

SERIE DESARROLLO RECURSOS HUMANOS No. 100

EPS

**EDUCACIÓN PERMANENTE
DE PERSONAL DE SALUD**

*Jorge Haddad Q.
María Alice Clasen Roschke
María Cristina Davini*



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

1994

GESTION ESTRATEGICA DE LA EDUCACION PERMANENTE EN SALUD¹

Mario R. Rovere ²

"¿Qué es la Calidad?: La Calidad es el
orgullo de la mano de obra" (1)
E. Deming

Introducción

La Educación Permanente en el espacio de los servicios de salud es una modalidad de intervención de enorme potencial que ha alcanzado diversos grados de visibilidad y priorización en función de las concepciones y enfoques administrativos y organizacionales vigentes.

Un considerable avance se ha generado sobre sus dimensiones conceptuales y metodológicas, incluyendo extensas experiencias de validación. Sin embargo en la medida que las experiencias avanzan, parece necesario identificar y delimitar un espacio que podríamos denominar de "gestión" de la Educación Permanente, que nos permita, mediante una profundización de las relaciones entre Educación Permanente, Estilos Administrativos y Cultura Organizacional, identificar mecanismos que incrementen la eficacia y el impacto de estas intervenciones.

El mundo del trabajo en salud puede ser abordado desde distintas perspectivas: la administración general, la sociología del trabajo, los desarrollos de las diversas profesiones y especialidades, el desarrollo tecnológico, los análisis económicos, los procesos de aprendizaje, entre otros.

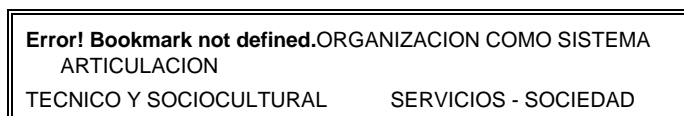
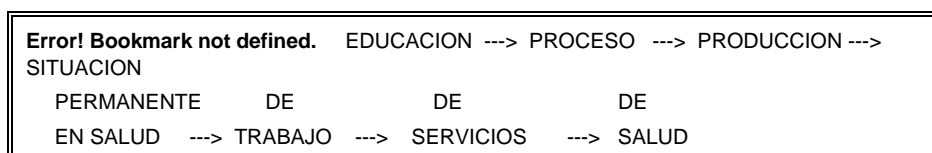
¹ Este es el Capítulo III de la Serie Desarrollo de RRHH No.100. Educación Permanente de Personal de Salud - EPS, 1994. Editores: Jorge Haddad Q., Maria Alice Roschke y Maria Cristina Davini. Una versión preliminar de este Capítulo fué publicada en *Educación Médica y Salud*, Vol 27, No.4, 1993.

² Funcionario del Programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud, La Paz, Bolivia.

Sin embargo, son escasos los análisis que intentan articular estas perspectivas de abordaje, posibilitando no solo una mayor comprensión del objeto sino también la identificación de estrategias combinadas más eficaces para su transformación.

En la necesidad de delimitar la característica del espacio y la naturaleza de las intervenciones de la Educación Permanente en Salud hemos establecido el siguiente esquema de trabajo:

GRAFICA 1



En este esquema conceptualizamos a la Educación Permanente operando sobre el proceso de trabajo en salud, orientada a incidir directamente sobre la calidad de los servicios de salud y más teleológicamente sobre la situación de salud de la población, dentro de los determinantes de las características del modelo organizacional y de las formas de relacionamiento de los servicios con la sociedad.

Identificado este espacio posible de reflexión e intervención, comenzamos a trabajar con la hipótesis siguiente: **"las diferentes concepciones que han tenido éxito en estructurar la cultura de los servicios de salud llevan implícitas concepciones del trabajo, del trabajador, de las relaciones de poder, de la participación, de la naturaleza de los contratos de trabajo formales e informales, que predeterminan los espacios permitidos, los estilos educacionales, los contenidos y las características de las demandas que específicamente pueden hacerse a la Educación Permanente en Salud (EPS).**

El esfuerzo resulta convergente, ya que en los últimos años se ha puesto énfasis en definir la Educación Permanente como una propuesta educativa realizada en los ámbitos laborales, destinada a reflexionar e intervenir sobre el proceso de trabajo direccionado a mejorar la calidad de los servicios y las mismas condiciones laborales ("educación en el trabajo, por el trabajo y para el trabajo" (2)).

Esto indica que no necesariamente las múltiples actividades de formación y capacitación que se realizan en y para el sector salud corresponden a lo que caracterizamos como Educación Permanente.

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.

Como la misma EPS es una actividad de naturaleza cultural, al intervenir puede operar como un factor pro cultural (reforzando la cultura dominante u oficial), sub cultural (abriendo un espacio virtual dentro de la cultura dominante) o contra cultural (enfrentando a la cultura dominante). En todos los casos se trata de una intervención que acumula o desacumula conocimientos en uno u otro grupo de la organización, desplazando algunos saberes y reforzando otros.

La estrecha relación y reforzamiento recíproco entre saber y poder hace que esta circulación, estas intervenciones que legitiman unos saberes y deslegitiman otros, nos hagan interpretar a la EPS como una actividad técnica pero simultáneamente política (recordando el concepto de Mario Testa: "política es toda propuesta de redistribución de poder" (3).

Las instituciones de salud

Desde estas perspectivas técnicas y políticas podríamos preguntarnos sobre qué representación -en el sentido poperiano de mapa mental- tenemos de esas instituciones que genéricamente denominamos servicios de salud y que alcanzan su máxima complejidad en los hospitales universitarios.

Nuestra relectura social de estas instituciones es que su complejidad puede ir mucho más allá de su nivel de organización y/o de su capacidad resolutoria y se extiende, en lo que en este momento nos interesa, al sistema microsocioal que constituyen.

A este respecto posicionaremos afirmando que los servicios de salud son una de las estructuras sociales más estratificadas y más rígidas, en lo que a movilidad horizontal, y sobre todo vertical se refiere.

Es necesario realizar una cierta genealogía de nuestras instituciones para detectar el origen de los mecanismos que la llevaron a constituirse casi en una sociedad de castas cerradas. A través de este estudio podemos incluso interpretar el rol de la Universidad, y como esta institución, asociada generalmente con la movilidad social en lo macrosocioal, pudo llegar a desempeñar una función de refuerzo de la inmovilidad a nivel microsocioal o institucional en el sector salud.

Para ilustrar este punto podemos observar como, con frecuencia, detentar un grado profesional en salud no sirve como antecedente ni como crédito para obtener otro, (incluso podría ser visto como una desventaja). Por ejemplo, una auxiliar de enfermería aunque tenga veinte años de experiencia laboral, será considerada en la mayoría de nuestros países en iguales condiciones que una aspirante que recién completa su secundaria, si intenta iniciar estudios de enfermería profesional o universitaria.

En el sentido de la genealogía de esta estructuración de redes de poder, autoridad, y legitimidad, es que requeriremos decodificar dos dimensiones de análisis: una, que denominaremos interna, proveniente de los mecanismos a través de los cuales se llegó a conformar un pensamiento administrativo propio a partir de una selección intencionada de retazos de aquellas escuelas administrativas que resultaron más funcionales a las necesidades de esta estratificación; la otra, a la que denominaremos externa, se desprende de las modificaciones en la funcionalidad social (la relación hospital-sociedad) que fueron adquiriendo los servicios de salud.

En esta última dimensión nos referimos al largo proceso de modificación de los roles de los servicios de salud en diferentes sociedades y en diferentes configuraciones de la relación sociedad-estado. Es posible analizar en este sentido la funcionalidad del hospicio inglés disciplinador (que mas bien garantizaba que los pobres desearan volver cuanto antes al trabajo), la del hospital religioso (basado en la caridad cristiana que formaba parte de las actividades regulares de la Iglesia y que en algunos países fue reemplazado por las sociedades de beneficencia), la del hospital de la Seguridad Social orientado a reponer rápidamente la fuerza de trabajo.

El actual hospital, mezcla de fábrica, laboratorio y supermercado, a través de la exposición de una vasta gama de servicios sobresegmentados, parece resultar funcional para reforzar la sobreespecialización y la sobretecnificación, ofreciendo un modelo ideológico implícito para la formación de técnicos y profesionales, y sobretodo, resultando funcional al crecimiento e internacionalización del denominado Complejo Médico Industrial.

En el estudio de las relaciones de poder en los servicios de salud debemos tener en cuenta no solo las relaciones jerárquicas de las organizaciones, sino también la capacidad de extender las mismas relaciones hasta los pacientes colocados en situación de objeto, lo que es facilitado por su carácter de necesitado, desvalido, con reducida información y control de su proceso de recuperación.

Algunos referentes teóricos

Si la EPS trabaja bajo determinantes y condicionantes internos y externos, podemos analizar sus propuestas de intervención haciendo algunas relecturas que rompen la apariencia de neutralidad, y que transparentan la naturaleza (micro) política de su accionar:

- ¿Bajo qué modelo organizacional se desarrolla una propuesta de EPS?
- ¿A qué forma de relacionamiento de los servicios con la sociedad resulta funcional?
- ¿Quién define el tipo de intervención que se desarrollará?
- ¿Qué grupo profesional se beneficiará?. ¿En desmedro de cuál?
- ¿Quién define si se organiza por grupo profesional o por equipo de trabajo y por qué?
- ¿Qué conocimiento es legitimado por la EPS como "oficial" y cuál no? (resulta interesante reflexionar sobre el uso de la normatización en el sector salud, que como luego veremos resulta un excelente ejemplo de articulación entre saber y poder).
- ¿Qué prácticas profesionales se legitiman y cuáles no? (véanse por ejemplo los conflictos profesionales y legales que se plantean en algunos países cuando se incluye la capacitación para realizar inyectables a Promotores de Salud).

Dado que es frecuente que las intervenciones educativas se cuenten entre las más idealizadas, resulta por demás útil develar estas dimensiones "cratológicas" (de cratos: poder) de la Educación Permanente, ya que explican no solo por qué no hay posibilidad de neutralidad en las mismas, sino también por qué, en algunas ocasiones, enfrenta grandes resistencias, y por qué en otras tiene un éxito muy superior a lo esperado.

En otras palabras resulta de gran utilidad realizar una relectura desde una perspectiva estratégica de la Educación Permanente, a fin de aportar elementos para una mejor comprensión de los elementos y las fuerzas que moviliza, para la generación de una base de sustentación, y para una mejor adecuación de sus actividades y contenidos.

La revisión del campo de la EPS convoca, en consecuencia, a una serie de autores que pueden ayudar a resignificar las formas como circula (o no circula) el conocimiento en los servicios de salud, y entre estos y la población.

En referencia a la naturaleza política del conocimiento, Foucault (4) señala que "con Platón se inicia un gran mito occidental: lo que de antinómico tiene la relación entre el poder y el saber; si se posee el saber es preciso renunciar al poder; allí donde están el saber y la ciencia en su pura verdad, jamás puede haber poder político. Hay que acabar con este gran mito, -continúa- un mito que Nietzsche comenzó a demoler al mostrar en los textos que hemos citado, que por detrás de todo saber o conocimiento lo que está en juego es una lucha de poder. El poder político no está ausente del saber, por el contrario está entramado con éste."

En otro texto (5) amplía esta concepción remarcando que "cada sociedad tiene su régimen de verdad, su 'política general de la verdad': es decir, los tipos de discurso que ella acoge y hace funcionar como verdaderos; los mecanismos y las instancias que permiten distinguir los enunciados verdaderos o falsos, la manera de sancionar unos y otros; las técnicas y los procedimientos que son valorizados para la obtención de la verdad; el estatuto de aquellos encargados de decir qué es lo que funciona como verdadero."

Señala los que considera cinco rasgos de una "economía política de la verdad":

- La "verdad" está centrada en la forma del discurso científico y en las instituciones que lo producen;
- está sometida a una constante incitación económica y política (necesidad de verdad tanto para la producción económica como para el poder político);
- es objeto, bajo formas diversas, de una inmensa difusión y consumo;
- es producida y transmitida bajo el control no exclusivo de grandes aparatos políticos y económicos;
- es el núcleo de la cuestión de todo un debate político y de todo un enfrentamiento social.

