidad de visibilidad para todos los participantes. El facilitador puede ceder este espacio explícitamente en momentos en los que es necesario involucrar de manera directa a los participantes en la conducción del proceso, por ejemplo, sugiriendo intercambiar el lugar con cada equipo o persona que conduzca un diálogo, que presente conclusiones, etcétera.

El uso del espacio también resulta efectivo para serenar un ambiente en el que se expresen puntos de vista contrarios y deriven en expresiones de tensión, el facilitador puede neutralizar interpelaciones a las personas y dirigirlas a las ideas, colocando éstas por escrito en un área determinada del salón. Estas situaciones son esperables en temas socialmente sensibles como la violencia sexual, el aborto o la aceptación de la diversidad sexual.

Hacer uso de las posibilidades de uso del espacio de manera consiente permiten al facilitador aprovechar al máximo las oportunidades de involucramiento con el grupo.

⁹² Néstor Antonio Pardo Rodríguez, *Modalidades de comunicación no oral, o discurso paralelo. Proxemia y paralenguaje*. (en línea) [http://www.protocolo.org/social/conversarhablar/modalidades de comunicacion no oral o discurso paralelo proxemia y paralenguaje.html](http://www.protocolo.org/social/conversarhablar/modalidades-de-comunicacion-no-oral-o-discurso-paralelo-proxemia-y-paralenguaje.html) (consulta: 8 de septiembre de 2011)

Es indispensable que el facilitador tome en cuenta que las modalidades no orales de comunicación, como la delimitación del espacio personal, pueden ser fuentes de conflicto o entendimiento, más allá del mensaje de las palabras.⁹³

La distribución del grupo en círculo facilita la comunicación horizontal, sin embargo, en algunos momentos los asistentes pueden encontrarse en situaciones de reflexión que requieren un diálogo extenso sobre determinada problemática. Es importante que el facilitador forme parte de ese círculo acompañando el diálogo y no quede al margen de la discusión.

- En tanto que la atención en salud es una práctica basada en la interacción humana, el lenguaje cobra un peso determinante de la relación médico-paciente, la capacitación a personal de salud no puede estar ajena a esta consideración. Los servicios de salud reproductiva, aunque no exclusivamente, son espacios especialmente sensibles para la definición de acciones en salud para las mujeres. Es necesaria una revisión de los términos por medio de los cuales el personal de salud se relaciona con las usuarias de los servicios y recordar que todos los integrantes del equipo de salud son, a su vez, integrantes de grupos sociales en donde existen consideraciones y etiquetaciones que imperceptiblemente, en el mejor de los casos, se integran a la práctica profesional.

Es importante sugerir la renuncia a formas aparentemente inofensivas de interacción entre el grupo bromas o anécdotas que resulten ofensivas para cualquier grupo social.

La etiquetación se abre espacio en la atención a la salud reproductiva ya que este renglón de la salud es especialmente observado por la sociedad. Si alguna persona se encuentra fuera de la norma muy probablemente será etiquetada negativamente.

⁹³ *Idem.*

La capacitación en salud reproductiva debe desafiar el enjuiciamiento moral que la sociedad aplica a las mujeres ya que una condición indispensable del correcto abordaje de la consejería médica se basa en una interacción libre de prejuicios.

Una expresión concreta de actitudes basadas en un ámbito de respeto en los servicios de salud reproductiva es el uso del lenguaje no estigmatizante. En no pocos casos el personal de salud se refiere a las mujeres como %la violada+, o %la abortista+, según sea el caso, sin considerar que esta etiquetación adjudica, a partir de una sola condición, la identidad total a una persona y predispone el trato que el resto de las personas le darán. Ese trato puede tomar dos vertientes: enjuiciamiento o conmiseración. Ninguno es deseable.

Es importante que el uso de lenguaje refleje la perspectiva de derechos humanos, sobre todo si el personal de salud se encuentre frente a casos que le representan un dilema ético, por ejemplo, brindar servicios de aborto o cuidar la salud de personas de la diversidad sexual.

Abordar en la capacitación el uso del lenguaje desde estas consideraciones puede tener un efecto positivo en la atención que los proveedores de servicios de salud brindan a las mujeres. En una revisión de las dos vertientes mencionadas se encontrará que es preferible referirse a las mujeres utilizando su propio nombre o identificarla como usuaria de los servicios.

El lenguaje del facilitador en sí mismo es un mensaje para los participantes. En la necesaria inclusión de las decisiones de las mujeres en los espacios de salud es deseable un lenguaje inclusivo por parte de quienes conducen procesos de capacitación. Sin embargo, en la ponderación de la prioridad de temas a tratar la capacitación en salud reproductiva está centrada en la comprensión de la problemática y las acciones de mejora, y asumiendo que el lenguaje es una manifestación del pensamiento que se construye al tiempo que se edifican las convicciones, las expresiones inclusivas y respetuosas de las mujeres y sus decisiones son un resultado esperado de la reflexión y los planteamientos de la capacitación.

Así, aunque no existe una estandarización de la mejor alternativa para referirse con equidad a hombres y mujeres, por cuestiones de estilo editorial prevalece el genérico masculino, sin embargo en la expresión hablada no sólo es recomendable hacer visible la participación de las mujeres sino la utilización de un lenguaje libre de discriminación, no beligerante y respetuoso tanto de las mujeres como de los proveedores de servicios de salud y de todos los grupos sociales, tomando en consideración sus capacidades y sus contextos culturales y sociales.

