Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 100

LECTURA 1

EDS

Jorge Haddad Q.
María Alice Clasen Roschke
María Cristina Davini

Editores

EDUCACION PERMANENTE DE PERSONAL DE SALUD

sección segunda: educación permanente como herramienta para el desarrollo de los servicios de salud

Capítulo II

EDUCACIÓN PERMANENTE, PROCESO DE TRABAJO Y CALIDAD DE SERVICIO EN SALUD

Pedro Brito Quintana [1]
María Alice Clasen Roschke [2]
Eliana Claudia de Otero Ribeiro [3]

El contenido de este Capítulo y la propuesta teórica y metodológica que contiene tratan de contribuir a superar algunos problemas del trabajo, de la educación y de la atención que se brinda en los servicios de salud, considerando las dificultades por las que éstos atraviezan, y tratando de aprovechar oportunidades que se presentan actualmente para cambiar esa situación.

Por ello se refiere a la difícil situación de los servicios públicos de salud que en los países de la Región de las Américas sirven a la mayoría de la población y a la pérdida del sentido de responsabilidad social frente a la población, lo que de hecho configura una ruptura del contrato social entre ambos. Trata también del trabajo del personal de salud en esos servicios y del deteriorado contrato laboral vigente. Se refiere también a la educación como un medio importante para que el trabajo en los servicios de salud se realice en mejores condiciones y se brinde una atención de mejor calidad; y, por último, a las oportunidades a ser aprovechadas para que en los servicios de salud se instalen procesos educativos para desarrollar tanto la calidad del trabajo como la calidad del servicio que se ofrece a la población.

Para contribuir a lograr esos objetivos y a generar esas oportunidades se orienta la línea de trabajo de Educación Permanente en Salud (EPS) que la Organización Panamericana de la Salud promueve desde 1984, la que se ha desarrollado tratando de establecer vínculos entre esas dos dimensiones de la

---

1 *Funcionario del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.*

2 *Consultora a corto plazo del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C.*

3 *Directora, Núcleo de Tecnología Educacional para la Salud (NUTES), Centro de Ciencias de la Salud, Universidad Federal de Río de Janeiro, Brasil.*

vida (el trabajo y la educación) y de las instituciones. El eje de su preocupación es el trabajador, su labor y su contribución a la atención de salud de la población y la educación permanente de los trabajadores como un instrumento esencial de su desarrollo. En este Capítulo se proponen ideas y sugerencias operacionales para alcanzar ese objetivo.

Servicios, crisis y ciudadanía

Los complejos procesos nacionales de reformas estatales, ajuste estructural y consolidación de instituciones democráticas tienen tangibles consecuencias sobre las condiciones de vida de las poblaciones y sus demandas por bienestar. En general está instalado en la Región de las Américas un activo debate sobre los beneficios y perjuicios que tienen las actualmente hegemónicas políticas económicas neoliberales para el bienestar social.

Los procesos recesivos tienden a revertirse en algunos países, a pesar de que no se observa una consistente recuperación del empleo y el ingreso de la población. En el sector de la Salud existe preocupación por las cuestiones pendientes de equidad y acceso, así como por la contención de los costos y la redefinición del financiamiento, ya que dichas propuestas económicas han definido que los recursos económicos para los servicios no serán aumentados incluso podrán decrecer. El ajuste estabilizador basado en los recortes del gasto público ha afectado la capacidad operativa de los servicios públicos de salud educación y del sistema de Ciencia y Tecnología, al tiempo que ha promovido importantes cambios en la estructura y financiamiento del sector.

La consolidación democrática se ve afectada por las dificultades del despegue del crecimiento económico debido a la regresiva estructura de distribución de los beneficios sociales, por la debilidad institucional y por rezagos autoritarios y de violencia en algunos países. La construcción de ciudadanía es difícil ante estas limitantes económicas y políticas, y actualmente pareciera que la noción misma de ciudadanía (tal como era entendida en los años ochenta), tiende a ser "reconvertida" bajo criterios economicistas: restringida regulada, segmentada y, para algunos, hasta "financiable".

Aunque en la década pasada han sido incorporados en las diversas constituciones nacionales los derechos a la salud y la responsabilidad del Estado (en actual proceso de dilución), debe decirse que a la vista de las tendencias económicas, políticas y sociales, aún queda como asignatura pendiente la vigencia efectiva de la ciudadanía en lo que hace al derecho a la Salud.

La meta de SPT-2000 y la estrategia de Atención Primaria de Salud fueron compromisos formales de todos los países; en muchos de ellos activaron en un pasado no muy lejano diversas formas de ampliar el acceso a la atención de poblaciones marginadas. Sin embargo, la actual coyuntura de los sistemas

salud en Latinoamérica se caracteriza por dificultades para el desarrollo de la APS y el logro de la meta.

El sector se ha consolidado como área de inversión y reproducción de capital. La década de los 80 se ha caracterizado entre otras cosas por la sustitución progresiva de la medicina estatal por una medicina comercial, como estructura básica de la atención a la población. Las propuestas dominantes se orientan a la configuración de estructuras segmentadas de mercados privados de atención médica, en razón de la disponibilidad de financiamiento por los diversos sectores poblacionales. El estado, reformado y descentralizado en la visión neoliberal, se debe encargar de cubrir con servicios básicos a aquellos sectores de pobreza crítica e indigencia. Adicionalmente, también es responsabilidad estatal la dotación de servicios no personales y de la atención al medio ambiente.

En este marco, la crítica condición de muchos servicios públicos obliga a pensar inclusive en estrategias de sobrevivencia de los mismos. Bajo tales condiciones se ha llegado a incumplir unilateralmente el contrato social, cuya vigencia es condición institucional básica de la ciudadanía en salud. En esos servicios se han generado condiciones técnicas, económicas e institucionales que afectan el trabajo y la entrega del servicio y que llegan a configurar una situación de no vigencia de los contratos laborales, favoreciendo el desarrollo de concepciones y prácticas corporativas de los trabajadores que muchas veces atentan contra la entrega del servicio.

Estas condiciones se reflejan en estilos de gestión que en la práctica consideran como objetos tanto a los pacientes como al personal de los servicios. Ellos dejan de ser sujetos de derecho (a la salud), ciudadanos, para ser objetos de cobertura financiera o población objetivo de un programa de emergencia social. En la ola de la llamada transformación productiva se han reconvertido (y vaciados o cambiados de contenidos) nociones como equidad, cobertura o calidad, por citar algunas.

En este Capítulo, (y al tratar sobre Educación Permanente en en Salud), se considera que el servicio, el trabajo, la atención, la educación y la calidad (como reflejo del disfrute de la ciudadanía en la salud) tienen como finalidad o razón de ser, la contribución a satisfacer las necesidades individuales y colectivas de la población. Para sustentar esta visión se propone revisar algunas categorías importantes para construir otra idea del servicio de salud. Estas son, **la institución de salud** como espacio social (complejo y cruzado por diversas intencionalidades) y **el trabajo que se realiza en ese espacio.**

de la acción organizadora de ningún director de orquesta. Todo profesional de salud ha pasado por la experiencia de enfrentarse a nuevos habitus, siendo casi como respirar "otro aire", al ingresar a trabajar en una nueva institución (2).

Las instituciones de salud definidas históricamente como lugares de ciencia y de cura, generan y mantienen activamente sus habitus. Son producto de la historia y producen prácticas individuales y colectivas, y por lo tanto, producen historia. Aseguran la vigencia de experiencias pasadas que, depositadas en cada organismo bajo la forma de esquemas de percepción, de pensamiento y de acción, tienden a garantizar la conformidad de las prácticas y su constancia a través del tiempo, de un modo más seguro que todas las normas explícitas.