Estos rasgos se aplican de una manera sustantiva a la construcción social de las profesiones de salud. Las profesiones generan un discurso científico avalado en universidades, academias y colegios, y que, a pesar de ciertas disidencias, surge como homogéneo frente a la sociedad que deposita su confianza en los criterios de verdad que producen.

Está sometida a una brutal incitación económica que ha originado en las últimas décadas uno de los complejos industriales más exitosos, y a una incitación política generada por distintas fuerzas sociales que han logrado colocar una buena parte del accionar de salud como cuestión de Estado.

Es objeto de difusión y consumo masivo, como se puede verificar tanto en la generalización del modelo de medicina occidental y sus pautas de tecnologización, extendidas hasta la cultura de la población, que asume pautas de automedicación, en buena medida independizadas de las indicaciones profesionales.

Existen grandes aparatos nacionales e internacionales de circulación y reforzamiento de conocimientos que, aún con su heterogenidad, establecen una notable regularidad y estandarización en las formas como se abordan los problemas sanitarios, hospitalarios y farmacéuticos, en diferentes países y regiones.

Es el núcleo de todo un debate político, especialmente visible hoy en día en todos aquellos países que están desmontando sus estructuras de "estado de bienestar", haciendo retroceder servicios y prestaciones que la población reconoce como "derechos sociales adquiridos", dentro de los cuales el retroceso del derecho a la salud aparece como una de las cuestiones éticas y políticas más complejas.

En sus diálogos con Paulo Freire (6), Antonio Faúndez retoma el mismo tema, pero desde una perspectiva que le permite penetrar el mismo hecho pedagógico: "Pienso, Paulo, que este problema de enseñar o educar es fundamental y que, sin duda, se relaciona con lo que decíamos antes: posiciones políticas bien determinadas, en un mundo jerarquizado en el que los que detentan el poder detentan el saber, y en el que al profesor, la sociedad actual le ofrece una parte del saber y del poder. Este es uno de los caminos de reproducción de la sociedad. Encuentro, entonces, que es profundamente democrático comenzar a aprender a preguntar."

"...establecer las respuestas...es un absoluto, no deja lugar a la curiosidad ni a elementos por descubrir. El saber ya está hecho..."

La reflexión es compleja y polémica cuando se la traslada al sector salud, ya que allí la "autoridad profesional" se puede instrumentar como un recurso sobre el paciente, dando lugar a una legitimación de la certeza, a una valoración de la "seguridad". Esto ha impedido en la práctica, hasta la fecha, una discusión en profundidad no solo de la manera que aprenden el trabajador y el profesional de salud, sino lo que es tan o más importante: la reinterpretación de la naturaleza de los contratos, o formas de relacionamiento que se establecen entre el médico y el paciente o entre la población y los servicios de salud.

En último caso verificamos la pérdida habitual, en el proceso terapéutico de la canalización de la energía del propio paciente, condenado muchas veces a cumplir rituales que no comprende, y a tener fe en terapéuticas cuyas consecuencias muchas veces no le fueron advertidas.

La posibilidad de levantar modelos analíticos diferentes surge cuando buscamos romper las lógicas racionalistas sin sujetos, que cosifican las relaciones entre personas a punto de partida de la asimetría de su poder relativo. Por ello Bourdieu menciona que "la noción de estrategia es el instrumento de una ruptura con el punto de vista objetivista y con la acción sin agente que supone el estructuralismo." (7)

Educación Permanente: Algunas precisiones

La Educación Permanente aparece en buena parte de la bibliografía como un término con definiciones controversiales, desde la alfabetización de adultos, pasando por la capacitación profesionalizante, la actualización profesional y el estudio-trabajo. Esta confusión obliga a optar por una definición operativa en este Capítulo, respaldado en la producción que ha venido generando y sistematizando el programa de Desarrollo de Recursos Humanos de la Organización Panamericana de la Salud desde hace ya más de diez años (aunque con distintas denominaciones).

En una especie de síntesis operativa ya hemos definido a 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"**.

Esta definición marca un espacio propio para centrar la EPS, que si bien es amplio, lo diferencia de otras propuestas e intervenciones educativas. Es interesante advertir como las diferentes concepciones del trabajo en salud tienen su correlato en la forma como se concibe la Educación en y para ese trabajo.

La tendencia creciente al desplazamiento del trabajo en salud, desde el ejercicio liberal autónomo, individual e independiente, hacia formas de equipos, organizaciones o redes, no ha permeado los imaginarios profesionales que continúan instalados en la llamada práctica liberal de la profesión, y con frecuencia la educación de postgrado es vista como una herramienta para hacer realidad ese imaginario.

En este capítulo en cambio, centraremos el eje en grupos, equipos y redes que conforman unidades de atención, buscando no solo el reconocimiento y la legitimación de estas formas de organización preexistentes, sino también propiciando a través de la EPS el reforzamiento y la estructuración de formas cooperativas de trabajo.

Resulta interesante reflexionar sobre la relación existente entre la contradicción práctica liberal-práctica asalariada de las profesiones y la contradicción Educación Continua-Educación Permanente. En los primeros términos de la ecuación se perciben los intereses de la historia personal y en los segundos de la institución y los equipos de trabajo.

Las organizaciones en general, y de salud en particular

Manejar un marco referencial común sobre las organizaciones y el pensamiento administrativo resulta imprescindible para comprender en qué espacios estamos interviniendo, mas cuando el trabajo en salud ha devenido mas y mas institucional.

La "Ciencia administrativa" nació como un campo de práctica y conocimiento autónomo en los Estados Unidos, focalizando en el trabajo manual, de manera tal que transformó al trabajador en una máquina ergonómica susceptible de adiestramiento y optimización. El fordismo fue responsabilizado de la deshumanización del trabajador, sujetado a una línea de montaje (lo que fue magistralmente llevado al cine por Charles Chaplin en su película Tiempos Modernos), y el Fayolismo consagró, a través de la Administración científica, un rígido modelo autoritario de dominación, disciplinamiento y control, como bases para el desarrollo organizacional.

Los procesos de "adiestramiento" eran importantes para los clásicos. Para Taylor por ejemplo, el adiestramiento sobre el trabajador -luego de haber realizado un estudio "científico" y comparativo de tiempos, de movimientos y de herramientas, utilizando a los trabajadores con mayor rendimiento como factor de emulación- era el principal factor de incremento de la productividad.

Para Fayol, el adiestramiento necesario debía centrarse en los gerentes, dando posiblemente origen y base a la profesionalización de los "administradores del trabajo", concepción que influirá sobre las estrategias dominantes de las Escuelas de Salud Pública hasta nuestros días.

En definitiva, para los clásicos (concepciones o imaginarios que aún perduran dentro de los servicios de salud), el edificio de poder de las organizaciones se basa en autoridad, responsabilidad y disciplina, siendo la autoridad "el derecho de mandar y el poder de hacerse obedecer"...y la disciplina "la obediencia al sistema de autoridad existente.....es absolutamente necesaria y ninguna organización puede prosperar sin ella." (8)

Como señaló Foucault las tecnologías de adiestramiento, disciplinamiento y poder sobre los cuerpos no solo estaban estrechamente interrelacionadas entre sí, sino que incluso viajaban de un tipo de institución a otra. Así las innovaciones disciplinarias de la escuela, del ejército, de la cárcel, del hospital o de la fábrica, se intercambian para hacer más eficaz la acción productiva, ("el poder produce" señala Foucault, para diferenciar la tradicional asociación histórica entre poder y prohibición).

A fines de los años 20 las Escuelas de las relaciones humanas descubren, casi por casualidad, que el sujeto de cambio (o de no cambio) de las instituciones, no son los trabajadores aislados sino los grupos, que pueden generar una cultura propicia para las innovaciones, pero que también pueden generar resistencia o pautas de productividad por debajo de los estándares fijados, con la capacidad de des-socializar o de excluir a quienes trabajen por arriba de las mismas pautas no escritas.

En referencia al poder, esta escuela detecta la importancia del análisis de conflictos manifiestos y larvados, y los mecanismos de la presión horizontal de los grupos, que también pueden ser consideradas redes de poder e influencia, y que pueden llegar hasta la exclusión y el retiro de la pertenencia y la representación (8)

Para esta época, Drucker (9) señala una anécdota que viene, en su opinión, a cambiar la historia de la capacitación. Menciona que durante la segunda guerra mundial los E.U.A., que tenían un considerable retraso en el campo de la óptica, entendieron que siguiendo los cánones tradicionales de capacitación, no iban a revertir su desventaja relativa en este campo, por lo que produjeron una innovación educacional que les permitió reducir los tiempos de desarrollo de nuevas habilidades, utilizando para ello la experiencia de algunos de sus propios trabajadores.

Los neoclásicos son probablemente quienes más influyeron en la conformación del pensamiento hegemónico dentro de la administración hospitalaria en América Latina, sobre todo por que los autores más exitosos en este campo en lengua española, se formaron en la época en que esta escuela era dominante en los E.U.A. (el texto de Koontz H. y O'Donnell "Principios de Dirección" fue un "best seller" en las Escuelas de Salud Pública hasta hace pocos años).

Desarrollaron las funciones administrativas, flexibilizaron las estructuras, diversificando las unidades de línea (mando) y las de staff (asesoramiento). Sin embargo, manejaban los mismos conceptos de autoridad que los clásicos; afirman que "la autoridad formal sigue siendo la fuerza básica que hace del trabajo directivo lo que es.....La autoridad es la única fuerza cohesiva que existe en la empresa" (8) (en el hospital, leyeron nuestros administradores).

Max Weber es considerado un autor en el campo de la administración; aportó al estudio y desarrollo de la teoría de la burocracia, y a una concepción del poder en las organizaciones; para Weber, "el concepto de poder es la capacidad de inducir a otro a aceptar órdenes", pero lo complementa con otro factor al que llama "legitimación", que es el nivel de aceptación de estas órdenes por afinidad con las mismas, por reconocimiento, o por delegación de autoridad, generalmente asociado al fenómeno de liderazgo, que también surgiría luego como una categoría para las Escuelas de la Sociología Industrial, apoyada en los estudios de Kurt Lewin.

Los estudios de liderazgo dieron origen a la identificación de diferentes mecanismos, que parecen legitimar este escurridizo fenómeno.

Para el mismo Weber, el liderazgo podía ser tradicional, carismático, o burocrático; en este sentido vale la pena verificar la preferencia de Weber por un poder impersonal, sin titular, que remeda las concepciones de un liberal inglés, J.Bentham -redescubierto por Foucault-. La burocracia perfecta para él es un panóptico, es decir, un dispositivo de poder que funciona sin titular.

Para Lewin, el liderazgo se diferenciaba en autoritario, democrático, y "laissez-faire" o permisivo. Durante sus investigaciones llegó a inferir que la máxima productividad estaba asociada al liderazgo autoritario, pero que en ausencia del líder la productividad caía por debajo de la de los otros grupos. Detectó que en los grupos con liderazgo democrático la productividad no era tan alta como en el primero, pero se mantenía con muy escasas modificaciones, aunque el líder no estuviera presente.

En los grupos de liderazgo permisivo encontró baja productividad y también bajo nivel de satisfacción con el trabajo.

Las Escuelas de la Teoría de la Organización confrontaron duramente con los neoclásicos, demoliendo su pretensión de cientificidad a partir de denunciar que un conocimiento científico no podía estar constituido a partir de principios o postulados, e incluso demostrando que muchos de los postulados de los clásicos y neoclásicos se contradecían entre sí.

En lo que se refiere a la base de poder de su teoría, afirman que "lo importante no es mandar o tener autoridad sobre los demás sino tener la influencia necesaria para que la conducta de los demás se ajuste a los objetivos perseguidos. Influencia es, entonces, la conjunción de la autoridad con la comunicación, con el entrenamiento, con la identificación y con la eficiencia." Por su misma concepción, esta escuela detecta las posibilidades de las intervenciones educacionales como mecanismos de construcción de influencia.