- Existen además otras acotaciones al lenguaje que aparecen en la siguiente tabla para ser empleados consistentemente durante la capacitación. Estas se refieren a los apelativos que el personal de salud en general emplea para referirse a las mujeres y a su condición de usuarias de los servicios, los términos alternativos buscan la congruencia entre el lenguaje y la perspectiva de la práctica médica desde un enfoque de derechos que elimine el espacio jerárquico entre las usuarias de los servicios y toda la gama de profesionales de la salud que las atiende, favoreciendo con ello una relación de cercanía y confianza suficiente para generar un clima de respeto que defina la interacción entre ambos como condición indispensable para todo el proceso de atención médica.

Modificar expresiones y usos estigmatizantes del lenguaje puede requerir una revisión profunda de la construcción del proceso que lleva del estigma a la discriminación, las personas a cargo de la conducción grupal deben reconocer estos elementos que subyacen a la elección de términos y construcción del habla personal, pues la reconstrucción del lenguaje no es un campo ajeno a la adopción de un marco de d

erechos humanos, es una acción paralela que al realizarse de manera consciente y decidida tiene un poder transformador de las relaciones humanas, ejercicio al que una gama cada vez más amplia de profesionales de todas las disciplinas acceden, ya que ~~la~~ comunicación social es fundamental para despertar mayor conciencia sobre las necesidades y derechos de las mujeres, hombres y jóvenes, (ñ) no sólo por los

contenidos de la información, sino, sobre todo por el modo y el lenguaje con el que se los presenta.⁹⁴

<u>Cómo referirse a las mujeres en los servicios de salud</u>	
Término de uso común en los servicios de salud	Alternativa
Enfermita	
Madre	
Madrecita	Nombre de la persona
Mi ja	Usuaría de los servicios
Niña*	
Chiquita*	
Pequeña*	
Pacientita	
Abuelita	
*Aplicado a mayores de edad	

Zaragoza L, Mara., México 2011

Intercambiar estas expresiones comunes por los términos alternativos destacan la autonomía de las mujeres, herramienta determinante para la toma de decisiones en los servicios de salud, por lo que durante la capacitación éste punto puede ser abordado específicamente; de no ser así, el sólo hecho de ser utilizado por los facilitadores constituye en sí mismo un mensaje directo respecto a la definición de la relación entre las usuarias de los servicios de salud y el personal que las atiende, como lo muestra la siguiente cita expresada con nostalgia en un taller de capacitación, a pesar de que no se hizo referencia explícita al uso ideal del lenguaje:

“Antes yo era el médico y ella la paciente,
ahora ella es usuaria y yo un simple proveedor de servicios+
(Médico gineco obstetra participante en un curso de atención a la violencia sexual en
México)

⁹⁴ Claudia Dides C., María Cristina Benavente R. Isabel Sáez A., *Guía de apoyo sober salud sexual y reproductiva, VIH y sida para periodistas y comunicadores*, Santiago de Chile, FLACSO Chile, UNFPA, 2010.p. 5

El impacto del lenguaje es tal que así como puede alentar el poder de las mujeres sobre sí mismas para tomar mejores decisiones en salud, puede situar a los profesionales de los servicios como agentes a cargo de que la voluntad de las usuarias se cumpla; evidentemente, para algunos profesionales esto implica renunciar a tomar decisiones sobre las personas que requieren de sus conocimientos.

- Respecto al aborto específicamente, es común que el personal de salud se refiera a los productos gestacionales como *bebés*, término que remite a hijos nacidos. Este término puede resultar perturbador cuando se emplea durante la interacción con mujeres que vivieron un aborto espontáneo o interrumpieron un embarazo deseado, ya sea por motivos de salud, por haber estado en peligro de muerte, o por verse orilladas por cualquier otra circunstancia, pues remite a la pérdida de algo diferente a lo que la mujer experimentó en términos reales y exacerba el sufrimiento que la mujer puede estar viviendo.

Usar este término durante la atención a personas que interrumpen un embarazo resultado de violación o con aquellas que optan por la interrupción voluntaria por otras circunstancias personales en las que el embarazo no era deseado también es inexacto e inadecuado, pues se trata de circunstancias sociales en las que las mujeres son comúnmente estigmatizadas por renunciar a lo que socialmente significa un hijo nacido.

- La atención a la violencia constituye otro espacio en el que el lenguaje requiere importantes precisiones, la más relevante se refiere a distinguir la atención de los servicios del trato humillante que una mujer vive en un contexto de violencia reiterada; y aun cuando las mujeres vivan violencia en un evento aislado, la atención integral de la salud reproductiva incluye el uso de un lenguaje que revierta la tendencia a la revictimización o enjuiciamiento de las mujeres como se muestra en el siguiente cuadro.

Terminología adecuada según el contexto

Contexto	Término de uso común	Alternativa
Violencia sexual	La violada	Nombre de la persona/ usuaria de los servicios/
Violencia física	La golpeada/	Persona agredida/
Violencia psicológica	Enfermita Transtornada	Persona en contexto de violencia
Aborto	La del aborto La abortista Madre	Nombre de la persona/ Usuaría de los servicios
Aborto	Bebé	Feto, embrión

Zaragoza L, Mara., México 2011

En suma el lenguaje cumple una función de la mayor importancia durante la capacitación en salud reproductiva porque promueve la mejora de actitudes del personal de salud en la atención a mujeres usuarias de los servicios médicos. Los facilitadores deben motivar la congruencia entre estos dos elementos.

