

**Exploración De Las Expectativas De Capacidades
Del Personal No Médico En Un Hospital Público
Marplatense De Alta Complejidad**

**HOSPITAL INTERZONAL GENERAL DE AGUDOS
"OSCAR ALLENDE"**

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL SUR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“Exploración De Las Expectativas De Capacitación Del Personal
No Médico De Un Hospital Público Marplatense De Alta
Complejidad”**

**INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACION: REQUISITO
CURRICULAR CONFORME O.C.S. 143/89**

DATOS PERSONALES:

Berra, Maria Cruz	Mat. 3997/96	DNI 26056187
Ferro Ariella, Verónica	Mat. 3724/96	DNI 23706765
Marconi, Cecilia	Mat. 3815/96	DNI 26107691

DIRECTOR: Lic. Liliana Delgado

Prof. Adj. Coordinadora de Residencias de
pregrado de Psicología Clínica; J.T.P. de la cátedra de Psicología
Clínica de la Universidad Nacional de Mar del Plata

CO-DIRECTOR: Dr. Jorge J. Dietsch

Jefe del Servicio de Docencia e Investigación
H.I.G.A. “Dr. Oscar Alende” de Mar del Plata

CATEDRA DE RADICACION: Psicología Clínica

INSTITUCIÓN SEDE: Hospital Interzonal General de Agudos
“Oscar Alende”

Nº CLASIFICACION	ADQUISICION
Tp9	Donación Alende Oscar Alende Alende
	INVENTARIADO
	R-373




20004

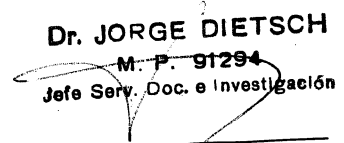
Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas María Cruz Berra, Verónica Ferro Ariella y Cecilia Marconi, de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse, sin el previo consentimiento escrito de los autores.



El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Berra, María Cruz, mat. 3997/96; Ferro Ariella, Verónica, mat. 3724/96; Marconi, Cecilia, mat. 3815/96; conforme los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los ... días del mes de ... del año 2004.


Lic. LILIANA DELGADO
COORD. RES. PS. CLINICA
PAC. PSIC. U.N.M.D.R

Supervisor


Dr. JORGE DIETSCH
M. P. 91294
Jefe Serv. Doc. e Investigación


Co-Supervisor

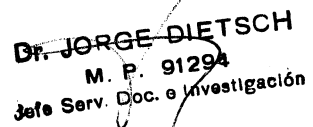


Informe de Evaluación del Supervisor y Co-Supervisor

El informe final del trabajo de Investigación: "Exploración de las expectativas de capacitación del personal no médico de un Hospital Público marplatense de Alta Complejidad", cumple en metodología y contenido con los objetivos generales y específicos planteados en el anteproyecto que le diera origen.

El trabajo se encuentra encuadrado en el convenio interinstitucional vigente entre el Hospital Interzonal General de Agudos "Dr. Oscar Alende" y la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata, a través en este caso de la Cátedra de Psicología Clínica. La Investigación constituye un aporte fundamental para con el Hospital, dado que será de suma utilidad en la capacitación y actualización del personal, y en su capítulo histórica, recreará su memoria y potenciará la identificación de las personas con la institución en la que, desde sus cargos y sus funciones, lo habitan.


Lic. MARIANA DELGADO
COORD. RES. PS. CLINICA
FAC. PSIC. U.N.M.D.P.


Dr. JORGE DIETSCH
M. P. 91294
Jefe Serv. Doc. e Investigación

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas:

Berra, María Cruz Mat. 3997/96

Ferro Ariella, Verónica Mat. 3724/96

Marconi, Cecilia Mat. 3815/96

Comisión Asesora:

Fecha de aprobación:

UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

PLAN DE TRABAJO

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: REQUISITO CURRICULAR
PLAN DE ESTUDIOS O.C.S. 586/85 – O.C.S. 143/89

NOMBRES Y APELLIDOS:

- **Berra, María Cruz** **Mat. 3997/96**
- **Ferro Ariella, Verónica** **Mat. 3724/96**
- **Marconi, Cecilia L. E.** **Mat. 3815/96**

CÁTEDRA O SEMINARIO DE RADICACIÓN: *Ámbito Psicología Clínica.*

SUPERVISOR: Lic. Liliana Delgado (Prof. Adj. Coordinadora de Residencias de pregrado de Psicología Clínica; J.T.P. de la cátedra de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Mar del Plata).

CO-SUPERVISOR: Dr. Jorge J. Dietsch (Jefe del Servicio de Docencia e Investigación H.I.G.A. “Dr. Oscar Alende” de Mar del Plata).

CONSIGNAR SI EL PROYECTO FORMA PARTE DE UNO MAYOR EN DESARROLLO:

SI..... NO....X...

TÍTULO DEL PROYECTO: *“Exploración de las expectativas de capacitación del personal no médico de un hospital público marplatense de alta complejidad”.*



PALABRAS CLAVE: Expectativas de capacitación – Representación de capacitación.

DESCRIPCIÓN RESUMIDA:

Nuestra investigación consiste en: a) relevamiento bibliográfico; y b) un trabajo de campo a realizarse en el H.I.G.A. “Dr. Oscar Alende” de Mar del Plata. Ambas instancias apuntan a explorar las expectativas y la representación de la capacitación del personal no médico de dicho establecimiento.

Se seleccionó para tal exploración un diseño combinado de técnicas cuanti y cualitativas de investigación, para la posterior implementación de un programa de capacitación dirigido al personal no médico. El trabajo responde a la demanda realizada por el Servicio de Docencia e Investigación del nombrado hospital.

Nuestra orientación teórica tiene sus raíces en el Modelo del Comportamiento Organizacional y en el Modelo Psicodinámico, permitiéndonos un entendimiento, comprensión y análisis exhaustivo de las categorías de análisis seleccionadas para la investigación.

OBJETIVO GENERAL:

Explorar las expectativas de capacitación del personal no médico de un hospital público de alta complejidad.

OBJETIVOS PARTICULARES:

1. Indagar la representación de capacitación que ha construido el personal no médico de esta organización.
2. Identificar las necesidades formales de capacitación en el sector Enfermería, indagando la brecha existente entre los comportamientos esperados y los reales.

UTILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN:

Que la información obtenida a través de esta investigación pueda ser utilizada por el Servicio de Docencia e Investigación del H.I.G.A. para la posible implementación de un programa de capacitación dirigido al personal no médico.

MÉTODOS Y TÉCNICAS:

Las fuentes a utilizar serán de orden primario cuando se trabaje con observaciones de campo y cuestionarios; y de orden secundario cuando se utilice material bibliográfico relevante.

El procedimiento a seguir consistirá en el relevamiento bibliográfico sobre el tema objeto de investigación (concepto de expectativas y representación de capacitación), y en la administración de cuestionarios al personal no médico del H.I.G.A.

El análisis de los datos será de tipo cuanti y cualitativo.

LUGAR DONDE SE REALIZARÁ EL TRABAJO:

Hospital Interzonal General de Agudos (H.I.G.A. "Dr. Oscar Alende") de la Ciudad de Mar del Plata.

DESCRIPCIÓN DE ACTIVIDADES:

1. Relevamiento y lectura de material bibliográfico.
2. Observación de campo.
3. Entrevistas a informantes clave para la confección de la historia del hospital.
4. Confección de los instrumentos.
5. Administración de cuestionarios y procesamiento de datos.
6. Análisis y redacción de conclusiones de los cuestionarios.
7. Elaboración del informe final.
8. Socialización de los resultados a la comunidad hospitalaria.

BIBLIOGRAFÍA BÁSICA DE REFERENCIA:

- BANCHS, María Auxiliadora: "Concepto de '*Representaciones Sociales*': análisis comparativo".
- CAIRO, H.- BOTINDARI, M.: "El proceso educativo en las Organizaciones".
- ECHEBARRÍA, A.: "Representación Social y actitudes".
- FILIPPI, Graciela: "El aporte de la Psicología del Trabajo a los procesos de Mejora Organizacional".
- KATZ, I.: "Al gran pueblo Argentino, salud".

- MARTÍNEZ, M.: “La investigación cualitativa etnográfica en educación”.
- REDONDO, Ana Isabel: “Comportamiento Organizacional”.
- RODRÍGUEZ MANSILLA, D.: “Diagnóstico Organizacional”.
- ROVERE, M.: “Planificación estratégica de Recursos Humanos en salud”.
- SCHEIN, E.: “Psicología de la Organización”.
- SCHLEMENSON, A.: “La perspectiva ética en el análisis organizacional”.
- SOLAAS, H.: Capacitación. Interpretación de necesidades”.
- Material de distribución interna del Hospital Interzonal General de Agudos.
- Diario La Capital, 1961-2000.
- Diario El Atlántico, 1961-2000.

Lic. LILIANA DELGADO
PSICÓLOGA
M.P. 45084

Supervisor

Dr. JORGE DIETSCH
M. P. 01294
Jefe Serv. Doc. e Investigación

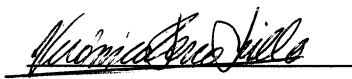
Co-supervisor

Comité de Investigación

11/12/00 Lc. Selpe



María Cruz Berra



Verónica Ferro Ariella



Cecilia Marconi

INDICE

Agradecimientos.....	1
Introducción.....	3
Objetivos de la Investigación.....	8
Contexto Personal.....	9
Contextualización de la Organización.....	15
▪ Reseña Histórica del Hospital	
Contexto Conceptual.....	66
▪ Los Modelos Teóricos. Criterios Generales	
▪ Categorías de Análisis: su Operacionalización	
▪ La Escena Trágica	
Aspectos Metodológicos.....	87
▪ La Investigación Cualitativa-Etnográfica	
▪ Criterios Generales	
▪ Elección de la Muestra	
▪ Procedimientos e Instrumento a Utilizar	
▪ Muestra	
▪ Composición del Sector: Servicio de Enfermería	
▪ Instrumento	
▪ Confección y Administración del Instrumento	
Análisis de los Datos Relevados.....	112
▪ Características de la Muestra	
▪ Categorías de Análisis: análisis e interpretación de ítems	
▪ Necesidades Formales	
▪ Representación de Capacitación	
▪ Expectativas de Capacitación	
Conclusiones.....	193
Bibliografía.....	220
Anexo.....	223

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la Lic. Liliana Delgado, Directora de esta investigación, quien creyó y confió en nosotras para compartir esta tarea en cuyo transcurrir nos abrió muchos caminos que nos permitieron enriquecer como estudiantes y personas. Por su incondicional contención intelectual y afectiva y por proponernos nuevos desafíos.

Al Dr. Jorge Dietsch, Co-Director de esta investigación, quien orientó, guió y facilitó nuestro tránsito por esta organización Hospitalaria. Por ser sensible a las necesidades del personal del hospital, por haberlas puesto en palabras y por generar la demanda de esta investigación sin desmentir nuestro método Clínico.

Nuestro inconmensurable reconocimiento y agradecimiento a todo el Personal del Servicio de Enfermería del Hospital General Interzonal de Agudos "Oscar Alende", pilares fundamentales de la Salud. Por su incondicional colaboración para el logro de esta investigación y por habernos recibido en sus espacios laborales durante sus escasos momentos de descanso y plena actividad. Esperamos, en función de la utilidad de este trabajo, poder devolverles solo algo de todo lo brindado.

A cada una de las personas, protagonistas, portadoras y portavoces de la historia de esta organización, quienes nos hicieron depositarias de la Historia no escrita de este Hospital Público.

Agradecemos también a los Licenciados: Edgardo Filón; Eduardo Zamorano y Roberto Sánchez; al Dr. Rubén Ledesma y a toda la Cátedra de Estrategias Cualitativas y Cuantitativas para la Investigación en Psicología, por orientarnos en los aspectos metodológicos y habernos ofrecido el herramental tecnológico y estadístico para el análisis de los datos.

En lo personal, a cada una de las personas que nos han sostenido y nos sostienen y están al “borde” del camino alentándonos desde el comienzo y en este trayecto final de la carrera.

Y en general, al Hospital Interzonal General de Agudos “Oscar Alende” y a la Universidad Nacional de Mar del Plata, organizaciones “PÚBLICAS” constituidas por personas que creemos en ellas y defendemos esos espacios como propios y lugares para muchos.

INTRODUCCIÓN

“...Mao Tse-tung sostenía que recuperar desde hoy el sentido válido del ayer era una manera de dignificar la tradición. Eso mismo ocurre cuando alguien, al analizar críticamente un comportamiento, aun el propio, logran resignificarlo...”

Fernando Ulloa

La problemática que abordamos en esta investigación se origina a partir de la inquietud planteada por el jefe del Servicio de Docencia e Investigación del H.I.G.A., Dr. Jorge Dietsch, a la Lic. Liliana Delgado, respecto de las expectativas de capacitación del personal no médico de los distintos servicios que componen dicha organización, teniendo la misma como objetivo elaborar futuros programas de capacitación.

La demanda de esta investigación se convierte en el primer paso para dar solución a ciertas dificultades que obstaculizan el desempeño eficaz y eficiente del personal y por lo tanto, el logro del objetivo del Hospital en tanto organización de Salud.

Múltiples son las razones que nos hacen converger en esta investigación; la naturaleza de las mismas es diversa.

En primer lugar nos motivó la idea de realizar un trabajo que fuera de utilidad para las necesidades de las personas que trabajan en un hospital público, imaginando a priori las condiciones contextuales de trabajo, a partir del conocimiento del abandono que sufren las organizaciones públicas de nuestro país.

Conjuntamente con ello, la posibilidad de construir un aprendizaje desde el escenario de la práctica accediendo directamente al campo.

Uno de los primeros pasos de cualquier investigación consiste en conocer el contexto en el cual se llevará a cabo, motivo por el cual comenzamos indagando la historia de la organización. Fue entonces cuando nos encontramos con algo que realmente había sido abandonado, ya que sólo contaba con una historia escrita en pocas hojas, a máquina y finalizaba con anotaciones muy simples, donde sólo se consignaban fechas y nombres y cuya lectura se dificultaba.

El desconocimiento de la historia del hospital por parte de los nuevos actores de esa realidad se constituyó en una de las principales razones que nos motivó a llevar a cabo esta investigación ya que, como estudiantes de Psicología, consideramos a la historia, tanto personal como organizacional, estructural y estructurante del devenir que sólo puede comprenderse y explicarse a partir de su reconstrucción.

Nos identificamos también con la inquietud planteada por el Dr. Dietsch debido a que el mismo texto y contexto del Hospital abarca y recorre las instituciones contemporáneas en sus diferentes aspectos, comprometiéndonos por ello en la exploración y abordaje de este campo de estudio donde confluyen distintas circunstancias políticas, económicas y sociales que lo determinan.

Por la complejidad a la que nos enfrentaba esta investigación y por la amplitud de la muestra debimos dividir el grupo de investigación para poder



así abocarnos a la especificidad de cada uno de los servicios. Se constituyeron para tal fin dos grupos de tres personas cada uno. Uno de estos grupos indagaría las expectativas de capacitación en los sectores: Administrativos, Técnicos y Secretarios; mientras que el otro grupo se abocaría al sector de Enfermería.

Hasta el momento en el que debimos dividir la tarea, el trabajo había sido compartido: los primeros abordajes al campo; la reconstrucción de la Historia de esta organización; la definición del marco teórico y la confección del instrumento.

Para llevar a cabo la administración del instrumento cada grupo debió interiorizarse en las actividades que desempeñaba el personal que constituía su muestra y así adaptarse a sus horarios, turnos y ritmos. Esto hizo que trabajáramos en esta organización durante varias semanas abarcando las diferentes franjas horarias, lo que nos permitió vivenciarla en sus primeras horas de actividad donde la velocidad, el bullicio, los olores, son intensos; por la tarde, cuando sus pasillos comienzan a deshabitarse dando así inicio a un tiempo diferente que pareciera construye un nuevo espacio en el que son otras las variables puestas en juego: desaparece el inmenso tumulto de gente agolpada en las ventanillas, las colas, corridas, el tránsito acelerado de los guardapolvos de distintos colores y el bullicio. Por la noche el silencio vuelve evidente los quejidos de los pacientes y los llantos alcanzan a escucharse a distancia. En estos cambiantes contextos administramos el instrumento al personal de enfermería.

Como estudiantes avanzadas de Psicología nos fue imposible quedarnos tan sólo con una lectura superficial de la información que íbamos recogiendo. Nuestra razón de ser en esta organización estuvo y aún está vinculada a la demanda: "explorar las expectativas de capacitación del personal no médico" y así lo hicimos, aportando nuestra mirada, nuestra modalidad de operar en un campo poniendo en práctica una observación, escucha y pregunta que nos permitió ir mas allá de lo manifiesto, dotando de significado aquello que se deslizaba en los dichos del personal y en lo no dicho.

Este modo de *estar* nos permitió, a su tiempo, realizar la "lectura" de la demanda. Pensar en el hoy de este Hospital era imposible sin buscar la causa de su actual sufrimiento. Escribir su historia nos permitió "neurotizarlo" y así incrementar su analizabilidad, siendo la historia el punto de partida de posteriores conceptualizaciones.

Haber realizado largas conclusiones que solo hablaran de las expectativas de capacitación del personal de enfermería hubiese sido, parafraseando a Fernando Ulloa, morir en la demanda, en realidad, hubiese muerto la demanda y nuestro quehacer como analistas.

Esta investigación comenzó a mediados del año 2000 y poco tiempo después comenzamos la ardua tarea de escribir su historia, que podrá ser re-escrita, re-formulada, modificada, completada, continuada, a partir de lo escrito, de lo que pudieron poner en palabras sus protagonistas.

Los tiempos necesitados para la escritura han sido éstos, casi cuatro

años. Confiamos que fue necesario para pensarnos en este Hospital, primer paso ineludible para luego sí pensar entonces a esta organización de salud como tal, constituida en parte por el servicio de enfermería, objetivo de la misma.

Los invitamos a compartir nuestra experiencia:

OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivo General

- Explorar las expectativas de capacitación del *personal no médico** del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende".

Objetivos Particulares

- Indagar la representación de capacitación que se ha construido el *personal no médico** en el contexto que ofrece el Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende".
- Identificar necesidades formales en los sectores^{de} de: Enfermería; Técnicos; Administrativos y Secretaría, indagando la brecha existente entre los comportamientos esperados y los reales.

^{de} Para ésta investigación el sector a analizar se corresponde, exclusivamente, con el de Enfermería.

CONTEXTO PERSONAL

La problemática que abordamos en esta investigación surge a partir de la demanda realizada por el Servicio de Docencia e Investigación del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Álide" de indagar y conocer las expectativas de capacitación del personal no médico que la conforma.

Nosotras, un grupo de alumnas del 5º año de la carrera de Psicología y la Coordinadora del Área de Psicología Clínica quien nos convoca, luego de haber transitado varios recorridos y adoptado diferentes perspectivas, pudimos arribar a un objetivo general: la *"exploración de las expectativas de capacitación del personal no médico de un Hospital público marplatense de Alta Complejidad"*. Este objeto de estudio fue conformándose a través de un proceso de recolección de datos, lecturas, discusiones, adecuación a la demanda realizada por la misma organización sanitaria y confrontaciones con la realidad que se nos ofrecía a cada momento en relación tanto con las posibilidades que nos brindaba como con las problemáticas que dificultó nuestra acción.

Esta tarea de investigación que nos propusimos nos permitiría evidenciar a través de un trabajo exploratorio, aquello que el personal no médico de esta organización hospitalaria percibía como necesidad, lo que quería o demandaba dicha organización, lo posible o lo que se podría llegar a concretar de forma factible y algunas de las razones del por qué de la presencia de las expectativas vinculadas a la capacitación, es decir, la

posibilidad de relacionarlas con el macro-contexto y su permanente interacción dialéctica.

En el desarrollo del apartado en el que abordamos el Contexto Conceptual exponemos las razones teóricas que justifican el estudio propuesto. Para este Contexto, el Personal, vale enunciar otras razones, aquellas que, como alumnas del último año de la carrera Licenciatura en Psicología, nos motivaron a formar parte de este grupo de investigación y a llevar a cabo este proyecto. Entre estas razones podemos mencionar:

- Realizar el proyecto de investigación, requisito contemplado en la currícula de la carrera y necesario para el logro del Grado;
- El hecho de realizar una labor que enriqueciera el saber teórico-técnico-actitudinal que hemos ido adquiriendo y construyendo a lo largo de estos cinco años de estudio;
- La posibilidad de situarnos en el campo de trabajo, tratando de explorar, captar, comprender y analizar, desde una actitud clínica, la singularidad del ser humano en este lugar, que le otorga la posibilidad del sentimiento de pertenencia a una organización de salud.

Pero especialmente, nos motivó la posibilidad de poder, desde nuestra especificidad, ofrecerle a esta organización pública nuestra experiencia y los hallazgos logrados a partir de ella, junto a su posible utilización.

Sabemos de la importancia de una adecuada administración del recurso humano, en una organización donde el objetivo central es la atención de la

salud, porque para lograrlo es necesario contemplar la propia salud del personal que allí se desempeña; y es evaluando y tomando en cuenta sus propias necesidades y percepciones que aquello puede alcanzarse.

El conocimiento de las expectativas de capacitación del personal de enfermería le permitirá a esta organización llevar a cabo una planificación de programas de capacitación acordes a las necesidades reales de dicho personal. A partir de esto formulamos el objetivo de esta investigación y seleccionamos las categorías de análisis para el logro del mismo.

A lo largo de nuestra formación de grado construimos conocimientos de los diferentes desarrollos teóricos de nuestra disciplina, los cuales nos ofrecen no sólo una manera particular de interpretar y resignificar la realidad sino también las herramientas para accionar sobre ella, permitiéndonos la construcción de un pensamiento y actitud críticos; considerando que toda realidad es compleja y, como tal, inabarcable desde una única mirada y desde un único marco teórico para entenderla, comprenderla y explicarla, empleamos algunos de esos desarrollos teóricos para acceder a esta realidad objeto de esta investigación.

Consideramos entonces, abordar la realidad de este Hospital Público y la demanda que se nos efectuara, desde dos modelos teóricos: Comportamental y Psicodinámico, entendiendo que los modelos teóricos no se excluyen entre sí, sino que se complementan y conjugan brindándonos una mirada sumamente enriquecedora de la problemática que nos propusimos indagar.

Estos modelos nos permitirán investigar por un lado, el influjo que los individuos, grupos y estructura ejercen sobre la conducta dentro de esta organización hospitalaria, a fin de aplicar estos conocimientos y mejorar la eficacia de ellas; y por otro lado, desde lo específico de la acción analítica, podremos complejizar la existencia, problematizando y promoviendo las fuerzas disipativas de la experiencia psíquica y sus contracaras, repeticiones y atascamientos, que colisionan necesariamente con los criterios de eficiencia institucional. Sabíamos por ello que escuchar a los distintos miembros de los servicios de este hospital implicaría escuchar la totalidad en la que cada cual se inscribe y está inserto. Y si estamos atentas, podremos seguir las marcas de esta organización en lo subjetivo, sus efectos y pesos característicos.

Estos modelos se complementarán con aquellos otros conocimientos adquiridos durante nuestra formación, tales como los aportados por la Psicología Social, Psicología de los Grupos, Psicología Institucional y Comunitaria, Psicología Clínica, entre otros.