El habitus institucional es el clima cultural e ideológico en el que transcurre la vida laboral, en el que se producen, pautados por normas implícitas o explícitas (gestión), los encuentros y desencuentros entre profesiones y profesionales, donde se dan en definitiva las relaciones de producción de servicios.

-La estructura de poder

El espacio institucional contiene una estructura y una dinámica políticas de características especiales: por un lado, se trata de un poder compartido y disputado activamente; por otro lado, una parte importante de ese poder en disputa se refiere a poder simbólico, derivado de la tenencia de determinado conocimiento relevante, el conocimiento médico. Mirado desde la sociología de las profesiones aparece claro que son los médicos quienes detentan el poder de conducción de los servicios. Políticamente, la estructura de poder formal no coincide con la informal y en la realidad, en muchos casos, no son los directores (si bien delegados de otro poder) quienes efectivamente dirigen los servicios.

Esa desigual distribución del poder construye estructuras piramidales de rígidas jerarquías que definen las reglas técnicas del funcionamiento de los servicios. Se configura así un territorio altamente conflictivo, complejo y de difícil gobernabilidad.

> *"La enfermera es confundida con un empleado cualquiera, con una mucama. Se la usa para ir a buscar cosas, para llevar o para traer. Los médicos no saben cuál es enfermera y cuál es auxiliar. Para ellos es lo mismo" (Una jefe de departamento de enfermería de un hospital en Argentina) (3).*

En los últimos tiempos y debido en parte a la crisis y el ajuste, otro protagonista importante ha aparecido en el escenario político de los servicios de salud: la corporación (el sindicato y la asociación de profesionales). La caída del salario, en un contexto de mayor importancia de la condición asalariada aún entre las profesionales liberales, las condiciones y el medio ambiente de trabajo en deterioro, las propuestas de flexibilidad-inestabilidad laboral,etc., han obligado a que estos actores busquen mayor presencia y hagan mayor presión. Sin embargo, es interesante constatar que la mayoría de reivindicaciones del personal, al tiempo que presionan por mejores condiciones de trabajo, tienden a preservar las rigideces del actual orden laboral y la estratificación en los servicios. Con frecuencia entran en contradicción los intereses de los trabajadores, de los dirigentes de los servicios y de los usuarios.

Aunque estos tiempos no son de auge del conflicto laboral clásico (como fue hace muy pocos años) y son más los conflictos de baja intensidad que repercuten negativamente en las relaciones interprofesionales (disputa por las "incumbencias" y objetos de trabajo) y en la calidad del servicio, la presencia de los gremios es ahora obligatoria y necesaria en esa escena del poder.

La cuestión del poder institucional en salud nos lleva a considerar la gestión y sus estilos como otra variable importante en la conformación de las posibilidades y escollos para una estrategia de cambio que reubique al trabajador y al trabajo como elemento clave en la mejoría del servicio y su calidad. No se refiere solamente a la mayor o menor democracia interna que se establezca en la institución y las posibilidaes de participar, sino a la visión estratégica de la conducción para rescatar y mantener la finalidad del servicio, para abrir o respaldar oportunidades de cambio en el marco de procesos actualmente en marcha como son por ejemplo, la descentralización, los programas de garantía de calidad, los proyectos de modernización institucional o estrategias de eficiencia, de moda en la Región.

Existe una relación no siempre percibida entre poder, estilo de gestión y trabajo en los servicios de salud. Se refiere a la vigencia del principio de separación entre planificación y ejecución (entre lo político y lo técnico), entre pensar y hacer (según la premisa taylorista aún vigente en la mayoría de los servicios). Este principio consagra la separación, la verticalidad y la asimetría de las relaciones de poder y de trabajo en la institución.

-El proceso de trabajo

El trabajo que se realiza en las instituciones de salud (sea de atención médica o de salud integral) se caracteriza por su gran complejidad heterogeneidad y fragmentación. Se ha dicho con razón que un hospital es una de las instituciones de mayor complejidad por la diversidad de profesiones

profesionales, usuarios, tecnologías, relaciones sociales e interpersonales, formas de organización, espacios y ambientes, que alberga. Pero es compleja esencialmente por la naturaleza de los procesos que hacen a su finalidad: los procesos de salud, enfermedad, muerte; así como por las variables que entran en juego en las decisiones y acciones que esos procesos conllevan.

El proceso de trabajo se puede caracterizar como la modalidad de organización que conjuga una gama de factores como la tecnología, los recursos (materiales y económico financieros) y el personal, para su transformación en un determinado producto o resultado (en este caso, atención médica o atención integral), capaz de satisfacer una necesidad socialmente determinada, como finalidad de ese proceso (4).

En salud este proceso es en extremo heterogéneo. Engloba muchos procesos de trabajo, algunos de los cuales pareciera que poco tienen que ver entre sí. Si bien apuntan a una finalidad común, ésta muchas veces queda oculta o alterada debido a la forma de organización del proceso y su articulación con otros (similares o diferentes).

Sin embargo, si existe una característica del actual orden laboral en las instituciones de salud que es definitoria en lo técnico y en lo social, ésta es la fragmentación. Está basada en el principio de Taylor de la separación entre concepción y ejecución de la actividad, como condición de la productividad (5). Se trata de una fragmentación que encierra varias dimensiones: conceptual (entre pensar y hacer), técnica (definida por la aplicación de diversos conocimientos y tecnologías por diversos trabajadores cada vez más especializados) y social (se establecen relaciones de jerarquía y subordinación - división social- al interior y entre diversas categorías profesionales).

> *La gran diversidad de procesos que componen el trabajo en salud no sería otra cosa que una propiedad funcional de la producción de tales servicios o un desafío a ser enfrentado en su gerencia, si en realidad no implicara simultáneamente someter al usuario, con su personalidad viva, a los ritmos diversos de decenas de engranajes parciales que, al interactuar con su propio cuerpo, producen el efecto útil esperado de los servicios. De hecho, del usuario se espera que cumpla el papel de vivir la lógica de la fragmentación de esos servicios en su propia piel: el ritmo administrativo de la orden médica y la espera por la consulta de uno o tal vez dos o tres especialistas en medicina; el pasaje por innumerables instancias de exámenes "complementarios"; las entrevistas de consejo psicológico, del asistente social, entre otros. El usuario se ve obligado a recurrir a un dédalo de servicios y de especialidades o*

subespecialidades médicas, teniendo que obtener una cosa aquí, otra allí, ignorando para qué cada una de esas intervenciones es realizada -y realizada sobre su propio cuerpo-. Como si fuera poco, le solicitan además su participación activa en cada acto. (6).

Esa forma de organizar el trabajo (técnica, social y espacialmente), en un clima cultural o habitus que tiende a entender las cosas de la vida en términos biológicos y mecánicos, con una estructura de poder compartido, ha generado locus diversos para diversas modalidades de procesos de trabajo. Esta condición se refleja en la tipología de servicios comunmente aceptada para los hospitales: servicios finales o de atención directa, de apoyo técnico de diagnóstico y tratamiento, de apoyo general o logístico y de apoyo administrativo. Lo curioso es que la condición o cualidad de apoyo se refiere siempre al servicio final que brinda la atención médica directa y no precisamente a la finalidad de la institución como un todo.