Si bien la teoría de la organización generó alguna inquietud entre nuestros administradores neoclásicos, esa preocupación fue rápidamente desplazada por el advenimiento de las Escuelas que aplicaron la teoría general de sistemas, representados por autores como Katz y Johnson. Esta teoría, en realidad generada como tal en los 30s, hizo en algunas dimensiones retroceder a la administración. Sin embargo su seducción para las Escuelas de Salud Pública era irresistible ya que su innegable origen biológico hacía mucho más sencillo su aprendizaje para alumnos provenientes de las carreras de salud.

Podemos considerar algunos aportes de esta escuela si tenemos en cuenta su capacidad de analogizar a "el todo funcionando", la articulación e interrelaciones de las partes con el todo y las relaciones entre sistemas, subsistemas y metasisistemas. Sin embargo, de sus analogías biológicas se desprende un paradigma conservador; por ejemplo, si consideramos al hospital como un sistema, el objetivo debe ser la homeostasis o equilibrio, lo que lleva a ver todo cambio como amenaza, y todo cuestionamiento del poder formal como iniciativa "entrópica" (principio de los sistemas que habla de la tendencia a su desorganización y desintegración); en otras palabras, la Escuela sistémica la última de las llamadas tradicionales, surgió como una escuela epistemológicamente conservadora (como muchos de los intentos de aplicar este paradigma biológico a lo social), y retomó criterios de autoridad que habían sido ya superados por la Escuela de la Teoría de la Organización.

Los 70s debutan con una profunda crisis y una marcada desconfianza con lo que habían aportado las Escuelas tradicionales de la administración, dada la grave transmutación por la que atraviesan las economías de los países centrales: por el estancamiento de los mercados, por el cambio de los sistemas productivos, por el incremento del precio de las materias primas, especialmente del petróleo, entre otras cosas. Lo cierto es que aquellas ciencias de la administración, basadas exclusivamente en la eficiencia interna, resultan incapaces de dar cuenta del fracaso y la quiebra de organizaciones de primera línea. Bajo estas condiciones, surge una importante innovación, que será considerada por muchos autores como una verdadera ruptura con el pensamiento administrativo tradicional. Nos referimos a la ruptura instalada por un heterogéneo grupo de Escuelas incluidas en el movimiento de la denominada **administración estratégica (AE)**.

Hermida y Serra (8) detectan, desde 1970 hasta 1991, ocho escuelas de administración estratégica a las que propone agrupar en escuelas "hard" y escuelas "soft". Las primeras son las que reestructuran la organización bajo el principio de generar un pensamiento de afuera para adentro. Esto significa, en la práctica, el traslado del poder organizacional del área de producción al área de mercadeo (concepto interesante si consideramos que la mayoría de nuestros administradores hospitalarios continúan siendo gerentes de producción, una producción independiente de resultados, y que existe una histórica dificultad para incorporar epidemiólogos en los servicios de salud).

Las escuelas "soft" por su parte se concentran en detectar que en situaciones de alta competitividad, en ambientes turbulentos y más aún considerando el desplazamiento de los sistemas productivos desde organizaciones "mano de obra intensiva" a instituciones "talento intensivo", resulta literalmente imposible desconocer la calificación, motivación, creatividad, iniciativa, de los trabajadores como uno de los principales factores que puede otorgar esa pequeña o no tan pequeña ventaja comparativa.

Así nuestros servicios de salud se quedan atrapados en una situación que si no fuera dramática podría ser calificada de risible. Adscribiendo a lo mas conservador de un pensamiento administrativo que había sido diseñado para la producción de bienes, en organizaciones "mano de obra intensiva", en empresas con fines de lucro, en países centrales y para economías en crecimiento, los hospitales públicos se pensaron a sí mismos como "fábricas que producen consultas y egresos". Ignoraron que eran organizaciones productoras de servicios, organizaciones "talento intensivo", instituciones sin fines de lucro, en países que no son precisamente centrales y en ambientes turbulentos con políticas económicas y sociales regresivas, y con un discurso de "estado benefactor" en retirada.

La Universidad estatal tampoco quedó exenta de este espíritu modernizador acrítico, debatiéndose en muchos casos entre la incorporación de modelos administrativos fabriles y una ausencia de administración.

La última escuela de administración estratégica que los autores citados identifican, va mas allá que el descubrimiento de un trabajador sujeto de su proceso de trabajo como una de las principales ventajas comparativas de una organización. Esta escuela parece haberse generado para enfrentar el problema que la principal competencia que surge para algunas organizaciones, son otras organizaciones generadas por disidentes internos con iniciativa, con creatividad. Basados en este referencial empírico, plantearon una nueva figura, a la que denominaron "emprendedor interno" (o entrepreneur). Esta persona o grupo que ahora se busca retener, desarrolla toda una nueva línea de producción, contenida dentro de la misma organización.

La relación es directa si pensamos el carácter expulsivo que tienen nuestras organizaciones respecto a los innovadores, a quienes toman riesgos, y el premio casi absoluto para quienes se limitan a trabajar en su nivel mínimo de requerimientos.

Como si esto fuera insuficiente algunas experiencias comienzan a sostener que "la unidad de mando no es imprescindible para la producción", que es lo mismo que derrumbar lo poco que quedaba en pie del pensamiento administrativo clásico y neoclásico.

Al respecto se promocionan nuevas formas administrativas y nuevas formas de trabajo, como los Grupos Autodirigidos (GADs) en los que se verifica el papel subalterno de la capacitación técnica, si acaso no se desarrollan lo que Hicks y Bone (10) llaman las "habilidades interpersonales", que para nuestro caso se traduce como micro administración.

Si pensamos en formas de organización más democráticas, la priorización de los contenidos de educación permanente puede realizarse sobre las mismas formas de organización del trabajo; con contenidos que incluyen conocimientos que denominamos de formación microadministrativa, y que antes se reservaban solo para la "alta gerencia". Como consecuencia de esto, en un segundo momento se desencadenan procesos de investigación para incorporar aquellos contenidos técnicos que los grupos no puedan obtener por sí mismos.

Un aporte difícil de caracterizar, pero con marcada resonancia es el realizado por Senge (11), quien genera toda una propuesta de desarrollo organizacional centrado en procesos de aprendizaje, promoviendo lo que denomina "la quinta disciplina", y utilizando analogías tecnológicas dicho autor afirma que el éxito organizacional no puede depender de una sola disciplina o de un solo eje de innovación, y señala la ausencia de la educación en el pensamiento administrativo, afirmando que las ventajas comparativas en los actuales ambientes turbulentos solo lo logran las organizaciones abiertas al aprendizaje.

Lo controversial del aporte de Senge es la recuperación, a comienzo de los 90s, de una escuela administrativa, la administración sistémica, línea de pensamiento que habíamos visto abandonada en los 70s, sin incluir una discusión de los mecanismos por los cuales esta se abandonó ni de porqué se recupera esta línea de pensamiento.

Sus analogías de "instituciones-escuela" recuerdan la antigua tradición del Hospital-Escuela, o el Hospital Universitario que la administración hospitalaria logró extender, al menos conceptualmente, a todos los servicios de salud al identificar a la docencia y a la investigación como dos de las seis funciones básicas del "hospital moderno".

Hemos realizado este algo prolongado viaje por el pensamiento administrativo, porque pensamos que la Educación Permanente no puede permanecer indiferente ni neutral respecto a estos factores, especialmente si se consideran los marcos teóricos y metodológicos que la han alimentado. En caso contrario, caeríamos en la paradoja de incorporar intervenciones fundadas en concepciones progresistas de la educación de adultos, para reforzar organizaciones autoritarias, y si esto no fuera posible, podríamos haber gastado una fuerte carga de energías y esfuerzos para una intervención que ya estaba condenada al fracaso.

El aporte de las ciencias sociales

Resulta evidente que uno de los motivos para la incorporación acrítica de técnicas de gestión en los sectores sociales en América Latina, es la ausencia de un pensamiento propio en administración. Esta carencia podría ser más decepcionante si intentáramos recuperar los mas de ochenta años que lleva de adelanto la administración norteamericana.

Sin embargo, por un lado no es necesario inventar todo de nuevo, pero por otro puede asegurarse que una de las mayores debilidades de este pensamiento es el de haberse generado como un pensamiento cerrado, sin conexión con un desarrollo paralelo de las ciencias sociales (como en cambio se dio en algunos países europeos como Francia). Este concepto es muy importante porque si bien tenemos una gran rémora en pensamiento administrativo, no ocurre así en el campo de las ciencias sociales (Sociología, Psicología Social, Antropología, Educación y otras), en las que se verifica la existencia de escuelas de punta, que confrontan sin complejos con escuelas de países centrales, y generan aportes de valor universal.

Sin embargo, estas ciencias han sido históricamente reacias a trabajar en el campo de las organizaciones, como si se tratara de un campo social de menor dignidad epistemológica.

Afortunadamente, hay excepciones muy importantes, pero que no han alcanzado a articularse con equipos de estudio provenientes de la Administración. Nos referimos, por ejemplo, a las Escuelas del Análisis Organizacional como las de Ulloa o Schlemenson, a las de Psicología Social como las de P. Riviere (12), entre otras.

Estas Escuelas han estudiado intensamente los aspectos vinculados al análisis de conflictos, la autoridad, la coacción, la cooperación y pertenencia en los grupos, las relaciones vinculares de los trabajadores con su organización y con la tecnología, y su impacto sobre el cuidado de los equipos puestos a su cargo.(13)

A través de estas líneas de trabajo resulta posible encontrar los aportes específicos de las ciencias de la educación, articuladas con las otras ciencias sociales, y contribuir a dilucidar temas como la combinación entre participación y gobernabilidad, que pueden desarrollar las organizaciones para garantizar su productividad, cumplir sus fines sociales y mantener o incrementar su legitimidad y prestigio, frente a una población usuaria que está demandando servicios que pueden resultarle vitales o que pueden resultar en daños o discapacidades permanentes.

Explorando aportes posibles

La primera consideración es que los trabajadores -estén en una línea de producción, en equipos, o en grupos mas o menos autodirigidos- constituyen unidades sociales que tienen una historia, una determinada estructura de poder interna y externa, una cultura que incluye el sentido de éxito del trabajo que se realiza y de la forma como este se articula con los objetivos institucionales, indicadores de pertenencia (al grupo) y de pertinencia de las tareas que se realizan, códigos internos implícitos o explícitos, así como cierto nivel de conflicto, larvado o manifiesto, entre otras.

Estos rasgos sirven para enfatizar que al imaginar una intervención educativa y mucho más una que va a instalarse en los mismos espacios de trabajo, esta no podrá ser considerada neutra dentro de la conflictividad preexistente; (incluso si resultara neutra, dudaríamos de la propuesta que se podría haber colocado en un plano de excesiva generalidad, como estrategia para eludir la conflictividad, y reduciendo considerablemente, en consecuencia, su capacidad de impacto sobre el trabajo).

Cómo, y a través de quién se contratan o se promueven estas iniciativas tiene una gran significación, por lo que esas personas o instancias organizacionales representan. Esto nos coloca, a la vez, en el tema del agente externo al proceso de educación permanente, ya que de una forma u otra la instalación de estos procesos rara vez surge solo como iniciativa interna, o puede ser sostenido como tal en la práctica; consideramos la existencia de un proyecto de transformación con agentes promotores, que aún con la ideología de cooperación más horizontal no dejan de ser actores de carácter subjetivo que se suman al análisis de la conflictividad del grupo o de la institución.

Si los grupos están en conflicto, resulta no solo inútil sino contraproducente ignorarlo, ya que el aprendizaje se encuentra paralizado para todo aquello que se aleje de lo que problematiza al grupo. De esta manera, cuando se piensa en procesos de motivación, debe tenerse en cuenta esta problematización, que permite utilizar la energía del conflicto (buscando verbalizarlo, objetivarlo, permitiendo su elaboración), y al mismo tiempo direccionar las intervenciones en el sentido de su resolución.