Actualmente las organizaciones se encuentran sometidas al cambio constante, derivado de sus procesos de adaptación a las modificaciones del entorno y sabemos que toda organización tiene un potencial no liberado. El desafío radica en encontrar caminos para identificar y optimizar ese potencial, y alcanzar ese desafío, frente a la urgencia de adaptarse. Para ello comenzamos con la comprensión de cada aspecto singular que la organización enfrenta en cada sector. Serán las competencias adquiridas de

sus miembros y su capacidad para aprender las que le permitan adecuarse tanto a las transformaciones profesionales como sociales e individuales. A su vez, esto le permitirá a estos agentes de salud desarrollarse en su ámbito social y profesional enfrentándose a los retos que los cambios del entorno productivo le presenten.

La innovación es la capacidad de que puede disponer ese sistema organizacional, para reaccionar a este cambio inevitable, para dirigirlo, para ser capaz de orientar sus propios procesos adaptativos en un sentido deseado.

El Hospital, en tanto organización, no se encuentra exento de esta coyuntura. Por ende, consideramos esencial que el Hospital como institución de Salud pueda responder a esta necesidad de adaptación. La herramienta, el medio, para el logro de este objetivo es la Capacitación, la cual no debe suponer en ningún caso un mero adiestramiento puntual para que los individuos adquieran distintas competencias que se van demandando. Más bien debe configurarse como un concepto global necesario para el individuo a lo largo de toda su vida y que le dotará de un desarrollo integral en la adquisición de competencias y capacidades para su cualificación profesional. Es decir, la capacitación como instrumento tanto para el adecuado cumplimiento de la meta organizacional como para el crecimiento y desarrollo de cada trabajador.

Esta tarea de investigación que nos proponemos, como lo mencionamos anteriormente, busca evidenciar a través de un trabajo exploratorio, todo

aquello que el personal de enfermería percibe como necesidad, lo que quiere o demanda la organización hospitalaria, lo posible, aquello que pudiera llegarse a concretar de forma factible y algunas de las razones del por qué de las características que presentan las expectativas de capacitación en este personal, es decir, la posibilidad de vincularlas con el contexto que ha dado lugar a su formación, con el macro-contexto y su permanente interacción dialéctica.

Es a partir de esta necesidad que pensamos los siguientes interrogantes:

- ¿Cuáles son las Expectativas de Capacitación del personal no médico?
- ¿Cuál es la Representación de Capacitación que estos sujetos se han construido dentro del contexto que esta organización hospitalaria les ofrece?
- ¿Cuáles son las Necesidades Formales resultantes de la brecha entre los comportamientos esperados y los comportamientos reales?

Interrogantes que buscamos responder en este trabajo de investigación y esperamos den respuesta a la demanda efectuada.

CONTEXTUALIZACIÓN DE LA ORGANIZACIÓN

Es necesario ubicar al Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende" en un contexto mayor, que es la ciudad en donde se encuentra emplazado.

La ciudad de Mar del Plata, es cabecera del partido de General Pueyrredón. El partido tiene una superficie de 1.453,44 kilómetros cuadrados, de los cuales el ejido de la ciudad, ocupa 79,48 kilómetros cuadrados. Mar del Plata tiene una población de 564.056 habitantes (según censo realizado en el año 2001).

Mar del Plata es una ciudad moderna, fundada en 1874 por Patricio Peralta Ramos. Con la llegada del ferrocarril, en 1886 el pueblo se fue transformando en un centro urbano moderno. Este mundo urbano en formación atrajo una corriente de población que fue gestando una sociedad permanente que habitaba durante todo el año.

El 19 de julio de 1907, el pueblo de Mar del Plata fue declarado ciudad. En 1923 se inaugura el puerto de la ciudad y en 1938 se inaugura la Ruta Nacional 2; estos hechos favorecieron el desarrollo de la industria turística y la integración de nuestra ciudad al espacio económico nacional.

Es sede de la Universidad Nacional (1961) que atrae a estudiantes de diversas provincias de nuestro país.

Mar del Plata cuenta con una amplia plaza hospitalaria distribuida en diversos centros de salud y de atención municipales, provinciales y privados.

Entre éstos se destacan el Hospital Privado de Comunidad, Clínica 25 de Mayo, Clínica Colón, Clínica Pueyrredón, Clínica del Niño y la Familia, Sanatorio Belgrano, y a nivel público, los Centros de Salud y Salas barriales municipales y los Hospitales Interzonal General de Agudos y Materno Infantil.

RESEÑA HISTORICA DEL HOSPITAL

*"Noticias de lejanas victorias
me distrajeron momentáneamente
de mi búsqueda de la inmortalidad".*

J.L. Borges: "El inmortal"

Uno de los campos más productivos es el de la revisión de los mitos fundantes y la historia. Toda asociación humana los tiene, los re-vive y los necesita. Representan la articulación imaginaria sobre la que descansan las instituciones sociales. La posibilidad de oír y hacer emerger las identificaciones colectivas y sus incidencias es una confirmada forma de afinar las estrategias operativas y las tácticas a poner en práctica en el campo.

Los grupos son conglomerados de transferencias cruzadas a diferentes niveles. El ponerlas en palabras, el poder hacer presente la dimensión simbólica común puede derivar en el aumento del sentimiento de pertenencia o en la implementación de estrategias propensas a este objetivo común. Escuchar a la organización hospitalaria y a sus integrantes posibilita

promover un efecto de sentido, vivificar y reticular lo que se coagula a consecuencia de la cotidianeidad y de la rutina. Escuchar al hospital para crear puntos de tensión, de conflicto, de problematización que extrañen la fijeza de las identificaciones colectivas y relancen los cuestionamientos sobre el quehacer asistencial puede ser un derivado directo del analista inscrito en el hospital. Escuchar al hospital, su historia y su presente, para encontrar la causa de su actual sufrimiento nos servirá como punto de partida para posteriores conceptualizaciones.

Porque estas personas, como muchas otras que han transitado parte de su vida en este hospital y que aún permanecen en él, constituyen los pilares básicos que preservan y mantienen a cada instante la vida de esta organización. A través de ellas accedimos entonces al encuentro de lo que sucedió en este hospital.

Por este motivo nos salimos del camino previamente planteado, solo momentáneamente, para entender un poco más esta organización a través de su historia...

Los Primeros Pasos

A las 16 hs. del 25 de abril del año 1948 fue colocada la piedra fundamental de lo que sería en pocos años una monumental obra destinada a la atención hospitalaria.

En los primeros meses de ese mismo año el secretario de Salud Pública de la Nación, cargo desempeñado entonces por el Dr. Ramón Carrillo durante la presidencia de Perón, efectuaba frecuentes recorridas por Mar del Plata para ubicar un lugar adecuado para la instalación de aquella edificación de características monumentales destinada a desarrollarse como centro hospitalario. Según narra la vieja historia del Hospital fueron varios los ofrecimientos tanto de particulares como de las autoridades comunales. Uno de estos ofrecimientos fue un solar que en principio había sido pensado para un Hogar de Menores. Finalmente se decidió aceptar una donación en las afueras del radio urbano, lugar conocido entonces como los campos de Errecaborde.

Esta donación se concretó el 3 de febrero de 1948.

El día 22 de abril de 1948 el diario "La Capital" publica un telegrama recibido en la Municipalidad: *"En el día de ayer el Comisionado Municipal recibió del director Interino de la Dirección de Hospitales de la Secretaría de Salud Pública, Dr. Eduardo Ruiz Villasusso, una comunicación telegráfica en la cual se le informa con carácter oficial que se procederá a colocar la piedra fundamental del Hospital Regional, la cual tendrá lugar el próximo domingo, hora a determinar, en lugar del sábado como antes se anunciara"*.

En este informe también se detallaban ciertas características que presentaría el Hospital: tendría una capacidad para 500 camas, consultorios de todas las especialidades, salas de rayos y diatermia, salas de maternidad y lactantes, salas de operaciones dotadas del más moderno instrumental,

laboratorios, farmacia, dependencia de dirección, administración y personal médico de atención general y servicios, así como depósitos para medicamentos y víveres, constituyéndose así en un verdadero modelo de su género. Una vez finalizado el edificio quedaría eventualmente solucionado el problema sanitario de la ciudad, satisfaciendo las deficiencias derivadas del aumento de la población y del progreso integral que Mar del Plata ha experimentado en los últimos años.

El sábado 24 de abril el mismo diario zonal brinda mayor información acerca de algunos detalles de la construcción: el cuerpo principal constaría de varios pisos, donde estarían instalados los consultorios externos, las 400 camas del policlínico, 30 para el departamento de infecciosos y 150 para maternidad y niños. Distribuidos en el parque que rodea al establecimiento se dispondría de varios pabellones y servicios aislados, relacionados entre sí en razón de las necesidades de comunicación entre los mismos. Por ejemplo: pabellón para Laboratorios, anatomía patológica, morgue y otros. Un conjunto de talleres y depósitos, servicio de automotores y garaje para 12 autos. Capilla y casa para 12 religiosas. Portería con sala de espera y oficina de Correos. Casa habitación para el médico Director, con amplias comodidades, al igual que otras para médicos internos con sus familias. Casas para el contador y ecónomo, jefes de taller y depósitos. Casas para 40 empleados. También un hogar escuela para 60 nurses, con sus aulas, salas de estar y biblioteca.

Así, el 25 de abril tuvo lugar la colocación de la piedra fundamental.

En este acto se destacó la importancia de la obra que se iniciaba, era la primera construcción que realizaba la Secretaría de Salud Pública dentro del programa de construcciones especiales que contemplaba el Plan Quinquenal.

Si bien las primeras obras se iniciaron de inmediato, la labor principal dio comienzo a mediados del año 1950.

En septiembre de 1955, al producirse el golpe de estado contra el gobierno del presidente Perón, las obras del edificio, construido en base al modelo de un hospital suizo, estaban muy adelantadas y en condiciones de habilitación a corto plazo. Pero pese a que la población marplatense no dejó de efectuar los correspondientes reclamos a las autoridades para que se pusiera en marcha el nuevo hospital, éste permaneció con sus puertas cerradas hasta el año 1961.

La Visión Necesaria

En 1958, al dirigirse a la Legislatura en su mensaje del 2 de mayo, el gobernador de la Pcia. de Buenos Aires Dr. Oscar Alende, durante la presidencia del Dr. Arturo Frondizi en la que el Ministro de Salud era entonces el Dr. Mammoni, expresa entre otras cosas: *"...Con el objeto de precisar la necesidad de reestructurar los servicios de Salud Pública de Provincia, encontramos confirmadas nuestras experiencias en el informe de técnicos de la O.M.S., que han estudiado nuestra organización sanitaria y*

llegan a conclusiones que afectan nuestra responsabilidad ciudadana y nuestra conciencia profesional. Los hospitales de la provincia y del país se encuentran en un atraso de 40 años, frente a los modernos requerimientos sociales, aún cuando la alta capacidad técnica de los profesionales se muestre eficiente en casi su única esfera de acción que es la medicina curativa. La multiplicidad de organismos faltos de coordinación, el sistema administrativo complicado y deficiente, los sueldos reducidos y por consiguiente la falta de personal adiestrado, la inexistencia de datos bioestadísticos fidedignos y la falta de una orientación social, determina que en esta materia de la salud pública, el Estado haya realizado inversiones cuantiosas con mínimo aprovechamiento...". "No es problema del número de camas pues en ese sentido la situación es satisfactoria, sino de deficiente utilización de los recursos existentes".

En julio de 1960, el Dr. Alende se acercó hasta Mar del Plata con el ministro de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación, Dr. Noblía y con el Dr. Mammoni recibiendo el amplio apoyo de profesionales, autoridades e instituciones de bien público para obtener del gobierno de Nación la transferencia del Hospital Regional de Mar del Plata a la jurisdicción de la provincia. El traspaso se concretó en diciembre y, después de haber agitado activamente los sectores obreros y profesionales, desde 1958, el jueves 20 de Julio de 1961 se formula un anuncio concreto sobre la habilitación de este hospital.

El 22 de diciembre de 1960, la Legislatura provincial firma la Ley N°

6462, de "Reforma Hospitalaria", que consistía en lo siguiente:

- 1) Faculta al Poder Ejecutivo a fijar y percibir retribuciones por la asistencia que prestan los establecimientos hospitalarios dependientes del M.S.S. posibilitando su utilización por la totalidad de la población de la provincia.
- 2) La provincia mantendrá a su exclusivo cargo la asistencia integral de las personas o núcleos familiares que no puedan solventar los gastos originados por sus enfermedades, y que no estén mutualizados, asegurados o amparados por organismos de prevención.
- 3) Se autoriza el manejo de fondos en forma directa en cada uno de los establecimientos adheridos a la ley.
- 4) A título experimental se ensayará esta reforma asistencial hospitalaria en cuatro establecimientos pilotos; uno en la ciudad capital y tres en el interior.
- 5) Se autoriza y ordena la reglamentación de la ley.

Por esta Ley 6462, y su ampliatoria N° 6488, se pone en marcha todo lo atinente a la inauguración y habilitación del Hospital Regional de Mar del Plata, que funcionará como Planta Piloto N° 1; siendo el Hospital de Gonett la Planta Piloto N° 2.

Así se inician todas las acciones necesarias para poner en marcha esta nueva obra. Para la organización del nuevo Hospital el Estado bonaerense nombra una comisión denominada Comisión Asesora y de Control del Plan Sanitario, la que es presidida por el Dr. Luis A. de la Torre, quien actuó a la



vez como Director Organizador. El Dr. de la Torre cuenta que, al llegar a Mar del Plata, se encontró con una Medicina que no le satisfacía, porque él tenía la visión de una "Medicina Comunitaria" y lo que aquí encontró fue una medicina en la que reinaba un individualismo exagerado y también un sensacional esfuerzo individual. *"La realidad - agregaba - es que hemos sido formados en Patología pero no en Salud y menos aún en 'Medicina Comunitaria' en donde se privilegia la prevención"*.

Medicina Asistencial vs. Medicina Comunitaria

En el año 1958 Teodoro Bronzini del partido Socialista, gana las elecciones municipales de la ciudad de Mar del Plata y ofrece al Dr. de la Torre la Secretaría de Bienestar Social, denominada entonces Subsecretaría de Salud Pública.

Cuando en 1960 comenzó la organización de la Planta Piloto N° 1, el Dr. de la Torre fue designado Director Organizador, aplicando los conocimientos adquiridos gracias a la beca de la O.M.S.

El Dr. de la Torre consideraba que había dos tipos de enfoques médicos: la medicina del paciente, que es la del médico asistencial; y la medicina Comunitaria que es lo que ve el sanitarista. La gran diferencia es que el primero ve el caso aislado y el segundo ve el conjunto. Es decir que el médico sanitarista enfoca el problema desde otro punto de vista ya que abarca todos los problemas socio-económicos, culturales y ambientales, que

inciden sobre el individuo. Obviamente, antes de aparecer la especialidad sanitarista, ya había médicos con la visión necesaria para contemplar las dos vertientes de la Medicina. Y con el sanitarismo se crea el gran desfase entre uno y otro tipo de medicina. Desfase que, felizmente, ha ido dejando de serlo con el paso del tiempo al irse aproximando más y más las dos posiciones, hasta el punto de que hoy se le da a la Medicina Comunitaria el lugar que le corresponde.

Al referirse a la Planta Piloto N° 1, de la Torre considera que en todo lo que se refiere a la parte asistencial y en todo lo que se refiere a la existencia de un establecimiento de salud, la historia de la medicina de Mar del Plata se divide en "Antes y Después del Hospital Regional".

Nación, Provincia y Municipio, Unidos en Breve Matrimonio, Dan a Luz un Hermoso Bebé

El miércoles 19 de julio de 1961 el Dr. Oscar Alende, el ministro de Salud Pública de la Provincia, Dr. Osvaldo Mammoni y el intendente municipal, Dr. Teodoro Bronzini, dieron una conferencia en las dependencias del Hospital Regional, donde fueron explicados diversos aspectos de la estructura adoptada para el funcionamiento del moderno nosocomio. El diario La Capital del mismo día publicaba un artículo en el que decía: *"Hay buena voluntad por parte del gobierno bonaerense con respecto a la solución de algunos de nuestros más importantes problemas de cultura, sanitarios o*

edilicios. Lo confirma una vez más la visita especial del primer mandatario doctor Alende, quien ha expresado que su viaje al balneario ha sido exclusivamente para tomar contacto con una serie de asuntos pendientes, entre los que se cuentan la inauguración del Hospital Regional, la Universidad Provincial, tribunales, el edificio para la Escuela Normal, el Instituto de Biología y otras obras de ineludible apoyo social”.

También reproduce el diario las palabras del Dr. Alende: *“La reforma hospitalaria debía organizar estructuras con autarquía económico-financiera; desburocratizar para el aprovechamiento integral de los bienes del Estado; asegurar remuneraciones adecuadas a los profesionales; alto nivel técnico; trabajo activo durante todo el día”.*

Estas ideas fueron difundidas por el Ministerio de Salud Pública de acuerdo con principios de centralización normativa y descentralización ejecutiva.

Así fue como el 1º de septiembre de 1961 el Hospital Regional fue habilitado para su funcionamiento “en blanco”, en vistas a su habilitación a los treinta días, es decir que el 1º de octubre abriría sus puertas al público.

Por problemas surgidos durante la marcha y ante la necesidad de completar una buena cantidad de detalles técnicos se posterga la fecha de habilitación.

El 16 de noviembre de 1961 y de acuerdo a las exigencias de la Ley 6462 queda constituida la Junta Directiva del Hospital Regional, de la que también formaban parte miembros de la comunidad.

Así, la fecha de la apertura al público del Hospital Regional quedó supeditada a las decisiones de la Junta Directiva, la que en su reunión del 19 de diciembre de 1961 trata todo lo referente al acto de inauguración. Este acto tuvo lugar el día 22 de diciembre, con la presencia del gobernador de la Provincia, Dr. Oscar Alende; el Intendente Municipal, señor Teodoro Bronzini; el ministro de Salud Pública de la provincia, Dr. Osvaldo Mammoni; el ministro de Salud Pública de la Nación, Dr. Héctor V. Noblía; representantes del Centro y Colegio Médico, funcionarios nacionales, provinciales y municipales, integrantes de las Fuerzas Vivas, de la producción y del trabajo de Mar del Plata.

Simultáneamente a la apertura, y para financiar la experiencia que se iniciaba, el hospital era autorizado a percibir aranceles, dándole carácter empresario, sin sustraerle lógicamente el sentido social inherente a su propia esencia de organismo al servicio de la comunidad. De acuerdo a lo escrito en la Ley 6462, *"la provincia de Buenos Aires mantendrá a su exclusivo cargo la asistencia integral de aquellas personas o grupos familiares cuyo salario mínimo vital no alcance a cubrir los gastos que demande tal asistencia"*. Así fue como la Comisión Asesora y de Control crea el fondo de Ayuda Médico Asistencial, más conocido como F.A.M.A. que, gobernado por dicha Comisión, debería autofinanciarse con el aporte de sus afiliados. La asistencia en el Hospital, con medicina igualitaria para todos, se hacía en tres niveles:

- pacientes económicamente solventes;

- pacientes de mutuales, servicios sociales y seguros;
- pacientes indigentes protegidos por la Ley F.A.M.A.

Se buscó difundir este programa a través de una intensa campaña periodística, radial, gráfica y televisiva. Pero el Estado no concurrió con el total de los fondos prometidos. F.A.M.A. fracasó en su intento.

En el año 1960 se comenzó a citar al personal, el cual debía estar capacitado; en algunos casos se solicitaron antecedentes, en otros el ingreso fue por concurso con un examen, para cubrir los cargos necesarios: *“Llegué de Buenos Aires recibida de enfermera instrumentadora; vine a buscar trabajo a Mar del Plata como enfermera vacunadora que era lo que decía y pedía el diario de Buenos Aires; y cuando llegué acá vieron la formación que yo tenía, y me dijeron que me necesitaban para otras funciones más importantes. Y así empecé en el año '63 como enfermera de Quirófano, porque en esa época no había instrumentadoras”*. Otra persona relata: *“Yo era maestra y estudiaba para enfermera; me fui a anotar en el año '60 y tuve que hacer ¡gracias a Dios! el examen de ingreso, porque en ese momento uno tenía el orgullo que entraba por sus propios méritos”*.

El Dr. Luis Corach, director organizador del Hospital, presentó su renuncia a mediados del año 1962, quedando en funciones el Dr. Jorge Luis Sancholuz, y en ausencia de él lo hacía el Dr. Cordero o el secretario técnico, Dr. Leopoldo Castro.

Los puntos básicos en que se cimentó la llamada Reforma Hospitalaria

contemplaba: trabajo en equipo; prestación médica jerarquizada; asistencia integral hospitalaria durante la mayor parte del día (de 8 a 17 hs.); disminución del promedio del tiempo de internación; atención igualitaria a todos los pacientes sin distinción económica; autofinanciación del Hospital; servicio social médico activo; servicio de asistentes sociales activo; acción de fomento, protección y recuperación de la salud; proyección recíproca entre el hospital y la comunidad; participación de la comunidad en la dirección del hospital; centro de enseñanza e investigación; documentación hospitalaria centralizada; elección por el paciente del médico tratante.

Este sistema de atención totalmente nuevo y revolucionario dentro del país fue precursor de la modalidad moderna de atención médica.

Hospital Funcionando

Al introducirnos en la intimidad de lo que en ese entonces era la Planta Piloto N° 1, los informes de la época describen el proceso desde que el paciente llegaba al hospital: a partir de la explanada se deriva a los consultorios externos, la sala de guardia o la internación. La sala de guardia está instalada en dos recintos construidos como quirófanos. Para centralizar los medios, cuando un paciente que ha llegado allí necesita una intervención se le suministran los primeros auxilios y se le prepara para la operación, siendo inmediatamente conducidos a un quirófano del centro del edificio. De allí pasará a las salas de recuperación, hasta que esté en condiciones de

ingresar en la sala de internación.

El cuerpo de médicos residentes que trabajaban todo el día hasta las 17 hs. estaba integrado por jóvenes facultativos, seleccionados por concurso, de Rosario, Buenos Aires y La Plata. Cada tres días cumplían una guardia de 24 hs. Con ellos, el equipo médico del Hospital Regional se elevaba a 80 profesionales de distintas especialidades.

Durante estas guardias, al ingresar un paciente por la noche, los médicos residentes le realizaban todos los estudios pertinentes, de modo que al llegar los médicos de planta a las 8 hs. pudiera discutirse el caso; así se actuaba con mayor rapidez.

El primer grupo de médicos internos y residentes con formación profesional preparados dentro de la estructura y el sistema del Hospital Moderno, recibieron sus certificados de graduados el 14 de agosto de 1964.

Los pacientes internados y los métodos utilizados por los médicos eran analizados en conferencias diarias y clases semanales. Al final se establecía una especie de mesa redonda, dando al proceso de la atención el sentido de una gran concentración de conocimientos en la búsqueda de la salud del enfermo.

En este sistema cada médico tenía a su cargo un sector de cuatro camas. Este plantel de profesionales había sido contratado por la Provincia de Buenos Aires al momento de inauguración de la Planta Piloto N° 1, es decir, que no habían concursado sus cargos. Dicho contrato era cada año renovado o no en función del rendimiento de cada profesional.

Testimonio de los Primeros Tiempos: "Un Hospital de Película"

La organización del Hospital de Reforma se había estructurado en base a un modelo de organización hospitalaria norteamericano.

"Era un hospital de película... Cuando yo llegué acá, el personal, según la función que desempeñaba, tenía un uniforme que lo distinguía del resto. Por ejemplo, el de las enfermeras consistía en: vestidos, medias y zapatos blancos, turbantes blancos y delantal.