- La modalidad de capacitación participativa tiene un componente fundamental en el diálogo grupal. El diálogo es una de las formas más efectivas de lograr que los participantes identifiquen desde diversos puntos de vista los diferentes aspectos de un problema y definan sus oportunidades de acción frente a él.

El diálogo es una de las herramientas más importantes que la comunicación aporta al proceso educativo. Es necesario precisar que no siempre se trata de diálogos en los que los participantes comparten experiencias sino que existe también una forma de diálogo cuyo objetivo es mostrar las diferentes opiniones presentes en un grupo para encontrar puntos comunes de interés para actuar en busca de un fin común. Esta forma

de diálogo coincide con la definición y técnica del *diálogo sostenido*,⁹⁵ diseñado como herramienta de trabajo para abordar tensiones y conflictos humanos profundamente enraizados -como son los religiosos, étnicos o raciales.

La razón más importante para evidenciar la especificidad de este tipo de diálogo se centra en la composición de los grupos de capacitación en salud reproductiva, en los que en no pocas ocasiones se cuenta en un mismo espacio con personal totalmente dispuesto, francamente negado o indiferente a proveer servicios integrales de salud reproductiva.

El diálogo sostenido, conformado por cinco etapas, ofrece una alternativa de construcción de opciones como lo requiere la capacitación en salud reproductiva, que es un tema que toca las convicciones personales y responsabilidad ética de los profesionales de la salud. Se muestran a continuación elementos útiles del diálogo sostenido en cada uno de sus cinco componentes que pueden ponerse en práctica en los procesos de capacitación.

Primera etapa: decidir el involucramiento

Para darle al diálogo propósito y dirección, los participantes deben estar de acuerdo para analizar la problemática. En esta etapa se debe lograr un acuerdo sobre ciertas reglas básicas de interacción centradas en la expresión de sus reflexiones personales y no en las de otros, condiciones de respeto y escucha mutua, y resguardo de la información manejada en el proceso.

Segunda etapa: Í mapearÎ las relaciones de forma conjunta.

El propósito al comienzo del diálogo mismo es llevar a la mesa del diálogo un problema específico, asegurarse que el grupo identifica todas las relaciones que son significativas e identificar los factores presentes en el problema para incidir en ellos. En esta misma

⁹⁵ Harold Saunders y Randa Slim, *Diferencia entre diálogo y debate destructivo, Diálogo para cambiar las relaciones conflictivas* Transformación de Conflictos en el Mundo Hispano (en línea) <http://www.gmu.edu/acadexcel/findex.html> (Consulta el 8 de Septiembre de 2011).

etapa es importante identificar también los posibles cambios positivos y los obstáculos que enfrenta el cambio. Los participantes elaboran esta información por escrito.

Tercera etapa: explorar las dinámicas de las relaciones

El propósito de esta etapa es generar el deseo de cambiar las relaciones conflictivas de manera que se lidia con los problemas que se están encarando. Los participantes evalúan a dónde los están conduciendo las situaciones actuales, para crear las condiciones en los cuales se genera el deseo de cambiar la situación y para reunir la voluntad y la determinación para diseñar formas de cambiar las relaciones destructivas que impiden el camino hacia el cambio.

Cuarta etapa: vivir las relaciones; construir escenarios

El propósito de esta etapa es traer a los miembros del grupo al punto de pensar en forma conjunta acerca de cómo generar los cambios que ellos quieren que ocurran. El grupo trabaja unido para diseñar las maneras de cambiar esas relaciones en las que todos están de acuerdo que necesitan cambiar para manejar los problemas que les interesa a cada uno.

Quinta etapa: actuar juntos

El propósito de esta etapa es la desarrollar de una manera práctica los escenarios que pudieran ser puestos en acción. La tarea en esta etapa es que los participantes reflexionen en forma conjunta sobre lo que está dentro de sus propias posibilidades.

En cada uno de estos pasos, los participantes identifican el problema y construyen soluciones por sí mismos, como resultado ganarán un entendimiento más profundo sobre los obstáculos y las oportunidades a su favor.

El diálogo es la herramienta más representativa de la capacitación participativa, sin embargo, es necesario visibilizarla como una herramienta y no como un fin en sí misma durante la capacitación.

2.- Contextualización adecuada del entorno de la capacitación.

La adecuada contextualización del entorno de capacitación permite establecer una relación significativa entre la información de la capacitación y la realidad de los participantes. Datos pertinentes para contextualizar el contexto se muestran en el siguiente cuadro.

Información para contextualizar la capacitación
Extensión territorial, población, distribución de la población en zonas urbanas, rurales e indígenas, escolaridad de la población, grupos de población por edad y municipios de mayor porcentaje de habitantes.
Información sobre causas de muerte materna y lugares en los que sucede con mayor frecuencia. Egresos hospitalarios desagregados por situación específica, como partos, abortos, hemorragias e infecciones, entre otras.
Cobertura anticonceptiva desagregada por métodos permanentes o temporales y edad de la población que tiene acceso a ella.
Recursos para la atención en salud con los que se cuenta a nivel estatal y local, , servicios de salud para la referencia y capacidad resolutive de las unidades.
Aportado por Adrián Delgado Lara a <i>lpas</i> México.