En tal caso la Educación Permanente no es tan "permanente", como para no reconocer un inicio que será generalmente posterior a la instalación de los grupos, equipos o colectivos de trabajo, y que logrará éxito si asume la génesis y la cultura de estos grupos. A su vez, la cooperación puede instalarse acompañando una parte de la historia de estos grupos, hasta que el proceso de Educación Permanente sea autosostenido.

Implicancias para la cooperación

En opinión del autor, estas reflexiones tienen importancia, ya que pueden inducir a modificaciones en las estrategias docentes de aquellos programas sustantivos de salud que transfieren, en ocasiones masivamente, paquetes tecnológicos, y que luego dan lugar a interrogantes sobre la eficacia de estas transferencias. Por supuesto, que si somos consecuentes con nuestro enfoque frente a una difusión tecnológica masiva, algunos grupos de trabajo pueden encontrarse en algún momento, particularmente motivados para esa incorporación. Son esos grupos los que generalmente se utilizan para legitimar la difusión.

Consideraremos esquemáticamente que los grupos de trabajo (y las instituciones) pasan por momentos de: **satisfacción con el trabajo --> tensión creciente por inadecuaciones internas y/o externas de funcionamiento --> conflicto larvado o manifiesto --> búsqueda de nuevas formas de trabajo --> satisfacción -->**.

En base a este esquema, probablemente solo los grupos que se encuentran en el momento de búsqueda estarán receptivos a una difusión técnica, mientras que un proceso de Educación Permanente debería poder trabajar en todas las fases o momentos, comprendiendo sus diferentes necesidades y niveles de motivación y abriendo incluso espacios virtuales para la cooperación.

Solo a título de conjetura podríamos pensar que una organización que está en una fase de satisfacción, podría necesitar mecanismos de investigación para valorar hasta qué punto esta satisfacción está avalada en información interna y externa objetivable; una institución, grupo o equipo que está en estado de tensión puede necesitar apoyo para transformar esas tensiones en problemas susceptibles de ser definidos, descritos, y explicados, para que puedan diseñarse formas eficaces de intervención (14); una institución que se encuentra en conflicto podría estar paralizada por un conflicto larvado, pero puede beneficiarse de mecanismos de explicitación de ese conflicto; si el conflicto fuera manifiesto, podría contribuirse a su delimitación, a buscar mecanismos de concertación, arbitraje o confrontación, bajo reglas que permitan salir de la parálisis que el mismo conflicto genera; si un grupo está en proceso de búsqueda, significa que está altamente motivado, en pleno proceso de aprendizaje, y en consecuencia solamente necesita acompañamiento y cooperación para detectar el conocimiento y las herramientas más pertinentes para sus necesidades.

Algunas especificidades de los servicios de salud

Los servicios de salud como organizaciones, comparten rasgos y características con otros ámbitos laborales, pero presentan otros rasgos que marcan su especificidad.

Brito, Mercer y Novick (15) en su excelente artículo señalan que el hospital "ha generado un locus para diversas modalidades del proceso de trabajo", identificando áreas que podrían caracterizarse como "oficio y taller" (la cocina, la lavandería); otras áreas caracterizadas como de "norma, secuencia y cronómetro", (el quirófano), y otras como áreas de "producción en cadena" (el consultorio externo).

Ello determina que en un mismo espacio físico convivan 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. Así, 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.

Al mismo tiempo, muy poco se ha trabajado sobre la continencia social de las instituciones de salud. En general, se considera a los servicios de salud como espacios constituidos en soporte de los procesos terapéuticos que allí tienen lugar, pero poco se ha reflexionado sobre el hecho de que tanto los servicios como el mismo hospital como un todo, son (o pueden ser) considerados en sí mismos espacios terapéuticos, dependiendo de su organización, su funcionalidad, su continencia a los problemas de salud.

Señalan los mismos autores (15) que persisten los obstáculos "para una homologación definitiva entre fábrica y hospital", lo que puede expresar una oportunidad no muy duradera para reconfigurar los servicios de salud bajo moldes diferentes de las otras grandes unidades productivas de nuestro tiempo.

Existe una discusión antigua pero incompleta sobre quién debe conducir los servicios de salud en general y los hospitales en particular, y cómo debe hacerlo.

Ya se ha hecho tradición en América Latina que son los médicos los profesionales que habitualmente detentan la conducción de los servicios de salud; es menos frecuente que tal conducción sea encomendada a otros profesionales de salud, y aún más infrecuente que esté a cargo de profesionales que no pertenecen al sector salud.

Los mecanismos de legitimación son diversos: en algunos casos se consideran sistemas meritocráticos basados en los antecedentes generales y en algunas formas de capacitación de postgrado que ha incluido contenidos de Administración; en otros casos la legitimidad es política, la conducción la ejerce una especie de interventor que se legitima por delegación de autoridad, que viene de las instancias que conducen las macroorganizaciones, de las cuales el servicio forma parte. En algunos casos se ensayan mecanismos de elección interna de personas, o de ternas que son propuestas a las instancias superiores, que luego aceptan la legitimidad que este mecanismo supone, y la legalizan con un acto político-administrativo.

En todo caso, la tendencia en los países latinoamericanos parece estar dirigida hacia un sistema de gobierno no colegiado, que "derrama" poder de intervención hacia "abajo", en subdirectores, jefes de departamento, jefes de servicio y otros, en un típico modelo weberiano.

La prevalencia en la cultura institucional de este referencial burocrático, no permite explicitar que la "estructura informal de la organización no coincide con la formal" y que hoy en día uno de los principales problemas de administración hospitalaria en la Región de las Américas es que, en realidad, hay muchos casos en que, en un sentido estricto, los directores no dirigen los hospitales.

En otras palabras el problema dominante de estas organizaciones es el de la gobernabilidad, a pesar de que no se puede culpar de esa ingobernabilidad a "excesos de participación", ya que resulta claro que se trata de una extraña combinación de ingobernabilidad con rasgos de autoritarismo.

Flippo (16) presenta un principio que sirve para explicar, al menos en parte, las razones estructurales de esta ingobernabilidad. Señala que "mientras más sencillas son las decisiones que se toman en la línea de producción, más fácil es concentrar poder en la cabeza de la organización"; si leemos el principio de Flippo al revés, podemos reflexionar sobre que probablemente no exista una organización en la que se tomen decisiones tan complejas en la línea de producción (al punto que muy pocas organizaciones tienen profesionales universitarios -muchos de ellos con postgrados- en la línea de producción). Esto explica porqué no se puede estructuralmente aplicar modelos fabriles ni burocráticos a los servicios de salud, (al menos no se pueden aplicar sin generar resistencia o conflicto, larvado o manifiesto).

Si añadimos a esto la convicción de que, tal como lo expresa Foucault, existe una amplia circulación entre estos sistemas microsociales y la sociedad en su conjunto, no solo en el sentido de como la sociedad determina, sino también en el sentido de como las organizaciones instituyen un orden social, deberíamos decir que ningún proceso de democratización de la sociedad estará completo si no alcanza a las instituciones. Este concepto es especialmente relevante en algunos de nuestros países que se encuentran en un doloroso tránsito, desde una historia reciente de autoritarismos; aún así, el proceso de democratización de las instituciones se encuentra más retrasado que el proceso de la sociedad como un todo.

Los trabajos de la Administración Hospitalaria "científica" introducidos por Fajardo Ortiz (17), Barquín y la versión traducida de Owen, al haberse apoyado en el pensamiento de la escuela neoclásica con sus paradigmas sobre la autoridad, la naturaleza del trabajo y las características del trabajador, no ayudan mucho a resolver el dilema. Sin embargo, continúan siendo los referentes de la formación en este campo, en muchas de las Escuelas y postgrados de Salud Pública de la Región.

El problema de base parece ser cómo se estructuran mecanismos de conducción en los que se acerquen estructura formal e informal, y cómo se libera a ese profesional o trabajador de salud, sujeto a un modelo organizacional que no le permite desarrollar sus potencialidades individuales ni grupales. Ese trabajador que, como ya hemos mencionado, la administración estratégica aplicada a organizaciones "talento intensivo" busca desamarrar, para poder contar con su creatividad, su capacidad de innovación y su capacidad de emprendimiento.

Esto nos lleva a plantear, anticipándonos a quienes perciben esta propuesta como muy desestructuradora, que estamos discutiendo sobre democratización de las instituciones, y en consecuencia no estamos propiciando mecanismos que disminuyan la gobernabilidad, sino que la aumenten.

Otra dimensión central de la discusión sobre la situación actual de los servicios de salud es la de haber generado una organización hipercompartimentada que hace que las unidades no solo estén aisladas entre ellas, sino, lo que es más grave, se estructuran sobre un total desconocimiento de lo que sucede fuera de la institución.

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. Se supone que este análisis estaría expropiado en "el puente de mando"; sin embargo, lamentablemente en muchos servicios de salud tampoco existen mecanismos, información ni capacidad de lectura de información epidemiológica, social, demográfica o cultural.

Esto se verifica por el neto predominio de indicadores de producción para medir la eficacia institucional, y la casi inexistencia de información o indicadores de resultado. Al respecto, vale la pena señalar que como parte de la revolución del pensamiento administrativo de los 70s se verificó la instalación de un estilo de pensamiento de "afuera para adentro", que generó una transferencia de poder de los gerentes de producción hacia los gerentes de marketing; fenómeno que aún no se verifica en nuestros hospitales en los que los directores siguen siendo gerentes de producción.

Educación permanente y calidad

La problemática de Recursos Humanos resulta habitualmente invisible para la población en general e incluso para los usuarios de los servicios de salud. Sin embargo, el usuario percibe (o sufre) claramente lo que podríamos llamar **la calidad de la atención**, que cuando no es satisfactoria se transforma en un importante problema social.

Donabedian (18) distingue dentro de ese intangible concepto de calidad tres dimensiones: la técnica, la interpersonal, y la de "amenidades" o confort; resulta evidente que en diferentes proporciones, todos ellos se vinculan con el nivel de desarrollo y motivación del personal de salud.

Por ello resulta para nosotros 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 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.

Sea que se trate de servicios personales hospitalarios o desconcentrados, simples o complejos, preventivos o recuperativos, sean programas o proyectos de salud personales o ambientales, la calidad de estos servicios no será mayor que la calidad de la gente que trabaja en ellos. (Sí puede ser inferior, ya que problemas organizacionales o tecnológicos pueden reducir el nivel de desempeño por abajo de su capacidad potencial).

El reciente "estallido" del concepto de **calidad total**, vinculado directamente con el éxito de la industria japonesa y los desarrollos de Deming (1), ha alcanzado el campo de los servicios de salud con alcances que bien vale la pena explorar.

Dados sus antecedentes como estadístico, y el conocimiento de primera mano de Deming sobre las experiencias desarrolladas por E. Mayo en las plantas de Hawthorn, es posible pensar en su propuesta como una pragmática combinación entre la aplicación de estándares de calidad, por técnicas muestrales y los desarrollos de la escuela psicosocial.

Los campos de acción que la vinculan con Educación Permanente son justamente aquellos que conforman el corazón de su propuesta. Nos referimos al desarrollo de los llamados **círculos de calidad**, que establecen formas concretas de participación de los trabajadores en la evaluación, análisis y rediseño del proceso de trabajo en base a su experiencia y a una reflexión sistemática sobre el mismo.

El cuestionamiento sobre los premios y estímulos a la productividad individual, sobre las evaluaciones periódicas de personal, sobre la rígida división y especialización del trabajo, el énfasis en el desarrollo de liderazgo, la importancia colocada en el entrenamiento como inversión no sacrificable, su insistencia en desterrar el temor como base de un clima organizacional supuestamente productivo, el levantamiento sistemático de la sospecha sobre el trabajador como el principal generador de defectos en el sistema productivo, y su invitación a involucrar a todo el personal en las propuestas de cambio muestran claramente que más de la mitad de la propuesta de **calidad** se basa en el desarrollo de Recursos Humanos, pero sobre todo en la dignidad y el protagonismo del trabajador.

Los círculos de calidad se constituyen con un grupo pequeño de trabajadores (5 a 10), que se reúnen a analizar un problema y a diseñar nuevas formas de organización del trabajo. Los grupos son flexibles y pueden disolverse y volverse a constituir de otra forma, en función del problema que se enfrenta.