Los pacientes no estaban mezclados: los de terapia estaban en terapia... cada uno tenía su espacio. Todavía estaba la maternidad, así que las salas no eran como las salas de un hospital común.

A la noche caminábamos por los pasillos y parecía que caminábamos por adentro de un barco. Se apagaban las luces grandes y a los costados quedaban las pequeñas, como si fueran ojos de buey, como en los barcos. Luces suaves, con mesitas en los pasillos, macetas con plantas. Cada sala tenía sus camas con su color de sábana diferente a la de los otros pisos: rosa, celeste, amarillo. Es decir, mucho cuidado al paciente. Por eso yo digo que era el hospital de oro".

Comienzan las Discrepancias

La Junta Directiva constituida en 1961 tenía por objetivo la participación

de todos en el Hospital público, ya que ésta organización había sido construida con los aportes y esfuerzos de toda la comunidad, el Estado y la Provincia. Con el tiempo comenzaron a presentarse opiniones muy encontradas entre los diferentes sectores que componían dicha Junta. El Dr. de la Torre, quien en ese momento lideraba la tecnología organizativa en la formación del nuevo hospital, consideró luego que se había omitido un paso previo a la participación, que implicaba enseñarle a la gente lo que significaba participar; ya que es necesario para ello estar bien informado. También consideró el Dr. de la Torre que se incurrió en una equivocación con los representantes de los partidos políticos, ya que no son exactamente los representantes de la Comunidad.

Otro error fue que se permitiera la representación de la C.G.T. sin aclarar previamente en qué debía consistir su participación. Por consiguiente, los representantes de la C.G.T. fueron a fiscalizar el trabajo de los médicos.

Por tales enfrentamientos los directivos del Hospital solicitaron a los entes colegiados que se hiciera una evaluación de la actividad que se desarrollaba. Ante tal demanda, en febrero de 1964 Abelardo Acosta, quien se desempeñaba entonces como ministro de Salud pública, designa como veedor al Dr. Darwin Manuel Manuel, quien al parecer tenía características de interventor, y no fue, por esas razones, aceptado por el cuerpo médico del establecimiento, negándole colaboración.

Tanto el cuerpo médico como el personal especializado del Hospital Regional insistían en que, para la evaluación completa de la capacidad del

establecimiento, era necesario un médico sanitarista o una comisión de técnicos de la Organización Mundial de la Salud y por ello le niegan autoridad al Dr. Manuel para ese cometido.

A pesar de esta resistencia, el 13 de febrero del mismo año, el Dr. Manuel Manuel, comienza sus tareas de evaluador en el Hospital Regional, luego de haberse arribado a una solución en el conflicto que se había planteado.

Posteriormente el Colegio de Médicos de la Provincia de Buenos Aires y la Federación Médica piden la postergación de la Reglamentación de la Reforma Hospitalaria que solicitaba el Ministro Costa, hasta tanto se proceda a la evaluación de los Hospitales Regionales de Mar del Plata y Gonet. El Ministro aceptó y se nombró una Comisión Evaluadora quienes elevaron su informe a mediados del año 1964.

A raíz de este informe, cuyo contenido no se hizo público, el 3 de Octubre de ese año el Ministro Abelardo Costa da por finalizada la experiencia de la Reforma Hospitalaria. Como consecuencia de esta actitud inconsulta, el Cuerpo Médico decide hacer abandono de los servicios hospitalarios y la Federación Médica por su parte procede a dejar congelados los cargos de los profesionales.

A los pocos días se nombra como interventor en el Hospital al Dr. Wsilorow Magdenko, permaneciendo inactivo el establecimiento hasta el mes de febrero de 1965.

¿Demasiado Temprano para Ciertas Reformas?

Distintas circunstancias políticas y el no haber comprendido que el enfoque médico social de la medicina cambiaba, hicieron que cesara el funcionamiento original (Reforma hospitalaria) de dicho establecimiento, pasando por diversos períodos, algunos muy oscuros. A raíz de esto, es importante plantear el interrogante acerca de la posibilidad de que aquella Comisión Evaluadora, convocada por el ministro Abelardo Costa, estuviera integrada por profesionales y otras personas que no comprendieran ni consideraran medicina al enfoque médico Comunitario Sanitarista, marco en el que desempeñaban su labor los médicos y el personal del Hospital de Reforma.

Otra causa que alegan los informantes clave es la competencia que el Hospital de Reforma implicaba para la medicina privada; sector que se constituyó en una de las fuerzas que contribuyó al derrumbe de la Planta Piloto. El Hospital presentaba condiciones de excelencia que superaba por mucho a las clínicas privadas.

Al dejarse ésta sin efecto, se les propuso a los médicos continuar la carrera hospitalaria dentro de dicho establecimiento, pero en el marco de las nuevas condiciones de trabajo que surgirían. Sin embargo, ninguno de los médicos aceptó tal propuesta. Algunos de ellos aducen dos razones que fundamentan su actitud: primero, por haberse derrumbado un sistema en el que creían; y segundo, porque este plantel de médicos había sido contratado

por la Provincia para este sistema hospitalario, lo que implicaba que anualmente cada profesional era evaluado, a partir de lo cual se renovaba o no dicho contrato en función de su eficiencia en el desempeño de su función.

Al quedarse el hospital sin personal médico, los pacientes fueron trasladados a otras instituciones de salud, quedando sólo el personal no médico, el cual asistía diariamente percibiendo su remuneración salarial.

Durante esta etapa tan oscura de la historia del Hospital, algunos de sus testigos cuentan que los empleados permanecieron trabajando con el material hasta que este se terminó: *“nos reunimos todos en el quinto piso a la espera de alguna solución”*.

En el mes de febrero de 1965, asume la dirección el Dr. Armando Salvador Enrique Renato Orlando, y como Subdirector el Dr. José Luis Fernández Losada, y a mediados de ese mismo año presenta su renuncia el Dr. Orlando y continúa en la dirección el Dr. Fernández Losada, secundado por el Dr. Omar Berengeno.

Así comenzaba la llamada “etapa de los médicos sancionados”. Se trataba de médicos provenientes de distintos puntos de la provincia, que habían sido sancionados por el Colegio de Médicos de la provincia de Buenos Aires y que no pertenecían al Centro Médico.

Momentos Oscuros

“....Después de la primitiva etapa del hospital, hubo un tiempo en que se

cerró y vinieron médicos no sé de dónde, recolectados de por acá, era para morirse cada cosa que hacían; eran médicos que se habían estancado, no habían seguido estudiando, y estaban sancionados por la Provincia; cómo fueron a parar allá no se sabe, nosotros la llamábamos la etapa de los médicos sancionados, etapa corta pero terrible, terrorífica, sobre todo después de haber hecho la medicina que se hizo en la época de la Reforma, medicina de primera...”.

En el mes de julio de 1966 se produce el Golpe de Estado encabezado por el General Onganía. Surgen problemas en el hospital y el personal decide copar las instalaciones y no permite la entrada de los directivos.

Frente a la resistencia que los empleados opusieron respecto del ingreso al Hospital de los directivos, Dres. Fernández Lozada y Berengeno, copando las instalaciones, y ante la demora del Ministerio en designar director o interventor, nombran en su lugar una Junta presidida por el Dr. Oscar I. Fernández Godart, otros profesionales y algunos empleados. Finalmente y para traer solución al problema surgido, es nombrado Interventor el Subsecretario de Salud Pública de la Provincia, Dr. Horacio Sapparo, médico militar.

Aproximadamente al mes de su gestión, el Dr. Sapparo deja como Director al Dr. Armando Mazza, quien asume en el mes de agosto de 1966. Durante su administración, el Dr. Mazza asume simultáneamente la dirección del Hospital Mar del Plata, iniciándose una nueva experiencia con la denominada Unidad Hospitalaria Sanitaria Regional Mar del Plata,

formada por el Hospital Mar del Plata y el Hospital Regional. Esto hizo que existiera, por ejemplo, un único Jefe de Servicio de tal Unidad Hospitalaria para cada especialidad, con lo cual, aquél que desempeñaba dicha función debía trasladarse, organizar y evaluar al plantel de médicos de su especialidad de ambos Hospitales.

El 24 de junio de 1969 se puso en marcha la nueva estructura del Servicio de Emergencia y atención domiciliaria de dicha Unidad para la cual se dividió la ciudad en dos grandes sectores:

- El sector A: tuvo su centro operativo en la Emergencia del ex Hospital Mar del Plata.
- El sector B: tuvo su centro operativo en la Emergencia del ex Hospital Regional.

Las zonas suburbanas se comunicaban a través del Comando Radioeléctrico o al destacamento policial más próximo, dependencias que informaban acerca de la gravedad y necesidad de médicos o ambulancias en cada caso.

Este mismo día llegaron a Mar del Plata cuatro ambulancias que, junto a profesionales designados, aumentaron las eficiencias del Hospital.

A mediados del mismo año renuncia el Dr. Mazza quedando en su reemplazo el Dr. Carlos Bucce, hasta que asume la dirección el Dr. Carlos Acosta Aguirre, antes de finalizar ese año.

Durante funciones del Dr. Acosta Aguirre, tuvo lugar la inauguración de la

Guardería infantil del Hospital Regional, que funcionaría en el quinto piso del citado establecimiento asistencial.

A pesar de los problemas económicos y de personal que daba cuenta de la crisis que por entonces ya atravesaba al Hospital, éste seguía construyendo, y con este nuevo paso demostraba su deseo inquebrantable de seguir bregando por el bienestar de la población.

El director en su discurso dedicó esta nueva obra al personal del Hospital en reconocimiento de su firme voluntad de seguir adelante, del inquebrantable espíritu de lucha haciendo del Hospital el centro de sus vidas.

Un Período de Horror y de Silencio

A medida que nos acercábamos a mediados de la década del '70 comenzó a volverse cada vez más imperioso un terrible silencio. Los medios periodísticos y otras fuentes de documentación con las que hasta el momento nos manejamos dejaron de hablar, hablaron poco o no pudieron hacerlo. Fiel reflejo éste de lo que había comenzado a acontecer en el país: uno de los períodos, sino el más sangriento y nefasto de nuestra historia.

Esto nos condujo a indagar acerca de aquellas personas que habían conformado el personal del Hospital en aquella época, específicamente la época de la represión militar, para convertirse así en informantes clave. Así llegamos a entrevistar a parte del personal médico y no médico, algunos de

los cuales mostraban el temor de “hablar”, de romper el silencio. El eslogan de aquella época “El silencio es Salud”, parece generar aun sus efectos, luego de más de dos décadas, en estas personas.

Pero otras, sin embargo, se convirtieron en las voces y gritos de un recuerdo que permanecía ahogado en el silencio pero no por ello olvidado. Aquellas palabras y las emociones ligadas a ellas pudieron decirse y expresarse, resolviendo de esta manera un núcleo conflictivo en la reconstrucción de la identidad de nuestro hospital.

Estas personas, como muchas otras que han transitado parte de su vida en este hospital y que aún permanecen en él, son los pilares fundamentales que sostienen y defienden en cada momento la vida de esta organización. A través de ellos accedimos entonces, al conocimiento de lo que sucedió en el hospital.

Ya desde el año 1975, la fuerzas del Ejército trasladaban al hospital personas a las cuales se las ingresaba y registraba como NN.

Cuando estos individuos uniformados irrumpían en el hospital, lo hacían imponiendo las “Premisas Básicas de Trabajo”: nadie podía acercarse a los pacientes ingresados como NN, a excepción del personal designado por ellos.

Cada vez que necesitaban trasladar a un detenido (ilegal y anticonstitucionalmente) al hospital, se comunicaban al mismo exigiendo que la guardia fuera desalojada; sólo debían permanecer un médico y una enfermera para darle atención a la persona, víctima en general de alguna



herida de bala provocada por los uniformados. Inmediatamente el personal que allí se desempeñaba debía trasladar a todos los pacientes a otras áreas del hospital, sin importar cuál era su estado de gravedad. Lo mismo sucedía con médicos y enfermeros que debían despejar la guardia, de acuerdo con la orden dada.

Cuando estos pacientes debían quedar internados eran constantemente custodiados por militares que permanecían en la sala donde aquel se encontraba.

Los pasos a seguir por el personal consistían en trasladar a todos los pacientes que se encontraban internados en la sala adonde sería trasladado el paciente NN.

Allí, sólo el médico y la enfermera asignados a la atención del mismo, podían acercarse. Pero cuando lo hacían, eran acompañados siempre por la custodia militar que permanecía al lado del paciente escuchando todo lo que los profesionales conversaban con él.

Esta persona debía estar aislada y sin contacto con otros pacientes.

"En algunos casos, como el de un paciente que habían llevado y había sido intervenido quirúrgicamente en el cráneo por una herida de arma de fuego, tuvieron que llevarlo a Terapia Intensiva y allí se metieron las fuerzas militares con los FAL a custodiarlo. En éstos casos una, como supervisora, tenía que hacer dos cosas: contener al personal que quería irse y prepararlo para que contuviera a los pacientes, sobre todo a aquellos que estaban lúcidos. Por ejemplo, a una señora la tuvimos que poner en la otra punta de

la sala y cerramos la cortinita. Pero los militares pasaban y corrían las cortinas con los FAL, para registrar lo que había detrás de ellas”.

Para estas fuerzas no había límites ni áreas restringidas. Ellas disponían de los diferentes sectores del hospital y eran quienes imponían las reglas mientras allí permanecieran.

“Ellos se metían en todos lados. Si operaban a un paciente, aunque tuviera anestesia general, ellos se metían igual, con los FAL y todo al quirófano. No les podía decir: 'acá no', se metían en todos lados”.

“Un día entraron los militares con un herido y lo llevaron a cirugía con armas largas y ropa de fajina; el Dr. José les dijo que si querían estar tenían que ponerse gorro y camisolín; él no les permitió entrar así nomás y le hicieron caso”.

La puerta de entrada al hospital para esas fuerzas era el entonces director del mismo, el Dr. Spirito, médico militar.

Otros médicos fueron también designados directores del HIGA durante este periodo.

El 30 de abril de 1977 finaliza la gestión del Dr. Spirito asumiendo la Dirección el Dr. Verón, el 20 de mayo de 1977. Este había sido designado por el Dr. Francisco Carbajal, Coordinador por entonces de la Zona Sanitaria VII.

En el mes de agosto de 1978 el Dr. Verón presenta su renuncia y es designado director interino el Dr. Ruiz Salado, el 12 de mayo de 1979. El 17 de julio de 1979 este renuncia y asume la dirección del Hospital el Dr.

Haroldo R. Messera.

En agosto de 1979 asume el Dr. Beumont.

El personal médico sufrió persecuciones por parte de los militares, desapareciendo durante este proceso dos médicos del HIGA.

El Dr. Pablo Trejo Vallejos, médico clínico que participaba activamente en política y la Dra. Battelli, bioquímica.

La tensión, persecución y desconfianza que se vivía en cualquier ámbito donde se hallaban más de dos personas, también se vivía en el Hospital.

Gestión del Dr. Verón

El 4 de junio de 1976 asume de nuevo como interventor el Dr. Eduardo J. R. Spirito y finaliza su gestión el 30 de abril de año siguiente. El 20 de mayo de 1977 lo sucede como Director el Dr. Víctor A. Verón, el cual fue puesto en funciones por el coordinador de la Zona Sanitaria VIII, Dr. Francisco Carvajal.

Durante su gestión se dio importancia a los recursos humanos existentes considerándolos como la gran preocupación. Se sabía que la organización hospitalaria no sería posible sin una adecuada respuesta a la demanda de personal capacitado.

Además, procuró modernizar el hospital con nuevas estructuras. De esta manera, el Dr. Verón menciona "*nosotros tenemos la doble preocupación de no permitir que decaiga el nivel de atención, al tiempo que dinamizar*

mecanismos, reequipar el hospital, capacitar a la gente para las nuevas responsabilidades, cambiar la mentalidad, demostrar que es posible y que hay que luchar para que este establecimiento se ponga a la altura de las exigencias de la época". Así, formuló una propuesta al Ministerio de Bienestar Social de la Provincia de Buenos Aires para establecer una nueva estructura de funcionamiento. Hasta ese momento el manejo del hospital era responsabilidad unipersonal del director. *"Nosotros creemos que no es posible que un solo hombre detente semejante responsabilidad y que es preciso que cuente con apoyatura de equipo. Había una jerarquización desordenada como consecuencia del manejo directo..."* menciona el Dr. Verón y agrega *"en el nuevo organigrama, el director es acompañado por dos subdirectores: uno se ocupará del área médica y el otro del área técnica"*. Además se incorporó un secretario técnico que manejaría todo lo referido a ciencia e investigación. Con el objetivo de 'departamentalizar' el hospital, se crearon cuatro departamentos: medicina, cirugía, urgencia y administración; sumándose también 13 servicios, así como las salas y unidades de internación. Es decir, *"de 22 funciones que contemplaba el anterior organigrama, ahora pasamos a 55..."*. Dentro de la reestructuración se creó la jefatura del Departamento de Urgencias integrado permanentemente por un traumatólogo, un cirujano, un médico clínico de agudos, un bioquímico, técnicos de laboratorio, hemoterapia y rayos, y los médicos concurrentes, todo lo cual constituía una innovación en el esquema hospitalario de la provincia. Por otra parte, se aspiraba a tener un hospital de

alta complejidad para brindar servicios que generalmente no son remunerativos (*"de allí la función social del hospital..."*), tales como tratamiento del cáncer, cirugía cardiovascular y trasplantes, para lo cual se capacitaba al personal mediante cursos en Buenos Aires o en el mismo establecimiento.

Dentro de las tareas para modernizar el hospital, se invirtió mucho en el reemplazo de los caños, en la reparación de revoques y pintura; *"...este edificio fue construido hace ya 30 años - dice Verón - y todos los materiales que se usaron fueron de 'posguerra', es decir, de la peor calidad"*. Además, entre los proyectos a corto plazo y frente a las graves deficiencias en las comunicaciones, figuraba la instalación de nuevos equipos de radioemisión, que estarían en permanente enlace con las ambulancias. En febrero del mismo año se aprobó el trámite para que el Hospital fuera conectado a la red de gas natural, conexión directa con la red troncal que llega desde Tandil, por lo que, si la ciudad se quedaba sin gas, no sucediera lo mismo con el establecimiento hospitalario.

Las instalaciones de Estadística también fueron remodeladas. El archivo de historias clínicas fue reunido en un solo ámbito y esto permitió volver a trabajar por el sistema de historia clínica única, tanto para los pacientes del servicio externo como para los internados. Esto disminuía el costo asistencial y aceleraba el proceso de recuperación del enfermo.

La remodelación llegó también a las dependencias de farmacia, donde su equipamiento permitía olvidar los tiempos en que los familiares de enfermos

debían llevar algodón, gasas y todo otro elemento primario para las prácticas.

Fueron equipados dos nuevos quirófanos –azulejados hasta el cielo raso-, como así también el laboratorio. Se habilitó una unidad coronaria con cuatro camas y equipo monitorizado; se reincorporó el servicio de ambulancias; se abrió en el quinto piso un aula para sesenta personas; se renovaron totalmente los uniformes del hospital. Se cambió la pastilla de cobalto que permitía reducir los tratamientos de 40 a 3 minutos con una inversión de U\$S 500.000; se habilitó un incinerador, elemento indispensable para la eliminación de las piezas anatómicas.

El proyecto apuntaba a aprovechar la estructura en su totalidad, compartimentándola en forma tal que allí funcionaran los servicios de Psiquiatría, Rehabilitación y Educación. El primero dispondría de consultorios externos, dependencias para terapia de grupos y habitaciones con capacidad para 106 camas. El Servicio de Rehabilitación comprendería Kinesiología (fisioterapia, gimnasio e hidroterapia), Terapia Ocupacional y Fonoaudiología. Finalmente, el Servicio de Educación daría albergue al Departamento de Docencia e Investigación, con aulas y *“elementos suficientes para desarrollar actividades que el hospital necesita dentro de sus planes de crecimiento”*, como contaba el Dr. Verón a un diario de la ciudad. Se incluía como proyecto también la privatización de los servicios de limpieza y cocina.

Asimismo, para dinamizar el funcionamiento el director sostenía que el

hospital debía ser pensado como una empresa: *“Ejerciendo un control estricto de los gastos y de un empleo racional de la estructura que disponemos, quizá podamos llegar a la eficiencia y calidad de los servicios a que aspiramos”*. Para lograr este objetivo propuso adherirse a un sistema de arancelamiento que apuntaba a establecer un equilibrio para reducir el drenaje presupuestario, sin dejar de cumplir la función social para la gente que no posee cobertura de ninguna especie.

Se Van las Hermanas, Viene el SAMO

Después de varios lustros de colaboración con el Hospital, las religiosas se retirarían del establecimiento por decisión de la jerarquía provincial de la Congregación de las Hermanas de los Pobres de Santa Catalina de Siena en el año '78.

Desde el 16 de octubre de 1979, el Hospital Interzonal, como otros 40 establecimientos en la provincia, queda incorporado a la estructura del Sistema de Atención Médica Organizada (S.A.M.O.), iniciando automáticamente el cobro de aranceles estipulados para las distintas prestaciones profesionales. Este arancelamiento tiene tres categorías:

- 1) obras sociales, mutuales y seguros;
- 2) pacientes sin cobertura pero con capacidad económica; y
- 3) pacientes sin cobertura y sin capacidad económica.

El Dr. Carbajal manifestó que el cambio introducido *“es una expresión de*

planificación en salud que intenta brindar calidad y eficiencia en la atención médica, apunta a mejorar la infraestructura, completar el equipamiento, reestructurar planteles, y ordenar el gasto financiero”, añadiendo que también el personal del establecimiento participará de los beneficios del establecimiento, ya que el 70% de lo recaudado se redistribuirá entre los profesionales y técnicos a modo de bonificación extra para el personal.

En Democracia: Gestión del Dr. Natalio Galicer

En febrero de 1984 asume el Dr. Natalio Galicer, la Dirección del Hospital, con los Dres. Jorge M. Martín y Fernando Vodiany como subdirectores.

En Mayo de 1985, el Dr. Galicer elabora un diagnóstico de la situación en la que se encontraba la Organización hospitalaria, en el cual se incluía su proyecto de gestión.

Al momento de la elaboración de dicho diagnóstico, el Hospital contaba con una dotación total de 305 camas, con un plantel de 186 profesionales rentados y 110 concurrentes. El departamento de enfermería estaba compuesto por 159 enfermeras y auxiliares. Considerando además el personal técnico y administrativo, era un total de 800 personas las que cumplían tareas en el Hospital.

El Dr. Galicer destaca que, si bien el número de profesionales era en general suficiente, no sucedía lo mismo con el Departamento de Enfermería. La falta de enfermeras, refiere, es un problema mundial, pero agravado en

América Latina; los sueldos bajos hicieron que las aspiraciones económicas de enfermeras fuesen postergadas, quitando interés en seguir esta profesión.

Haciendo referencia a la problemática de la escasez de camas, menciona que desde 1966 el Hospital contaba con 300 camas y en aquella época Mar del Plata tenía una población estable de 300 mil habitantes. En 1985 la población se había duplicado, sin contar con el millón de personas flotantes en temporada estival y toda la accidentología local y de todas las rutas que llegan a la ciudad que son absorbidas por este Hospital. Sin embargo, la dotación de camas, en el subsector oficial, no aumentó y más aún en 1976, que se trasladaron del viejo Hospital Mar del Plata (hoy Materno Infantil) los servicios de Cirugía, Clínica Médica, Ortopedia y Ginecología, reduciendo en 160 camas el plantel de dicho subsector. Además, el Instituto Nacional de Epidemiología decidió en 1980 suprimir la internación eliminando así otras 20 camas.