Es importante nutrir este marco con datos oficiales fuentes confiables de información, y mencionar, en su caso, el subregistro en algunos aspectos.

Desde esta perspectiva salud pública es posible delinear un panorama de las características de la comunidad que con frecuencia el mismo personal de salud desconoce. Es el caso de datos como los grupos de edad de la localidad, el número

promedio de hijos, el nivel de mortalidad y morbilidad materna, etcétera, estos elementos incentivan a los participantes a compartir datos de su experiencia en la atención que encuentran congruentes frente a esta información y da respuesta a interrogantes recurrentes sobre las razones de algunas condiciones de salud comunitaria, por ejemplo, por qué se concentra en determinado grupo de edad cierta condición de salud, en donde ocurre más comúnmente la muerte materna y cómo esto se asocia con la infraestructura en salud disponible; cómo el apego a tratamientos médicos puede tener relación con el desabasto de los mismos o el nivel de ingreso económico local o las economías de las que subsiste la comunidad, así como la relación entre los mensajes de promoción de la salud y la interculturalidad de la región, que pueden o no corresponderse y, por lo tanto, haber o no eco en las usuarias de los servicios.

- Elegir distintos medios para la contextualización de la capacitación es también una manera de responder a la diversidad de estilos de aprendizaje, además pone de manifiesto la sensibilidad adecuada para la selección de recursos que representan una idea o el planteamiento de una problemática.

Esta capacidad de relacionarse cercanamente con todos los componentes del proceso, con los participantes, con el tema y el contexto en el que se desarrolla la capacitación ha sido definida como *madurez pedagógica*⁹⁶ pues no se define sólo como la apropiación del contenido sino también de los recursos para comunicarlo, y comunicarse por todos los medios posibles.

Es importante elegir materiales diversos que confirmen en distintos contextos la existencia de un problema a resolver y motiven la necesidad de ser parte de la solución.

Algunos recursos como testimonios, noticias tomadas de medios impresos o películas pueden resultar conmovedoras, sin embargo, el facilitador debe tener presente que la capacitación pretende guiar a los participantes a la acción y no a la mera compasión por el sufrimiento humano.

⁹⁶ Daniel Prieto Castillo, *Op. cit.*, p. 75

En el tema de violencia de género ésta consideración cobra mayor importancia. Una técnica frecuente para la capacitación al personal de salud sobre el proceso de atención que debe ofertarse a las mujeres que viven esta situación es el análisis de casos, con este fin, comúnmente el grupo aporta historias que han vivido en los servicios de salud, otras tantas son expresamente preparadas por los facilitadores para hacer notar condiciones específicas que requieren la atención en los servicios.

La selección de casos no puede ser azarosa. Una recomendación relevante es evitar la selección de historias por la crueldad de los sucesos que describe, lamentablemente la capacidad humana de daño a sus semejantes parece infinita, sin embargo, a menos que se tratara de análisis criminalísticos estos detalles no son los más importantes para el ejercicio que se persigue en una capacitación del proceso de atención a la violencia que viven las mujeres. Por el contrario, es sumamente importante la selección de historias que ponen en evidencia los factores clave de las etapas del ciclo de la violencia, la respuesta de la mujer al maltrato, las oportunidades de atención, la atención recibida y los resultados de la misma.

Es indispensable que el facilitador centre la atención en estos elementos y no en la mecánica de las agresiones, que puede desviar la atención de los participantes de las acciones de mejora en los servicios de salud y puede volver este ejercicio un escaparate sin sentido de la crueldad humana.

Existe, por otro lado, la posibilidad del uso de la tecnología para acompañar el proceso de enseñanza aprendizaje, así, el audio, la imagen y el video son alternativas del capacitador para presentar la realidad y pensar sobre ella. Es deseable una vasta oferta de recursos para ello, atendiendo a las consideraciones mencionadas.

En el tema de violencia contra las mujeres es útil complementar los datos mundiales, nacionales y locales testimonios escritos o audiovisuales para individualizar circunstancias.

Los testimonios son verdades poderosas que rebasan la cronología, son mensajes que descubren sentimientos íntimos, personales de quienes han vivido el maltrato y comparten su historia para llegar a otras personas con el deseo de que una vivencia desoladora no suceda más.

En la práctica médica el uso de imágenes ha acompañado la evolución del conocimiento sobre la salud y la enfermedad humana, es necesario que el uso de recursos audio visuales respondan a los objetivos particulares de la capacitación, para lograrlo, los facilitadores deben favorecer el contenido del material por encima de la forma y seleccionar todos los recursos desde una mirada crítica que permita concretar los objetivos de la capacitación.

Algunos facilitadores tendrán mayor habilidad para la búsqueda y selección de recursos, es tarea de la coordinación de facilitadores el acompañamiento en la propuesta de materiales.

3.- Fortalecimiento de la comprensión de la dimensión no médica de la salud reproductiva.

- En México, la normatividad para el ejercicio de las profesiones médicas involucradas en la atención a la salud reproductiva de las mujeres tiene un peso fundamental en la capacitación y, sólo incluyéndolo como componente permanente en estos procesos se pueden abordar los límites y oportunidades de atención a este ámbito de la salud.