Desde otro punto de vista se puede decir que un servicio como el hospital tiene en lo laboral un "desarrollo desigual y combinado": hay áreas de tipo "oficio y taller" (lavandería, maestranza, cocina), áreas de organización tayloriana (quirófano, radiología) y otras áreas "fordistas" (laboratorio, cuidados intensivos, urgencias) para mayor productividad o mejor control del proceso. No existe una modalidad paradigmática del trabajo en el hospital y esa es, entre otras, (formas de remuneración, procesos de profesionalización diferentes), una de las razones de dificultad para lograr incrementos en la productividad.

El papel de la tecnología en el trabajo en salud es determinante. Es el factor más dinámico del desarrollo de la atención médica en el período reciente y una de las razones del incremento de los costos. La tecnología organiza y reorganiza el trabajo: genera nuevas competencias, especialidades y nuevas relaciones técnicas que luego se plasman en nuevas relaciones sociales.

Pero la tecnología no es solamente un factor de producción y ordenador del trabajo, al mismo tiempo es también un elemento estructurador de formas de atención y modalidades de práctica, por tanto es un factor ideológico y cultural de prácticas futuras (en los servicios) y de pautas de consumo o demanda de atención (en la población) (7).

La gestión de personal y la calidad

La propuesta de educación permanente asume como objetivo la mejoría de la calidad del servicio que se ofrece a la población, constituyéndose en instrumento pedagógico de la transformación del trabajo y del desarrollo permanente de los trabajadores a nivel individual y colectivo.

Aquí es necesario establecer de qué se habla cuando se hace referencia a **calidad del servicio en salud.** Un primer reparo a tener en cuenta es que la mayor parte de la bibliografía existente a este respecto se refiere a calidad de la atención médica, gran parte de la cual deriva de los postulados de "buena medicina" formulados por Lee y Jones en la década del 30, basados en el paradigma flexneriano de calidad (8). Esta concepción basa el criterio de calidad en la posibilidades absolutas de la aplicación del conocimiento científico y en la incorporación de la tecnología médica, y la define como una condición esencial presupuesta en la acción de los agentes de la atención, sobre todo de la acción del médico.

La idea de calidad que se maneja y promueve en esta obra se ubica más en las líneas de pensamiento de Deming y de Juran; por ello se resalta la idea de calidad como **resultado integral ligado a determinados procesos de trabajo,** en el marco de la producción de servicios sociales, de satisfactores de ciertas necesidades sociales. Quiere decir que la calidad no es algo intrínseco, presupuesto en los agentes, "una cosa en sí", derivada de su alto nivel de formación o calificación, sino como una condición compleja en virtud de la cual los diferentes componentes de los agentes productores de servicios (acciones de salud) aportan significativamente a ese resultado. Que ellos estarán constantemente preocupados en obtener o perfeccionar para dar mayor satisfacción a los que necesitan de esos servicios. La calidad es, entonces, **una resultante de las formas como se da el proceso de producción de servicios.** (9, 10, 11)

En la actual condición crítica de la prestación y entrega de servicios públicos, la necesidad y el desafío de elevar la calidad de la atención es un objetivo mayor (junto con la universalidad en el acceso) ligado a la reconstrucción de ese contrato social roto que se mencionó anteriormente. No se puede hablar de calidad sin considerar el principio de equidad: no hay calidad de un servicio sin equidad. De cierta forma se podría decir que la calidad de la atención es un criterio o requisito del estatuto de ciudadanía en lo referente a salud. Otros se refieren también a esta dimensión ética y política como el componente humano de la calidad del servicio de salud.

Al trabajo en salud se le entiende como una práctica compleja que conlleva una dimensión técnica (que supone la aplicación de conocimiento y tecnología para satisfacer necesidades relevantes de la sociedad) y una dimensión social (que se refiere a las relaciones sociales que moviliza y a los intercambios simbólicos que eso supone).

Ese trabajo complejo, heterogéneo, desigual y combinado sigue siendo en esencia organizado bajo cánones tayloristas pero con los atributos de la indefinición de funciones y de la ausencia de una función intencional de gestión laboral. Es llamativa esta carencia si se considera que los hospitales se cuentan

paradigmas administrativos para poder responderlas. Quiérase o no, estas exigencias inducen cambios de diversa orientación y alcance, algunos de los cuales pueden ofrecer caminos para el avance de estrategias de cambio del trabajo para la calidad. Es un error pensar que estos cambios ocurrirán de un día para otro y que serán regularmente positivos, como también es un error pensar que solamente en instituciones democráticas y participativas (por ahora excepcionales) existen condiciones para un cambio como el que se propone. Al contrario, se puede decir que el camino para construir esas nuevas instituciones pasa por las estaciones de los cambios en el trabajo y de las posibilidades de la educación permanente en el servicio.

Esas demandas por capacidad gerencial y calidad obligan a buscar, además de un nuevo perfil gerencial e implementación de estrategias adecuadas de capacitación, nuevos paradigmas y modos de organización, es decir, nuevas prácticas de gestión, sobre todo en lo referente a la gestión del trabajo. Y ésta sí es una condición necesaria para un proyecto de educación permanente para la calidad del trabajo y del servicio.

En diciembre de 1992 se realizó un taller sobre Gestión de Servicios de Salud en la ciudad patagónica de Neuquén (en el suroeste argentino) en el que participaron 50 directores de hospitales, áreas programáticas y zonas sanitarias de las provincias de Neuquén y Río Negro. Allí se pasó revista a los principales problemas de la gestión sanitaria. Todos estuvieron de acuerdo que los problemas de personal están entre los tres principales, y entre aquellos los directores destacaron los siguientes:

- *Insatisfacción del personal.*
- *Problemas de la organización y administración del personal en las unidades.*
- *Déficit de personal en algunas áreas y alta rotatividad en otras.*
- *Deficiencias en el desempeño debidas a falta de capacitación.*
- *Carencia de incentivos económicos y deterioro progresivo de los salarios.*
- *Ausentismo creciente.*
- *Inadecuadas condiciones de trabajo en muchos servicios.*
- *Problemas de supervisión y mala comunicación entre el personal.*

- *Escasez de insumos para el trabajo.*
- *Permanentes conflictos laborales.*

La gestión del personal ha sido siempre un área relegada a un plano de mínima importancia en los modelos de gestión ahora cuestionados. En muchos casos la gestión de personal no es considerada un componente de la gestión de servicios global. Siendo un sector cuyas características institucionales ya señaladas son de alta complejidad técnica y social, dicha función estuvo reducida (y sigue estándolo) a una oficina ad hoc encargada del registro administrativo de eventos de un personal considerado como objeto (12).

Una nueva gestión del personal que tenga por eje el trabajador y su trabajo (que es un atributo de sujetos históricos) y no el expediente del trabajador, debe considerar:

- el reconocimiento del papel central de los profesionales en la vida de la institución; esto supone una práctica de administración participativa, y en el trabajo, la apertura de espacios y oportunidades para la creatividad y la iniciativa del trabajador, sustituyendo el control del desempeño de tareas pensadas afuera y por otros, por la responsabilidad con la finalidad y los resultados de su trabajo;

- la puesta en vigencia de mecanismos regulatorios de la autonomía y del corporativismo de los trabajadores, lo que demanda iniciativas de los responsables de la gestión laboral en el ámbito de la negociación. Se trata de respetar el contrato laboral (por ambas partes) para cumplir con el contrato social (13).