Otro factor mencionado por el Dr. Galicer es la inversión de la pirámide poblacional de Mar del Plata, lo que significa que la ciudad tiene una gran cantidad de población mayor de 40 años. Esto, sumado a lo anterior, llevó a incrementar en forma alarmante las prestaciones del Hospital Interzonal. Las consultas médicas, que en 1979 fueron de 97 mil anuales, pasaron en 1984 a 173 mil. Además, aumentó en forma crítica el porcentaje ocupacional, que pasó del 75% en 1979 al 84% en 1984, siendo crítico en algunos sectores como Clínica Médica, Cirugía Cardiovascular, Psiquiatría y Neurología, que subieron por encima del 90%. Esto hacía imposible contar con una dotación

de un 25% de camas libres, preparadas para la emergencia, requisito necesario para un hospital de agudos.

Por otra parte, el Hospital logró consolidar su propio plan de catástrofe, el cual se repasaba periódicamente (operativo 110), dando clases al personal acerca de la forma de poder actuar en la emergencia.

Como lo describe Galicer, alimentación y limpieza, siempre fueron, en un hospital de tal magnitud, uno de los rubros más conflictivos. Problemática que fue resuelta con la tercerización de estos servicios, de acuerdo a concesiones por licitación pública.

Desde 1983, se estaban realizando las obras para la construcción del Jardín Maternal, en el gran parque que rodea al Hospital. La continuación de las mismas era posibilitada por la colaboración del club de Leones del Puerto, Cooperadora de los Hospitales, Sindicato de empleados y obreros del Ministerio de Salud, Asociación de Profesionales, y Guardavidas. Se esperaba finalizar las obras para fines del año 1985 con el objetivo de destinar el lugar ocupado por la Guardería (un ala del quinto piso -espacio insuficiente, incomodo y no apropiado para 40 niños que concurrían diariamente-) a tareas específicas del hospital.

Durante la gestión del Dr. Galicer todos los cargos, aún los de médicos concurrentes, se cubrieron por concurso de antecedentes de acuerdo a los parámetros de la Ley 7878.

Cambios Políticos, Directores Nuevos

El Dr. Rómulo Tamini recuerda y cuenta que *“luego del triunfo del Frente Renovador en las elecciones del mes de octubre de 1987 para gobernador de la provincia de Buenos Aires, el 10 de diciembre asume como gobernador Antonio Cafiero y como ministro de salud, el Dr. Floreal Ferrara. A partir de ese momento se realizan una serie de reuniones con el fin de designar a las autoridades de la Zona Sanitaria VIII y de la Dirección de los hospitales. Para ello, son convocados mayoritariamente: miembros de la Asociación de Profesionales de muy activa participación en la política sanitaria del momento como el Dr. Guillermo Rossi, la Dra. Susana Gómez y yo que en ese entonces era el presidente de la Asociación. Desde el partido peronista participarían los Dres. Marcos Bravo, Eulogio Mendiando, Guillermo Gallardo, Claudio Distilo y Luis Sorraraín. Sumado a ellos, por su trayectoria hospitalaria y docente, al Dr. Jesús Vazquéz. Luego de una serie de entrevistas en la ciudad de La Plata con el Dr. Ferrara, ricas en anécdotas y enseñanzas tanto de “política” como de “principios sanitarios” el 15 de enero de 1988 viaja a Mar del Plata el querido y viejo ministro para poner en funciones a:*

- *En Zona Sanitaria VIII, a los Dres. Gallardo y Sorraraín.-*
- *En el HIGA: Director Ejecutivo: Marcos Bravo y como Directores Asociados: Distilo y Tamini.-*

- *En el HIEMI: Director Ejecutivo: E. Bottinelli y como Directores Asociados: Dra. Patricia Ditaranto y Dr. J.C. Sánchez.-*

En el mes de febrero se agrega en el HIGA como Director Asociado el Dr. Horacio Martínez, médico anestesista, con importante participación como sanitarista en la provincia de Río Negro”.

Ante la renuncia del Dr. Botinelli como director del HIEMI, pasa a ocupar dicho lugar el Dr. Claudio Distilo. En el mes de setiembre ingresa como Directora Asociada del HIGA, la Dra. Susana Gómez. En ese momento, el organigrama del hospital estaba conformado en su vértice, por el Director Ejecutivo, tres Directores Asociados y cuatro Jefes de Departamentos (Quirúrgico, Clínico, Emergencias y Diagnósticos).

Los jefes de Departamento actuaban eficazmente como filtros, permitiendo un mayor trabajo de planeamiento por parte de los Directores, no tan apremiados por la coyuntura y la urgencia.

El Dr. Tamini comenta que la problemática de la época, estaba dada por el proceso inflacionario que finalmente conduciría a la renuncia del Dr. Alfonsín. *“Ello provocaba severas dificultades en la conformación de los presupuestos, en las compras de los insumos y medicamentos. Por su parte, la recuperación de costos y la facturación por parte del hospital, era muy deficitaria; las Obras Sociales Gremiales que recibían muchas prestaciones en nuestro hospital, pagaban muy tardíamente y a valores históricos, con una moneda totalmente devaluada”.*

En los primeros meses del año 1990, por problemas en la Región



Sanitaria VIII, ésta fue intervenida, por lo que debieron ser designadas nuevas autoridades. El Dr. Marcos Bravo y el Dr. Martínez, hasta ese momento Director y Director Asociado del Hospital Interzonal, son designados como Director y Subdirector, respectivamente, de la Región Sanitaria VIII.

Por los cambios ocurridos en la dirección del Hospital, la directora asociada Dra. Susana Gómez, es nombrada Directora del nosocomio. *"...Más o menos en los primeros meses del '90 por problemas en la Región Sanitaria, es intervenida, y cuando definen las autoridades, Bravo pasa como Director de Región Sanitaria y Rómulo 'Tamini había renunciado; estábamos Martínez y yo solos en la subdirección; y luego Martínez pasa como Subdirector de la Región. Entonces quedo sola acá como subdirectora sin director, sin nada. Y en el Materno pasa lo mismo, queda una mujer sola, que es la Dra. Di Taranto, como subdirectora y no había ni director ni subdirector. Entonces me acuerdo que González García en aquel momento dice 'las dos doctoras van a ser las directoras de los hospitales'. Yo tenía 33 años y Patricia tenía 32, éramos muy jóvenes, fuimos las primeras mujeres directoras en un hospital de la provincia de Buenos Aires....ahí empezamos y seguí de directora hasta el 31 de enero del 2002..."*

Gestión de la Dra. Gómez

La Dra. Susana Gómez, describe su gestión diferenciando dos etapas: la

primera, que podría abarcar desde comienzo de su gestión hasta el año 1994, año en que entra en vigencia la ley de descentralización hospitalaria en base a la cual se comienza a asignar un presupuesto a cada hospital público. Antes de esto el director no debía preocuparse por la administración financiera del Hospital. Por otro lado la situación social y económica del país no era tan acuciante por esos años como lo es ahora, por lo que los problemas a solucionar eran en su mayor parte de orden organizativo. *“...Al principio el director prácticamente no hacía nada, o trataba de solucionar problemas, pero teníamos otro ritmo, los hospitales eran otra cosa, no había tanta desocupación, la gente tenía trabajo, se atendía la gente con obra social en la clínica y el hospital trabajaba a otro ritmo, no había tantas necesidades económicas y sociales como para resolver desde acá.*

Y por otro lado la gestión del Estado gastaba, le daba a la maquinita y pagaba, y entonces vos como director jamás te preocupabas realmente en saber lo que es un presupuesto, cómo afrontar una transformación que querías hacer institucionalmente, eso se fue dando durante todo el proceso de mi gestión. Sobre todo empieza a marcarse desde el año '94 en adelante, se empieza a hacer gestión y nos empiezan a dar presupuestos...”

En la segunda etapa, con la asignación de un presupuesto se comienza a hacer gestión interna de la utilización de recursos; por otro lado se intenta cambiar el enfoque que tenía la estructura del Hospital, que hasta el momento giraba en torno a la organización médica y sus especialidades, para que pase a estar organizado en torno al paciente. *“...Y nosotros dijimos,*

vamos a tratar de ordenar el hospital y cambiar la visión del hospital ordenándolo alrededor del paciente. Ahí empezamos y fue una de las mayores dificultades, donde hemos tenido mayores enemigos durante toda la conducción, porque era intentar cambiar una cultura, es la pérdida de poder médico y que el poder se repartía entre las otras profesiones y sobre todo en el paciente... Se une a lo científico, lo social y lo humanístico, es lo que intentamos hacer y nos salieron, de todo lo que queríamos, muy poquitas cosas. Nos fuimos con muchas cosas sin terminar. Y otra de las cosas es hacer gestión administrativa... esa es otra de las cosas que quedó bastante avanzada y eso es imposible de volver atrás, a pesar de que la crisis lo que ha traído es la centralización de todas las decisiones, que son los errores que se cometen en todas las crisis; yo creo que en las crisis lo que hay que hacer es descentralizar, es donde más se descentraliza porque el problema más urgente se tiene que resolver ya; si vos esperas que de los niveles centrales se tome la decisión, la gente en riesgo se te puede morir, pero eso lo han hecho todos los países. O sea, que todo lo que habíamos avanzado en descentralización muchas cosas se han perdido ahora..."

Una experiencia que apuntó a lograr una creciente descentralización fue la implementación de Consejos de Administración y Comunidad.

A mediados del año 1993, se comenzó la construcción de una nueva área destinada a investigaciones, implantes y microcirugía.

El Hospital General Interzonal exigía una reparación más a fondo. El Ministro de Obras y Servicios Públicos, Hugo Toledo, anunció el 24 de

Febrero de 1994, las ampliaciones de los hospitales Interzonal General de Agudos e Interzonal Especializado Materno Infantil de Mar del Plata.

Dicha remodelación se vio postergada en mayo de 1994 por cuestiones financieras y técnicas, la licitación de los trabajos quedó anulada y se convocaría a una nueva licitación. Las obras comenzarían finalmente, en el mes de febrero de 1996, pensadas para desarrollarse durante catorce meses.

En una jornada de reflexión de las Residencias realizada en abril de 1995, organizada por el área de Docencia e Investigación (Dres. Dietsch, Grilli y Tiscornia), se reconoció que el Estado no aprovechaba los recursos que formaba, ya que en el hospital no se abrían nuevos cargos, faltando médicos y enfermeras.

El Dr. Jorge Dietsch, jefe del área mencionada, se refirió a la paradójica situación que se presenta en el nosocomio local, al que anualmente llegan alrededor de 40 médicos recién recibidos, con una formación "muy floja", y luego de tres años egresan con la experiencia suficiente. En el diálogo con el diario LA CAPITAL indicaba que *"...acá hay residentes de trece especialidades distintas, que se capacitan en tres años. El residente puede ocupar el cargo de Jefe de Residentes de su especialidad, lo que significa un año más" con un horario de 8 a 17 hs. y con una o dos guardias semanales de 24 horas, y agregaba "están para entrar a un trabajo de educación en servicio. Para aprender trabajando..."*. Por su parte, algunos de los residentes, aunque rescatan las residencias como la mejor vía para

completar su formación, no dejan de ver los costados nefastos de un sistema que los usa “como mano de obra barata” y “prioriza la actividad asistencial en detrimento de nuestra formación”.

Cintas que se Cortan, Huesos que se Arreglan

Y el 9 de enero de 1998, casi dos años después, la diputada nacional Hilda González de Duhalde inaugura el gran cambio en el Hospital Interzonal, ya que éste se convierte en el primer Centro de Politrauma del país. La inauguración la efectúa en reemplazo de su esposo, el gobernador Eduardo Duhalde, acompañada por el ministro Mussi; su colega de Obras y Servicios Públicos, escribano Hugo D. Toledo; y el intendente Blas A. Aprile; entre otros.

La nueva construcción incluye el pabellón de alta complejidad que consta de tres niveles, donde guardia y quirófanos comenzaron a trabajar inmediatamente. En el subsuelo funciona la sala de máquinas, el sector de estar del personal médico de guardia y residentes, anatomía patológica, morgue y central de esterilización. Todo el equipamiento es nuevo y de última generación en las cuatro áreas.

En la planta baja se ha instalado el Centro de Atención al Politraumatizado “Héroes de Malvinas”, lugar destinado al área de resucitación (shock room) con equipos de alta complejidad de terapia

intensiva (respiradores, monitores, cardiodesfibriladores, equipos de RX colgante y portátiles). Además se encuentra el sector de Observación de guardia, que posee ocho puestos con la totalidad del equipamiento y gases centrales; sala de yesos; salas de procedimientos invasivos; dos quirófanos de emergencia con equipamiento e instrumental; dos áreas de apoyo de enfermería; diez consultorios de pacientes ambulatorios de guardia; sala de espera, con preparación para realizar triage (categorización de pacientes) en caso de catástrofes.

Ese mismo sector contiene el centro de diagnóstico de alta complejidad, como la cámara Gamma con Spect, equipo de hemodinamia con sustracción digital para cirugía cardíaca; equipo complejo de radiología básica, y un sector de tomografía computarizada.

En el primer piso se ubica una unidad coronaria, área crítica y centro de recuperación post-cirugía con 16 camas de las cuales cuatro son de aislamiento. Hay también un centro quirúrgico que consta de cuatro quirófanos generales, uno de cirugía ambulatoria y otro de cirugía traumatológica. Cuenta con equipamiento e instrumental nuevo, entre los que se encuentran mesas de anestesia completas con respiradores y oxicapnógrafos, bisturí por láser, microscopio quirúrgico, dos arcos en C., bomba de circulación extracorpórea, balón de contrapulsación, etc.

El Pabellón de Salud Mental "Dr. Nelson Lorenzo", ubicado sobre la calle Tres Arroyos, a 30 metros de la guardia, tiene una dotación de 46 camas, de las cuales seis son de aislamiento de HIV en pacientes psiquiátricos.

Además, se han previsto áreas de estar con TV, consultorios externos y sector de laborterapia.

En relación con las modificaciones de la planta ya existente, se proyectaba remodelar el sector donde se encontraban los quirófanos, el área de internación del segundo piso y parte de tercero, para destinar este sector al Centro Perinatólogo, el cual tendría dos salas de partos y un quirófano, siendo las primeras convertibles en quirófanos ante cualquier necesidad. La sala de internación de parto normal contaría con 75 camas y 15 de residencia de madres, a lo que se agregarían las 30 para el servicio de neonatología. La dotación de camas se completaría con las 280 para el resto del hospital completando un total de 400 camas.

El viejo sector de Anatomía Patológica se reciclaría para transformarlo en el Laboratorio Central, en el que se agregaría equipamiento al existente, inclusive flujo laminar para bacteriología.

La Justicia de un Nombre

El Hospital Interzonal General de Agudos fue nombrado "Dr. Oscar Eduardo Alende" el 17 de enero de 1997, luego de un emotivo acto presidido por el ministro de Salud de la Provincia de Buenos Aires, Dr. Juan José Mussi, y realizado en el salón de actos del citado nosocomio donde se leyó la resolución 189. Allí se destacó la trayectoria del político fallecido recientemente, haciendo hincapié en que el nosocomio está funcionando

"...por el Dr. Alende, porque cuando estaba listo para funcionar la dictadura lo cerró y lo abandonó. Cuando él asumió la gobernación de la provincia de Buenos Aires tomó la medida de abrirlo porque la gente lo necesitaba, y gracias a Dios fue así". La Dra. Gómez además se mostró orgullosa de que el HIGA tenga nombre, *"ya que es el único hospital de la provincia que aún no lo tenía"*.

Dentro de su gestión, la Dra. Susana Gómez creó en el año 1999 un nuevo servicio de "Área Programática y Unidad de Admisión" con una estructura que contaba de un jefe, dos subjefes y más de cincuenta personas como personal no médico ni profesional. Para su conformación se llamó a concurso y uno de los subdirectores, el Dr. Eduardo Distéfano, ganó la jefatura del servicio y la Dra. Gómez y la Dra. Liliana Brando, en ese momento Directora y Subdirectora del Hospital, ganaron el concurso para las jefaturas de sala, pero por estar en una función de mayor jerarquía, sus nombramientos quedaron retenidos.

El servicio tiene a cargo, en primera instancia, el procesamiento científico de toda la información del hospital, con el objetivo de que dicha información centralizada y procesada se constituya en la base de sustentación que necesita cualquier director para dirigir la organización hospitalaria, saber qué es lo que atiende, cuántos atiende, y poder armar su presupuesto.

Otros puntos de importancia de dicho Servicio fueron la implementación de sistemas alternativos de atención del paciente, por ejemplo los consultorios especializados; la personalización y seguimiento del enfermo; la

internación domiciliaria del mismo. Se implementó un servicio de cirugía ambulatoria que sólo duró tres meses ya que no pudo seguir implementándose con la crisis. El equipo de atención estaba compuesto de un médico, dos enfermeras, un administrativo y un asistente social; y se convertía en un sistema alternativo de atención que evita la internación y el desarraigo familiar y social.

En referencia a los problemas a los que debía enfrentarse el hospital en ese momento, consecuencia de la crisis, la Dra. Gómez expresa: “...uno de los mayores problemas que se están planteando ahora, es el gran número de enfermos y pacientes que concurren a los consultorios externos, donde la capacidad de atención se ve desbordada diariamente”, mencionando como posibles causas los problemas generados en las obras sociales, deterioradas económicamente, y con las personas que han quedado sin cobertura de salud, al estar desempleadas, además de considerar la acumulación de gente permanente que llega también de ciudades vecinas.

En agosto de 2001 la Dra. Gómez reúne al personal de la institución para informar acerca del impacto que la crisis socioeconómica estaba provocando: “Creí necesario que la gente supiera que está pasando con los proveedores de insumos a partir de la decisión del gobierno de pagar con Patacones o bonos y que algunos se están negando a aceptarlos” (La Capital, pág. 13, agosto 4, 2001).

La Dra. Gómez renuncia al cargo de directora el 31 de enero de 2002.

El Consejo de Administración

Ante la denuncia en la que se reclama al Ministerio de Salud que arbitre todos los medios necesarios para sostener la salud de la población de la ciudad, el Colegio Médico de Mar Plata, en el mes de agosto de 2002, exige la descentralización definitiva del hospital público y la puesta en funcionamiento del Consejo de Administración. El consejo se constituye de la siguiente manera:

Por parte del Ministerio de Salud: Sr. Alberto Acosta, Abogada Cristina Nazetta, empresario Claudio Barraza, Sonia De Francisco. Como representante de la Comunidad, Mónica Millet, y representantes por la ley 10.471 (profesional) Dr. Jesús Vázquez y por la ley 10.430 Néstor Sosa (no profesionales).

Nuevamente se percibe la yuxtaposición de los diferentes sectores de poder: Sindicatos, Colegio de Médicos, Asociación de profesionales y la Dirección del hospital. Por ser tan amplias las atribuciones de éste Consejo se percibe el conflicto al marcar los lineamientos políticos, pues se generan decisiones que no siempre son consensuadas entre éstos poderes llegando muchas veces a resultar contradictorias.

Gestión del Dr. Marcos Bravo

El Dr. Marcos Roberto Bravo asume en el mes de marzo de 2002. Su equipo lo conforman el Dr. Jorge Romero, Dra. Liliana Brando y Dra. Mirta

Ramos. La Dra. Brando renuncia al cargo y en setiembre de 2002 asume nuevamente como Director Asociado el Dr. Tamini.

El Dr. Bravo asume su gestión teniendo como marco de acción la crisis socioeconómica que venía socavando al país desde el año anterior. Bravo reflexiona sobre lo difícil de la tarea que le espera y sostiene que: *“Los tiempos que corren son muy difíciles y pienso que lo que hoy nos toca vivir a los argentinos es como una guerra, donde nos han barrido con todo lo que teníamos hasta con la esperanza... los empleados son buena gente y yo estoy muy agradecido por como me recibieron, ellos ponen lo que hay que poner para seguir adelante...”*.

El día 3 de abril de 2002, se hacen presentes en el HIGA “Dr. Oscar Alende” el Juez Pedro Hooft y la Fiscal Susana Kluka, quienes labran un acta, ante la situación planteada por la Asociación de Profesionales: falta de higiene ya que la empresa de limpieza se encontraba de paro, ante la falta de las remuneraciones a los empleados. Este duró aproximadamente 20 días hasta que se llegó a la conciliación obligatoria ordenada por la justicia local.

El Dr. Bravo expresó ante los magistrados y ante el personal que se encontraba allí que: *“Como médicos lo que está pasando nos impresiona...”* *“la empresa contratada deja mucho que pensar y la crisis que viven sus empleados que apenas cobran doscientos treinta y siete pesos al mes, es en verdad, insostenible”*. El Director reclamó que *“el hospital debe estar limpio sí o sí, y que el contratista a su vez no cobra las facturas que*

debe pagarle el Ministerio de Salud, a causa de una burocracia absurda".

En medio de dicha reunión el Dr. Bravo recibe una llamada por parte del Ministro de Salud Dr. Ismael Passaglia, quien le informa que el pago se había liberado para saldar la deuda con la empresa de limpieza y se pudieran reiniciar las tareas con normalidad.

Otros de los temas de los que fueron informados los magistrados fue la falta grave de medicamentos e insumos. Dichos reclamos fueron plasmados en el amparo interpuesto por el Colegio Médico de la ciudad, quienes ya en el mes de julio de 2001 emiten una solicitada alertando a la población acerca de la crítica situación que vivía la salud y los hospitales marplatense. En el mencionado amparo también, y de forma concluyente, se denunció a las autoridades provinciales acerca del costo que tal situación acarrearía.

El resultado de éstos acontecimientos fue que la justicia intimó al Ministerio de Salud a expedirse sobre la situación del HIGA, adoptando medidas en un plazo no mayor de 72 horas.

En esos meses se sucedían distintas medidas de fuerza: paros, movilización, jornadas de protesta, acciones legales, denuncian en los medios de comunicación. En esos tiempo tuvo gran eco una nota publicada por el Diario La Capital, "Contra el derrumbe de la salud pública" y la firmaba el Dr. Floreal Ferrara, sanitarista de larga trayectoria en el país: *"....Es cierto que éstos son tiempos de globalización y postmodernismo. Son tiempos de colonización extrema para los pueblos sometidos y emergentes. Son causas profundas de explotación y dependencia. Ya lo sabemos, pero a nuestros*

pobres de pobreza infinita, ni siquiera les queda el consuelo de que allí, en el Hospital Público, en el Centro de Salud, en la "salita" de su barrio hay un lugar donde todavía pueden caer muertos, con un solidario sentido humano".

Ya comenzado el año 2002, el Dr. Bravo expresa que ha realizado sucesivas tratativas con el Nivel Central para poder proveer al hospital de todo lo necesario para su óptimo funcionamiento: *"la provincia enviará a nuestra ciudad insumos y medicamentos básicos que alcanzarán para cubrir las necesidades hasta fin de año".*

El viernes 16 de agosto del mismo año se hace presente en la ciudad el Ministro de Salud de la Provincia, Dr. Ismael Passaglia, quien tuvo que dar respuesta tanto al personal de la institución como a los pacientes quienes se nuclearon en el hall de entrada para increparlo por la situación actual. Se vivieron momentos difíciles Y ante la bronca de la gente debió intervenir el cuerpo policial. Luego, calmados los ánimos el funcionario mantuvo una conferencia de prensa en el Salón de Actos del nosocomio. Passaglia se comprometió en esa jornada a ir mejorando la situación del hospital y continuar viniendo a la ciudad para seguir escuchando las necesidades que le plantearan, lamentablemente el ministro no volvió al hospital.