Conocer el marco legal es indispensable, por ejemplo, para la atención de situaciones de violencia, en donde el personal de salud realiza acciones que rebasan la esfera médica y constituyen acciones médico legales, tal es el caso de la elaboración de la hoja de lesiones cuando las víctimas acuden de manera inmediata en busca de servicios médicos, la notificación al ministerio público de la atención a casos de violencia y la recolección de evidencia en casos de violencia sexual.

A pesar de que en nuestro país las legislaciones estatales tienen marcos normativos diferentes entre sí, las dudas y preocupaciones del personal de salud respecto a sus posibilidades y obligaciones de acción frente a estos temas son similares. Se ha vuelto no sólo necesario sino indispensable que la capacitación contenga la descripción de la normatividad estatal en estos asuntos. La propuesta incluye, por lo tanto, un cuadro de las preguntas frecuentes relacionadas a la práctica profesional que deben ser parte de una agenda de capacitación en salud reproductiva, a ser desarrolladas por especialistas

en el campo jurídico, ya que el abordaje de estos temas es reconocida como una de las pocas oportunidades que el personal de salud tiene para preguntar directamente a un especialista sobre los procedimientos médico legales.

Es muy importante contar con la participación específica de un profesional del ámbito jurídico para este componente de la capacitación ya que permite establecer con claridad la normatividad vigente y solucionar dudas de los participantes respecto a decisiones tomadas en el ámbito médico que tienen implicaciones jurídicas. La participación de un especialista permite además encuadrar la práctica médica en un marco de derechos humanos y conducir a los profesionales al reconocimiento de los derechos de las usuarias de los servicios de salud a recibir atención médica apegada a criterios de calidad, además de situarla como una responsabilidad profesional.

Existen casos en los que el facilitador de un evento de capacitación asume la tarea de exponer todos los componentes del proceso, sean éstos médicos, legales o trabajo actitudinal con el grupo, sin embargo, a pesar de que se trata de facilitadores con habilidad para la memorización de los contenidos a desarrollar o que por su práctica profesional tienen experiencia en los diferentes momentos y áreas del proceso de atención a la salud reproductiva, no es posible sustituir la participación de especialistas que tenga a su cargo el desarrollo de componentes que generan dudas específicas. Esto es especialmente evidente en los aspectos legales, el sólo hecho de que no sean expuestos por un profesional provoca incertidumbre a los participantes.

Las dudas frecuentes identificadas en los procesos de capacitación a proveedores de servicios de salud reproductiva son las que se muestran en el siguiente cuadro. En cada uno de los temas existe una obligatoriedad para la participación de los profesionales de la salud, sin embargo, alrededor de estos temas existe duda constante respecto a la legitimidad del derecho de las mujeres a recibir estos servicios.

En todos estos casos, la aclaración de la obligatoriedad en la atención da lugar a extensos diálogos grupales en el que se ponen en práctica estrategias de visibilización de la problemática que cada uno de estos casos plantea y la conveniencia de que los

profesionales de la salud brinden servicios adecuados en un marco de legalidad y derechos humanos.

En no pocos casos los participantes tienen dudas respecto a la mejor alternativa para la atención en estos contextos y requieren, además de información amplia, la oportunidad de plantear dudas y remontarse a experiencias particulares para una mejor comprensión de estos aspectos de la salud.

Es importante hacer visible que las omisiones en la atención constituyen también responsabilidad profesional, este mensaje es un llamado a la participación activa en el cumplimiento de los derechos humanos en los servicios de salud, que en la práctica se concretan haciendo valer la garantía de privacidad, confidencialidad, seguridad y respeto a la toma de decisiones de las mujeres en los servicios de salud. Con esto, los servicios médicos son espacios de salud y justicia.

Dudas frecuentes sobre aspectos médico legales
en la atención a la salud reproductiva

Tema

Dudas frecuentes

-Aborto

-Límite de edad gestacional para interrumpir un embarazo.

-Definición de las circunstancias de aborto como son: el aborto culposo o imprudencial, aborto eugenésico, aborto por razones de salud y aborto legal por violación.

Violencia

-Condiciones para la elaboración de hoja de lesiones.

-Recolección de evidencia legal en caso de violación.

-Participación del sector procuración de justicia para la interrupción del embarazo por violación.

-Anticoncepción

-Autonomía de las mujeres para decidir sobre su reproducción sin el consentimiento de otra persona.

-Niñas y adolescentes

-Derecho de las menores de edad a recibir anticoncepción de emergencia.

-Derecho a recibir consejería anticonceptiva.

-Derecho a recibir servicios integrales de aborto.

-Mecanismos de denuncia de actos de violencia en su contra.

-Diversidad sexual

-Derecho a los servicios.

Los facilitadores deben contar con información actualizada sobre los marcos normativos vigentes en cada estado y brindar a los participantes información suficiente para esclarecer dudas e incertidumbres que pueden convertirse en un obstáculo para la provisión de los servicios, además de que es información de la que el facilitador no puede estar ajeno en tanto es un complemento y razón de ser de las propuestas de atención sobre las que se basa la capacitación en salud reproductiva.

- En este mismo sentido, el análisis de casos concretos atendidos por los participantes o sucedidos en sus servicios no es sólo una técnica de aprendizaje, tiene el potencial de exponer las preocupaciones y dilemas de los profesionales. El facilitador puede construir un ambiente de confianza y cercanía con los participantes al expresar su comprensión acerca de estas dudas y validar las inquietudes que genera al personal de salud la incertidumbre jurídica de algunos procesos.