Un análisis de los conflictos laborales en el sector de Salud en Perú en los diez años que van de 1980 a 1989, mostró que ocurrieron 117 conflictos, es decir casi un promedio de doce por año o de uno por mes. De los 14 ocurridos entre 1990 y 1991, el 78% era por remuneraciones, y los 37 ocurridos entre 1987 y 1990 ocasionaron 315 días de pérdida. (14)

Una gestión de personal distinta tendría que generar respuestas a preguntas sustantivas como las siguientes:

¿Cuáles son las formas de intervención para enfrentar las consecuencias deletéreas de la división del trabajo en salud, que se expresan en deshumanización, riesgo en la atención, alienación del trabajador e ineficiencia?

¿Qué soluciones requieren los conflictos laborales en los servicios de salud que resultan de la contradicción entre los intereses de los usuarios, trabajadores y dirigentes?

¿Cómo contrarrestar la influencia corporativa en el trabajo cotidiano de los servicios cuando sus intereses interfieren con el logro de la finalidad del servicio?

¿Cómo establecer, consolidar y perfeccionar mecanismos e instrumentos que aseguren la relación entre el contrato de trabajo y la efectiva producción de servicios en el sector público?

¿Qué medidas se pueden promover para estimular a los trabajadores a lograr un mayor y mejor desempeño, buscando integrar productividad con calidad?(15).

Las acciones dirigidas a la generación de nuevas políticas de ingreso, el mejoramiento de las condiciones y el medio ambiente de trabajo, la búsqueda de sistemas e incentivos para elevar la productividad, la evaluación del desempeño individual y del equipo, la vigencia de criterios reguladores del trabajo, etc., pueden ser acciones importantes para elevar la calidad del trabajo y del servicio, cuando se realizan en función de objetivos que reflejan la identidad de finalidad del servicio, calidad y ciudadanía. Estos objetivos son:

Reconstruir y/o mejorar una relación respetuosa, responsable y técnicamente eficaz entre la población y el personal, tanto a nivel individual como a nivel colectivo.

Asegurar condiciones institucionales para la negociación y resolución de conflictos de intereses que ocurran en el servicio, a nivel de los equipos, de las corporaciones y con la población.

Contribuir a mejorar y monitorear de forma permanente la producción de los servicios y la calidad de la atención.

Santana propone para ello tres grupos de estrategias de la gestión del personal: la asunción de la responsabilidad del trabajador por su trabajo y por los resultados frente a la misión de la institución, a buscar activa y participativamente incentivos a la productividad y a establecer un proceso democrático y permanente de negociación colectiva del trabajo (16).

En esta perspectiva de una nueva gestión del personal orientada por el trabajo y la recuperación de la misión del servicio y la responsabilidad del trabajador, el proyecto de educación permanente se convierte en un instrumento útil para tal fin. Un proceso de mejoría de la calidad integral del servicio basado en el protagonismo de los trabajadores es, y aquí se coincide con la perspectiva de Deming, un proceso esencialmente pedagógico. De esta manera la educación permanente es instrumento de la calidad y momento de un proceso educativo más amplio, que engloba al servicio en su totalidad.

Educación permanente para la calidad en el trabajo

Definido el contexto de la institución de salud y la organización del trabajo, queda para todos aquellos que asumen un compromiso de rescatar la calidad de la asistencia a la población, el desafío de proponer, conducir e implementar los cambios necesarios para lograr la finalidad de esa institución.

Reconociendo la fragmentación de la atención, de los equipos y del proceso de trabajo, conociendo la cultura institucional y administrativa que en forma repetida aísla, anula o enmascara la creatividad y la identidad de los profesionales; y más que todo, escuchando atentamente la voz y el derecho de los usuarios, para quienes se dirige en última instancia el trabajo en salud, cabe preguntarse: ¿cómo avanzar para que el servicio opere con una nueva y necesaria dinámica de trabajo?.

Hay una primera cuestión derivada de tal pregunta y es: ¿quién debe estar involucrado en este cambio? Con seguridad esta pregunta es hoy también un problema en manos de los responsables de gestión de los servicios, responsabilizados por el planeamiento y la conducción de los cambios, pero que, en su trabajo cotidiano, están más atareados con el manejo de los mil y un problemas administrativos y de la falta de recursos, sin poder pensar en el planeamiento del mediano y largo plazo.

Los profesionales, a su vez, están en actitud de permanente espera por un plan que venga a dar respuesta a los principales problemas de su día a día, que dificultan cada vez más su trabajo y sus condiciones de vida. En cierto sentido ambos juzgan que hacen lo que pueden, pero creen que sólo un nuevo contexto, externo al servicio, tendría la posibilidad de mejorar las precarias

condiciones de asistencia a la población. Parece que el cambio está fuera de su alcance y que el destino de la institución será definido por otros.

Se pierde así, progresivamente, la dimensión de que el sentido o razón de que todos estos profesionales estén allí, en aquel servicio, se debe a la posibilidad de que su trabajo se dirige a alcanzar, en todas y cada una de las etapas y procesos allí desarrollados, un mismo fin, una sola misión: un cuidado adecuado a las necesidades de los usuarios.

Rescatar la misión institucional como reflejo de compromiso con la construcción de la ciudadanía implica recuperar la responsabilidad de los profesionales con su trabajo, tornarlos en sujetos de su acción, capaces de imprimir, con crecientes grados de libertad, sentido y orientación a lo que su institución hace. Eso no significa desconocer los límites que la coyuntura restrictiva y la organización vertical y burocratizada colocan sobre el sector público, sino al contrario, reubica el desafío de encontrar oportunidades y espacios de intervención que construyan progresivamente viabilidad y credibilidad en las instituciones públicas.

La respuesta a la pregunta "¿quién debe estar involucrado en el cambio?" implica transformar las prácticas de gestión del personal, reforzando la participación de los profesionales como condición para la construcción progresiva de la identidad institucional. "¿Qué hacemos?", "¿qué queremos hacer?" y "¿para quién?", son preguntas dirigidas a todos los equipos del servicio y que remiten a una nueva perspectiva de la gerencia que no disocia planeamiento e implementación, que no separa el pensar del hacer.

Una definición más clara y progresivamente construída de lo que "queremos hacer" orienta la reflexión crítica sobre "lo que estamos haciendo". Se instituye así un proceso que busca analizar las situaciones de trabajo, los procedimientos realizados, los instrumentos en uso y los resultados para evaluar si son compatibles con lo que fué definido que "queremos hacer". Aquellas situaciones que se distancian de la misión institucional son problemas para ser estudiados e investigados y para los cuales habrá que proponer intervenciones. En esencia son problemas de la calidad.

A primera vista esta acción propuesta puede parecer semejante a los modelos tradicionales de evaluación de proceso, de supervisión y monitoreo y al de evaluación del desempeño. Lo que de hecho la diferencia es que la comprensión de la gestión del proceso de trabajo es distinta: no se trata de la evaluación de tareas aisladas que sumadas confieren potencial eficacia y eficiencia a un producto final desconocido por los profesionales que participan. No se trata de la evaluación del desempeño de cada categoría profesional en sus funciones predeterminadas social y técnicamente por la división del trabajo formalizados en la descripción de un puesto, independientemente del resultado alcanzado para satisfacción de las necesidades del usuario.

Al contrario, se trata de la gestión del trabajo colectivo requerido para el desempeño adecuado de las acciones necesarias para lograr resultados acordes a la misión institucional, que envuelve diferentes categorías profesionales y momentos distintos de la producción del servicio.