A fines del año 2002, el Tribunal Criminal N° 3 cita a una audiencia pública a los directores de ambos hospitales marplatenses y al Ministro de Salud de la provincia, para que presenten informes acerca de lo actuado hasta el momento para normalizar la situación de los nosocomios.

Comenzamos con este proyecto de investigación a mediados del año 2000, hemos asistido desde ese momento a cambios significativos en las dimensiones políticas, económicas y sociales. El proceso de desmantelamiento del Estado, caracterizado por el paulatino desligamiento de su responsabilidad, ha producido una fractura aún más profunda en los pilares fundamentales de la sociedad: Salud, Educación y Justicia.

En particular en el sector salud, se sucedieron una serie de ajustes presupuestarios que sin duda respondieron a una lógica no ingenua ni pasiva, sino por el contrario orientada activamente a dar respuesta a los intereses particulares de la política económica neoliberal. El Estado, de ésta forma, se fue quedando solo al cuidado de los sectores indigentes y excluidos quienes requerían condiciones mínimas de subsistencia.

En estos últimos años hemos presenciado un precipitado agravamiento de la crisis, de forma tal que el Estado ya no puede ser garante ni siquiera de la mínima atención aludida anteriormente. Particularmente el Hospital ha sufrido en los últimos tiempos la ley del déficit cero, la ley de emergencia administrativa, económica, financiera y sanitaria, del Estado Provincial, cuyos efectos se vislumbran en la carencia de insumos básicos como medicamentos, gasas, alcohol, etc., así como también la suspensión de programas quirúrgicos, de programas asistenciales de SIDA, diabetes (PRODIABA) y tuberculosis entre otros. El retraso en el pago a los servicios terciarizados (cocina, limpieza, etc.), de empleados, proveedores.

Vemos que es palmaria la diferencia entre mediados del año 2000 y fines

del año 2004, sin desconocer que estas circunstancias han sido fruto de un largo proceso que culmina en la situación actual del hospital, que no es ajena a cualquier espacio institucional de orden público sea municipal, provincial o nacional.

Somos conscientes que por esta coyuntura las carencias del personal transitan por necesidades primarias de subsistencia y seguridad, ejemplo de ésto es que el personal no sabe cuándo va a cobrar su salario ni de qué manera, ni sabe si aquella otrora estabilidad laboral hoy por hoy seguirá existiendo, aún así el hospital público permanece como un proyecto viable.

Creemos que a pesar de este escenario turbulento y negativo, el personal del hospital posee un potencial humano muy valioso. Los mismos luchan día a día enfrentando ésta grave situación, con las herramientas que posee, apelando a la creatividad y estableciendo nuevas estrategias constantemente, haciendo más tareas de las que les corresponden, aún con recursos materiales y de formación insuficientes.

Éste es el presente de nuestro hospital público. Ésta es su "escena trágica".

CONTEXTO CONCEPTUAL

Los Modelos Teóricos. Criterios Generales.

El marco conceptual en que se desarrolla este trabajo se encuentra constituido por dos modelos teóricos: Modelo del Comportamiento Organizacional y el Modelo Psicodinámico. La elección de estos modelos teóricos responde a la posibilidad que nos brindan los mismos de abordar, comprender, analizar y explicar las categorías de análisis de esta investigación.

El modelo del Comportamiento Organizacional nos lleva a investigar el influjo que los individuos, grupos y estructura ejercen sobre la conducta dentro de las organizaciones, a fin de poder aplicar estos conocimientos y mejorar la eficacia de ellos. Este modelo estudia tres determinantes de la conducta en las organizaciones: individuos, grupos y estructura.

Las *personas* que entran a una organización lo hacen con ciertas características que influirán en su conducta laboral. Las más notorias de esas características personales son las biográficas, los valores y actitudes propias, así como los niveles de las capacidades básicas. Estas características permanecen intactas en lo esencial cuando alguien empieza a trabajar y en general, poco puede hacer la gerencia para modificarlas. Con todo, tienen un influjo muy real sobre la conducta del empleado. Hay otras variables individuales como las expectativas, motivación, percepción y

aprendizaje, que tienen una influencia directa sobre el comportamiento de los empleados, de ahí la necesidad de que sean consideradas.

A nivel *grupal* la complejidad aumenta si reconocemos que las conductas individuales cuando un sujeto se encuentra en grupo son diferentes que cuando se encuentra solo, también es diferente la actuación de las personas en grupos compuestos por diferentes miembros. Por ello nos interesan los fundamentos de la comprensión de la dinámica del comportamiento grupal y de variables como: roles, normas, status, liderazgo y cohesión de grupo.

Por último, se hace imprescindible el conocimiento de la *estructura* formal. El comportamiento organizacional alcanza su nivel máximo de complejidad cuando agregamos la estructura formal a nuestro conocimiento del comportamiento individual y grupal. Del mismo modo que los grupos son algo más que la simple suma de los miembros de que constan, las organizaciones no son solo la suma de las conductas de varios grupos. Así es que de la estructura formal dependerán aspectos como el diseño de trabajos, disposición de los ambientes físicos, políticas de recursos humanos, etc.

El Modelo Comportamental define a la *organización* como "La coordinación planificada de las actividades de un grupo de personas para procurar el logro de un objetivo o propósito explícito y común, a través de la división del trabajo y funciones y a través de una jerarquía de autoridad y responsabilidad."¹

¹ Schein, E.: "Psicología de la Organización" (1990). Material extraído de la Cátedra de Psicología Laboral, año 2000-.

El modelo Psicodinámico nos conduce al análisis institucional, el cual consiste en una práctica que, basada en una teoría y una ideología, nos permite ir a la búsqueda de la profunda estructura de esta organización Hospitalaria. Esto nos conduce a definir el conflicto institucional desplazando el énfasis desde el enfrentamiento en el nivel de las relaciones personales (informales, afectivas), hacia el nivel de las relaciones formales: el espacio en el que las personas desempeñan roles en iguales y diferentes niveles de la organización.

Durante el análisis institucional no solo buscaremos las estrategias que nos permitan indagar esta última esfera de relaciones, sino también la incidencia de factores socioeconómicos, políticos, de poder, etc., evitando así el riesgo de caer en un reduccionismo, cualquiera fuera la tendencia.

Desde los lineamientos de este modelo definimos al *conflicto* de acuerdo a la conceptualización que de él hace Ida Butelman: "Es el funcionamiento simultáneo de impulsos, deseos o tendencias de oposición o exclusión mutuas; o el estado de una persona, cuando han sido activados impulsos o tendencias de respuesta inconciliables"². Los conflictos pueden ser de distinta índole y producirse en distintos niveles: a nivel individual, grupal o en el nivel de la estructura.

En el conflicto se pierde el código común y se distorsionan los mensajes entre los interlocutores; los roles se alteran como conductas disfuncionales, no buscan concretar la tarea que les corresponde, con lo que la desvirtúan al invadirla con cargas emocionales de hostilidad. Las partes en conflicto no



nuestras percepciones, si no en todo caso reconocer el carácter de construcción perceptual y los límites arbitrarios que una construcción tal introduce, como una manifestación de la presencia de lo Real (aquello no simbolizado) estableciendo una distinción entre lo real y la realidad.

Como construcción de la realidad reina en el concepto de organización el orden Simbólico. Frente a la construcción de este orden Simbólico, lo Real aparece como en exceso: es imposible captar todo lo que sucede en una organización en todo momento y todo lo que sucede constituye una pluralidad de significantes posibles de ser significados desde multiplicidad de perspectivas.

Lo Real siempre excede la realidad, la amenaza”⁴.

Categorías de Análisis: su operacionalización.

Necesidades Formales

Para que la capacitación de buenos resultados, es necesario que esté de acuerdo no sólo con las *necesidades y capacidades de aprendizaje* del participante, sino también con los requisitos específicos y las prácticas de la organización en que trabaja. Esto sin olvidar que por ser dinámica, debe atender las necesidades presentes y futuras.

⁴ Schvarstein, L.: "Psicología Social de las organizaciones". Material extraído de la Cátedra de Psicología Laboral, año 2000-.

Mc Gehee, tomando a la organización como un todo, sugiere un método triple para pensar acerca de las *necesidades de capacitación*:

- **Análisis Organizacional**

Determinar en qué puntos puede y debe colocarse el énfasis del entrenamiento, estudiando la estructura como un todo: políticas, objetivos, recursos, procesos y productos.

- **Análisis de Operaciones**

Determinar cuál deberá ser el contenido del entrenamiento en términos de lo que el empleado debe hacer para ejecutar su tarea, puesto o asignación, en forma efectiva. Este análisis se centra en la tarea o el puesto, es decir, en los puntos clave-determinantes, independientemente del empleado.

- **Análisis del Hombre**

Determinar qué conocimientos, habilidades, destrezas o actitudes, deberá desarrollar un empleado para desempeñar las tareas que constituye su actual trabajo, y en posibles futuras tareas o actividades.

Este método *permite diferenciar el desempeño esperado y el real, o sea, la brecha a cubrir con actividades de capacitación* en caso de existir diferencias que afecten a la persona y a la organización.

Una vez establecida la brecha entre lo que se sabe, hace y es y lo que debiera saber, hacer y ser, debe analizarse qué corresponde al

entrenamiento, y qué no corresponde a él, como ser cambio de métodos, automatización, etc.

Al decir lo que debiera saber, hacer y ser se trata en este caso de lo que el personal de enfermería debería ser, hacer y saber para que la organización cumpla con sus objetivos. De esta manera podemos definir a las "*Necesidades de Capacitación*" como el *reconocimiento de la brecha existente entre lo que se espera y lo que es, que impide, dificulta o atrasa el logro de los objetivos de la organización.*

Por ello es que la Capacitación tiene por finalidad que los conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes del personal sean los adecuados para las necesidades del ambiente y la tecnología presente y futura de la organización. Considerando siempre las necesidades y capacidades del personal, las cuales consisten en mejorar conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes; favorecer los cambios positivos, con el fin de lograr el desarrollo y la motivación personal; el crecimiento, adaptación y continuidad de la organización.

Este es el motivo por el cual debemos cuantificar y priorizar las necesidades para así elaborar el plan de acción que satisfaga los requerimientos de capacitación y desarrollo.

Determinar las necesidades de capacitación consiste en:

- ◆ Precisar qué conocimientos, habilidades, destrezas y / o actitudes deben ser incorporadas / desarrolladas.

- ◆ Proponer actividades efectivas para el hombre y la organización.
- ◆ Determinar la cantidad y calidad de las mismas.
- ◆ Establecer prioridades.
- ◆ Cuantificar los recursos financieros y físicos.
- ◆ Elaborar un plan de acción.

En función la demanda que se nos realizó, que dio origen a esta investigación, y por todo lo dicho referente al proceso de Capacitación, es que consideramos necesario como primer paso de esta investigación, identificar, analizar y evaluar la categoría de análisis: *Necesidades Formales*.

Desde el Modelo Comportamental analizaremos los aspectos formales en el desempeño de los roles que se coordinan para el logro de los objetivos “explícitos” de esta organización (ligados estos principalmente a la institución Salud), pudiendo evaluar así las necesidades de capacitación del personal. Estas necesidades, que dan lugar a acciones verdaderamente innovadoras y orientadas al futuro, son por su propia esencia, no conceptualizadas (nadie sabe cuáles son), y nuestra función es crear las condiciones para su emergencia (ponerlas en palabras). Para ello llevamos a cabo la construcción y posterior administración del instrumento. Los cinco primeros ítems están destinados a indagar esta categoría de análisis conjuntamente con la pregunta abierta “C”, la cual indaga los aspectos en los que el personal de enfermería considera debe ser capacitado. Esta pregunta abre

un espacio en el cual cada uno de los individuos de la muestra pudo expresar aquello en lo que considera *necesita* ser capacitado, permitiéndonos así conocer cuáles son las necesidades formales del Servicio, representado por la muestra considerada.

Tal como lo expresa H. Solaas "estas necesidades son un *vacío simbólico* que adviene al significado por agencia del capacitador"⁵. Interpretar estas necesidades significa prestar máxima atención a todas las señales emitidas por el personal de enfermería, en la actitud de que cualquier manifestación puede originar la definición formal de una necesidad válida.

Es por eso que el modelo Psicodinámico nos posibilita complementar la mirada del modelo del Comportamiento Organizacional, permitiéndonos dar cuenta de lo implícito, de aquello que no se ha dicho, que ha sido mirado o presupuesto pero que no ha podido ser interpretado de modo tal que permitiera dotarlo de significado, y que sin embargo se pone en juego en las interacciones entre los individuos de la organización, en el desempeño de sus roles.

Representación de Capacitación

Para poder explorar las expectativas de capacitación del personal del servicio de enfermería de esta organización hospitalaria y responder así a la demanda, no solo consideramos necesaria la detección formal de las

necesidades sino también aquellos aspectos implícitos que subyacen a tales necesidades formales; hablamos aquí de la categoría de análisis *representación de capacitación*.

Para abordar esta categoría definiremos previamente lo que entendemos por capacitación. "Capacitar es hacer a un trabajador apto, habilitado para alguna cosa. Hacer diestro, enseñar, guiar, instruir y encaminar al trabajador en su creatividad y preparar al mismo para ocupar una vacante o puesto de nueva creación".

Un proceso de capacitación y desarrollo, obliga en primer lugar, a diagnosticar, evaluar y actuar en función de cada realidad organizacional. Esto es lo que nos llevaría a ser menos gestores de cursos de capacitación standarizados y/o generalizados y a ser artesanos de la capacitación y el desarrollo, en función de objetivos-procesos-resultados, en un contexto determinado. De esta forma la capacitación dejaría de ser considerada sólo como un beneficio-premio que la organización le brinda a su gente, para ser un medio de que se valen las estructuras para su permanente adaptación y cambio hacia un mejor hacer.

Hablar de capacitación sin tener presente lo atinente a la organización y la administración, significa olvidar que no es un fin en sí misma, sino un medio de que se vale la conducción para dar respuestas estructuradas a necesidades de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes. El éxito de un programa de capacitación depende en gran medida de la idoneidad con que la *necesidad* a ser satisfecha, haya sido identificada, analizada y

evaluada, y posteriormente se utilicen los métodos y técnicas mas adecuados para satisfacerla.

La organización es un sistema en permanente cambio, movimiento, donde existe un equilibrio dinámico. En su seno se dan cita lo social y lo técnico convocados por un común denominador: la producción de bienes y/o servicios. La interrelación entre lo social y lo técnico originan: la cultura, los resultados de la organización en un contexto que la afecta, el medio económico, social y político.

Los conflictos en las interrelaciones, los cambios tecnológicos y la evolución e influencia del contexto con la organización hacen que el desequilibrio y la necesidad de adaptación permanente, en búsqueda de un nuevo equilibrio dinámico y positivo, sea una actividad constante que no solo permite continuar sino también crecer.

Para poder entender la representación de capacitación que posee el personal de enfermería debemos definir el concepto de *Representación Social*.

Moscovici señala que las Representaciones Sociales son una manera de interpretar y de pensar nuestra realidad cotidiana, una forma de conocimiento social. Y correlativamente, la actividad mental desplegada por individuos y grupos para fijar su posición en relación a situaciones, eventos, objetos y comunicaciones que le interesan. En ellas lo social interviene de diversas maneras: por el contexto concreto en el cual están situadas personas y grupos; por la comunicación que se establece entre ellos; por los

cuadros de aprehensión que les proporciona su bagaje cultural; por los códigos, valores e ideologías ligados a las posiciones o pertenencias sociales específicas. Es pues en la interfase de lo psicológico y de lo social que nos coloca la noción de representación social.

En los contenidos de las representaciones sociales encontramos la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones cuya sustancia es regulada por las normas sociales de cada colectividad. Al abordarlas tal cual ellas se manifiestan en el discurso espontáneo, nos resultan de gran utilidad para comprender los significados, símbolos y formas de interpretación que los seres humanos utilizan en el manejo de los objetos que pueblan su realidad inmediata. Deben ser estudiadas en sí mismas y no a través de la conducta y, al hacerlo de esta manera, podemos proveer los comportamientos de los grupos frente a los objetos estudiados.

Podemos decir entonces que las distintas *representaciones de capacitación* que se ha ido construyendo el personal de enfermería a través de su permanencia en este Hospital público, han sido influidas y determinadas por las condiciones del mismo. Tal como lo expresa Etchebarría "las Representaciones Sociales se refieren a las estructuras categoriales de conocimiento, que se utilizan socialmente en la comunicación y que se integran como formas de acción social. Es decir, se refieren a las estructuras de conocimiento, generadas por el procesamiento

social, grupal, de la información, en un contexto dado y orientado directamente a explicar, justificar y orientar la acción”⁶.

A partir de lo que entendemos por capacitación, sus objetivos y finalidad construimos ítems en el instrumento que nos permitieran indagar la representación de capacitación del personal de enfermería, como paso necesario e ineludible para poder predecir cuál será la actitud de este personal frente a futuros programas de capacitación. Conjuntamente con los datos obtenidos en estos ítems analizaremos las respuestas dadas a la pregunta abierta “A” la cual indaga el contenido de la representación de capacitación. Tomaremos en cuenta también aquellos indicadores que el trabajo de campo, el contacto y diálogo con las personas que constituyen la muestra durante la administración del instrumento en la organización, nos permitieron obtener para dar cuenta de los factores que este hospital ha puesto en juego en las experiencias previas de capacitación del personal del servicio de Enfermería, contribuyendo así a la construcción de la representación.

La actitud que el personal de Enfermería adopte frente a los programas de capacitación dependerá a su vez de las expectativas de ser capacitados que los mismo tengan. Expectativas que se hallan determinadas por lo que consideran es la capacitación que incluye también el conocimiento de la finalidad y el beneficio de la misma, es decir, por la representación de capacitación que los mismos se han formado en este contexto hospitalario y

⁶ Etchebarría, A.: “Representación social y actitudes”. Psicología Social Sociocognitiva, Ed.

de la cual se derivan esas expectativas y las actitudes del personal frente a futuros programas de capacitación.

Expectativas de Capacitación

Consideramos que más allá de que el proceso de capacitación de personal se efectúe técnicamente de una manera perfecta, esto no asegura automáticamente que las necesidades y expectativas que cada uno de ellos trae consigo cuando ingresa a la organización y aquellas que surgen del desempeño en el puesto, se puedan satisfacer. De ahí nuestra necesidad ante la demanda, de indagar no solo las necesidades formales sino también la representación de capacitación, para saber si consideran ellos a la misma como el medio para satisfacer esas necesidades y en función de ello conocer sus expectativas de capacitación.

Con respecto a las *expectativas* debemos considerar que la organización tiene sus expectativas de desarrollo, y cada uno de sus miembros tiene las suyas. Este conjunto de expectativas, no escritas en parte alguna y que operan a toda hora entre cualquier miembro y otros miembros y dirigentes de la organización, se denomina, desde la Psicología del trabajo, Contrato psicológico.

Este "contrato psicológico" suscrito entre el Individuo y la Organización supone:

➤ Desde la persona que desempeña un rol: que tiene expectativas sobre:

- * El salario
- * *Formación laboral*
- * Prestaciones
- * Ventajas del empleo
- * Garantía de su trabajo, etc.

Muchas de estas expectativas son implícitas y tienen mucho que ver con el sentido de dignidad e importancia de la persona.

Todos esperamos que la organización nos trate como seres humanos:

- * Que nos brinde trabajo y facilidades;
- * Que supla nuestras necesidades en lugar de crearnos otras;
- * Que nos brinde oportunidades de crecer y aprender más;
- * Que nos deje saber cómo estamos haciendo las cosas;
- * etc.

➤ Desde la Organización, ésta tiene expectativas más implícitas y sutiles:

- * Que el empleado dé una buena imagen;
- * Que sea leal;
- * Que guarde los secretos;
- * Que lo que haga sea por el bien de ella.

La organización tiene sus expectativas de desarrollo, y cada uno de sus miembros tiene las suyas. El éxito se da cuando ambas se compatibilizan y

el sujeto descubre que dentro de esa Organización él puede satisfacer sus necesidades y obtener placer en lo que hace, mientras contribuye al crecimiento del lugar donde está, y si el crecimiento de ambas se desarrolla simultáneamente, ambas se benefician.

A medida que la Organización y el Individuo y las fuerzas externas cambian, también se modifican estas expectativas convirtiendo el contrato psicológico en algo dinámico.

El fracaso aparece cuando hay una gran distancia entre lo que la empresa proclama y lo que hace, por lo cual el Sujeto puede sentir que ese contrato implícito ha sido violado, o lo que es peor, no ha existido nunca. Estas circunstancias producen sensación de traición y son generadoras de conflicto.

El secreto estará entonces, en ser capaz, desde la organización, de poder definir adecuadamente las características de las personas con las que quiere trabajar y las expectativas, en términos de formación y desarrollo, que tiene para cada uno de los integrantes de la misma. En función de esto deberá establecer un Contrato Psicológico en el cual existan más aspectos explícitos que implícitos, con el fin de reducir al mínimo el riesgo de la confusión. Este planteo resulta sencillo de enunciar pero es muy difícil de lograr, ya que se trata básicamente, de relaciones entre seres humanos de por sí dinámicas y cambiantes.

Mencionamos anteriormente que sería desde el Modelo Psicodinámico desde donde realizaríamos el análisis institucional ya que nos permitiría ir en

la búsqueda de la profunda estructura de esta organización de salud, desplazándonos para ello desde el énfasis en el enfrentamiento en el nivel de las relaciones personales (informales, afectivas), hacia el nivel de las relaciones formales: el espacio en el que las personas desempeñan roles en iguales y diferentes niveles de la organización. Además de esta última esfera de relaciones deberíamos tener en cuenta, para dicho análisis, la incidencia de factores socioeconómicos, culturales, políticos, de poder, etc., evitando de este modo caer en un reduccionismo, cualquiera fuera la tendencia.

También mencionamos que este modelo Psicodinámico nos permitiría complementar la mirada del Modelo del Comportamiento Organizacional, dando cuenta así de aquello que de ese Contrato se encuentra implícito, aquello que no se ha dicho, que no ha sido preguntado y por ende no escuchado y que se pone en juego en las interacciones entre los individuos de la organización, en el desempeño de sus roles.

Con los elementos que nos proporciona este modelo prestaremos especial atención al “costado trágico” subyacente a la demanda de explorar las expectativas de capacitación del *personal no médico de este Hospital*.

La Escena Trágica

Desde los lineamientos del modelo Psicodinámico y con actitud clínica, pudimos percibir en este hospital, entidad pública, aquello que Fernando

Ulloa denomina la "Encerrona trágica". Encerronas que se dan cada vez que alguien para vivir (amar, divertirse, trabajar, estudiar, recuperar la salud, transcurrir su vejez, tener una muerte dignamente asistida), depende de algo o alguien que lo maltrata o simplemente lo "distrata", negándolo como sujeto.

Esta situación que describe como encerrona está estructurada en dos lugares: dominado y dominador. No hay tercero mediador a quién apelar, alguien que represente una ley que garantice la prevalencia del trato justo sobre el imperio de la brutalidad del mas fuerte.