Aun cuando existen técnicas específicas para el análisis de las actitudes del personal de salud frente a temas polémicos como el aborto, la violencia o la diversidad sexual, el embarazo adolescente o las decisiones reproductivas de las mujeres, el facilitador de un proceso de capacitación en salud reproductiva debe mantener a todo lo largo de la capacitación una actitud de comprensión frente a opiniones distintas o contrarias al ejercicio de los derechos de todas las personas a decidir sobre estos temas.

El facilitador se allegará de recursos para construir los argumentos que presenten a los profesionales la importancia de hacer prevalecer los derechos de las usuarias al ser ellas quienes resuelven las consecuencias de las opciones médicas por las que se inclinan. Sin embargo, los proveedores de servicios pueden estar convencidos de que ciertas intervenciones vulneran sus convicciones; aun en esos casos el facilitador o facilitadores a cargo deben tener ante el grupo la disposición para plantear alternativas de atención a las mujeres como la referencia responsable a otros servicios de salud en donde puedan recibir la atención que requieren sin quedar en el abandono.

Por otro lado, el personal cuyas convicciones personales son contrarias a las de las mujeres no necesariamente debe quedar al margen de la atención a la salud reproductiva, por el contrario, puede centrar sus esfuerzos en actividades de prevención y consejería con lo que contribuye desde otra perspectiva al cuidado de la salud reproductiva de las mujeres.

Plantear estas alternativas sólo es posible cuando el equipo de facilitación está atento al proceso del aprendizaje grupal y sitúa a los participantes en el centro del proceso.

CONCLUSIONES

Durante este recorrido a través de los conceptos y la metodología de los procesos de capacitación desarrollados por *Ipas México* fue posible identificar que los elementos que la conforman, establecidos en el manual *Capacitación eficaz en salud reproductiva*, coinciden con los definidos en el concepto actual de la comunicación en la educación, cuyos elementos característicos se centran en lograr la mayor interrelación entre todos los elementos teóricos, materiales y humanos del proceso de enseñanza aprendizaje.

La documentación de los procesos de capacitación descritos constituye también una retrospectiva de la implementación de las estrategias de comunicación que encuentran en este trabajo un marco teórico que las fundamenta, las fortalece y otorga certeza para continuar su aplicación.

La búsqueda de los vínculos entre comunicación y educación desarrollada en los primeros dos capítulos de este trabajo mostró que, paradójicamente, a una distancia de más de cincuenta años de los planteamientos que descubren la relación entre estos campos, predominan las modalidades conservadoras en los procesos de aprendizaje en los sistemas de salud, aun cuando es tan necesario recurrir a formas más efectivas de interacción para la capacitación. Sin embargo, los antecedentes de los programas de capacitación en diversos países de América Latina, como el caso de México, permiten concluir que existe una tendencia institucional por fortalecer modalidades de capacitación especializadas para los servicios de salud, y la comunicación es una herramienta indispensable para lograrlo.

La revisión de los aportes de la comunicación a la capacitación a la luz de estas consideraciones teóricas mostró que no es suficiente dotar de herramientas tecnológicas los espacios de enseñanza y aprendizaje para alcanzar un modelo educativo basado en la comunicación, sino comprender el paradigma en el que la comunicación en sí misma es parte del proceso. Así, la adecuada comunicación entre el grupo y el equipo de facilitación y todos los medios materiales e intelectuales del proceso se revela como el modo más efectivo de involucramiento para motivar el conocimiento, la adquisición de destrezas y la modificación de procesos.

La relación entre todos estos elementos es, además, una relación histórica, pues fue posible reconocer que desde la perspectiva comunicativa se construye una consideración más amplia de los vínculos que se tejen en todas direcciones definidos por el contexto social, legal y económico, tanto del quienes integran el grupo de capacitación como de los receptores de los servicios de salud, además de un marco de derechos humanos que establece en nuevos términos las condiciones de la salud y la enfermedad, además del mismo evolucionar del conocimiento científico, elementos históricos que perfilan el diseño de los programas de capacitación, y que hacen de cada proceso un evento único por sus muy particulares características y el momento social de su implementación.

Es importante reconocer ese poder transformador de la comunicación en la educación e incentivar el acercamiento entre todas las personas y los elementos involucrados en la capacitación. Una forma de hacerlo es seguir documentando que es posible fortalecer y actualizar el conocimiento a través de los engranes entre ambas disciplinas, a través de todas las vías posibles como las formas básicas para establecer contacto con otras personas a través del diálogo personal, la expresión paralingüística, el uso consiente del espacio y la utilización crítica de las tecnologías que constituyen también medios de conocimiento. Los profesionales de la comunicación cuentan con las herramientas metodológicas para lograrlo.

En el marco específico de la capacitación en salud, la comunicación logra poner en contacto a equipos médicos que de otra forma no rompen la barrera de la jerarquía y la especialización, perdiendo con ello la oportunidad de compartir experiencias y lecciones aprendidas. Cuando la comunicación trasciende estas barreras en un proceso educativo se configura la creación de nuevos equipos de conocimiento capaces de multiplicar esta experiencia, y se conforman nuevas relaciones de colaboración en la práctica profesional que desembocan en mejores servicios en la atención a la salud.