> *Al final de la tarde el Dr. Sergio Z. analiza las historias de los pacientes que no acudieron a la consulta del ambulatorio. Entre ellas está la de doña María, de 42 años, asintomática, que había acudido al servicio para hacerse un examen preventivo de cáncer cérvico uterino. El informe del examen muestra carcinoma in situ. El Dr. Sergio llama a la enfermera responsable y solicita que la paciente sea vuelta a convocar. La visitadora domiciliaria no consigue localizar la casa de doña María porque la dirección está incompleta. El funcionario administrativo responsable por el llenado de la ficha de identificación dijo que cumplió su tarea, llenando en la ficha las informaciones que la paciente le dió.*

El ejemplo trata de la división del trabajo en un ambulatorio. Se podría preguntar: ¿qué visión tiene el funcionario administrativo de su trabajo y de la misión institucional?, ¿está consciente de que el cuidado de la salud de los usuarios también depende de él, o cumple mecánicamente su tarea de llenar fichas de identificación?, ¿cómo está siendo evaluado su desempeño y en relación a qué resultado final?, ¿qué oportunidades recibe y busca para valorar su trabajo y encontrar gratificación en lo que hace?.

La perspectiva de gestión del trabajo colectivo trae una nueva mirada sobre la pregunta "¿quién debe estar involucrado con el cambio?". En esa mirada se asume la participación de todos los trabajadores involucrados en cada uno de los problemas en estudio en la institución, con una nueva lógica que define al equipo de trabajo ya no por categorías profesionales o servicios y programas formalmente definidos, sino por la participación efectiva en el proceso de trabajo en análisis.

> *En el consultorio externo de Ginecología de un hospital los médicos están insatisfechos porque gastan la mayor parte de su tiempo atendiendo pacientes con leucorrea. Un estudio simple de demanda muestra que ésta es la primera causa de atención y que la concentración media de consultas para pacientes que recibieron tratamiento es de 4. Se inicia una discusión con el equipo de médicos sobre la rutina de la atención: anamnesis, examen clínico y recolección de muestra preventiva en la primera consulta; análisis del examen y prescripción en la*

segunda consulta; evaluación de la respuesta y mejoría clínica y eventual solicitud de nuevo preventivo en la tercera consulta, El responsable por el laboratorio de patología clínica presente en la reunión dice que el volumen de exámenes preventivos está sobrecargando su servicio y que los médicos podrían contar con la lámina al fresco como recurso más apropiado para el diagnóstico etiológico de la leucorrea. Los médicos afirman que no tienen como hacer ese examen por que no disponen de microscopio en el consultorio y muchos de ellos dijeron que ya se olvidaron cómo hacerlo. El patólogo considera que es mucho más eficiente destacar un técnico en el consultorio con un microscopio que realizar tantos preventivos caros, inespecíficos para ese fin e innecesarios. Los médicos se interesan por el procedimiento que les permite ya en la primera consulta diagnosticar y prescribir tratamiento a las pacientes y que, en menos de un mes, se sienten ya preparados para realizar ellos mismos el examen, prescindiendo del técnico.

La conexión entre el trabajo del laboratorio de patología clínica y del consultorio externo de ginecología, en este caso, se dio por la discusión de un problema vivido por una categoría profesional insatisfecha con su trabajo. La interacción de los profesionales de esos dos servicios, hasta entonces aislados y desconocidos uno para el otro, redefinió el proceso de trabajo y las conductas en el consultorio externo y en el laboratorio, con beneficio para los usuarios y aumento de la productividad, la eficiencia y la eficacia de esos servicios. Esos cambios estaban al alcance de los profesionales y los aproximan, como sujetos, al sentido y la orientación de la misión la institucional.

El abordaje propuesto implica que la respuesta a la pregunta inicial resulte en la indagación de con quién estamos trabajando. En ese momento queda explícita la dimensión del trabajo cooperativo para la producción de un servicio deseado y, al mismo tiempo, la orientación técnica del trabajo de las diferentes categorías profesionales involucradas en esta producción.

No todas las decisiones del equipo de trabajo requieren consulta o discusión colectiva: la especificidad del trabajo profesional debe asegurar autonomía en su acción. No obstante, eso no significa que un trabajador específico no se apropie y conozca el conjunto de las etapas del proceso que conduce a un determinado resultado. La acción profesional es en ese sentido autónoma pero también es dependiente de las otras intervenciones para alcanzar la calidad deseada para el usuario.

Es esa dirección del "para quién" y "para qué" la que orienta la respuesta a una nueva cuestión para el equipo de trabajo: "¿cómo estamos trabajando?"

> *Llama la atención de la auxiliar que da las citas para control pre natal una señora que se aproxima con el retrato de un niño pegado a su camiseta. La señora pide su cita y se va. En el día fijado, con el mismo retrato en su ropa, aparece la señora por el ambulatorio pero dice que desea postergar su consulta. Y así sucesivamente varias veces regresó la señora, ya identificada como "la loca del retrato de la camiseta que sólo posterga la consulta". En una tarde el Dr. Pedro R. se aproximó a ella y le preguntó: ¿por qué siempre viene el día fijado pero solo para postergarla? Llorando ella le dice que aquel retrato es de su hijito, que murió por una causa que ella desconoce y afirma que mientras no sepa por qué murió, no podrá conseguir cuidar de ese nuevo niño que ella lleva en el vientre. El médico promete solicitar la información al hospital en que ocurrió el deceso. Así lo hizo y le comunica a la madre las condiciones y el por qué de la muerte de su niño. La paciente le agradece y le dice que ahora si podrá cuidar de este nuevo hijo. En ese momento quien se emociona es el médico.*

Esa situación muestra cómo acontecimientos cotidianos pueden ser reveladores de cómo se establecen las relaciones entre los profesionales y entre ellos y los usuarios. Compartir con el equipo del ambulatorio lo que ocurría con esa señora representó la oportunidad de reflexionar sobre el propio anonimato en sus límites de actuación. Un momento fecundo de esa reflexión fué el reencuentro con el sentido del cuidado a la salud, con la razón de ser del trabajo individual y colectivo. Las relaciones interpersonales son una dimensión relevante tanto en el trabajo cooperativo en equipo cuanto en el sentido de la aplicación del conocimiento técnico y, por tanto, hacen parte de la reflexión sobre "lo que estamos haciendo".

Por influencia del modelo de formación de profesionales de salud predominante, hay una tendencia a privilegiar el abordaje de la dimensión técnica del cuidado cuando se enfrenta un problema y, particularmente, a valorar más el dominio del conocimiento científico en sí que la pertinencia de su aplicación. Bajo una perspectiva de trabajo para la calidad el conocimiento no es el único atributo de la competencia profesional. Su valor está en la posibilidad de que su uso se oriente a asegurar la satisfacción de las necesidades del usuario.

Dado que esas necesidades son complejas, diversas y cambiantes; y dado tambien que el proceso y la división del trabajo también se modifican, la creatividad, el encuentro con otros conocimientos, la flexibilidad y la apertura hacia la búsqueda permanente de nuevos conocimientos pasan a ser atributos también valorados. Y son justamente los procesos de reflexión sobre los problemas de la práctica de trabajo y de la búsqueda de las intervenciones necesarias para alcanzar la imagen de calidad, los que permiten el ejercicio y construcción de esos atributos. Muchas veces los profesionales se ven inclinados a buscar cursos de reciclajé y de actualización para obtener nuevos conocimientos, con la expectativa, comúnmente frustrada, de que allí encontrarán los caminos y las recetas para la transformación de su práctica.