Rico (19) señala que en Japón funcionan más de un millón de círculos de calidad, pero en el momento actual, se trata de un fenómeno que se extiende rápidamente a Estados Unidos, Corea, Taiwan, Europa Occidental y América Latina.

En una lógica similar a la de los grupos operativos o grupos centrados en la tarea (12) la función de los círculos es enfrentar un problema que es el constituyente del grupo, explorar sus causas, diseñar en forma consensuada nuevos procedimientos, y experimentar en forma negociada con la gerencia, su puesta en práctica.

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.

Los problemas pueden ser de diferente naturaleza, y se generan en un sistemático cuestionamiento del proceso de trabajo, teniendo como punto de partida la calidad del producto, concebida fundamentalmente desde la perspectiva de las necesidades del usuario. En cierta manera la agenda se conforma con problemas que se generan o se construyen desde una cultura organizacional centrada en la calidad.

Resulta obvia la aplicabilidad de los desarrollos de la Educación Permanente y de la Investigación Educativa a la actividad de los círculos de calidad, a los que ofrecen un instrumental teórico-metodológico ampliamente validado.

El enfoque de calidad total resulta funcional al éxito económico y al desarrollo de los mercados, pero representa al mismo tiempo una concepción valorativa al reivindicar el respeto por el usuario. Esta noción es aún mucho más importante si la consideramos en los servicios de salud, en los que el usuario juega su vida o su integridad física y/o mental a una calidad que en muchos casos intuye, pero que está lejos de poder evaluar.

En este caso, y como enésima ratificación, vuelve a instalarse la problemática de Recursos Humanos como el eje del desarrollo de los procesos productivos, y del mismo cambio de esos procesos, al punto que en la organización de un reciente congreso de Auditoría Médica se llegó a proponer llevarlo a cabo bajo el lema: "calidad es Recursos Humanos".

Educación permanente y control del proceso de trabajo

La dimensión de control del proceso de trabajo se convierte en un problema básico de la Educación Permanente, y como ya hemos visto, tiene todo que ver con el pensamiento administrativo prevalente y con las concepciones de poder en las que se sustenta.

El pensamiento neoclásico, que considero hegemónico en la actual estructura de los servicios, se basa fundamentalmente en la fragmentación del trabajo, la normatización ajustada de cada uno de los procesos, y la reconstrucción de los procesos globales solo como ejercicio posible para la alta gerencia.

Este modelo fabril, acriticamente trasladado a los servicios de salud, puede llevar a extremos de desatino verificables en procesos globalmente irracionales, a su vez constituidos por un conjunto de procedimientos individuales de calidad aceptable. Esto se verifica en fenómenos tan frecuentes como la exagerada prolongación de días de estadía por desarticulación de los servicios de diagnóstico y tratamiento, la comprobación de que un paciente es más rápidamente y mejor atendido cuando oculta que fue derivado por otro Centro de salud, o de ambulancias que dejan a parturientas en la puerta de un hospital, con indicaciones de no decir que vienen de otro hospital, para evitar el rechazo, como ejemplos.

En consecuencia, la baja calidad de la atención global no es siquiera percibida por el personal de salud, cada uno encerrado en su servicio, a veces hasta optimizando sus propios procedimientos y resultados sin una comprensión del todo funcionando. (Esto ocurre ocasionalmente, por ejemplo cuando un empleado de un hospital necesita hospitalizarse y tiene entonces la oportunidad de analizar el proceso desde "el otro lado del mostrador").

Esta fragmentación ha dado origen a múltiples estudios sobre alienación del trabajador, pero peor aún es que su funcionalidad solo puede comprenderse por la incorporación acrítica de la lógica de línea de producción, generada por la Ingeniería Industrial para tareas "mano de obra intensiva", como mecanismo para el aumento de la productividad.

Los servicios de salud hacen recorrer al paciente (como si se tratara de la materia prima a procesar) por distintas fases de un proceso de montaje. Esto sin un responsable visible del proceso como un todo, y con el agregado de que aquí el productivismo carece casi por completo de significado si acaso no se resuelve el problema del paciente; parafraseando a Matus, "medir la efectividad de un hospital por el número de consultas y egresos que produce, es como medir la efectividad de un ejército por el número de balas que tira" (20).

Un proceso de Educación Permanente solo puede sustentarse sobre la base de un trabajador que es sujeto de su proceso de trabajo, aún a sabiendas que esto contradice la cultura dominante en los servicios de salud. Por ello, la Educación Permanente por un lado demanda organizaciones más democráticas, pero por otro lado, si es coherente ideológicamente, también desencadena un proceso de democratización institucional.

La fantástica liberación de energías y movilización que genera este pasaje de objeto a sujeto, puede ser vivido al mismo tiempo como una amenaza por quienes prefieren una ineficacia ordenada, por quienes temen los procesos de participación, y también, por quienes se benefician con que las instituciones se mantengan como están.

Claro que la reflexión sobre este pasaje nos lleva a interrogarnos sobre las dificultades que puede tener un trabajador para ser sujeto de su proceso de trabajo, si tampoco como estudiante ha sido sujeto de su proceso de aprendizaje.

Por otra parte este trabajador, víctima de un proceso de expropiación de su protagonismo institucional, es al mismo tiempo un victimario al ser él mismo el expropiador del protagonismo de la población sobre su proceso de salud-enfermedad.

Por ello hemos reinterrogado frecuentemente cuales son los límites de la participación popular en salud, cuando intersecta con servicios de salud en los que la participación de los mismos trabajadores está vedada.

En la búsqueda de una forma de expresar de forma didáctica la potenciación de estos procesos, hemos especulado sobre las posibilidades de imaginar condiciones que permitan generar una recuperación del carácter de sujetos de los estudiantes de las carreras de salud en los procesos de enseñanza-aprendizaje, del personal y los profesionales de salud en el proceso de trabajo, y de la misma población en el proceso de salud enfermedad.

GRAFICA 2 (21)

PASAJES DE OBJETO A SUJETO O RECUPERACION DEL PROTAGONISMO

DEL ESTUDIANTE DE SALUD	-->	EN EL PROCESO DE APRENDIZAJE
DEL PERSONAL DE SALUD	-->	EN EL PROCESO DE TRABAJO
DE LA POBLACION	-->	EN EL PROCESO SALUD- ENFERMEDAD

La educación permanente en grandes sistemas

La gestión de la Educación Permanente adquiere mayor visibilidad en ámbitos organizacionales complejos y de grandes dimensiones.

Resulta un desafío particular analizar la problemática y encontrar las estrategias adecuadas a la gestión de las grandes organizaciones de Salud. Nos estamos refiriendo a aquellos Ministerios de Salud, instituciones de la Seguridad Social y otras, con gran infraestructura propia, red de hospitales, centros de salud y programas de salud.

La gestión de estos grandes aparatos pueden enfrentar, dada su gran complejidad, problemas especiales de Educación Permanente, como estos:

- la reconversión laboral de trabajadores efectivos que han estado ligados a programas o proyectos que se desactivan;
- la apertura, cierre o traslado de un hospital o de una unidad completa;
- el cambio o profesionalización de las estructuras gerenciales;
- la incorporación de nuevos servicios, de especialidades, o de nuevas profesiones;
- el cambio en los modelos de organización hospitalaria, desde una por especialidades hasta otra centrada en la atención progresiva del paciente, o desde un hospital de internación a un hospital de día, como ejemplos;
- la absorción de clientelas nuevas: migrantes recientes, refugiados, convenios con cajas o seguros, entre otras;
- la absorción de nuevas actividades docentes de pre o postgrado, por convenios de integración docente asistencial;
- el apoyo a la aplicación de carreras sanitarias y/o funcionarias que regulan deberes y derechos laborales, y
- la aparición de Convenios de Educación Permanente con participación de la Universidad.

Es probablemente en casos como estos en los que puede validarse más extensamente la utilidad de aplicar enfoques estratégicos, ya que es fácil identificar la fragmentación de visiones y de actores sociales reales y potenciales involucrados.

Una propuesta: Gestión estratégica de la educación permanente en Salud

Concebimos a la Educación Permanente como una acción técnico-política de alta eficacia, pero cuyo éxito depende de la existencia de una política institucional más amplia que la incluya. En otras palabras, **si concebimos a la Educación Permanente como una herramienta, esta debe estar inserta en una propuesta de cambio que una fuerza social concreta lleva adelante, con un adecuado cálculo de sus posibilidades y del campo de fuerzas en la cual esta intervención se inserta.**

La dimensión educativa adquiere así un valor táctico, ya que es evidente que la mejor estrategia quedará invalidada si no existe capacidad táctica de llevarla a cabo, e incluso es necesario pensar esto simultáneamente, ya que las propuestas educacionales no tienen validez universal, y es necesario una adecuada consistencia entre proyecto institucional y propuesta educativa que incluya las dimensiones ideológicas, técnicas y metodológicas.

Uno de los errores observados es el de aquellas grandes instituciones de salud que incorporan pedagogos, psicopedagogos, o licenciados en Ciencias de la Educación, solicitándoles casi sin información el diseño de "un programa de Educación Permanente", sin considerar que son las mismas unidades técnico-políticas las que deben realizar tal tarea. Es cooperando con estas que el apoyo y el asesoramiento de los profesionales en educación se optimiza.

El desarrollo de un proceso de Educación Permanente requiere clara conciencia de que no se trata de una actividad marginal, ni de un adorno, ni de un mecanismo de descanso o refresco del personal; se trata, bien utilizada, de una de las herramientas más eficaces de cambio estructural, capaz de inscribirse nada menos que en la cultura institucional.

En este sentido, la tarea suele requerir un amplio análisis de las necesidades de cambio institucional a partir de sus principales inadecuaciones (la problemática). Es necesario identificar en un plano más estructural las fuerzas sociales que concurren o intervienen sobre la situación analizada, sus recursos, su poder relativo, su posición tanto en la situación como frente a nuestra propuesta de cambio, su sistema de valores, y su posibilidad de alianza con otras fuerzas, en función del nivel de amenaza que la propuesta suponga.

Al definir el programa direccional y los proyectos a través de los cuales se alcanzará la visión, se incluirán las intervenciones educativas necesarias. Pero es importante señalar aquí **que solo excepcionalmente se alcanzará el éxito de un proceso de Educación Permanente si este no va acompañado de otras intervenciones que refuercen lo que aquel pueda alcanzar.**

Como ejemplos:

... un modelo de estudio/trabajo puede requerir cambios en los reglamentos de personal o en las condiciones de trabajo...;
... una capacitación puede requerir simultáneamente un cambio en el sistema de suministros...;
... una capacitación gerencial para la descentralización tiene que ser razonablemente contemporánea con las medidas legales y técnicas que efectivicen ese cambio en la estructura de poder.

Si estas acciones no se realizan simultáneamente, no solo invalidan lo obtenido a través de la acción educativa, sino que crean un clima de descrédito que se extenderá a posteriores iniciativas. Hay un amplio listado de "iatrogenias educacionales" que forma parte de la historia de todo administrador de servicios de salud (el caso del personal que se forma para manejar un instrumental que nunca llega, por ejemplo).

Este proyecto a su vez se sustenta en el levantamiento de un "mapa" de relaciones de poder intra y extrainstitucional, que permita confrontar la estructura formal con la informal e identificar los actores sociales relevantes que deben ser tenidos en cuenta.

Estos actores pueden ser internos a la organización, pero también pueden ser externos, refiriéndonos a aquellos que controlan variantes de peso para la marcha de la institución (entre otros lo referente a legislación, tecnología, financiamiento, formación de Recursos Humanos, legitimidad).

El desarrollo de una propuesta de Gestión Estratégica de la Educación Permanente (GEEPS), admite una aplicación directa de la metodología de Planificación Estratégica tal como la hemos desarrollado en publicación anterior del autor de este Capítulo (14), que trata sobre esta concepción teórico-metodológica, y a la que nos permitimos remitir al lector interesado. No se trata de una mera "aplicación", sino de una verdadera interacción, ya que es posible identificar una fluida circulación de nociones, conceptos y metodologías entre ambas propuestas. Por ello, parece de suma utilidad realizar algunos alcances y precisiones sobre las características posibles de esta adecuación expresada en sus diferentes momentos.