Los profesionales de la comunicación tienen en los procesos de capacitación un lugar reservado para el diseño, coordinación y realización de eventos de capacitación. Pueden conjuntar los elementos que llevan a los profesionales de la salud a la comprensión de aspectos que acompañan la evidencia científica. El profesional de la

comunicación cuenta con la habilidad para el diseño y la planeación de oportunidades de intercambio entre profesionales, en tanto es consiente del proceso de interacción que se puede alcanzar entre todos los elementos y personas que intervienen en la educación permanente en salud.

Específicamente, en el campo de la salud reproductiva, los profesionales de la comunicación cuentan con las herramientas necesarias para la formulación de estrategias de capacitación que incluyan aspectos clínicos, legales y sociales que contribuyen a elevar la calidad de la atención a mujeres con requerimientos de atención en algún aspecto de la salud reproductiva.

Así mismo, instruidos para el análisis de las problemáticas sociales relacionadas al desarrollo comunitario y social, los profesionales de la comunicación pueden dimensionar los alcances de la capacitación en un contexto social, económico y político determinado y enmarcarlo en estas condiciones.

La contribución de la capacitación en salud reproductiva al mejoramiento del contexto de la vida de las mujeres en el plano biológico y social convierten, además, a este campo de la práctica profesional en una actividad gratificante que además de promover la calidad en la provisión de los servicios aspira a alcanzar como fin último el incremento en la calidad de vida que pueden alcanzar las mujeres a partir de la adecuada atención a sus expectativas en los servicios de salud.

Resta fortalecer aspectos específicos relacionados con la formación de quienes están dedicados a la capacitación, esto es, el reconocimiento de un perfil dotado de las herramientas de comunicación para diseñar eventos de enseñanza aprendizaje desde la perspectiva educativa y comunicativa. Este replanteamiento del perfil del facilitador implica hacer visible la experiencia de capacitación, evaluando el nivel de satisfacción de los participantes en el proceso y la del facilitador o equipo de facilitadores a cargo, relacionados a los componentes temáticos y contextuales del evento para fortalecer todas las dimensiones que intervienen.

El fortalecimiento del seguimiento y evaluación de los programas de capacitación es un reto para México como para los países de América Latina que se encuentran en

desarrollo de propuestas de capacitación orientadas a la búsqueda de mejores alternativas en salud reproductiva en contextos sociales en los que prevalece la necesidad de garantizar el derecho a la protección de la salud. Este es el reto de *Ipas* México también.

RECURSOS

TESIS

Fragoso Sandoval, Rafael. *Comunicación y Educación*, Tesis de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Asesora: Baena Paz, Guillermina María Eugenia, Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1990.

Longueira Rosales, Juan Antonio. *Comunicación y educación permanentes en la educación para los adultos*, México, Tesis de Licenciatura en Ciencias de la Comunicación, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1989.

BIBLIOGRAFÍA

Comisión Interamericana de Derechos humanos, *Acceso a la información en materia reproductiva desde una perspectiva de derechos humanos*, Organización de los Estados Americanos, 2011, 39 pp.

Davini, María Cristina, *et al.*, *La Capacitación del Personal de los Servicios de Salud en Proyectos Relacionados con los Procesos de Reforma Sectorial*, Quito, Organización Panamericana de la Salud, Organización Mundial de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos (HSR) División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), Serie Observatorio de Recursos Humanos de Salud, 2002, 137 pp.

De Fleur Melvin, *et al.*, *Teorías de la comunicación de masas*, Argentina, Paidós, 1982, 251 pp.

Dides, Claudia, *et al.*, *Guía de apoyo sobre salud sexual y reproductiva, VIH y Sida para periodistas y comunicadores*, Santiago, Chile, Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales FLACSO Chile, Fondo de Población de Naciones Unidas UNFPA, 2010, 73 pp.

Gallardo Cano, Alejandro, *Curso de teorías de la comunicación*, México, Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, 1990, 169 pp.

Haddad Q., Jorge, *et al.*, *Educación permanente de personal de salud*, Organización Mundial de la Salud, Organización Panamericana de la Salud, Desarrollo de Recursos Humanos (HSR) División de Desarrollo de Sistemas y Servicios de Salud (HSP), Serie Desarrollo Recursos Humanos No. 100, 1994. s/número de páginas.

Ipas México, *El quehacer de Ipas*, México, Folleto Informativo, s/año, s/número de páginas.

Krug, Etienne, *et al.*, eds., *Informe Mundial sobre la Violencia y la Salud*, Washington D.C., E.U.A., Organización Panamericana de la Salud, Oficina Sanitaria Panamericana, Publicación Científica y Técnica No.588, 2002, 355 pp.

Langer, Ana, *et al.*, *Reforma del sector sanitario y salud reproductiva en América Latina y el Caribe: fortalecer los vínculos*, Ginebra, Organización Mundial de la Salud, 2000, 139-147 pp.

Langer, Ana y Kathryn Tolbert, eds., *Mujer: sexualidad y salud reproductiva en Mexico*, Prólogo: Ivonne Szasz, México, The Population Council y EDAMEX, S.A., 1996.

Langer, Ana, *et al.*, *Salud sexual y reproductiva y reforma del sector salud en América Latina y el Caribe: desafíos y oportunidades*, México, Inter American Development Bank, Population Council, Instituto Nacional de Salud Pública, 2000, 81 pp.