Un ejemplo en un contexto asistencial que ilustra lo dicho anteriormente es un enfermo maltratado, e incluso re-enfermado por un hospital, que representa para él la única posibilidad de curación. Lo mismo pasa con el operador clínico de ese hospital y cualquier persona que desarrolle en él su profesión, que ocupe un puesto de trabajo, cualquiera sea su nivel de jerarquía y su pertenencia profesional, también es maltratado por el ambiente posible para desarrollar su vocación, acrecentar su experiencia, que por deformada probablemente resienta el sentido ético de su oficio. A todo esto se agrega una magra retribución económica, por debajo no ya de su expectativa sino de su necesidad. Puede decirse que este personal no es un corrupto, pero está atrapado en un sistema hospitalario totalmente corrupto. Estas encerronas trágicas alcanzan a todo individuo social, usuario o integrante de la institución.

La mayoría de las veces las encerronas trágicas, precisamente por estar encerradas en los límites del sujeto coartado, no hacen demasiado ruido.



Suelen ser silenciosos los sufrimientos de aquellos que para vivir, sostener a los suyos, desplegar las expectativas de su vocación dependen con frecuencia de un ámbito, un sistema, tal vez una persona, que los maltratan. El sujeto queda a merced, para alcanzar sus fines, de algo que lo rechaza y que a su vez él repudia, siempre y cuando no haya claudicado en sometimiento. Un maltrato en general anónimo, que no habrá de reparar en la condición de la víctima.

Esta investigación comenzó a mediados del año 2000, hemos asistido desde entonces a cambios significativos en las dimensiones políticas, económicas y sociales. El proceso de desmantelamiento del Estado, caracterizado por el paulatino desligamiento de su responsabilidad ha producido una fractura aún más profunda en los pilares fundamentales de la sociedad: Salud, Educación y Justicia.

En particular en el sector Salud, se sucedieron una serie de ajustes presupuestarios que sin duda respondieron a una lógica no ingenua ni pasiva, sino por el contrario orientada activamente a dar respuesta a los intereses particulares de la política económica neoliberal. El Estado, de esta forma se fue quedando solo al cuidado de los sectores indigentes y excluidos quienes requieren condiciones mínimas de subsistencia.

En estos últimos años hemos presenciado un precipitado agravamiento de la crisis cuya consecuencia entre otras es que el Estado ya no puede ser garante ni siquiera de la mínima atención aludida anteriormente. Particularmente el Hospital ha sufrido en esos tiempos la ley del déficit cero,

la ley de emergencia administrativa, económica, financiera y sanitaria del Estado Provincial, cuyos efectos se vislumbran en la carencia de insumos básicos tales como medicamentos, gasas, alcohol, etc., así como también la suspensión de programas quirúrgicos, de programas asistenciales de SIDA, diabetes (PRODIABA) y tuberculosis entre otros. El retraso en el pago a los servicios tercerizados (cocina, limpieza, etc.), empleados, proveedores.

Vemos que es palmaria esta decadencia que fue gestando la ausencia del Estado como garante de la Salud circunstancias que han sido fruto de un largo proceso que culmina en la situación actual del hospital, que no es ajena a cualquier espacio organizacional de orden público, ya sea municipal, provincial o nacional.

Somos conscientes que por esta coyuntura las carencias del personal, al decir de Maslow transitan por necesidades primarias de subsistencia y seguridad, ejemplo de esto es que el personal no sabe cuándo percibirá su salario ni de qué manera, ni puede asegurar su estabilidad laboral, aún así este hospital público permanece como un proyecto viable.

Éstas, entre otras, son las oscuras razones que subyacen a los conflictos explícitos pero desvirtuados, por los cuales hemos sido convocadas.

Para poder explorar las expectativas de capacitación del personal del Servicio de Enfermería de esta organización hospitalaria, debimos identificar, analizar y evaluar, en primer lugar, cuáles eran las necesidades a ser satisfechas. Luego indagamos la representación de capacitación que el personal se había construido en este contexto, para luego entonces, analizar

las expectativas y posibles actitudes de estos sujetos frente a futuros programas de capacitación. Considerando esto podremos evaluar cuál será la forma más viable de llevarlos a cabo.

Creemos que a pesar de este escenario turbulento, este hospital cuenta con un potencial humano muy valioso. Las personas que allí se desempeñan luchan día a día enfrentando esta grave situación con las herramientas de que disponen, apelando a la creatividad y estableciendo nuevas estrategias constantemente, haciendo más tareas de las que les corresponden, aún con recursos materiales y de formación insuficientes.

Esta es la realidad de este hospital público, su escena trágica. Escena que no será desmentida a la hora de realizar nuestras conclusiones y aportes a esta organización hospitalaria.

ASPECTOS METODOLÓGICOS

La Investigación Cualitativa Etnográfica

El *enfoque cualitativo-etnográfico*, desde el cual realizamos esta investigación, rechaza la pretensión, en gran parte irracional, de cuantificar toda la realidad humana, consciente de la frecuente irrelevancia de la cuantificación y de la importancia que tiene, en cambio, el contexto, la función y el significado de los actos humanos.

La investigación cualitativa y etnográfica se fundamenta en las ideas centrales de la epistemología pospositivista. La diferencia entre esta orientación y la positivista se ubica en la teoría del conocimiento. Esta última orientación considera la percepción como simple reflejo de las “cosas reales” y el conocimiento como copia de esa realidad. Para el pospositivismo, en cambio, el conocimiento es el resultado de una interacción, de una dialéctica o diálogo, entre el conocedor y el objeto conocido. En este diálogo tienen voz múltiples interlocutores, como los factores biológicos, los psicológicos y, sobre todo, los culturales: todos influyen en la conceptualización o categorización que se haga del objeto. Por ello, no se podría enfatizar la objetividad y, aun menos, la verdad, de algo sin señalar el enfoque, óptica o punto de vista desde el cual se percibe, ya que lo que se considera como conocimiento o lo que se estima verdadero se basa en un consenso, y éste se da en un contexto social e históricamente determinado.

Podemos decir, entonces, que este enfoque nos lleva a un relativismo, pero solo a un relativismo parcial o, mejor, a un perspectivismo, ya que la medida en que partamos de los mismos presupuestos y adoptemos el mismo enfoque, también lograremos un consenso y una validez intersubjetiva.

El concepto de "intersubjetividad" reemplaza, así, al concepto de "objetividad".

La *investigación Cualitativa y Etnográfica* hace énfasis en: la importancia de los enfoques estructural, sistémico, gestáltico y humanista para una adecuada comprensión de las realidades más típicamente humanas; la importancia de adoptar inicialmente una actitud exploratoria y de apertura mental para comprender estas realidades así como existen y se presentan en sí mismas; la conveniencia de captar los eventos con el significado que tienen para quienes están en ese medio; el uso de un marco interpretativo que destaca el papel importante del conjunto de variables en su contexto natural y dentro de su sistema funcional; y la descripción de los resultados con riqueza de detalles y tan vívidamente que el lector pueda tener la vivencia profunda de lo que es esa realidad (enfoque etnográfico).

El *enfoque etnográfico* se apoya en la convicción de que las tradiciones, roles, valores y normas del ambiente en que se vive se van internalizando poco a poco y generan regularidades que pueden explicar la conducta individual y grupal en forma adecuada. En efecto, los miembros de un grupo, comparten una estructura lógica o de razonamiento que, por lo general, no

es explícito, pero que se manifiesta en diferentes aspectos de su vida.

El objetivo inmediato de un estudio etnográfico es crear una imagen realista y fiel del grupo estudiado.

El objeto de estudio, o unidad de análisis, de la investigación etnográfica es la realidad que emerge de la interacción de las partes constituyentes, es la búsqueda de esa estructura con su función y significado.

Es necesario, para ello, comprender primero, o al menos al mismo tiempo, el sistema de relaciones en la cual las variables o propiedades se encuentran insertas y del cual reciben su propio sentido. Desde este enfoque se consideraría impropio definir las variables operacionalmente, ya que los actos de las personas, en sí, descontextualizados, no tendrían significado alguno o podrían tener muchos significados. El significado preciso lo tienen las "acciones humanas", las cuales requieren, para su interpretación, ir más allá de los actos físicos, ubicándolas en sus contextos específicos. El acto en sí no es algo humano; lo que lo hace humano es la intención que lo anima, el significado que tiene para el actor, el propósito que alberga, la meta que persigue; en una palabra, la función que desempeña en la estructura de su personalidad y en el grupo humano en que vive. Por eso, hoy más que nunca, se busca el significado de las acciones o de los eventos atendiendo al amplio contexto de la sociedad y a los conceptos de "ethos" (costumbres) y "sistema ideológico".

Criterios Generales

El trabajo de campo de la investigación etnográfica camina guiado por algunos criterios que lo distinguen notablemente de otras clases de investigación.

El primero se refiere al *lugar* donde el etnógrafo debe ir a buscar la información de los datos que necesita. La información hay que buscarla donde está. Como muchas veces esto altera los planes preestablecidos, habrá que tomar conciencia de que primero está la fidelidad de la información que los planes a seguir.

El segundo criterio advierte que la *observación* no debe deformar, distorsionar o perturbar la verdadera realidad del fenómeno que estudia. Tampoco debe descontextualizar los datos aislándolos de su contorno natural. Todo esto exige que la información sea recogida de la forma más completa posible y que el estudio sea orientado ecológicamente.

Como tercer criterio se establece que es sumamente conveniente que los *procedimientos utilizados* permitan realizar las observaciones repetidas veces (conservar todos los documentos, hacer anotaciones, grabar, etc.).

En cuarto lugar, señala que es conveniente que la *información* que se busque sea aquella que mayor relación tenga y más ayude a descubrir las estructuras significativas que den razón de la conducta de los sujetos en estudio (interacción verbal entre los sujetos y entre éstos y el investigador, conducta no verbal, patrones de acción y no acción, etc.).

Otro aspecto de máxima relevancia es el siguiente: *las tres tareas básicas de recoger datos, categorizar e interpretarlos*, no se realizan en tiempos sucesivos, sino que se entrelazan continuamente. La observación y la interpretación son inseparables, resulta inconcebible que una se obtenga en total aislamiento de la otra. Sin embargo, sí hay una diferencia de grado: al principio de la investigación hay un predominio de la recolección de información, después a medida que se acerca hacia el final, gradualmente el balance cambia hacia la interpretación, con poca recolección de datos y categorización.

Por último, otro criterio que viene a responder a una objeción frecuente: que *el observador* interactúe con el medio observado, y así, afecte la realidad, disminuyendo su apreciación "objetiva". El investigador etnográfico no tiene miedo de ser parte de la situación que estudia, de que su presencia parezca contaminar los datos, ya que considera imposible recoger datos incontaminados; pero trata de tenerlo todo en cuenta, de evaluarlo todo. Él sabe que es uno de los actores de la escena.

Elección de la Muestra

La selección de la muestra en un estudio cualitativo y etnográfico requiere que el investigador especifique con precisión cuál es la población relevante o el fenómeno de investigación, usando criterios que puedan

basarse en consideraciones teóricas o conceptuales, intereses personales, circunstancias situacionales u otra consideración. Normalmente, los fenómenos seleccionados incluyen personas, sus rasgos individuales o respuestas, eventos, documentos, artefactos u otros objetos, segmentos de tiempo, de lugares y de situaciones y, en general, la acumulación de diferentes fuentes de datos que se corroboren y complementen mutuamente.

Como la muestra estudiada incide decisivamente en los resultados que se obtendrán, es importante elegirla cuidadosamente. Toda información será, después, interpretada en el marco de referencia o situación que la generó.

Los tipos de muestra son, básicamente, dos: la muestra estadística o probabilística y la muestra intencionada o basada en criterios. Con éste último tipo de muestra se corresponde la muestra de esta investigación.

En la investigación etnográfica, la muestra estadística se considera inapropiada en los siguientes casos: cuando los grupos no están bien delimitados, cuando no se busca la generalización como objetivo importante, cuando el investigador no tiene acceso a toda la población, entre otros.

En la *muestra intencional* se eligen una serie de criterios que se consideran necesarios o altamente convenientes para tener una unidad de análisis con las mayores ventajas para los fines que persigue la investigación. Por ello, se suelen eliminar los casos atípicos o muy peculiares y calibrar muy bien todo lo que tiene carácter excepcional. Se trata de buscar una muestra que sea comprehensiva y que tenga en cuenta,

a su vez, los casos negativos o desviantes, pero haciendo énfasis en los casos más representativos y paradigmáticos y explotando a los informantes clave. En una palabra, se trata de imitar un buen fotógrafo, que busca los mejores ángulos para capturar la mayor riqueza de la realidad que tiene delante.

Este enfoque no tiene pretensiones de alta generalización de sus conclusiones, sino que, más bien, desea ofrecer resultados y sugerencias para instaurar cambios en una institución, en un grupo o comunidad particular.

Un error frecuente y grave consiste en pretender llegar al conocimiento de estructuras estudiando elementos en muestras aleatorizadas y sometiendo los datos a un tratamiento estadístico, donde los elementos de un individuo quedan mezclados con los datos de los demás.

En consecuencia, para llegar a la identificación de una estructura humana (psíquica o social) más o menos generalizable, debemos localizar primero esa estructura en individuos o situaciones particulares mediante el estudio y la captación de lo que es esencial o universal, lo cual es signo de lo necesario. Lo universal no es aquello que se repite muchas veces, sino lo que pertenece al ser en que se halla por esencia y necesariamente. La captación de esa esencia depende más de la agudeza intelectual que del uso de técnicas.

La generalización será posible porque lo general sólo se da en lo particular. Una estructura individual o universal nunca podrá ser inducida del

estudio de elementos aislados en muchas personas, del mismo modo que no podemos conocer la fisonomía típica de una determinada raza humana estudiando de manera separada los ojos, la boca, la nariz, etc., sin ver nunca su red de relaciones en conjunto. Por ese camino ni siquiera reconoceríamos a nuestro mejor amigo. Es precisamente esa red de relaciones la que hace que un rostro o una raza sean diferentes de los demás.

Los *análisis cualitativos*, por lo general, estudian un individuo o una situación, unos pocos individuos o unas reducidas situaciones. Mientras que el estudio cuantitativo pretende generalizar algún aspecto, aunque sea éste marginal, el cualitativo pretende más bien profundizar en ese mismo aspecto, aunque lo que acontece en este caso concreto no sea fácilmente generalizable a otros casos similares. Su orientación es hacia la sabiduría vertical no hacia la horizontal, y su obsesión es la validez interna más que la validez externa. La tarea de seleccionar muestras representativas pasa, por consiguiente, a ocupar un segundo lugar en la metodología cualitativa y, si bien es cierto que no desaparece del todo, es un trabajo de menor importancia en la mayoría de las ocasiones.

El criterio de confianza que elijamos para garantizar la representatividad de la muestra es la característica que distingue a los diversos tipos de muestra. Estos se dividen en dos grandes familias: las que usan leyes probabilísticas del azar para garantizar la confianza de la muestra, que se llaman probabilísticas, y las que se sirven de algún criterio, que suelen

denominarse intencionales.

El *muestreo intencional* es aquel en el que los sujetos de la muestra no son elegidos siguiendo las leyes del azar (muestreo probabilístico), sino de alguna forma intencional. En él no hay modo de estimar la probabilidad que cada elemento tiene de ser incluido en la muestra ni la seguridad de que cada elemento tiene alguna oportunidad de ser incluido. El investigador selecciona las unidades de muestreo, no al azar ni siguiendo un cálculo o ley de probabilidades, sino por otros métodos. Sus modalidades principales son:

- *Muestreo opinático*: el investigador selecciona los informantes que han de componer la muestra siguiendo un criterio estratégico personal: lo más fácil (para ahorrar tiempo y dinero), los que voluntaria o fortuitamente le salen al encuentro (son los únicos que puede lograr para una entrevista), los que por su conocimiento de la situación o del problema a investigar se le antojan ser los más idóneos y representativos de la población a estudiar, o entran en contacto con el investigador a través de sujetos entrevistados previamente.

- *Muestreo teórico*: es aquel que utiliza para generar teorías en donde el analista colecciona, codifica y analiza datos y decide qué datos coleccionar en adelante y dónde encontrarlos. Más que preocuparse del número correcto o de su selección al azar se preocupa de recoger la información más relevante para el concepto o teoría buscada.

El muestreo utilizado en la investigación cualitativa exige al investigador

que se coloca en la mejor situación que mejor le permita recoger la información relevante para el concepto o teoría buscada. El muestreo se orienta a la selección de aquellas unidades y dimensiones que le garanticen mejor:

- * la cantidad (saturación) y
- * la calidad (riqueza) de la información.

Es decir, el muestreo intencional (opinático y teórico), utilizado para la selección de la muestra en ésta investigación, no obedece a una regla fija, ni especifica de antemano el número de unidades a seleccionar. Acepta en principio que este número deberá ser alterado a lo largo de la investigación de manera que:

- * puedan seleccionarse unidades de muestreo no previstas inicialmente para mejorar la calidad y riqueza de la información, y
- * pueda interrumpirse la selección de más unidades cuando se entienda que se ha llegado a un punto de saturación por la cantidad de información recogida. Esta saturación teórica se alcanza cuando el investigador (que recoge al mismo tiempo que analiza la información) entiende que los nuevos datos comienzan a ser repetitivos y dejan de aportar información novedosa.

Procedimientos e Instrumentos a Utilizar

En el caso de las investigaciones Cualitativas y Etnográficas, sin

despreciar la ayuda que pueden ofrecerle muchos buenos instrumentos, el observador frecuentemente se convierte en su principal instrumento.

Sin embargo, los instrumentos y técnicas mas frecuentes usados por los etnógrafos son:

- ◆ La observación participativa y notas de campo.
- ◆ Entrevistas con informantes clave.
- ◆ Análisis de documentos y artefactos.
- ◆ Cuestionarios abiertos.
- ◆ Escalas individualizadas y de rangos.
- ◆ Técnicas proyectivas.
- ◆ Técnicas de diferencial semántico.

MUESTRA

La población seleccionada como objeto de estudio para esta investigación es el personal no médico del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende", Servicio de Enfermería.

Este universo está constituido por 300 empleados.

En lo que se refiere a su situación laboral podemos decir que el 100 % de este universo pertenece a la planta permanente del hospital, cumpliendo su jornada laboral en los turnos mañana, tarde, tarde-noche, noche y rotativo. Una vez cumplido un tiempo determinado, el personal de enfermería es

rotado desde ese servicio a otro del hospital.

Sus cargos son: Supervisor/a, Jefe/a de Servicio, Enfermero/a y Auxiliar de enfermería. Siendo los Auxiliares de enfermería el mayor porcentaje.

Composición del Sector

Servicio de Enfermería

Cargo

- ◆ Auxiliar de Enfermería
- ◆ Enfermero/a
- ◆ Jefe/a de Enfermería
- ◆ Supervisor/a de Enfermería

Características Generales

El objetivo fundamental de la Enfermería, como una de las profesiones de salud es proporcionar atención de calidad en la materia, para contribuir a elevar el nivel de salud y bienestar de la población en el proceso de desarrollo social. Esta perspectiva le imprime un carácter dinámico y creador que le permite adaptar sus funciones y servicios a las transformaciones, necesidades y demandas de la comunidad.

El Ejercicio de la Enfermería, regulado por la Ley Nacional 24.004,

comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los receptivos títulos habilitantes.

Esta Ley reconoce dos niveles para el ejercicio de la Enfermería:

- a) Profesional: consiste en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia.
- b) Auxiliar: consiste en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de Enfermería planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Uno de los derechos de los profesionales y auxiliares de Enfermería, según este marco regulatorio, es asumir responsabilidades acordes con la capacitación recibida, en las condiciones que determinen la reglamentación. Por lo tanto, constituye una obligación ejercer actividades de la Enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta Ley, así como mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente.

Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la Enfermería delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad. Particularmente les está prohibido actuar bajo relación de dependencia técnica o profesional de quienes solo estén habilitados para ejercer la Enfermería en el nivel auxiliar.

En el artículo 24 de esta Ley se especifica, para el resguardo de la salud

física o psíquica, especiales regímenes de reducción horaria, licencias, jubilación, condiciones de trabajo y/o provisión de elementos de protección, considerándose insalubres las siguientes tareas de Enfermería:

- ◆ las que se realizan en unidades de cuidados intensivos;
- ◆ las que se realizan en unidades neuropsiquiátricas;
- ◆ las que conllevan el riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas;
- ◆ las que se realizan en áreas afectadas por radiaciones;
- ◆ la atención de pacientes oncológicos;
- ◆ las que se realizan en servicios de emergencia.

En Mar del Plata y su zona de influencia los establecimientos asistenciales adolecen, como en el resto del país, de personal de enfermería en cantidad y calidad para cubrir las prestaciones básicas.

En Enfermería hoy más que nunca se hace imprescindible la formación realista y dinámica de enfermeras sobre la base de criterios científicos, modernos, universales y nacionales.

La creciente complejidad de los Servicios de Atención Médica, la ampliación de los servicios producidos por los avances de la ciencia y de la técnica, acentuarán la necesidad de delegar un mayor número de actividades en otros niveles de Personal de Enfermería.

Auxiliar de Enfermería

Descripción de tareas.

Corresponde a los ocupantes de este cargo ejecutar tareas propias de enfermería o colaborar con enfermeros y/o médicos en la atención, curación, tratamiento y prevención de enfermedades. Tomar peso, talla y signos vitales de los pacientes y registrar éstos en los formularios correspondientes. Realizar la higiene y confort personal de los pacientes, curaciones, tratamientos menores; suministrar algunos medicamentos bajo instrucciones precisas. Preparar materiales y equipos. Tomar muestras para exámenes y pruebas de diagnóstico. Ayudar a los enfermeros en la aplicación de técnicas específicas de enfermería. Vigilar la limpieza del sector de trabajo.

Características especiales.

Esfuerzo físico moderado. Trabajar de pie. Expuestos a riesgos por enfermedades contagiosas. Cumplir horarios rotativos, alternados y extraordinarios.

Requisitos.

Instrucción: Primaria completa.

Título: certificado de Auxiliar de Enfermería, expedido por Institución oficial o privada, oficialmente reconocida; requisito éste que podrá suplirse por la aprobación de capacitación que establezca el organismo competente.

Enfermero/a

Descripción de tareas.

Corresponde a los ocupantes de este cargo, proporcionar asistencia directa e indirecta de enfermería para restablecer, rehabilitar, proteger y promover la salud del paciente. Secundar al médico en los procedimientos terapéuticos y de diagnóstico.

Administrar medicamentos por vía oral o parental según prescripción médica. Obtener material para análisis, exámenes especiales, pruebas funcionales, etc., de acuerdo con la indicación médica. Efectuar los registros correspondientes a los controles y tratamientos realizados. Confeccionar el pedido de materiales, elementos y medicamentos necesarios para sus tareas.

Preparar materiales y equipos. Colaborar con el equipo hospitalario en planes de promoción y protección de la salud. Proporcionar educación sanitaria a los pacientes. Realizar toda tarea de enfermería que le sea encomendada de acuerdo las necesidades del servicio en el que se desempeña. Mantener prolijos y limpios todos los equipos elementos del sector de trabajo.

Características especiales.

Trabajar de pie. Expuestos a riesgos por enfermedades contagiosas.

Cumplir horarios rotativos, alternados y extraordinarios.

Requisitos.

Instrucción: Primaria completa.