Un estudio de evaluación de la asistencia perinatal en instituciones públicas de una región metropolitana, reveló que las maternidades A, B y C presentaban elevados índices de muerte neonatal por hipoxia y que el 70% de los bebés nacidos bañados en meconio no fueron aspirados en la sala de parto. El coordinador regional solicita de inmediato la programación de un curso sobre hipoxia perinatal. Los directores de maternidad reciben un oficio para que indiquen los profesionales que irán al curso y para asistir a una reunión con el coordinador. En ella se discute el problema y aparecen los siguientes elementos: en la maternidad A el equipo de aspiración no está funcionando adecuadamente; en la maternidad B no hay recursos humanos suficientes para la realización del procedimiento, y en la maternidad C hay equipos y personal suficientes.

La situación reproduce lo que ha ocurrido frecuentemente en los servicios de salud. Ante problemas identificados en la asistencia, la primera suposición, y a veces la única, es que ellos resultan del desconocimiento de los profesionales, que deben ser capacitados. El ejemplo, al contrario, trata de poner en evidencia que la situación en cada una de las maternidades era consecuencia de problemas distintos, lo que, lógicamente, debería llevar a intervenciones diferentes para su efectiva resolución.

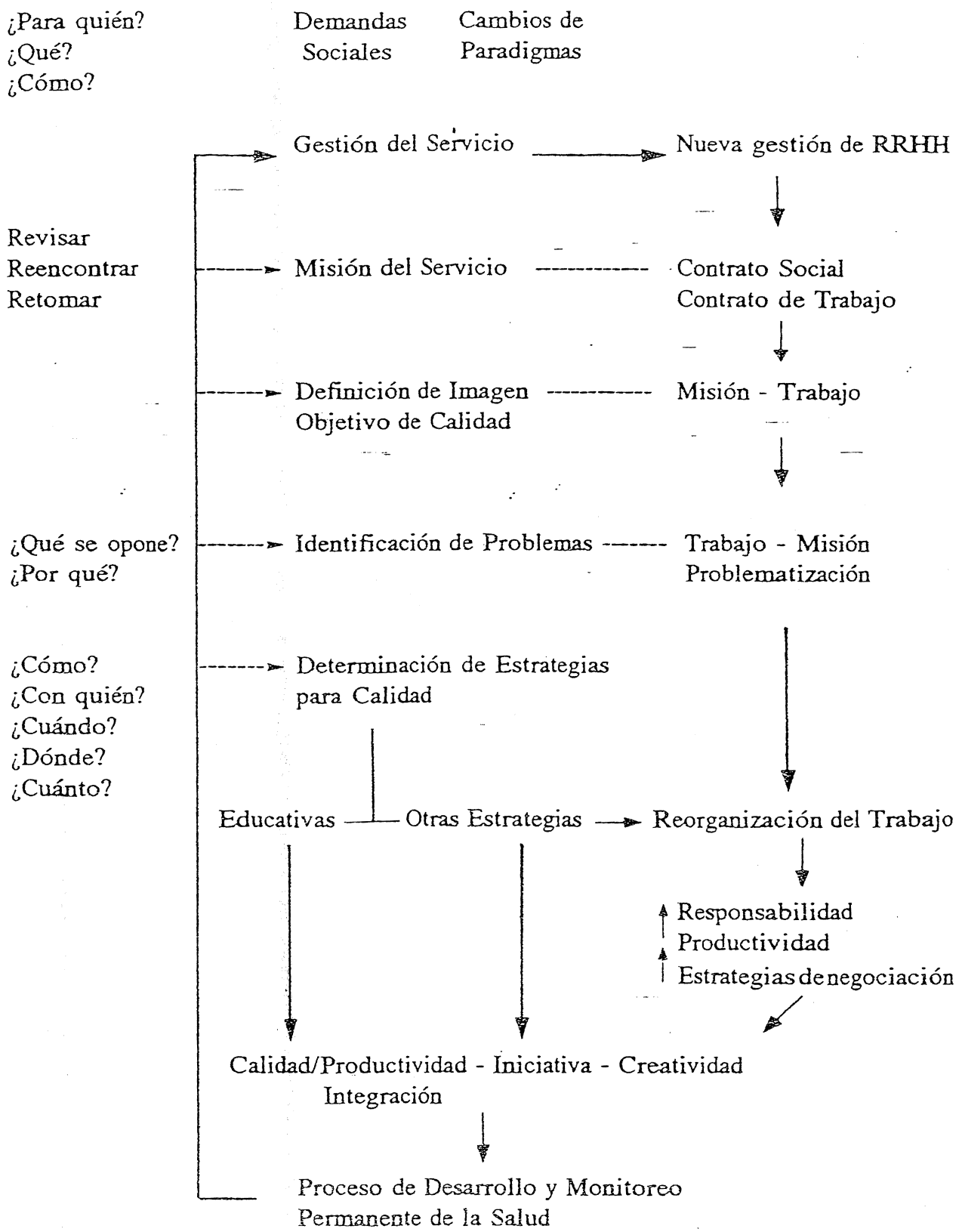
Queda una vez más la idea de la predominancia del valor del atributo conocimiento en detrimento del ejercicio de análisis de las condiciones concretas del proceso de trabajo, que apunta a la necesidad de intervenciones múltiples y creativas. En ese contexto la gestión redefine el espacio, el papel y la orientación del componente de educación permanente para la construcción del trabajo colectivo orientado a la calidad.

La construcción de proyectos de educación permanente en los servicios

A esta altura del desarrollo de este Capítulo, y sin ánimo prescriptivo, se proponen a la consideración de los grupos de trabajo interesados algunas premisas teórico-metodológicas para desarrollar a nivel local (del hospital, policlínico, área programática o sistema local) un proyecto de educación permanente. Se desea promover la reflexión acerca de éstas y otras que el grupo pueda identificar, analizarlas con ánimo de problematización, en definitiva para adaptarlo en lo operacional a su propio servicio y realidad.

El esquema siguiente sintetiza los elementos conceptuales, estratégicos, de gestión y de operación de un proyecto de educación permanente basado en la calidad del trabajo. En él se muestran, simplificando, muchas de las consideraciones conceptuales previas sobre la "lógica" (del "porqué" y del "dónde"), y sobre la dinámica institucional (en esa conjunción de estrategias de gestión del personal centrada en el trabajo, y de estrategias educativas basadas en la pedagogía de la problematización), para mejorar el servicio reorganizando el trabajo.

EDUCACIÓN PERMANENTE: ENFOQUE EDUCATIVO PARA LA CALIDAD EN EL TRABAJO



-Proyecto colectivo para un trabajo solidario

Esta premisa se compone de un principio y una apuesta. El principio se refiere a la naturaleza social del trabajo en salud y del proceso de producción de servicios de salud, y la apuesta es que es posible transformar el trabajo actual (fragmentado, deshumanizado, conflictivo, alienante por efectos de la lógica tayloriana imperante), por medio de estrategias de educación permanente orientadas a la mejoría de la calidad.

Se han revisado sucintamente las principales características del proceso laboral en los servicios de salud y se han definido los rasgos esenciales de su problemática. Aqui se considera importante resaltar la condición colectiva de la producción de acciones de salud: el trabajo en los servicios es un trabajo de grupo. De este rasgo deriva la premisa de que la propuesta educativa permanente tiene como protagonista principal al equipo de salud.

El equipo se define por su interacción técnica y social para dar cuenta, en conjunto, de un determinado objeto de trabajo: para resolver un determinado problema de salud; según la función que se realice en ese complejo institucional llamado servicio (hospital, ambulatorio o centro de salud). Ese equipo posee una misión y una práctica. El orden laboral vigente define el orden institucional al separar la concepción de la ejecución y redistribuye a los miembros del grupo según ese criterio. Ese orden, interviniendo sobre los componentes de la práctica, define pautas de división técnica del trabajo y llega a interferir el alcance de la misión grupal. Se pierde la adherencia al objeto, se pierde el control de los medios de trabajo, se fragmenta el objeto, se diferencian ideológicamente, profesional y económicamente los componentes del equipo y se genera la condición conflictiva que impide el trabajo solidario para el logro de la misión.