Mc Quail, Denis, *Introducción a la teoría de la comunicación de masas*, España, Paidós, 1985, 309 pp.

México, México, *Ipas México*, 2008, Hoja informativa, s/número de páginas.

Organización Mundial de la Salud, *Estrategia de salud reproductiva para acelerar el avance hacia la consecución de los objetivos y las metas internacionales de desarrollo*, Ginebra, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas incluido el Programa Especial PNUD/FNUAP/OMS/ Banco Mundial de Investigaciones, Desarrollo y Formación de Investigadores en Reproducción Humana, 2004, 36 pp.

Periodistas de a pie, *Escrito sin discriminación, sugerencias para un periodismo sin etiquetas*, México, Consejo Nacional para prevenir la discriminación, 2011, 95 pp.

Prieto Castillo Daniel, *La comunicación en la educación*, Ediciones la Crujía, Argentina, 1999, 173 pp.

Rodríguez Romero, Nana, *La comunicación en la educación, la pedagogía y la didáctica+ Cuadernos de Psicopedagogía N° 5*, Colombia, Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, 2008, 170 pp.

Wegs, Christina, et al., *Capacitación eficaz en salud reproductiva: diseño y ejecución del curso*. Manual de referencia. Chapel Hill, Carolina del Norte, Ipas, 2003, 162 pp.

BIBLIOGRAFÍA JURÍDICA

Ley General de Población, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de enero de 1974, texto vigente, última reforma publicada DOF 25-05-2011.

Ley General de Salud, publicada en el Diario Oficial de la Federación el 7 de febrero de 1984, texto vigente, última reforma publicada DOF 16-11-2011.

Modelo integrado para la prevención y atención de la violencia familiar y sexual, México, Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva, Secretaría de salud, Mujer y Medio Ambiente, Ipas México, Programa para el Desarrollo de las Naciones Unidas, Segunda Edición, 2009, 206 pp.

Norma Oficial Mexicana, NOM 005-SSA2-1993, De los Servicios de Planificación Familiar.

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993, Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio.

Norma Oficial Mexicana NOM-010-SSA2-1993, Para la prevención y control de la infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana.

Norma Oficial Mexicana NOM-046-SSA2-2005. Violencia familiar, sexual y contra las mujeres. Criterios para la prevención y atención.

DOCUMENTOS ELECTRÓNICOS

Alfonso Gumucio Dagron, %Comunicación y educación: Una deuda recíproca+, (en línea), *La hojarasca*, Número 31, s/número de páginas, Alianza de escritores y periodistas,

<http://www.escriitoresyperiodistas.com/NUMERO31/NUMERO31.htm> (consulta 10 de junio de 2011).

Diccionario de la Lengua Española, Real Academia Española, (en línea),

<http://www.rae.es/rae.html>. (Consulta 3 de junio 2011)

Gregorio Pérez-Palacios, %El programa de salud reproductiva en México, Alcances y desafíos+, (en línea) *Gaceta Médica de México* Vol. 136 Suplemento No. 3 México, 2000,

http://www.imbiomed.com.mx/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=27698&id_seccion=1903&id_ejemplar=2834&id_revista=48 (consulta 29 de agosto 2011).

Harold Saunders y Randa Slim, *Diferencia entre diálogo y debate destructivo, Diálogo para cambiar las relaciones conflictivas*, (en línea), s/número de páginas, Florida, USA, Inter-mediación.com Transformación de Conflictos en el Mundo Hispano, <http://www.gmu.edu/acadexcel/findex.html> (Consulta 8 de Septiembre de 2011).

Jesús Martín Barbero, *Ensanchando territorios, comunicación, cultura, educación*, (en línea), 13pp., edocomunicación.org, http://www.educomunicacion.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=37&Itemid=57, (consulta 8 de junio 2011)

Ministros de Salud de las Américas, *Agenda para la Salud de las Américas 2008-2017*, (en línea) 23 pp., Panamá, Organización Panamericana de la Salud, http://www.paho.org/Director/AR_2009/spanish/chapter02_text06.htm (Consulta 3 de Junio 2011).

Nestor Antonio Pardo Rodríguez, *Modalidades de comunicación no oral, o discurso paralelo. Proxemia y paralenguaje+*, (en línea) s/editor, s/lugar de edición, [http://www.protocolo.org/social/conversarhablar/modalidades de comunicación no oral o discurso paralelo/proxemia y paralenguaje.html](http://www.protocolo.org/social/conversarhablar/modalidades%20de%20comunicaci%C3%B3n%20no%20oral%20o%20discurso%20paralelo/proxemia%20y%20paralenguaje.html) (consultal 8 de septiembre de 2011).

Organización Panamericana de la Salud, *La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano+*, (en línea), *Revista Panamericana de Salud Pública*, Vol.4, n.3, s/número de páginas, Washington, USA., Organización Panamericana de la Salud, 1998, doi:10.1590/S1020498919980009000152011s(DBI/E)2011 http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102049891998000900015 (consulta 20 de julio 2011)

Organización Panamericana de la Salud, Programa de Publicaciones *La salud reproductiva: parte integrante del desarrollo humano+*, (en línea) *Revista Panamericana de Salud Pública* Print version ISSN 1020-4989 Rev Panam Salud Publica vol. 4 n. 3 Washington Sept. 1998 s/número de página.