En la aplicación de la estructura de los seis momentos en que hemos sistematizado el proceso de planificación estratégica, resulta necesario establecer el objeto de transformación y los niveles de globalidad y especificidad.

En este sentido, parece adecuado proponer el proceso de trabajo como el objeto de transformación, definir el nivel de mayor globalidad como cambio organizacional y el de mayor especificidad como Educación Permanente.

O sea que, en esta línea de pensamiento, conceptualizamos a la

Educación Permanente **como una herramienta privilegiada de cambio organizacional que impacta sobre el proceso de trabajo.**

Siendo así, es posible enriquecer el **análisis de situación** con las herramientas del análisis organizacional; **la investigación de problemas** con las técnicas de investigación educativa y de investigación de Servicios de Salud (ver en esta misma obra el Capítulo VIII autorado por Chorny); la **identificación de la visión** con técnicas de desarrollo institucional; el **diseño de proyectos** con el instrumental teórico-metodológico de la Educación Permanente (ver en este libro el Capítulo IV preparado por Davini); **la construcción de viabilidad**, cambiando la Educación Permanente con otras estrategias de cambio organizacional, y el **programa operativo** mediante el desarrollo de un proceso de gestión de la Educación Permanente, en la lógica de calidad/equidad.

GRAFICA 3

MOMENTOS DE PLANIFICACION ESTRATEGICA APLICADA A LA EDUCACION PERMANENTE EN SALUD

Mayor Globalidad: las instituciones

ANALISIS DE SITUACION:	IDENTIFICACION DE VISION:	CONSTRUCCION DE VIABILIDAD:
ANALISIS ORGANIZACIONAL	DESARROLLO INSTITUCIONAL	OTRAS ESTRATEGIAS DE CAMBIO INSTITUCIONAL

Mayor Especificidad: Los problemas del proceso de trabajo

INVESTIGACION DE PROBLEMAS:	DISEÑO DE PROYECTOS:	PROGRAMA OPERATIVO:
INVESTIGACION EDUCACIONAL, INVESTIGACION DE SERVICIOS DE SALUD	PROGRAMAS Y PROYECTOS DE EPS	GESTION DE LA EPS PARA CAMBIO INSTITUCIONAL

Objeto de Transformación

Proceso de trabajo orientado a obtener calidad en los servicios y equidad en la situación de salud y en el acceso a los servicios.

Análisis de situación

El análisis de situación en procesos de Educación Permanente se beneficia con los aportes del análisis organizacional. En las instituciones podemos identificar al menos dos dimensiones, una más estructural que Serra y Hermida denominan técnico-administrativa, o dimensión **hard**, y otra más funcional que denominan de Cultura Organizacional, o dimensión **soft**. La dimensión hard nos obliga a relevar la estructura organizacional, la división vertical y horizontal del trabajo y las redes de información y de poder-saber que se establecen.

El análisis de la estructura formal e informal de la organización, y la diferencia entre ambas puede ofrecer mucha información. Los manuales de procedimientos, la descripción de puestos y en general la normatividad del trabajo nos ofrece un testimonio indirecto de los grados de libertad de las diferentes categorías profesionales.

La dimensión soft nos orienta a relevar la cultura organizacional, la comprensión y consideración de las formas relacionales y la mutua representación interna que se establece entre los diferentes grupos o agrupamientos que pueden conformarse según diferentes criterios de recorte de los mismos.

Conceptos como pertenencia, pertinencia, responsabilidad, vínculo, objetivos comunes, pueden servir para orientar los instrumentos de semiología institucional en esta dimensión.

El campo o el locus (Bordieu; ver además en esta obra el Capítulo II de Brito, Ribeiro y Roschke), queda predeterminado por el sujeto que analiza en función de su percepción, sus intereses, y el alcance de sus decisiones.

La complejidad del análisis debe de todas maneras responder a las mismas dificultades y complejidades que orientan el análisis situacional en otros espacios, toda vez que hemos definido a las instituciones como espacios microsociales.

Nos referimos a las dos grandes complejidades del análisis situacional que enunciamos así:

1. **El sujeto que analiza está incluido en el objeto analizado.** Este principio recuerda la necesidad de reconocer el carácter subjetivo de todo análisis social, y las formas como podemos trabajar con esta complejidad (relevamiento del código operacional de cada actor considerando sus dimensiones de posición, recursos de poder, ideología, experiencia e intencionalidad, análisis o reconstrucción intersubjetivo, análisis objetivo, o de variables válidas para todos los actores).

2. **El fenómeno oculta su esencia (en ocasiones intencionalmente) (22).**

Esta segunda complejidad nos indica que existen problemáticas cuyos elementos explicativos no se manifiestan, y no pueden ser detectados a menos que se desarrolle una metodología adecuada para develarlos. Este fenómeno, que es la base de la necesidad de toda investigación se complejiza adicionalmente en los espacios sociales cuando el ocultamiento puede ser intencional como parte de las estrategias de poder que uno o más actores sociales desarrollan (en la dinámica transparencia-opacidad). Nuevamente, para ello es necesario desarrollar herramientas que enriquecen el análisis situacional; sin embargo es necesario considerar que en algunas ocasiones lo esencial se revela como consecuencia de la investigación, pero en otras, como consecuencia de la intervención. Esto hace que esa intervención también pueda ser considerada una herramienta de producción de conocimiento. El análisis histórico es particularmente útil para revertir esta complejidad porque contribuye a responder interrogantes como estas: ¿Cómo es que la realidad llega hasta aquí? ¿en base a qué correlaciones de fuerza? ¿en base a qué coyunturas favorables o desfavorables?

En el análisis de situación es importante identificar el sujeto que analiza, el que, como hemos visto, aún siendo un agente externo queda rápidamente incluido en la situación, generalmente ubicado cerca de la unidad organizacional que lo contrató; de esta forma, (siguiendo a Schlemenson), **agente externo y sistema cliente forman una unidad analítica cuya decodificación es imprescindible para la acción.**

La psicología social acerca una mirada particular al aportar su desarrollo, sobre la dinámica de los grupos. Esta mirada siendo necesaria no es suficiente, ya que las instituciones complejas son más que un conjunto de grupos conectados (Schwarstein) al existir relaciones jerárquicas y competencia entre ellos.

El aprendizaje en grupo, a su vez, es una dimensión básica de la EPS: se trabaja con las dificultades y resistencias de los grupos que se enfrentan a situaciones de aprendizaje, lo que no es sencillo; pero al mismo tiempo debe considerarse el impacto que puede tener la traslación de representaciones de un grupo que decide cambios y busca nuevas formas de organización del trabajo. En otras palabras, la EPS, que trabaja con grupos laborales, puede generar una quiebra en forma de una vinculación paralizante que, mas tarde o más temprano generará crisis, instalando una dinámica de grupo en aprendizaje.

El **conflicto** ocupa un lugar central en nuestro análisis; forma parte de la "historia natural" de los grupos e instituciones, pero es una dimensión habitualmente mal comprendida y peor utilizada en el cambio institucional. El conflicto emerge del desacuerdo en relación con el sentido en que se mueve (o no se mueve) el grupo; incluso puede emerger por una razón más banal o más estructural, pero habitualmente expresa el descontento de una o más personas en relación con las características no escritas del proyecto de cambio grupal o institucional; este puede ser percibido como beneficiando a una parte del grupo, en perjuicio de otra. No existe tal cosa como "la resistencia al cambio", como no sea que en la realidad o en el imaginario de un grupo se percibe el cambio (o no cambio) propuesto, como una verdadera amenaza para la posición institucional que una persona o un conjunto de personas detenta. **Desde que el conflicto puede mantenerse en forma larvada y el equilibrio de un grupo o servicio puede ser muy inestable, la EPS puede "producir" una intensa reacción negativa**, incluyendo la posibilidad de transformar un conflicto larvado en uno manifiesto.

Si mantenemos la consistencia de nuestra propuesta y aún considerando el costo emocional que esta situación supone, podemos considerar que al emerger el conflicto estamos mejor que antes, ya que resulta más fácil lidiar con un conflicto manifiesto que con un larvado.

Algunos autores entienden incluso que en una realidad heterogénea y compleja, el conflicto puede ofrecer una pista relevante (un verdadero punto de apoyo), para soportar una propuesta de cambio institucional.

Puede llamar la atención del lector el hecho de que en este capítulo se vincule una intervención educativa con conflicto. Pero vale la pena recordar que, a pesar del carácter de valor simbólico que adquiere el conocimiento, el detentar (o no) ese saber, puede transformarse en recurso de poder que, por grande o pequeño que sea, pueda alcanzar para desequilibrar una situación.

Un concepto sumamente interesante para ser trabajado en instituciones es el de **equipo**. Existen algunas diferencias entre grupo y equipo, aunque una amplia posibilidad de circulación de nociones, esquemas y tecnologías entre ellos.

- * **Grupo** se refiere más a un conjunto de personas que explicitan un objetivo común, que parte de una cierta simetría en términos de poder, funcionalidad y jerarquía de cada miembro dentro de él. Los grupos pueden ser de diferente tipo, pero los más pertinentes al tema que tratamos, por su articulación con el trabajo, son los grupos centrados en la tarea; grupos que comparten un objetivo común, y que a pesar de organizarse alrededor de diferentes tareas, reconocen una tarea común, capaz de estabilizar a los diferentes grupos, que es **el aprendizaje**. (P. Riviere).

- * La idea de **equipo** refiere más a la especialización de tareas, más frecuente en los ámbitos institucionales, en los que cada uno aporta al conjunto desde su especificidad. Las imágenes de equipos deportivos u orquestas, son con frecuencia analogías utilizadas para explicar este concepto, y para motivar equipos de trabajo valorando los aportes individuales a un resultado de conjunto.

Investigación de problemas

La investigación de problemas es un momento que alcanza una dimensión diferente **cuando el acercamiento a los problemas organizacionales se hace desde la perspectiva de la detección de necesidades educacionales**. No se trata de transformar todos los problemas en problemas educacionales, sino de indagar los vacíos de conocimiento o las estructuras actitudinales que forman parte de la estructura explicativa de esos mismos problemas.

La investigación educacional aplicada al análisis del trabajo es una herramienta que permite iluminar desde una posición teórico-metodológica precisa las necesidades educativas que pueden ser más eficaces para la transformación del proceso de trabajo, del modelo prestador, y de la misma situación de salud.

Los problemas emergen desde el mismo análisis del proceso de trabajo, sistemáticamente reinterrogado a través de los emergentes (conflictos, inadecuaciones) y de una actitud proactiva tendiente a buscar nuevas formas de trabajo más eficaces, más gratificantes y más participativas. La investigación de problemas de planificación no alcanza una profundidad mayor que la necesaria para sustentar una intervención eficaz.

La necesidad básica para la intervención está centrada en la red explicativa de los problemas siempre que alcancemos aquella dimensión que permita pasar del conocimiento a la comprensión; ya Heráclito señalaba que "conocer mucho no ayuda por eso a comprender", orientándonos hacia la búsqueda de un entramado de articulaciones lógicas y de teorías como medio para la comprensión antes que a una interminable exploración de causas que muchas veces no alcanzan a iluminar el objeto en estudio.

Los problemas a identificar, delimitar, describir y explicar, pueden ser de diferente naturaleza: vacíos de conocimiento, técnicas inadecuadas, agresivas o costosas, vacíos de información y/o comunicación, quejas (en referencia a las quejas, la define como una insatisfacción de un sujeto con una respuesta estereotipada), resistencia a errores sistematizados, vacíos de comprensión, sobretecnificación, deshumanización del trato o de la atención, rechazo o barreras de accesibilidad especialmente la de naturaleza cultural, conflicto de modelos prestadores, conflicto de profesiones o categorías profesionales por controlar un determinado proceso de trabajo, procedimiento o tecnología, conflicto de formas de contratación y/o de formas de remuneración, desactualización de grupos profesionales y/o de normas de atención y/o la ausencia de estos.