El proyecto de educación permanente para el mejoramiento de la calidad del trabajo es un proyecto institucional, lo que supone cambios en la cultura institucional y el estilo de gestión, pero también es en todos los casos un proyecto grupal, de los equipos de salud. Es un trabajo de grupo el análisis estratégico de la situación institucional, la problematización de la misión (revisión o reencuentro), la construcción de la imagen objetivo de calidad y el momento esencial del proceso: la definición de los problemas de calidad sobre los que se va a intervenir.

Del mismo modo, tanto el componente programático educacional como las diversas estrategias de gestión del personal se caracteriza por su orientación a los grupos y por su definición conjunta, colectiva, participativa. El objetivo estratégico de todo el proceso es el reencuentro con el trabajo solidario, con la reconstrucción de los equipos, con la satisfacción del personal como condición básica de un servicio de salud con equidad y calidad.

La calidad: Idea y esfuerzo de todos

Esta premisa consiste en la definición colectiva (por el equipo o los equipos de trabajo) de la imagen o imágenes-objetivo de calidad del servicio que aportan y de su propio trabajo, así como de los problemas que impiden el logro de esa imagen. Es una actividad que combina elementos técnicos (criterios de calidad aportados por la gestión) y elementos axiológicos derivados de la misión institucional.

Es el momento en que se escucha de los usuarios su apreciación del servicio que reciben y las propuestas que puedan hacer para mejorarlo. Esta primera aproximación de la interfase servicio-población se debe completar con el análisis de las relaciones internas de cliente-proveedor que se han establecido en el servicio (recordar la relación consultorio-laboratorio, por ejemplo). El resultado de este momento es un conjunto de imágenes-objetivo para los equipos y que funcionan también como criterios de gestión.

El siguiente momento es la definición de los problemas de calidad, que según los expertos de gestión de calidad es el más delicado y el que requiere más tiempo. El propósito explícito es encontrar aquellos problemas que impiden que el servicio alcance su imagen de calidad, es decir de aquellos problemas del trabajo del personal que contribuyen a esa dificultad. La identificación de problemas se hace siempre "contra" esa imagen o imágenes de calidad que antes fueron construídas. Se dice que son imágenes por que precisamente "ayudan a ver" los problemas de calidad. No todos los problemas existentes son problemas de la calidad, sólo aquellos que contrastan con las imágenes (17).

Para la identificación de los problemas se hace uso de diversas posibilidades: experiencias individuales o grupales, revisión de información existente (estadística o no, cuantitativa o cualitativa) en los diversos ambientes o unidades comprometidas. se puede usar también metodologías para establecer categorías, jerarquías o prioridades de los problemas tales como hojas de verificación, tormenta de ideas, diagramas de Pareto, entre otros.

Un párrafo breve para insistir y recordar que **no todos los problemas de calidad son problemas educacionales, aún en un proyecto de educación permanente!**

Una nueva gestión para el personal

En párrafos anteriores se caracterizó lo que se ha llamado una nueva gestión de personal como una de las condiciones estratégicas (a ser construída en el transcurso del proceso de cambio institucional) para una salida a la situación crítica de los servicios. Se hizo hincapié en la generación y el

aprovechamiento de las oportunidades que podrían generarse por las difíciles condiciones y los procesos de cambio actualmente en marcha.

En esta sección se desea enfatizar el papel específico de **esa gestión de personal** en un proyecto educativo de transformación del trabajo. Ello supone, se remarca, que no se orienta más por una concepción de objetos sino que asume la condición histórica y subjetiva del personal, de los trabajadores de salud. Se trata de una gestión del **trabajo colectivo** al mismo tiempo que una **gestión colectiva** del trabajo.

En un proceso de educación permanente la construcción de un nuevo tipo de gestión del personal supone de partida que se otorga jerarquía técnica y política a la cuestión de los recursos humanos en el desarrollo de los servicios de salud. Es una manifestación de la llamada "decisión política" que a menudo se reclama como condición para los cambios. Pero es necesario señalar con claridad que no se reclama aquí un "cambio desde arriba". Se plantea, por el contrario, la importancia de tener la participación de todos los niveles (incluídos los niveles de decisión) de la institución para llevar adelante un proceso que en esencia se realiza "en la base": por los actores productores en las situaciones cotidianas de entrega del servicio. No podría ser de otra manera cuando se trabaja con situaciones (y perspectivas) tan trascendentes y complejas como retomar la misión del servicio de salud y reconstruir el contrato de trabajo.

Una nueva gestión de personal incluye en su repertorio estratégico modalidades educativas de acción para transformar la situación. La educación permanente aparece como opción estratégica cuando forma parte de otras opciones a partir de las posibilidades políticas y técnicas que abre la nueva gestión. En estas condiciones, la gestión y la educación son vías simultáneas (no necesariamente paralelas), que se potencian mutuamente.

Esta cuestión requiere claridad **para no adjudicar a la educación permanente capacidades que no posee y para poder potenciar las diversas opociones (más propias de la gestión) en juego.** No todos los problemas del personal y del trabajo se pueden enfrentar con respuestas educativas (como se incurre en el capacitacionismo que recorre muchos servicios como resultado de algunas visiones eficientistas o simplemente carentes de creatividad, y que al final refuerzan el orden existente y la crítica situación actual de los servicios).

-Proyecto pedagógico - Pedagogía problematizadora

Una manera de describir panorámicamente esta propuesta sería: "es un programa educativo (de educación permanente) en el marco de una estrategia educativa (de pedagogía problematizadora) de transformación del trabajo en base a un concepto (definido y adoptado colectivamente) de Calidad del servicio". Hay pues una doble dimensión educativa en esta propuesta: como estrategia

general de cambio y como programa operacional. En esta premisa se da una concordancia con la perspectiva de algunos "padres" de la gestión de **calidad total,** cuando plantean que aquélla se inicia y termina con la educación (18).

Una actitud problematizadora frente a la propuesta, ante las condiciones existentes y las medidas para superarlos es la base de la estrategia general, y que es una estrategia educativa en la medida que se orienta a transformar prácticas (en su complejidad e integralidad, ya señaladas) mediante la construcción e intercambio de conocimientos, capacidades y valores.

Esta actitud problematizadora (problematización) define a **la duda** como un principio y como método de conocer. Existe en esta condición un parentesco con la investigación, desde que ambos son esfuerzos para superar el error.

La actitud y las metodologías problematizadoras están instaladas a lo largo de todo el proceso. Están en el momento del análisis estratégico de la situación (que lleve a una iniciativa de educación permanente), del análisis del estilo y la capacidad de gestión del servicio asi como de la redefinición de la gestión de personal. Al mismo tiempo que aquéllas son requerimientos de la estrategia educativa, van generando definiciones y premisas para los momentos posteriores.

En los siguientes momentos, instalada la lógica "de problemas" en la dimensión institucional (ver el esquema), los equipos de trabajo (los tan discutidos equipos de salud: la gente del consultorio de ginecología o de la consulta externa) se van constituyendo, educativamente, y problemáticamente, en lo que se puede llamar "equipos de calidad".

