

LA CAPACITACIÓN COMO ESTRATEGIA DE GESTIÓN¹

Juan M. Herrmann²

En el siguiente texto presentamos brevemente lo que a nuestro criterio constituye uno de los *núcleos centrales* de la propuesta de capacitación.

En éstas páginas se explicitan brevemente parte los objetivos, los supuestos y la metodología en la que se apoya el *Programa de Capacitación Troncal* y la relación que esta propuesta tiene con la *gestión*, especialmente con la gestión de las prácticas en salud (gestión a nivel micro) como también con la mesogestión (gestión a nivel intermedio).

El núcleo de la propuesta de capacitación está integrado por las siguientes dimensiones:

- La reflexión acerca de las prácticas o el trabajo en el campo de la salud
- La reflexión del modo gestión de las prácticas en salud (como éstas son organizadas en los servicios concretos)
- La participación indelegable de los trabajadores durante la reflexión del modo de gestión de las prácticas y en la realidad cotidiana de los servicios
- La calidad de los servicios de salud y la eficacia de las prácticas ofrecidas a las personas usuarias y a la población.

A partir de estas dimensiones surgen los siguientes interrogantes: ¿Qué implicancias tiene el análisis crítico de los procesos de trabajo y de las prácticas en salud?, ¿Que consecuencias tiene cuando ésta reflexión es realizada por los mismos trabajadores de salud, en el contexto de los servicios donde éstos trabajan?, y ¿Qué significado cobra pensar en prácticas asistenciales de calidad y comprometidas con la vida?

Consideramos necesario comenzar esta exposición señalando algunos aspectos particulares del *trabajo y de la gestión en el campo de la salud*, características que muchas veces son pasadas por alto o no son debidamente analizadas y que le otorgan al mismo cierta especificidad respecto a otras actividades productivas.

A cerca del *proceso de trabajo* en salud mencionamos:

- i) Las prácticas en salud, en tanto proceso de trabajo humano, pueden ser analizadas con el mismo modelo con el que se analiza a otros procesos de trabajo. En éstas, existe un operario (el trabajador de salud, cualquiera sea su disciplina u oficio), que desarrolla su trabajo sobre un objeto o materia prima (personas usuarias y comunidades con problemáticas de salud-enfermedad-atención), recurriendo a ciertas herramientas (conocimientos formales específicos a cada disciplina, insumos materiales, tecnología sanitaria, etc.), para obtener finalmente

¹ Del texto: "Memorias de la capacitación: gente necesaria para construir una historia". Programa de Capacitación Troncal. 2006-2007. Ministerio de Salud de la Provincia de Santa Fe.

² Médico especialista en Medicina General y Familiar (Universidad Nacional de Rosario). Programa de Capacitación Troncal de la Dirección Provincial de Salud Mental.

un resultado o producto (actos de cuidado que permiten la recuperación de las situaciones de enfermedad, la prevención de nuevos problemas y la promoción de la salud). Puede observarse como una de las características diferenciales respecto a otras actividades humanas, que el *objeto de trabajo* es precisamente un *sujeto*, con necesidades, temores, angustias, pero también deseos y saberes acerca de cómo pensar los problemas de salud-enfermedad-atención;

- ii) La atención de los problemas de salud-enfermedad, a través de los servicios brindados por los trabajadores, es recibida y “consumida” por la persona usuaria a “*tiempo real*”, es decir mientras el servicio se está produciendo, y no como el producto final de un trabajo, como ocurre con otras actividades donde los usuarios consumen el producto final elaborado durante el proceso, desconociendo la mayoría de las veces las condiciones en las que se desarrolla la producción;
- iii) El proceso de atención está centrado en las relaciones interpersonales, ya sea entre el trabajador y la persona usuaria, como entre los mismos trabajadores. Asumir que los aspectos relacionales son centrales al trabajo en salud (*el vínculo, la continuidad, la contención, el diálogo y la escucha, el alojamiento, etc.*) es otorgarles una posición jerárquica que muchas veces es minimizada o sistemáticamente olvidada en la cotidianeidad de los servicios, donde el trabajo “*muerto*”, burocratizado, entre “*objetos*” (el problema de salud-enfermedad-atención y la posible solución), desplaza al trabajo “*vivo*”, entre sujetos (la persona usuaria y su familia y el trabajador-equipo de salud). Olvidar esta dimensión del trabajo en salud conduce por un lado a disminuir la *eficacia* y la *calidad* en las intervenciones, mientras que por el otro, promueven la alienación de los trabajadores;
- iv) La evaluación de la *calidad* y de la *eficacia* de las prácticas en salud no pueden *medirse* solamente en base a los resultados. Por lo comentado previamente es necesario tener en cuenta los aspectos que hacen al proceso de atención en sí mismo, proceso centrado en las relaciones intersubjetivas, con lo cual no puede desconocerse que todos –tanto los trabajadores como las personas usuarias- tienen saberes y deseos acerca de como se pueden *hacer mejor* las cosas, de cómo brindar un mejor servicio, de cuales son las necesidades a satisfacer y las demandas a realizar;