Para calificar a un problema como directa o indirectamente educativo, basta que una dimensión de educación permanente emerja en su formulación, en su descripción o en algunas de sus explicaciones.

También aquí se adopta la taxonomía de problemas que hemos adoptado en planificación al identificar problemas intermedios (mayoritarios en la EPS), pero también algunos terminales (rechazo, barreras culturales, bloqueos a la participación popular en salud, etc.). Un lógico énfasis detectaremos en problemas actuales, aunque también podemos identificar algunos problemas potenciales, que nos permitan anticiparnos a su ocurrencia al respecto Benis y Namus (23), identifican en las instituciones dos diferentes tipos de aprendizaje; un aprendizaje de mantenimiento tendiente a sostener o mejorar el desempeño sobre sus actuales bases y un aprendizaje innovador tendiente a generar nuevos productos y nuevos procesos productivos.

Respecto a los indicadores a descriptores de problemas, resulta necesario mejorar nuestra capacidad de identificación de los mismos, a fin de facilitar los necesarios procesos de evaluación (Véase el Capítulo VII, de Roschke y Collado en esta misma obra).

En referencia a la cartografía de planos y espacios que utilizamos en nuestra matriz de descripción y explicación de problemas, algunos grupos encuentran complejo su uso; nuestra idea es que la complejidad la aporta el problema y que dado que la gradación de planos -espacios desde lo funcional-singular hasta la geno-estructural general puede comprenderse como planos-espacio de diferente densidad en términos de relaciones de poder, sirven para identificar grados de vulnerabilidad de las explicaciones que según el plano espacio a que se ubiquen, o en otras palabras los grados de facilidad -dificultad para removerlas.

Identificación de la visión

El momento de identificación de la visión en un proceso de cambio institucional que privilegia la EPS como proyecto y como estrategia, requiere explicitar la situación objetivo de carácter simultáneamente deseable y posible que sea capaz de orientar los esfuerzos colectivos.

Esta concepción supone que no sólo es posible imaginar un trabajo técnico de definición de una situación objetivo sino que también es necesario explorar los deseos implícitos y explícitos de quienes conforman la institución que de alguna forma deben ser "atrapados" por la visión.

La posibilidad de articular valores como equidad, eficiencia social y de desarrollar un "pensamiento de adentro para afuera" permite orientar los cambios institucionales y es la demandada por los enfoques socio antropológicos, políticos y administrativos gerenciales.

En esta perspectiva la opinión externa como la de los usuarios, de los pacientes, de la comunidad, de las instituciones que entran en red de referencia y contra referencia adquieren un altísimo valor político y la institución no debe escatimar esfuerzos en obtener esa información. Entendemos aquí como opinión no solo la que se emite sobre el funcionamiento actual de los servicios sino las expectativas sobre qué estándares de calidad, que tipo de servicios resultarían satisfactorios.

Se percibe entonces que la visión está ubicada en el espacio del desarrollo institucional; instituciones que percibimos esencialmente como servicios de salud, pero que por extensión podrían ser también universidades, colegios profesionales, sindicatos, por ejemplo.

La cantidad y diversidad de variantes (variables que el actor que planifica con controla) internas y externas que enfrente este proceso de planificación reclama la incorporación de herramientas de previsión como las técnicas de escenarios.

Cambios de autoridades y/o de políticas, cambios significativos en el financiamiento originado en rentas generales, o en otras fuentes. Cambios en el panorama epidemiológico, huelgas externas o internas, cierre transitorio o definitivo de otros servicios en las mismas áreas geográficas, infecciones hospitalarias, obsolescencia o innovación tecnológica, representan un puñado de ejemplos de variantes que pueden ser enfrentadas y cuya capacidad de respuesta debe necesariamente integrar el proceso de planificación.

Si recuperamos la gráfica 1, podemos identificar espacios de intervención y los valores que pueden iluminar la construcción de una visión que los integre.

GRAFICA 4

ESPACIO		VALORES ORGANIZADORES
RESULTADO TERMINAL	SITUACION DE SALUD	EQUIDAD EXPRESADO COMO EQUIDAD EN LOS RIESGOS Y EQUIDAD EN LA ACCESIBILIDAD, PARTICIPACION SOCIAL EN TERMINOS DE AUTOGESTION, COGESTION.
PRODUCTO	PRODUCCION DE SERVICIOS DE SALUD	CALIDAD, COBERTURA Y EFICIENCIA SOCIAL. PENSAMIENTO DE AFUERA HACIA ADENTRO
OBJETO DE TRANSFORMACION	PROCESO DE TRABAJO	PARTICIPACION DE LOS TRABAJADORES, TECNOLOGIAS APROPIADAS, CULTURA ORGANIZACIONAL INNOVADORA Y DEMOCRATICA
INSTRUMENTAL TEORICO-METODOLOGICO DE TRANSFORMACION	EDUCACION PERMANENTE	PROBLEMATIZADORA - EN, POR Y PARA EL TRABAJO - CENTRADO EN EQUIPOS MAS QUE EN PERSONAS.

Completamos el comentario sobre este momento recordando que si hemos explorado en el análisis de situación un plano más profundo de la realidad a transformar expresada como un plano de Actores Sociales y si este plano tiene la capacidad de determinar la variedad de lo posible de nuestro objeto de transformación. Las modificaciones necesarias en la correlación de fuerzas entre los actores sociales relevantes de la situación deben ser incluidas en la visión a efectos de mantener el carácter estratégico del ejercicio.

Diseño de programas y proyectos

Caracterizamos la diferencia entre programas y proyectos en función de criterios no siempre coincidentes con la bibliografía especializada. El criterio que hemos utilizado aquí es el que asigna a los proyectos la función de atacar una o más explicaciones estructurales del problema a enfrentar con la idea de resolverlo o modificarlo en forma definitiva por tanto la lógica de un proyecto es la de intervenir y salir, es la de ser transitorio, la de agotarse por el mismo logro de su objetivo.

Un programa en cambio está destinado a atacar o neutralizar explicaciones funcionales que por su misma naturaleza no se agotan sino que emergen sistemática, periódica o impredeciblemente. En consecuencia, un programa está siempre disponible y forma parte del equipamiento de una institución.

La diferencia señalada es relevante para la educación permanente dado que su carácter de "permanente" evoca más la lógica de programa que la lógica de proyecto.

Sin embargo, creemos que la EPS se adecua tanto a la lógica de programas como a la lógica de proyectos, por ejemplo cuando se busca una intervención que logre impactar sobre la cultura institucional, o brindar soporte a una reforma del modelo prestador operará como proyecto. Cuando se trata de una forma sistemática de adecuación para nuevos trabajadores o el desarrollo de círculos de calidad operará como programa. En ambos casos es posible profundizar en el desarrollo de este momento revisando en este mismo texto el Capítulo V, de Davini y Roschke.

Concluimos este momento teniendo en cuenta la necesidad de evaluar lo que denominamos la potencia direccional, es decir, la contribución que los programas o proyectos de EPS pueden hacer, el logro de la visión.

El momento de construcción de viabilidad

Los programas o proyectos de EPS operan frecuentemente como programas o proyectos sustantivos de un proceso de transformación institucional; en otros casos pueden anteceder su necesidad y en otros ser identificados como un mecanismo privilegiado de mantenimiento de los cambios alcanzados.

En cualquier caso, se verifica que en procesos de mantenimiento o en procesos de transformación la EPS no es una forma de intervención que pueda concebirse aislada de otras intervenciones y desarticularse de la historia y el desarrollo institucional.

En este momento necesitamos identificar la viabilidad, tanto de los programas y proyectos de EPS, como de la misma visión. Durante el mismo, buscamos articular la EPS con otros programas y proyectos de desarrollo institucional y verificar la necesidad de generar operaciones o proyectos de soporte para construir viabilidad.

Por ejemplo, un proyecto de EPS puede prever reuniones periódicas de todo el personal de un Centro de Salud, pero este puede no contar con un espacio físico para ello. Un proceso de fortalecimiento del servicio de laboratorio de un hospital con una lógica de desarrollo de trabajo en equipo que busca una reducción sustancial de los tiempos de espera no logra juntar a los técnicos y profesionales que trabajan en diferentes horarios.

Estos "recursos críticos" de un programa/proyecto de EPS lejos de paralizarnos nos orientan a la búsqueda de estrategias (movimientos tendientes a poner el objetivo al alcance) que le construyan viabilidad. Estas estrategias pueden ser sencillas como operaciones o complejas como proyectos incluso en algunos casos más compleja que el proyecto que buscan movilizar.

En la viabilidad de una visión de desarrollo institucional podemos imaginar entonces una red de programas/proyectos y operaciones sustantivas y de soporte dentro del cual la OPS se incluye no solo como programas/proyectos sustantivos o de soporte sino también como una concepción teórica metodológica que puede contribuir a la formulación de los otros programas y proyectos.

En el nivel más complejo de las estrategias referente a la lógica de oponentes y aliados, es necesario reforzar la idea que la EPS puede tener un carácter controversial por el carácter de "violencia simbólica" que Bordieu le asigna a la educación en general porque fuerza cambios en las representaciones internas de los sujetos involucrados, pero además en los espacios institucionales genera transferencias de saber-poder dentro de las estructuras formales e informales de las organizaciones.

En consecuencia, las estrategias deben prever tanto momentos de cooperación y motivación como momentos de confrontación y conflicto que acompañan todo proceso educativo que no se quede en la superficie de las cosas.

Programa direccional

En el programa direccional o momento táctico operativo ponemos en juego nuestra capacidad de llevar adelante programas/proyectos de EPS articulado con otros programas/proyectos en una red o trayectoria estratégica predefinida. La gestión de la EPS no solo requiere una adecuada formulación estratégica sino la capacidad táctica de ejecutarla. Sirve de poco incluir técnicas educacionales o grupales innovativos si no contamos con la gente que domine esas técnicas, técnicas que en manos no experimentadas en ocasiones tienen un efecto inverso al que quieren lograr.

Los programas/proyectos de EPS requieren de la precisión y flexibilidad que supone el dominio de las técnicas que se van a utilizar que como puede verse en la bibliografía sobre el tema y en este mismo texto es extensa y al provenir de diferentes orígenes no siempre cohesionada. Al dominio de las técnicas antecede un factor que puede hasta disimular algunas incongruencias metodológicas que es la coherencia ideológica de las técnicas, instrumentos y contenidos de la EPS y de estos con los otros programas o proyectos de desarrollo institucional.

La gestión de estos procesos a tiempo real puede beneficiarse si se conforman equipos de conducción de los mismos donde se combinen representantes o delegados de, por lo menos, las autoridades de la institución, los trabajadores del área o espacio de transformación, expertos en el área o espacio de transformación, expertos en las técnicas educacionales seleccionadas, un responsable de logística e infraestructura (según complejidad del proyecto), y la Cooperación externa, cuando corresponda.

Hemos intentado, en síntesis, mostrar formas de articulación teórico-metodológica con la propuesta de planificación estratégica, con vistas a hacer aportes concretos en la construcción de lo que hemos denominado Gestión Estratégica de la Educación Permanente en Salud (GEEPS).

Esta es una construcción inconclusa, y se coloca en el texto del capítulo apenas estímulo para impulsar los verdaderos desarrollos metodológicos, que están siempre situados, espacial y temporalmente, en instituciones concretas.

La universidad y la educación permanente

En principio pareciera que la Educación Permanente fuera una actividad exclusiva de las instituciones empleadoras. Sin embargo existen diversos argumentos para imaginar que esto no necesariamente tiene que ser así.

Por un lado las grandes estructuras estatales con servicios propios (Ministerios de Salud, Seguridad Social, Fuerzas Armadas), pueden tener una dotación de personal tan amplia y diversificada que el montaje de un sistema de Educación Permanente con una cobertura razonable para lograr impacto puede suponer una tarea tan compleja como el diseño de una universidad (imaginemos en la región ejemplos de instituciones con más de 10.000 agentes desde superespecialistas hasta empleados de maestranza). Aunque una tarea de estas llama de inmediato a la descentralización como ya hemos visto, la tarea se realiza con mejor calidad si se comparte con instituciones que manejan conocimiento y tecnología para asumir tareas de esta dimensión como es el caso de la Universidad. A esto debe agregarse la necesidad de apoyar el desenvolvimiento de la EPS en técnicas de Investigación Educativa que pueden desarrollarse como proyectos multiinstitucionales.