Y después, en el momento de las respuestas, de las estrategias de innovación o de cambio, se define la dimensión programática: el programa de educación permanente propiamente dicho, como un componente importante del menú de posibilidades de mejorar el trabajo y el servicio. A partir de allí, se reinicia un ciclo bajo la misma dinámica, **como corresponde a la esencia de lo permanente del proceso educativo.**

El componente programático deberá incluir, junto al programa educativo para calidad que define la orientación estratégica, y en la medida que las necesidades educativas de los grupos y los individuos lo requieran, diferentes orientaciones : educación formal (semejante a algunas experiencias para completar el secundario en personal de enfermería), capacitación técnica, actualización, etc. También deberá incluir diversas modalidades formales e informales, presenciales y a distancia, cuando fueran necesarios.

-Integrar estrategias educativas y no educativas

El repertorio de problemas del trabajo con seguridad incluirá problemas que requieren estrategias de educación propiamente dichas (que conformarán un programa de educación permanente, tan diversificado como sea necesario), pero también otros que requieren intervenciones desde la gestión.

Tratándose de procesos laborales caracterizados por la heterogeneidad y la fragmentación es de esperar que allí existan problemas de las relaciones profesionales en los equipos (como los conflictos por las llamadas incumbencias), así como problemas de pertinencia de la actividad respuesta (acto médico o programa de salud) con la necesidad de salud que la generó, o problemas de desempeño o de eficacia técnica individual o grupal, de insumos, o de uso eficiente de recursos. La mayor fuente de errores y defectos de la calidad son los problemas del proceso de trabajo (19).

De allí que esta premisa señale la necesidad de integrar las estrategias educativas con las estrategias de gestión de personal en el marco de un clima cultural institucional (y de estilos de gestión) sensibilizado por cambios grandes o pequeños, desde adentro o desde afuera, pero que en definitiva colocan a la institución en el rumbo del reencuentro con su misión.

Esas otras estrategias se pueden orientar principalmente a revertir las dificultades técnicas del proceso de trabajo o a intervenir sobre los componentes políticos, ideológicos y éticos del proceso y de las relaciones laborales para la reorganización cualitativa del trabajo. Son las estrategias de promoción de la responabilidad, de incremento de la productividad y de negociación continua, que fueron señaladas en un apartado previo.

-Desarrollo y monitoreo permanente (de la calidad, del trabajo, de la educación)

El proceso de mejoría de la calidad del trabajo en base a la educación permanente no termina con la aplicación de estrategias remediales. La razón es la misma que generó las dificultades: **se trata de procesos sociales complejos, que tienden a revertir y volver a niveles previos de desempeño, aún cuando se hayan introducido cambios efectivos, a menos que se tomen medidas para incrementar el nivel de la mejoría alcanzada, y a menos que se pueda acompañar y registrar los cambios producidos.**

> *Señala una supervisora de Enfermería participante en un programa de calidad: "nosotros somos expertos en solucionar problemas. De hecho, a menudo somos capaces de resolver un mismo problema quince o veinte veces en un año"* (20).

De allí que sea necesario establecer **sistemas de monitoreo y de evaluación permanente de los avances y retrocesos que puedan ocurrir.** Supone identificar un reducido pero indispensable número de fuentes de información, indicadores y métodos de registro de los diversos eventos y procesos en desarrollo. De nuevo aparecen como importantes las imágenes de calidad construídas por los equipos y los estándares y criterios que la gestión haya definido.

Reapertura, en lugar de conclusiones

En este Capítulo se han aportado ideas para trabajar en la operación de programas y de proyectos de educación permanente, centrados en el trabajo y orientados hacia la búsqueda de la calidad y el logro de la misión de los servicios públicos en América Latina. Como en todo proceso de educación permanente, **no hay lugar aquí para una conclusión, sino para una reapertura.** En ese sentido se proponen, derivadas de lo expuesto, tres áreas problemáticas para la reflexión, el estudio y la intervención práctica. Estas son:

1. El actual nivel de conocimiento que se posee sobre los procesos de trabajo en salud en sus diversaas dimensiones (regulatorias, sociales y técnicas), es insuficiente. Se requiere profundizarlo y ampliarlo. Esa tarea debería incluir también la generación de metodologías de análisis de los procesos laborales en los diversos tipos de servicios y de evaluación del desempeño del personal **desde una visión de equipo y no solamente desde el puesto de trabajo individual.** Este conocimiento es indispensable para fortalecer aquellos esfuerzos de promover el trabajo en equipo y el rescate de la misión institucional.

2. Es marcada la insuficiencia en el manejo y falta de adecuación a las especificidades del campo de Salud de los actuales modelos, estilos e instrumentos de gestión del trabajo en los servicios de salud. La exigencia de una nueva gestión de personal podrá tener respuesta si se avanza en la gestión del trabajo, como elemento clave de un nuevo enfoque de los recursos humanos en salud.

3. Las estrategias, métodos y técnicas de gestión de la Educación Permanente son requerimientos de una fase del proceso más centrado en la operación de programas y proyectos, utilizando, validando y alimentando con nuevos elementos de la realidad, los avances teóricos y metodológicos producidos.

Notas y referencias bibliográficas

1. Brito P., Novick, M. y Mercer, H.: *El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones.* Educación Médica y Salud 27 (1):4-31, 1993.

2. Bourdieu, P.: *Cosas Dichas.* Buenos Aires. GEDISA Editorial. 1988.

3. Wainerman C. y R. Geldstein.: *Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras en la Argentina.* Cuadernos del CENEP No.44. Buenos Aires, 1990.

4. Brito P., Novick, M. y Mercer, H.: Op Cit.

5. Stankiewicz, F.: *Las estrategias de las empresas frente a los recursos humanos: el tiempo de las revisiones. En: Las estrategias de las empresas frente a los recursos humanos: el Post-taylorismo.* Buenos Aires. Humanitas. 1991.

6. Passos Nogueira R.: *A gestão da qualidade total na perspectiva dos servicos de saúde.* Ensaios. En prensa. Rio de Janeiro. 1993.

7. Brito, P., Novick, M.: y Mercer, H.: Op Cit.

8. Schulz R., y Johnson, A.: *Management of hospitals and health services. Strategic issues and performance.* (3rd ed.), The C.V. Mosby Company, 1990.

9. Passos Nogueira, R.: Op cit.

10. Deming, W.E.: *Calidad, Productividad y Competitividad. La salida de la Crisis.* Madrid. Ediciones Díaz de Santos SA, Madrid, 1989.

11. Juran, J.M. (ed.): *Juran's Quality Control Handbook.* (4th ed.) New York. McGraw-Hill, 1988.

12. Programa Especial de Desarrollo de Recursos Humanos, Organización Panamericana de la Salud: Grupo de trabajo: *Propuesta para una línea de cooperación en Administración y Gestión de Recursos Humanos.* San José C.Rica, 1993.

13. Santana J.P.: *A gestão do trabalho nos establecimentos de saúde: elementos para una proposta.* Documento presentado a la II Conferencia Nacional de Recurso Humanos para la Salud. Brasilia,.setiembre 1993.

14. Brito, P., Novick, M. y Mercer, H.: Op Cit.

15. Santana, J.P.: Op Cit.

16. Ibid

17. Berwick D., Blanton, A. y Roessner, J.: *Curing Health Care. New Strategies for Quality Improvement.* Jossey Blass Pub., San Francisco, Cal., 1990.

18. Ibid.

19. Ibid.

20. Ibid.

Agradecimiento

Los autores expresan su agradecimiento a Marta Novick, María Cristina Davini, Mario Róvere, Hugo Mercer y Laura Nervi, quienes tuvieron la amabilidad de leer los diversos borradores y realizar valiosas sugerencias que han hecho mejor este trabajo.