Respecto de la *gestión* podemos señalar lo siguiente:

- i) En el campo de la salud, es clásica la referencia a tres niveles donde la gestión se desarrolla: 1) la gestión macro, vinculada a las políticas públicas y a los recursos destinados a garantizar el derecho a la atención de los problemas de salud-enfermedad de la población; 2) la mesogestión, o gestión de las instituciones y servicios de salud; y 3) la gestión micro, o gestión del proceso de trabajo de los equipos y trabajadores de salud, de la que en gran medida depende el *modo de atención* a nivel de los servicios que conforman el sistema de salud.
- ii) La gestión del proceso de trabajo en las instituciones de salud está atravesada de manera hegemónica por el pensamiento administrativo desarrollado por Ciencia de la Administración, disciplina nacida a la luz de la producción fabril capitalista. Este modo de producción tiene como

compromiso intermedio, el aumento de la productividad de mercancías y como compromiso final, la reproducción del capital. Si bien no es el objetivo de éstas páginas desarrollar en extenso esta temática, es importante señalar algunos de los factores a partir de los cuales la industria moderna logra los compromisos mencionados y que más allá de las diferencias con los servicios públicos de salud, son aplicados por la administración hospitalaria de forma acrítica. Entre estos podemos nombrar: 1) la división del trabajo; 2) la planificación de los movimientos y momentos del proceso por parte de técnicos externos a la ejecución del mismo; 3) asumir al trabajador en términos individuales, como una pieza más de la *maquinaria productiva*, sin vínculos con otros sujetos. Este modo de organizar el proceso de trabajo, si bien permite aumentar la producción, se acompaña de una creciente alienación del trabajador, quien no se siente identificado con el producto final de su trabajo, no reconoce nada de sí en la obra, el trabajo para éste pierde el sentido.

Es frecuente observar en los servicios de salud, y a contramarcha del desarrollo de los nuevos conocimientos en el campo de la *Gestión de servicios* en general, y de la gestión del *RRHH* en particular, como el personal es considerado como un insumo más, como un “*recurso*”, que debe ser administrado con la misma lógica que los otros recursos que hacen al trabajo en el campo de la salud (insumos materiales, equipamiento, recursos económicos, programas, protocolos, etc.) y donde el proceso de trabajo es pensado casi con exclusividad según el cumplimiento de normas de actuación.

Partiendo de estas premisas en torno a las características particulares acerca del trabajo en salud y de los modos de gestión, si el *objetivo* buscado por los servicios públicos de salud está relacionado con la producción de prácticas eficaces y de calidad, no podemos soslayar la relevancia que poseen los aspectos relacionales y subjetivos de quienes participan del mismo. Así como no se puede desconocer los deseos, saberes y necesidades de las personas usuarias, tampoco se puede ignorar los conocimientos, deseos y necesidades de los trabajadores.

Es aquí donde la propuesta de esta capacitación, asumida desde lo que se conoce como *Educación Permanente en Salud (EPS)*, cobra fuerza, tornándose una herramienta clave para la transformación de las prácticas en salud a nivel de servicios. Esta propuesta involucra a los trabajadores en el análisis de la organización de los procesos de trabajo en los servicios de salud, ejercicio que para ser transformador no debe quedar solamente en el diagnóstico de las situaciones problemáticas, sino que debe habilitar simultáneamente los recursos reales para planificar y organizar democráticamente los procesos de trabajo, práctica que tampoco debe dejar de lado los saberes y necesidades de las personas y la comunidad destinatarias del servicio.

Asumida en éste sentido, la capacitación no solo es una herramienta de *gestión a nivel micro*, en tanto estrategia que posibilita reorganizar las prácticas asistenciales de acuerdo a otras modalidades organizativas que buscan la *equidad, la calidad, y la eficacia* en tanto valores que otorgan sentido al

proceso de trabajo, sino también en una política concreta de gestión a nivel de las instituciones, ya que a través de ella se transfieren cuotas de poder a los trabajadores, quienes a partir de los saberes construidos mediante la experiencia y de mayores márgenes de autonomía, se encuentran con la posibilidad de repensar y replanificar los procesos de trabajo, *cogestionando* en el espacio micro los servicios de salud.

Es importante aclarar que esta estrategia parte de incluir desde su inicio a otros saberes formalmente instituidos (las normativas de programas o los conocimientos de cada una de las disciplinas y oficios que intervienen en el trabajo de la salud) así como considera otros niveles o estructuras que hacen a la gestión (coordinaciones, direcciones, jefaturas, etc.), a fin de repensar el trabajo en las instituciones como un TODO, adecuándolos a una estrategia que permita recuperar el sentido que la alineación del trabajo fragmentado y burocratizado produce en los equipos, trabajo que debería tener como objetivo final un compromiso impostergable con la *VIDA* de las personas –usuarios y trabajadores- y de la comunidad.

Rosario. Julio 2007.