Por otro lado ya existen puentes entre la universidad y los servicios de salud a través de los convenios de integración docente asistencial (IDA) que generalmente genera actividades que son vividas desde los servicios de salud como una carga verificándose frecuentemente graves problemas en lo que denominamos los microcontratos (esto quiere decir que mientras los macrocontratos explícitos entre autoridades institucionales funcionan razonablemente bien los microcontratos implícitos a nivel de profesionales de los servicios y docentes puede no funcionar ya sea por diferencias salariales, por no reconocimiento académico de los docentes de servicio, o por recíproca desconfianza entre ambos grupos). Tal vez una cosa distinta podría ocurrir si la universidad se involucrara en procesos de educación permanente en los servicios lo que de paso le permitiría capacitar a sus docentes de servicios.

Otro elemento básico surge al considerar que en realidad la mayoría de las Universidades no tienen experiencia ni formación específica en Educación Permanente lo que es una dificultad en primera instancia porque la Universidad también tiene necesidad de mantener e incrementar la formación de sus propios cuadros, en segundo lugar esa actualización puede ser de naturaleza académica pero resulta mucho más ajustada si los docentes participan en actividades de EP en los servicios (un ejemplo real tal vez algo extremo es el de algunas escuelas de enfermería que nos contaban que enseñan técnicas de esterilización con equipamiento más moderno que el que luego los alumnos encuentran en los servicios -lo mismo podría suceder a la inversa-). Desde esta perspectiva involucrarse en procesos de Educación permanente puede resultar de gran provecho para las Universidades como ya ha ocurrido con las residencias médico profesionales en varios países de la región.

Es conocido que así como a la mayoría de las Universidades no se les ocurre que sea necesario consultar a los servicios de salud para realizar reformas educativas y curriculares, a los servicios de salud no se les ocurre que podría hacer la Universidad en algo tan "interno" como la Educación Permanente de su propio personal.

Sin embargo podemos pensar en una propuesta más global que plantee la posibilidad de realizar simultáneamente convenios que involucren Educación Permanente en Salud e Integración Docente Asistencial (EPS-IDA).

Creemos que estratégicamente los convenios se establecen solo cuando las dos partes perciben que se benefician en forma razonablemente simétrica y se estabilizan si esto efectivamente ocurre. Por ello un convenio EPS-IDA por el componente IDA puede sentirse como beneficio para la Universidad (aunque sea para ambos) y por el componente EPS puede sentirse como beneficio para los servicios (aunque también sea para ambos).

Conclusiones (provisorias y nuevas interrogantes)

La Educación Permanente en los servicios de salud ha sido ampliamente conceptualizada como una intervención de naturaleza técnico-política, por su capacidad de hacer circular saber y poder, como tal se la ha analizado en referencia a las características de los ámbitos de trabajo.

En este Capítulo intentamos levantar algunos puntos, pero también abrir nuevos interrogantes para la Educación Permanente en los servicios de salud. Seleccionamos aquellos que nos parecen particularmente relevantes, y cuya dilucidación puede ampliar la capacidad de impacto de esta propuesta:

1. ¿Hasta qué punto el proceso de EPS queda predeterminado por las formas contractuales? (Es decir, por **quién** es el que contrata, **para qué** contrata, **a quién** contrata y para trabajar con **quiénes**).
2. ¿Cuáles son las posibilidades de reconvertir las demandas cuando se detecta que en opinión de los contratados las necesidades institucionales difieren de las explicitadas por los contratantes?.
3. ¿Existen procesos de Educación Permanente sin agente externo? ¿cómo se desencadenan? ¿cómo se estabilizan?
4. Hemos afirmado antes que los procesos exitosos de Educación Permanente suelen generarse cuando existe una propuesta de cambio institucional en la que la EPS se inserta como estrategia. ¿Es posible pensar que la EPS pueda ser en sí misma una política de cambio institucional?

5. Hemos planteado la necesidad de priorizar investigaciones, contenidos, y metodologías en función de su orientación hacia la reformulación del proceso de trabajo tanto a nivel de tecnologías centrales como de gestión (microadministración). ¿Hasta qué punto se puede reorientar en este sentido las intervenciones, cuando por exigencia de las instituciones de cooperación técnica y/o financiera se invierte la lógica de estos procesos?; o sea, ¿es el proceso de trabajo el que debe adaptarse a la capacitación promovida y financiada?
6. ¿Cuáles son los criterios para establecer los recortes mas adecuados que operarán como unidades de aplicación de los procesos de Educación Permanente dentro de las instituciones? ¿por servicio? ¿por categoría profesional? ¿por proceso ó procedimiento técnico? ¿alguna combinación de estos?
7. ¿Cómo desarrollar actividades de naturaleza interdisciplinaria? y más aún, ¿cómo hacerlo cuando los participantes de un mismo proceso de trabajo se reclutan combinando profesionales, técnicos, auxiliares y personal empírico? ¿hasta dónde se puede y conviene un proceso conjunto? ¿debería combinarse con actividades específicas por grupo profesional?
8. ¿Hasta dónde se puede avanzar en los servicios de salud en la generación de Grupos Autodirigidos?
9. ¿Hasta dónde se puede avanzar en las instituciones de salud en mecanismos de autogestión y cogestión? ¿Se puede pensar en hospitales que se gobiernen como Universidades con sistemas de cogobierno? ¿Deberían incluir los centros de salud conectados?
10. ¿Hasta dónde se puede avanzar en el control social de los servicios de salud? ¿quiénes podrían? ¿bajo qué formas organizacionales?
11. ¿Se puede pensar en incluir a los usuarios en los procesos de Educación Permanente en Salud?

Educación Médica y Salud, en la última entrega de su volumen 27, en 1993, incluyó el relato de experiencias de nueve países que realizan, de diferentes maneras, aproximaciones a estos y otros interrogantes generando una significativa acumulación de material con un claro desarrollo teórico y un fuerte referencial empírico.

Para concluir, mencionemos a Studs Tefkel, citado por Paulo Mota (24), quien comienza su obra diciendo: "Este libro, siendo sobre el trabajo, es por su naturaleza sobre la violencia tanto al espíritu como al cuerpo. Es tanto sobre úlceras como sobre accidentes, sobre luchas ruidosas como silenciosas, quebraduras de brazos, sobre colapsos nerviosos y pequeñas reacciones nerviosas. Es sobre todo (o abajo de todo) sobre las humillaciones cotidianas".

Este breve y duro retrato que sirve para desidealizar mucho de los referenciales de la literatura en el campo laboral no es, lamentablemente, ajeno a las condiciones de trabajo de muchos servicios de salud en nuestra región. Nos muestra que un cambio organizacional es imprescindible y urgente no sólo para mejorar la eficacia de los servicios y en consecuencia la salud de nuestra población. Además es necesario para mejorar "la salud y la valoración del mismo personal de Salud". Objetivo congruente y consistente que debe acompañar todo proyecto creíble tendiente a mejorar la salud y calidad de vida.

La Educación Permanente en Salud, articulada con otros cambios significativos de la estructura organizacional puede dar cuenta de ello.

Resumen

El presente Capítulo explora la interacción entre las dimensiones políticas y las dimensiones técnicas de la Educación Permanente. Revisa brevemente las características del pensamiento administrativo y del pensamiento generado por las ciencias sociales aplicadas a las instituciones detectando que no todos los enfoques son propicios para una propuesta educacional que tiende a hacer consciente y protagonista al trabajador de salud de su proceso de trabajo.

Se conjetura que un enfoque estratégico podría contribuir a diseños educacionales que maximicen los grados de libertad que pueden existir en las organizaciones de salud dentro de los determinantes fijados generalmente por los estilos administrativos dominantes (reglas de juego) e identifique cuando la intervención no tiene otra posibilidad que cuestionar esas mismas reglas de juego.

Se detectan también algunas estrategias que pueden estabilizar un cambio significativo en los procesos de trabajo tales como identificar los momentos por los que está atravesando la institución o sus grupos, la revisión de los convenios entre universidad y servicios de salud para potenciar los procesos educacionales, etc.

Se concluye abriendo algunos interrogantes y líneas de investigación para aumentar la eficacia de las intervenciones.

Notas y referencias bibliográficas

1. Aguayo, R. : *El método Deming*. Vergara Etidores, Buenos Aires, 1993.
2. Organización Panamericana de la Salud, Programa de Desarrollo de Recursos Humanos. *Informe final del grupo de consulta subregional sobre investigación Educativa en Salud*, Cochabamba, Bolivia, 1989. Washington, DC: OPS.
3. Testa, M.: *Pensamiento estratégico y lógica de programación*. Publicación de la Representación OPS/OMS en Argentina, 1990.
4. Foucault, M.: *La verdad y las formas jurídicas*. 2a. edición, Ed. Gedisa, Barcelona, 1981.
5. Foucault M.: *La verdad y las formas jurídicas*. 2a. ed., Edit. Gedisa, Barcelona: 1991.
6. Freire P. *Hacia una pedagogía de la pregunta: conversaciones con Antonio Faundez*. Edic.La Aurora, Buenos Aires, 1986.
7. Bourdieu P. *Cosas dichas*. Edit. Gedisa, Buenos Aires, 1988. Freire, P. *Pedagogía, diálogo y conflicto*. Edic. Cinco, Buenos Aires, 1987.
8. Serra, R. y Hermida, J. *Administración y estrategia: un enfoque competitivo y emprendedor*. Edit. Macchi, Buenos Aires, 1991.
9. Drucker, P.: *Administración y futuro: de los 90 en adelante*. Edit. Suramericana, Buenos Aires, 1993.
10. Hicks R. Bone D. *Grupos de trabajo autodirigidos*. Grupe editorial Iberoamérica, México, D.F. 1992.
11. Senge P. *La quinta disciplina; el arte y la práctica de la organización abierta al aprendizaje*. Edit. Juan Granica, Buenos Aires, 1992.
12. Quiroga A. *Enfoques y perspectivas en psicología social*. Edic. Cinco, Buenos Aires, 1987.
13. Schlemenson, A. *Análisis organizacional y empresa unipersonal*. Edit. Paidós, Buenos Aires, 1988

14. Rovere, M.: *Planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Serie Desarrollo de Recursos Humanos No. 96, Organización Panamericana de la Salud, Washington, D.C., 1993.
15. Brito, P., Novick, M., Mercer, H.: El personal de salud y el trabajo: una mirada desde las instituciones. *Educ. Médica y Salud*, 27 N° 1, Washington, D.C., 1991.
16. Flippo, E., Musinger, G.: Dirección de Empresas. Edit. El Ateneo, Buenos Aires, 1982.
17. Fajardo Ortiz, G.: *Teoría y práctica de la administración de la atención médica y de hospitales*. La Prensa Médica Mexicana, México, D.F., 1980.
18. Donabedian, A.: *La calidad de la atención médica*. La Prensa Médica Mexicana, México, D.F., 1980.
19. Rico R.: *Calidad estratégica total*. Ed. Maechi, Buenos Aires, 1993.
20. Matus, C.: *Conferencia en la reunión internacional de Orcamento Pública*. Belo Horizonte, Brasil, 1987.
21. *Taller de planificación estratégica de recursos humanos en salud*. Escola de Saude, Belo Horizonte. Febrero 1993.
22. Kosik, K.: *Dialéctica de lo concreto*. Edit. Orijalbo, México, 1967, 29.
23. Benis W. y Nanus B.: *Líderes, las cuatro claves del liderazgo eficaz*. Ed. Norma, Bogotá, 1985.
24. Citado en Motta, P.: *Gestão contemporânea: A ciencia e a arte de ser dirigente*. Traducción del autor. Editora Record, Río de Janeiro, 1991.