Título: Diploma de Enfermero o Asistente de Enfermería, expedido por Institución oficial o privada reconocida. Requisitos estos que podrán suplirse por diez (10) años de actividad en la especialidad y aprobación de exámen que determine el organismo competente.

Jefe/a de Enfermería

Descripción de tareas.

Corresponde a los ocupantes de este cargo, organizar, administrar y coordinar las actividades de enfermería en una sala o sector (quirófano, control de esterilización, terapia intensiva, consultorios externos, servicio de urgencia, etc.), o en hospital u otro establecimiento sanitario. Planear y programar las actividades de enfermería en su sector. Asignar, distribuir, dirigir y evaluar las tareas del personal, confeccionar registros, informes, planillas, etc., que correspondan a las actividades de su área. Realizar educación sanitaria. Atender directamente a los pacientes en los casos que por su gravedad o por requerir técnica especializada, exigen una mayor capacitación profesional. Pasar revista a sala con el médico Jefe de Servicio y demás integrantes del equipo, informando las novedades ocurridas durante

el día. Controlar la dotación y utilización de materiales, medicamentos y equipos de trabajo. Intervenir en la capacitación del personal. Manejar controlar los equipos de su servicio.

Características especiales.

Trabajar de pie. Expuestos a riesgos por enfermedades contagiosas. Cumplir horarios rotativos, alternados y extraordinarios.

Requisitos.

Instrucción: Ciclo básico y Curso de especialización de más de dos años.

Título: Diploma de Enfermero, expedido por Institución oficial o privada reconocida.

Conocimientos: Nociones de conducción de personal.

De los 300 empleados que compone el Servicio de Enfermería, 98 constituyeron la muestra seleccionada.

El muestreo utilizado para la selección de los mismos fue *el muestreo Intencional*.

Nuestro criterio estratégico fue administrar el instrumento a no menos de tres enfermeros (Supervisor/a, Jefe/a, enfermero/a, Auxiliar) por cada servicio y en todos los turnos.

El permanecer en el hospital en los diferentes servicios y a toda hora (mañana, tarde, noche, madrugada) no solo nos permitió administrar el



instrumento, sino que además pudimos hacer uso de la mejor herramienta para este tipo de investigación (cualitativa etnográfica): la observación. Adoptar esta actitud exploratoria nos dio la posibilidad de comprender la realidad del personal de enfermería, tal como existe y se presenta en su contexto natural y dentro de su sistema funcional. También nos permitió, a la hora de analizar los datos, crear una imagen realista y fiel de este grupo estudiado.

Poder analizar las acciones ubicándolas en este contexto específico nos permitió resignificarlas, desde la intención que las anima, desde el significado que tienen para ellos, desde su propósito. Es decir, desde la función que desempeñan en la estructura de su personalidad y en el grupo humano del que forman parte.

Una vez administrado el instrumento en todos los servicios y turnos, realizando conjuntamente la recolección y análisis de los datos, determinamos que la información obtenida había llegado a su punto de saturación. Es decir, los datos comenzaban a repetirse y dejaban de aportar información novedosa. Fue en este momento cuando decidimos interrumpir la recolección de datos y comenzamos a dedicarnos exclusivamente a su análisis.

INSTRUMENTO

Las Escalas individualizadas y de rango, son entre otros, uno de los

instrumentos más usados en las investigaciones cualitativas y etnográficas.

Para ésta investigación el instrumento seleccionado es una escala actitudinal que se conoce como la técnica de la suma de calificaciones o *Escalas de Licker*.

Esta técnica permite recopilar y revisar una serie de pronunciamientos que expresan una amplia gama de actitudes sobre una cuestión particular, desde aquellos que están totalmente a favor hasta aquellos que están totalmente en contra. Para cada enunciado, el sujeto marca o subraya una de cinco respuestas posibles: "coincido decididamente", "coincido", "estoy indeciso", "discrepo", "discrepo decididamente". En la escala Licker construida y adaptada para cumplir con los objetivos de esta investigación, las opciones de respuesta para cada ítem son: "totalmente de acuerdo", "medianamente de acuerdo", "ni de acuerdo ni en desacuerdo", "medianamente en desacuerdo", "totalmente en desacuerdo".

Se obtiene un puntaje total para cada sujeto sumando los valores de cada rubro marcado. Las ponderaciones de uno, dos, tres, cuatro, cinco, o de cinco, cuatro, tres, dos, uno, denotan el grado en que la respuesta es favorable o desfavorable. En esta escala se asigna el menor valor a la respuesta desfavorable.

La Escala de Licker es un instrumento de medida que nos permite estudiar la actitud que una persona tiene sobre una cuestión particular.

Una *actitud* es una tendencia o predisposición adquirida y relativamente duradera a evaluar de determinado modo a una persona, suceso o situación

y actuar en consonancia con dicha evaluación. Constituye, pues, una orientación social, o sea, una inclinación subyacente a responder a algo de manera favorable o desfavorable.

Se discernen tres elementos componentes en una actitud:

- El *componente cognitivo*: es el modo en que se percibe un objeto, suceso o situación; los pensamientos, ideas y creencias que un sujeto tiene acerca de algo. En su forma más simple, el elemento cognitivo es una categoría que empleamos para pensar.
- El *componente afectivo*: consiste en los sentimientos o emociones que suscita en un individuo la presentación afectiva de un objeto, suceso o situación, o su representación simbólica. El nivel emocional se diferencia del cognitivo, pero ambos pueden presentarse juntos.
- El *componente conductual*: es la tendencia o disposición a actuar de determinadas maneras con referencia a algún objeto, suceso o situación. La definición pone el acento en la tendencia no en la acción en sí.

Dos han sido las definiciones dominantes dentro del campo de las actitudes: una de tipo conductual, que definía las actitudes como "probabilidad de respuesta" ya sean manifiestas o encubiertas; o como "rejilla perceptiva o cognitiva de la comprensión del mundo", desde perspectivas cognitivas. De todos modos, su conceptualización es totalmente individual, diferenciándose claramente de los conocimientos socialmente compartidos (representaciones sociales).

Los instrumentos de medida (Escala Licker) empleados en el estudio de las actitudes asumen la existencia de representaciones colectivas compartidas por un grupo acerca de un objeto social, difiriendo los sujetos en su posicionamiento evaluativo hacia dicho objeto, lo cual es conceptualizado como actitud. Los sujetos se posicionan a lo largo de un continuo evaluativo, difiriendo en el grado de aceptación o rechazo del objeto actitudinal.

Podemos definir entonces a las actitudes como “las respuestas individuales basadas en representaciones colectivas”. Si bien las actitudes de los miembros de un grupo social acerca de un objeto pueden diferir, ellos comparten creencias similares de dicho objeto, siendo posible la comunicación entre ambos en base a tales representaciones y diferenciando claramente lo que es una actitud y una representación social.

Hoy se tiende a considerar que las actitudes son parte integrante de las representaciones sociales. Estas últimas son analizables en tres dimensiones:

- ◆ *información*: suma de conocimientos sobre un objeto social, ya sea en términos cuanti o cualitativos;
- ◆ *organización* del contenido de las representaciones y,
- ◆ *actitud*: considerada como una dimensión evaluativa, positiva o negativa, hacia un objeto de representación.

Confección y Administración del Instrumento

Para ésta investigación el instrumento seleccionado es una escala actitudinal que se conoce como la técnica de la suma de calificaciones o Escalas de Licker.

El cuestionario construido es anónimo y consta de 20 preguntas de respuesta cerrada y tres de respuesta abierta.

En primer lugar se solicitan datos básicos: datos personales (sexo, edad, estado civil, número de hijos, estudios); función actual que desempeñan en esta organización hospitalaria; situación laboral (horarios, guardias, antigüedad).

Se pide a los encuestados que, para cada enunciado, marque o subraye con una cruz una de cinco respuestas posibles que oscilan entre las opciones: "*Totalmente de Acuerdo*", "*Medianamente de Acuerdo*", "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*", "*Medianamente en Desacuerdo*", "*Totalmente en Desacuerdo*".

Obtuvimos un puntaje total para cada sujeto sumando los valores de cada rubro marcado. Las ponderaciones de uno, dos, tres, cuatro, cinco, o de cinco, cuatro, tres, dos, uno, denotaban el grado en que la respuesta era favorable o desfavorable. Asignando el menor valor a la respuesta desfavorable.

Con los primeros 5 ítems (1 a 5) del cuestionario buscamos indagar las *necesidades formales de capacitación*. En los 5 ítems siguientes (6 a 10)

interrogamos sobre las *representaciones sociales de capacitación*, y en los 10 ítems restantes (11 a 20) sobre las *expectativas de capacitación*.

Incluimos, además, tres preguntas abiertas: con la pregunta A: "*¿Qué considera Usted que es la capacitación?*" buscamos indagar la representación social de capacitación que posee el personal. En la pregunta abierta B: "*¿Qué espera Usted de la capacitación?*" indagamos las expectativas de capacitación del personal. Finalmente, pedimos a los encuestados que mencionaran los principales aspectos de su trabajo en los que consideraban debían ser capacitados, buscando indagar sus necesidades formales.

Para la confección del instrumento tuvimos en cuenta los siguientes criterios:

- ◆ Datos básicos: se indagó sexo, edad, estado civil, hijos, N° de hijos, nivel de estudios, función actual, servicio donde cumple funciones, situación laboral, turno, guardias, N° de guardias, año en que recibió el título, tiempo de desempeño profesional, antigüedad en el hospital, antigüedad en la función actual.

- ◆ Categorías de análisis: Necesidades Formales, Representación Social de la Capacitación y Expectativas de Capacitación.

El cuestionario fue preparado para ser auto-administrable, contando durante la misma administración del mismo con nuestra presencia. Fue

previamente aplicado en un estudio piloto, el cual fue administrado al 10% de la población total.

El análisis estadístico de la información fue realizado con el software estadístico SPSS 10.01.

ANÁLISIS DE LOS DATOS RELEVADOS

Características de la Muestra

Las características sociodemográficas del personal, responden al siguiente patrón: son mayoritariamente mujeres (94,7%), con una media estimada de edad de 42 años; en cuanto al estado civil, encontramos un 57,9% de casados, un 23,2% de solteros y el 13,7% se encuentran divorciados. Según su formación académica 54 sujetos (56,8%) poseen título primario, 24 (25,3%) poseen título secundario mientras que 12 (12,6%) son universitarios, y 5 sujetos (5,3%) poseen un título terciario.

De los 95 sujetos que conformaron la muestra, 82, el mayor porcentaje (86,3%), son Auxiliares de Enfermería; solo 8 (8,4%) son Enfermeros/as profesionales; en la categoría de Supervisor/a encontramos 2 sujetos (2,1%) y 3 (3,2%) poseen la Categoría de Jefe/a de Enfermería.

En lo que se refiere a la situación laboral de los encuestados podemos decir que el 100% pertenece a la planta permanente del hospital, cumpliendo su jornada laboral el 49,5% en el turno mañana, por la tarde un 30,5%, el 3,2% de los sujetos de la muestra desempeña su actividad en el turno tarde-noche y el 12,6% en el turno noche. El turno rotativo se encuentra cubierto por un 4,2% de los sujetos encuestados.

La mayoría de los sujetos (93,7%) no realizan guardias. La antigüedad máxima de permanencia en el hospital hallada en nuestra muestra es de 31

años, la mínima es de 5 meses, mientras que la media es de 10 años, datos que hablarían de una estabilidad laboral muy alta, característica de las instituciones públicas argentinas.

CATEGORÍAS DE ANÁLISIS: ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE ÍTEMS

Necesidades Formales

Los ítems considerados a continuación fueron administrados con el objetivo de indagar "*Necesidades Formales*".

Hemos definido ésta categoría de análisis como "el resultado de la brecha existente entre los comportamientos esperados y los comportamientos reales que impiden, dificultan o atrasan el logro de los objetivos de la organización y son atribuibles al personal".

Un proceso de capacitación y desarrollo, obliga en primer lugar, a diagnosticar, evaluar y actuar en función de cada realidad organizacional. Por ello hablar de capacitación sin tener presente lo atinente a la organización y la administración, significa olvidar que no es un fin en si misma, sino un medio de que se vale la conducción para dar respuestas estructuradas a necesidades de conocimientos, habilidades, destrezas y actitudes. Por lo tanto, el éxito de un programa de capacitación dependerá de la idoneidad con que estas necesidades hayan sido detectadas,

interpretadas y analizadas.

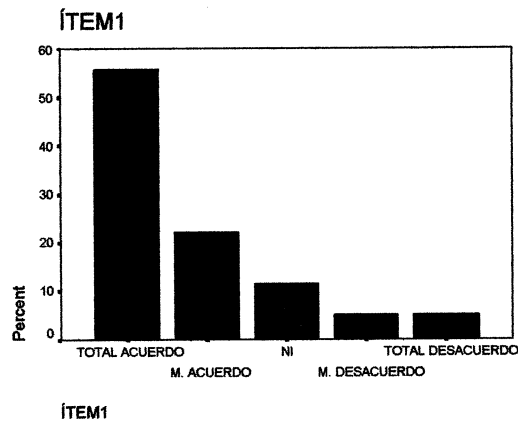
Con este objetivo buscamos cuantificar y priorizar las necesidades formales del personal de enfermería del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende", para que se pudiera así, en un futuro, elaborar planes de acción que satisfagan los requerimientos de capacitación y desarrollo propios de éste contexto hospitalario.

Con este mismo objetivo fue formulada y administrada la pregunta abierta acerca de "*¿Cuáles son los aspectos en que usted cree que debería ser capacitado?*". Formulada de esta manera abrió un espacio donde cada uno de los individuos de la muestra pudo expresar aquello en lo que "necesita", según creen ellos, ser capacitados para el desempeño de su tarea, permitiéndonos detectar realmente las necesidades formales de la muestra considerada. También nos sirvió para testear las respuestas contradictorias a los ítems destinados a indagar dichas Necesidades.

Ítem 1: "Dentro del desempeño de mis tareas hay algunas que no corresponden al cargo que ocupo".

ÍTEM 1: Dentro del desempeño de mis tareas hay algunas que no corresponden al cargo que ocupo.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TOTAL ACUERDO	53	55,8	55,8	55,8
	M. ACUERDO	21	22,1	22,1	77,9
	NI	11	11,6	11,6	89,5
	M. DESACUERDO	5	5,3	5,3	94,7
	TOTAL DESACUERDO	5	5,3	5,3	100,0
	Total	95	100,0	100,0	



La administración e inclusión de este ítem en el instrumento que fue administrado a la muestra seleccionada del personal de enfermería apunta a detectar si estos individuos realizan tareas que no corresponden a la categoría que desempeñan.

Este ítem es el que nos permite detectar con mayor precisión la brecha existente entre los comportamientos reales de la muestra seleccionada (es decir, aquellas tareas que realmente desempeñan en sus puestos), y aquello que se espera que realicen según el puesto que ocupan con relación a la categoría a la que pertenecen.

Las medidas de tendencia central seleccionadas y evaluadas han sido *moda* y *mediana*. En este ítem 1, ambas coinciden con el valor 1, el cual representa en nuestra escala Licker la opción "*Totalmente de Acuerdo*". Esto nos permite hacer el siguiente análisis de los datos obtenidos.

El valor 1 obtenido para la *moda* nos dice que la respuesta que más aparece y se repite en la muestra es "*Totalmente de Acuerdo*", es decir, que

la mayoría de los individuos que conforman la muestra considera que realiza actividades que no corresponden al cargo en que se desempeñan. Esto coincide con la *mediana*, donde también el valor obtenido ha sido 1. Esta medida de tendencia central divide a la distribución de la muestra en partes iguales. Es decir, que el 50% de los individuos de la muestra respondieron estar "*Totalmente de Acuerdo*", mientras que el otro 50% se encuentra repartido entre las restantes opciones de la escala Licker, tal como es posible observar en el gráfico de barras.

Un análisis más detallado de los porcentajes nos muestra que:

- ◆ el 55,8% (53 sujetos) del total de la muestra seleccionada responde estar "*Totalmente de Acuerdo*" con el ítem;
- ◆ el 22,1% (21 sujetos) del total de la muestra responde estar "*Medianamente de Acuerdo*" con el ítem;
- ◆ el 11,6% (11 sujetos) del total de la muestra responde "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*"; y
- ◆ el 10,6% restante se divide en: un 5,3% (5 sujetos) que manifiesta estar "*Medianamente en Desacuerdo*" y el otro 5,3% responde estar "*Totalmente en Desacuerdo*" con el ítem que nos ocupa.

Este primer abordaje de los datos estadísticos nos permite concluir que la mayoría del personal de enfermería que conforma la muestra, considera que realiza tareas que no corresponden a su categoría. Estas otras tareas han

sido incorporadas y aprendidas “empíricamente”, tal como ellos lo definen. Es decir, que el 86% de estos agentes de la salud, carece del conocimiento teórico necesario para fundamentar, saber para qué y por qué hacen lo que hacen en su desempeño cotidiano.

La tabla bivariada de correlaciones establece una correlación entre el ítem 1 y el ítem 12, el cual expresa lo siguiente: “*El hospital ha brindado cursos de capacitación para la tarea que yo desempeño*”. En la medida en que se realizan tareas que no corresponden a la categoría que posee el mayor porcentaje del personal que se desempeña en enfermería, el Hospital debería brindar cursos de capacitación. Con respecto a los resultados obtenidos en este ítem, más del 40% de la muestra ha respondido que están “*Totalmente de Acuerdo*” con que el Hospital les ha brindado cursos de capacitación. Y el resto de la muestra se reparte en las otras opciones de la escala, teniendo un porcentaje importante aquellos que responden estar “*Totalmente en Desacuerdo*” y “*Medianamente de Acuerdo*”.

Por lo tanto, es posible suponer que ha existido y existe cierta falencia por parte de esta organización en cuanto a la realización de cursos de capacitación que permitan un desenvolvimiento adecuado, seguro y responsable por parte del personal de enfermería, en aquellas tareas para las cuales no han recibido una formación que los habilitara desde un título profesional a la realización de las tareas que llevan a cabo en el Hospital.

Por otro lado y en relación con lo planteado hasta el momento, el resultado obtenido en el ítem 13 “*El Hospital brinda la posibilidad de acceder*

a un mejoramiento en el desempeño de la tarea que realizo”, nos muestra que aproximadamente el 30% de los individuos de la muestra ha respondido “*Totalmente en Desacuerdo*”, mientras que un porcentaje algo menor que el anterior, ha respondido estar “*Totalmente de Acuerdo*” con el ítem en cuestión. Es decir, que es posible aproximarnos a la conclusión de que si bien el hospital ha brindado cursos de capacitación, no todo el personal ha tenido la misma posibilidad de acceder a ellos, debido posiblemente a la manera en que han sido programados tales cursos en cuanto a la franja horaria establecida para la realización del mismo y la utilidad de los cursos para las tareas desempeñadas por el personal de enfermería.

Consideramos necesario para el análisis de este ítem 1 y de los resultados obtenidos, la incorporación de una de las variables que hemos dado en llamar “*Categorías*” (Auxiliar de Enfermería; Enfermero/a; Jefe/a de Enfermeros/as; Supervisores/as. La relación entre los datos obtenidos y el análisis de las categorías en la que se desempeña el personal de enfermería, nos aporta un dato sumamente importante e ineludible acerca de la realidad que envuelve a esta organización hospitalaria. Esta realidad nos muestra que un 80% del total de la muestra, posee la categoría de “Auxiliar de Enfermería”, con lo que la mayor parte de los individuos de la muestra realizan tareas que no corresponden a la categoría a la que pertenecen.

De todos los individuos que se desempeñan como “enfermeros” en los diversos servicios del Hospital, sólo 13 personas poseen el título profesional de “enfermera/o”; el resto del personal que se desempeña en dicha tarea

poseen el título de “Auxiliar de enfermería” el cual los habilita para la atención de la higiene del paciente, según nos han informado ellos mismos.

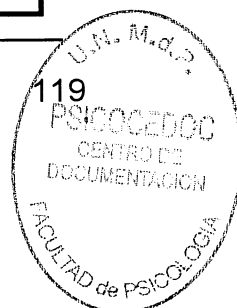
La inclusión de esta variable nos permite aclarar que “la brecha” a la que nos referimos en el análisis de los ítems hace referencia a lo que se espera del personal con título de auxiliar de enfermería (aseo de los pacientes) y lo que ellos realmente realizan en su cargo. Es una realidad del Hospital el hecho de que estas personas son contratadas con el Título de Auxiliar para desempeñarse como “enfermeras/os”. A esto se debe la importante brecha existente entre el comportamiento esperado y el realmente realizado.

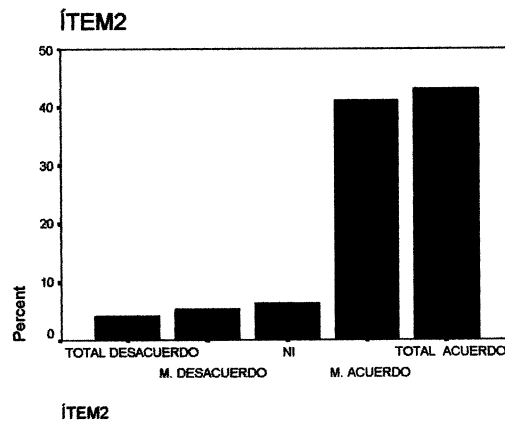
Es debido a esto que será necesaria la implementación de programas de capacitación adecuados a tal fin. Dichos programas deberán entonces tener por objetivo el abordaje indisoluble de los contenidos teóricos y prácticos que permitan la construcción del conocimiento necesario para un adecuado desempeño en el rol de enfermera/o.

Ítem 2: “Dispongo del conocimiento requerido para poder desempeñar mi tarea satisfactoriamente”.

ÍTEM 2: Dispongo del conocimiento requerido para poder desempeñar mi tarea satisfactoriamente.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TOTAL DESACUERDO	4	4,2	4,2	4,2
M. DESACUERDO	5	5,3	5,3	9,5
NI	6	6,3	6,3	15,8
M. ACUERDO	39	41,1	41,1	56,8
TOTAL ACUERDO	41	43,2	43,2	100,0
Total	95	100,0	100,0	





Este ítem apunta a indagar el conocimiento que se espera de acuerdo al rol en que se desempeña y la categoría a la que pertenece el personal de enfermería.

Es claro que los individuos que conforman nuestra muestra han contestado que poseen ese conocimiento; esto se refleja en el alto porcentaje que ha respondido estar "*Medianamente de Acuerdo*" y "*Totalmente de Acuerdo*" con el ítem. Pero en realidad lo que se espera de ellos es aquello que, desde el conocimiento y la práctica, requiere el desempeño del rol de enfermera/o y no el que se espera según la categoría a la que pertenecen, es decir, según aquello para lo que el título de Auxiliar los respalda y habilita.

Por ello, si consideramos a este ítem que ahora nos ocupa aisladamente con respecto a los demás, los datos obtenidos y la lectura del gráfico de barras correspondiente al mismo, nos lleva a concluir que el personal de enfermería posee el conocimiento adecuado para la tarea en que se desempeña. Por lo tanto, y con relación a los resultados del ítem 3 el cual, si

bien presenta mucha más variabilidad en la respuesta que el ítem en consideración, el personal no requeriría ser capacitado en las tareas. A pesar de que la mayoría de estas han sido aprendidos “empíricamente”.

Si incluimos aquí el ítem1, lo analizado anteriormente y aquello que nos ha sido expresado por el personal durante la administración del instrumento, arribamos a una conclusión diferente a aquella que hemos obtenido con el análisis aislado del ítem 2.

Habíamos concluido en el *ítem 1* que el mayor porcentaje del total de la muestra considerado, respondió estar “*Totalmente de Acuerdo*” con el ítem, es decir, que desempeñan tareas que no corresponden al cargo que ocupan ni a la categoría a la que pertenecen.

También el análisis de los datos obtenidos en el *ítem 12* nos había permitido arribar a la hipótesis que el hospital no ha realizado suficientes cursos de capacitación, de modo que hubieran permitido disminuir la brecha entre lo que se espera del cargo que ocupan y aquello que realmente realizan. Tengamos en cuenta que tal como antes lo habíamos expresado, la mayoría de los individuos de la muestra y del total del personal de enfermería, cuenta con el título de “Auxiliar de enfermería”.

Debemos incluir todavía otro ítem para demostrar la falencia en cuanto al conocimiento teórico requerido, y la conciencia de tal falencia. Esto no quiere decir que no dispongan de conocimiento. Lo que sucede es que si el conocimiento del que disponen es práctico, seguramente existan ciertos agujeros en el conocimiento teórico correspondiente al desempeño de sus

tareas. Y también de acuerdo a lo que han expresado en la respuesta a la pregunta abierta acerca de "*¿Cuál o cuáles son los aspectos en los que usted cree que debería ser capacitado?*", en la cual han elaborado largas listas de aspectos en los creen que deberían capacitarse, encontrando también entre ellos la necesidad de un aprendizaje práctico para ciertas tareas. Esto se debe principalmente a la rotación en los diferentes servicios del hospital que hace que el personal de enfermería deba desenvolverse sin capacitación alguna al ingresar a un nuevo servicio.

El ítem entonces que aquí introducimos es el 16: "*Necesito más conocimiento para poder mejorar mi tarea (o rendimiento)*". Los resultados obtenidos en este ítem nos dicen que el 85,3% del total de la muestra ha respondido "*Totalmente de Acuerdo*", con lo cual es posible afirmar que necesitan ser capacitados.

De esta manera podemos decir con respecto al ítem 2, que si bien el personal cuenta con el conocimiento requerido para poder desempeñar su tarea satisfactoriamente, no dispone del conocimiento suficiente, esperado y necesario para el desempeño adecuado de sus funciones como "enfermeras/os" y no como auxiliares de enfermería.

Lo que allí responden es que sí "saben" hacer lo que el cargo requiere, ya que lo han aprendido empíricamente, y teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el ítem 4 "*Cumplo adecuadamente con mi función según lo que el cargo requiere*", podemos concluir que la percepción de los individuos de la muestra es que la tarea, aquello para lo cual han sido empleados, es

realizada según como el cargo en que se desempeñan lo exige. Y esto es así en la medida en que han tenido un aprendizaje desde la práctica de aquello que se espera que realicen. Pero el análisis de los otros ítems considerados nos demuestra la falencia existente en cuanto al conocimiento, más aún si consideramos que no ingresan a la organización con el conocimiento que se requiere del personal de enfermería en “todos” los servicios en que se desempeñan y por los cuales son rotados.

El ítem 2 también nos muestra que el 43,2% (41 sujetos) del total de la muestra ha respondido que está “*Totalmente de Acuerdo*” con el ítem, sin embargo un 41,1% (39 individuos) ha respondido que está “*Medianamente de Acuerdo*”; es decir, que consideran que existen ciertas falencias en cuanto al conocimiento que el rol que desempeñan requiere para el cumplimiento adecuado del mismo, lo cual implica no sólo saber hacer, sino también saber por qué y para qué, tal como antes lo expresáramos.

De este modo, el análisis de este ítem 2 nos permite asegurar que un gran porcentaje del personal de enfermería “necesita” ser capacitado, en la medida en que ingresan al hospital con el título de “Auxiliar de Enfermería”. Pero es entonces cuando se instala la brecha entre lo que se espera y lo que realmente hacen. Lo que se espera en realidad es que se desempeñan en tareas que hacen al rol de enfermera/o y no de Auxiliar, de modo que hay desde el inicio una brecha que se intentará cerrar a través del aprendizaje empírico. Aprendizaje que será nuevamente iniciado siempre que el personal ingrese a un nuevo servicio, debido a la especificidad que requiere cada uno

de ellos.

Así vemos que es coherente que los individuos que conforman la muestra respondan en el ítem 4 que "*Cumplen adecuadamente con su función según lo que el cargo requiere*", ya que ha sido aprendido en la práctica y el ejercicio de su rol. La percepción de su propio desempeño es que éste es adecuado a lo que el cargo requiere y esto es una realidad. Otro aspecto de esta realidad también es que no están adecuadamente formados desde el indisoluble todo que conforman la teoría y la práctica en toda profesión. Por ello es que en las preguntas abiertas ellos expresan que esperan poder "fundamentar" su tarea con el conocimiento que pudieran brindarles los programas de capacitación

La tabla bivariada nos muestra también una alta correlación entre el ítem 2 y el ítem 6 el cual expresa la siguiente afirmación: "*Poseo la información adecuada acerca de lo que significa 'Capacitación'*".

Los resultados de las medidas de tendencia central coinciden, tanto la *mediana* como la *media*, con el valor 5, el cual para este ítem corresponde a la opción "*Totalmente de Acuerdo*".

- ◆ El porcentaje de individuos que ha respondido la opción "*Totalmente de Acuerdo*" es el 57,9%; mientras que

- ◆ un 27,4% del total de la muestra responde estar "*Medianamente de Acuerdo*";

- ◆ el 2,1% "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*"; y
- ◆ un 12,6% responde estar "*Totalmente en Desacuerdo*" con el ítem, es decir, que estos aseguran no saber qué es la capacitación.

Si bien un importante número de individuos de la muestra considera que sabe qué es la capacitación y otros consideran tener cierto conocimiento acerca de la misma, los resultados obtenidos en la pregunta abierta "*¿Qué es la Capacitación?*", evidencian cierto desajuste en la definición de la misma, de acuerdo a la definición de la Capacitación que hemos desarrollado en el Contexto Conceptual de esta investigación.

Entonces, si los individuos de la muestra respondieron en el ítem 2 que disponían del conocimiento requerido para poder desempeñar las tareas satisfactoriamente, la tabla de correlaciones nos dice que esta es alta para estos dos ítem, el dos y el seis. Y de hecho los resultados del ítem 6 tomados aisladamente nos conducirían a concluir que sí saben lo que es la capacitación. Por lo tanto, como tienen conocimiento acerca de lo que es la capacitación, saben que es necesario recurrir a ella para adquirir el conocimiento requerido para desempeñarse satisfactoriamente de acuerdo a lo que de ellos espera la organización.

Pero el análisis realizado hasta el momento del ítem 2, nos muestra que la realidad es que existe la "necesidad" de capacitación para poder lograr un desempeño seguro y fundamentado desde la teoría, ya que sólo poseen un conocimiento empírico que tampoco es suficiente según nos muestran los

resultados del ítem 3.

Y el análisis del ítem 6 en relación con la pregunta abierta que hemos mencionado, acerca de lo que es “capacitación”, nos da cuenta de que la representación de capacitación que el personal de enfermería se ha construido en el contexto de esta organización hospitalaria genera ciertas dificultades para pensar para qué sirve la misma.

Por ello consideramos que si bien existen falencias a nivel del conocimiento tanto teórico como práctico, la representación de capacitación que poseen no les permite pensarla como el instrumento o medio para acceder a ese conocimiento que posibilite un adecuado desempeño.

Por lo tanto, la disminución de la brecha entre lo que se espera y lo que realmente realizan, es sólo superficial ya que está basado sólo en un conocimiento práctico, que en muchos casos también parece ser insuficiente, tal como ya lo hemos expresado anteriormente.

Ítem 3: “No dispongo de Conocimiento técnico para seguir siendo competitivo”.

Este ítem está dirigido a indagar la percepción en cuanto a la disponibilidad de conocimiento práctico del personal muestreado.

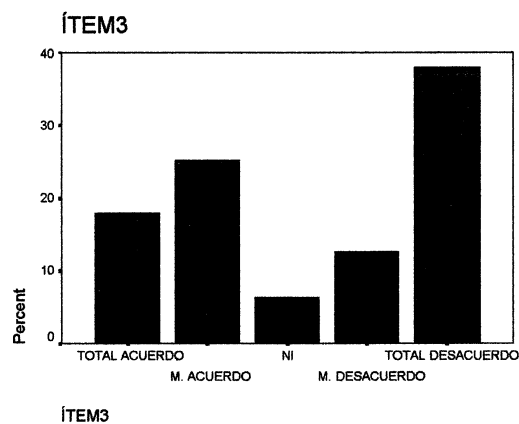
El conocimiento técnico es aquél adquirido a través de la práctica, que permite al profesional el enriquecimiento de su accionar diario por medio de la experiencia en el desempeño de su rol.

Los datos estadísticos obtenidos para el ítem en consideración nos dicen

que para la medida de tendencia central que es la *moda*, el valor obtenido es el 5, es decir, que la respuesta que más se repite en la muestra es "*Totalmente en Desacuerdo*". Esto quiere decir que un 37,9 %, equivalente a 36 individuos del total de 95 que conforman la muestra, han respondido que disponen del conocimiento técnico para seguir siendo competitivo.

ÍTEM 3: No dispongo de conocimiento técnico para seguir siendo competitivo.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TOTAL ACUERDO	17	17,9	17,9	17,9
	M. ACUERDO	24	25,3	25,3	43,2
	NI	6	6,3	6,3	49,5
	M. DESACUERDO	12	12,6	12,6	62,1
	TOTAL DESACUERDO	36	37,9	37,9	100,0
	Total	95	100,0	100,0	



Pero para la otra medida de tendencia central, la *mediana*, que como ya lo expresáramos anteriormente divide a la muestra en partes iguales, el valor obtenido ha sido 4, es decir, "*Medianamente en Desacuerdo*", lo cual equivale al 12,6 % de la muestra. Ahora bien, el análisis más detallado de los datos estadísticos nos muestra los siguientes resultados obtenidos en las

restantes opciones de la escala Licker:

- ◆ un 17,9% (equivalente a 17 individuos de la muestra) respondieron estar "*Totalmente de Acuerdo*" conque no disponen de tal conocimiento práctico para el desempeño adecuado de sus tareas;
- ◆ el 25,3% (24 sujetos del total de la muestra) respondió estar "*Medianamente de Acuerdo*" con el ítem 3; y
- ◆ un 6,3% (6 individuos del total de la muestra) respondió estar "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*" con el ítem en consideración.

Esto nos permite hacer la siguiente observación: como dijimos anteriormente el valor obtenido para la *mediana* era 4, correspondiente a la opción "*Medianamente en Desacuerdo*" con relación al ítem. Esto quiere decir, que el 50% de la muestra se distribuye entre la opción "*Medianamente en Desacuerdo*" y "*Totalmente en Desacuerdo*"; mientras que el otro 50% de la muestra se distribuye entre las respuestas "*Medianamente en Desacuerdo*", "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*", "*Medianamente de Acuerdo*" y "*Totalmente de Acuerdo*". Este análisis así detallado de los datos nos conduce a la siguiente conclusión.

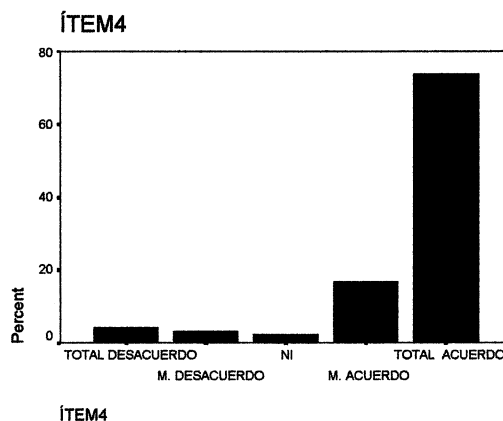
Dentro del primer 50% de los individuos arriba mencionado, existe un porcentaje importante, en lo que hace al total de la muestra, que responde estar "*Medianamente en Desacuerdo*", y teniendo en cuenta la distribución de las respuestas del segundo 50% de la muestra arriba descrito, podemos

decir que una importante cantidad de individuos que se desempeñan en enfermería consideran que no poseen conocimiento técnico suficiente para la labor que realizan. Es decir que existe en estos agentes de la salud, la percepción de la falencia de conocimiento técnico que les permita seguir creciendo y perfeccionándose en la tarea en que se desempeñan.

Echemos ahora una mirada a los resultados obtenidos en el *ítem 4*, el cual dice: “*Cumplo adecuadamente con mi función según lo que el cargo requiere*”. En este ítem nos encontramos con que el 73,7% de la muestra (equivalente a 70 individuos del total de 95 que la conforman) ha respondido estar “*Totalmente de Acuerdo*” con lo que el ítem planteaba. Es decir que la gran mayoría de los individuos consideran que cumplen adecuadamente con la función que les exige el cargo que ocupan. Tengamos en cuenta que la interpretación de la palabra “cargo” en ítem correspondió al cargo de “enfermeras/os” y no al de “Auxiliares”.

ÍTEM 4: Cumplo adecuadamente con mi función, según lo que el cargo requiere.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TOTAL DESACUERDO	4	4,2	4,2	4,2
M. DESACUERDO	3	3,2	3,2	7,4
NI	2	2,1	2,1	9,5
M. ACUERDO	16	16,8	16,8	26,3
TOTAL ACUERDO	70	73,7	73,7	100,0
Total	95	100,0	100,0	



Tal como antes lo expresáramos en el análisis del *ítem 2 "Dispongo del Conocimiento requerido para poder desempeñar mi tarea satisfactoriamente"*, la percepción de estos sujetos es que la tarea la realizan efectivamente de acuerdo a las exigencias del cargo. Y esto seguramente es así, en la medida en que han tenido un aprendizaje desde la práctica de aquello que se espera que realicen. Pero consideremos que éste se trata sólo de un aprendizaje práctico, empírico, sin estar fundamentado en la teoría y por lo tanto es un hacer sin saber por qué y para qué, aspectos del conocimiento necesarios para una práctica consciente y responsable.

Sin embargo, al revisar la pregunta abierta "C" que dice: "*Mencione los principales aspectos de su trabajo en los que Usted considera debe ser capacitado*", son numerosas las tareas prácticas en las que requieren ser capacitados.

Esto quiere decir que si bien en el servicio en que se desempeñan aprenden aquello que ese servicio requiere de sus funciones, se trata de un

conocimiento práctico proporcionado por la experiencia en el transcurrir del tiempo en tal sector.

La rotación por los diferentes servicios enfrenta siempre a estos agentes a un nuevo desafío, a un nuevo período de aprendizaje exclusivamente práctico, pero que finalmente logran construir y desempeñarse “satisfactoriamente” según lo que el cargo requiere.

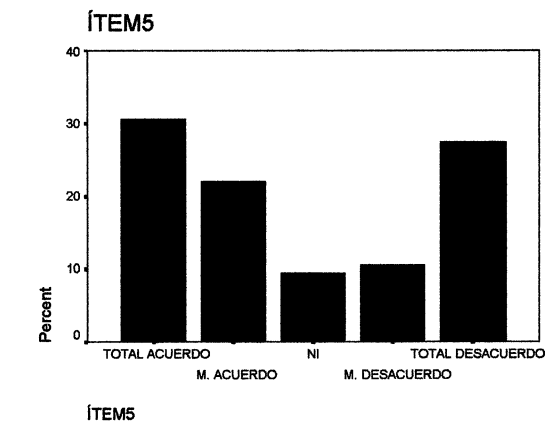
Finalmente podemos entender así la gran variabilidad de las respuestas dadas al ítem 3 y los resultados obtenidos en el ítem 4.

Ahora analicemos frente a los resultados obtenidos en el ítem 3, aquellos ítems que nos permiten evaluar la actitud de estos individuos tendientes a disminuir la brecha existente entre lo real y lo esperado.

La tabla bivariada nos muestra una correlación entre el ítem 3 y el *ítem 5* que dice: “*No tengo tiempo para capacitarme*”.

ÍTEM 5: No tengo tiempo para capacitarme.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TOTAL ACUERDO	29	30,5	30,5	30,5
M. ACUERDO	21	22,1	22,1	52,6
NI	9	9,5	9,5	62,1
M. DESACUERDO	10	10,5	10,5	72,6
TOTAL DESACUERDO	26	27,4	27,4	100,0
Total	95	100,0	100,0	



Los resultados estadísticos nos muestran lo siguiente:

El valor obtenido para la *moda* es 1, es decir, "*Totalmente de Acuerdo*"; mientras que para la otra medida de tendencia central, la *mediana*, el valor obtenido es 2, equivalente a la opción "*Medianamente de Acuerdo*", de la escala Licker.

Un análisis más detallado en porcentajes nos dice que:

- ◆ el 30,5% de la muestra (29 individuos del total de 95 que conforman la muestra) respondieron "*Totalmente de Acuerdo*" con que no disponen de tiempo para capacitarse;

- ◆ el 22,1% (equivalente a 21 individuos del total de la muestra) respondió "*Medianamente de Acuerdo*";

- ◆ el 9,5% (equivalente a 9 individuos) respondió estar "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*";

- ◆ el 10,5% (10 individuos) respondió estar "*Medianamente en Desacuerdo*" con el ítem; y por último

◆ el 27,4% (26 sujetos del total de la muestra) respondió estar “*Totalmente en Desacuerdo*”.

La *mediana* nos permite observar que un 50% de la muestra ha respondido estar “*Medianamente de Acuerdo*” y “*Totalmente de Acuerdo*” con el ítem, mientras que el otro 50% se reparte entre las restantes opciones de la escala, además de la opción “*Medianamente de Acuerdo*”.

Por lo tanto, podemos decir que gran parte de los individuos de la muestra se encuentra predispuesto a la realización de cursos de capacitación. Es posible elaborar a partir de los datos obtenidos, la hipótesis de que los individuos que han respondido que no tienen tiempo para capacitarse, dan por supuesto que tales programas de capacitación se realizarán fuera del horario de trabajo diario. Pensamiento éste que seguramente está basado en la experiencia previa en este tema de capacitación, tal como lo ha venido haciendo esta organización hospitalaria hasta el momento.

Por ello, la elaboración de los programas de capacitación deberá tener en consideración la variable “horario” de realización del mismo llegando así a la construcción de un encuadre adaptado y determinado por las variables de aquellos a los que la organización se ve en la necesidad de capacitar.

Si tomamos por un momento en consideración los datos obtenidos en *ítem 11 “Me comprometería a realizar un curso de capacitación”* observamos

que para ambas medidas de tendencia central el valor obtenido es 5, es decir *"Totalmente de Acuerdo"*.

Los resultados obtenidos en este ítem corroboran nuestra hipótesis anteriormente elaborada, y nos permite plantear que la organización debería tener en cuenta, que la capacitación es el medio que "ella" emplea y de la cual dispone para su adaptación constante al medio cambiante. Es decir, que es algo que ella necesita; el beneficio es para la organización en primer lugar y luego permite además, el crecimiento personal de aquellos destinatarios de la misma.

Entonces, frente al interés que muestra el personal de enfermería en cuanto a su capacitación, es necesario que el hospital, en la medida en que considere realmente qué es la capacitación y por qué poner en marcha programas destinados a los diferentes sectores, sepa que es necesario que éstos se adapten al personal que será capacitado, y considerar que si es un beneficio para la organización, entonces es ésta quien deberá reorganizar sus tiempos y recursos para que sus recursos humanos sean capacitados.

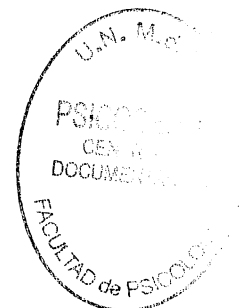
- A continuación detallaremos el listado de las "Necesidades Formales" formulado por el personal de Enfermería de los distintos Servicios, en respuesta a la pregunta abierta "C": *"Mencione los principales aspectos de su trabajo en los que Usted considera que debe ser capacitado"*.

Unidad de Terapia Intensiva:

- ✓ Trato humano
- ✓ Atención del paciente para su mejor recuperación
- ✓ Manejo de A.R.M. y monitores
- ✓ Cómo es la manera correcta de realizar mi trabajo y tener fundamentos de por qué lo realizo de ese modo.
- ✓ Hemodiálisis
- ✓ Trabajo en equipo
- ✓ Manejo de respiradores; valores de gases arteriales.
- ✓ Técnicas y prácticas de afección y conocimientos en cardiología.
- ✓ Diagnóstico de pacientes.
- ✓ Capacitación en patologías para un mejor cuidado del paciente.
- ✓ Farmacología.
- ✓ Medicación: acción y efectos colaterales.
- ✓ Capacitación en manejo de pacientes terminales.
- ✓ Diluir (ATB).
- ✓ Asistencia a pacientes post-operatorios (cuándo rotarlos para que no se les formen úlceras).
- ✓ Manejo de medicación en una urgencia.
- ✓ Cómo entubar a un paciente hasta que llegue el profesional.

Nefrología:

- ✓ Saber leer valores de análisis en teoría y práctica.



- ✓ Administrativo.
- ✓ Capacitación en el servicio específico.
- ✓ Trabajo en la comunicación.

Salud Mental:

- ✓ Asesoramiento y conocimiento en síntomas y signos de las distintas patologías.
- ✓ Conocimientos básicos en Psicología y Farmacología permitiendo así un mayor y mejor entendimiento y comprensión de los pacientes.
- ✓ Capacitación en tareas administrativas.
- ✓ Capacitación general respecto de la organización del Servicio y tareas específicas.
- ✓ Trabajo en la recuperación de los pacientes (darles ocupaciones, tareas, etc.).

Clínica Médica:

- ✓ Seguimiento patológico y quirúrgico del paciente en técnicas o procesos relacionados con laboratorio.
- ✓ Uso de la medicación.
- ✓ Trato con pacientes y familiares (calidad humana): estrategias de contención.
- ✓ Aspectos técnicos.
- ✓ Curaciones.

- ✓ Trato de pacientes B.S.M.
- ✓ Tratamiento de broncología.
- ✓ Conocimientos generales en Hematología.
- ✓ Realizar hemocultivos.
- ✓ Extracción de sangre arterial.
- ✓ Capacitación en tareas tabú para el personal auxiliar de enfermería.
- ✓ Conocimientos generales en Clínica Médica.
- ✓ Administración.
- ✓ Conocimientos teóricos específicos del servicio para poder fundamentar la tarea.
- ✓ Hábil manejo de las emergencias y los equipos que se emplean en esas situaciones.
- ✓ Capacitación específica en los distintos servicios.
- ✓ Oncología.
- ✓ Infectología.
- ✓ Medicación en diabetes e insuficiencia cardíaca.
- ✓ Manejo de pacientes psiquiátricos.
- ✓ Conocimientos generales de patologías.
- ✓ Manejo del "carro de paro".
- ✓ Preparado de materiales de quirófano.

Cirugía y Trauma:

- ✓ Conocimientos generales del servicio.

- ✓ Cómo resolver faltantes (medicación).
- ✓ H.T.A.
- ✓ Diabetes y manejo de pacientes con dicha patología. Conocimientos en todo tipo de insulina.
- ✓ Asistir pacientes con paro respiratorio y cardio-respiratorio.
- ✓ Sobre el recién nacido y sus defensas.
- ✓ Patologías específicas del servicio.

Ginecología:

Los enfermeros de este Servicio no respondieron a la pregunta abierta C.

Cuidados Intermedios:

- ✓ Conocimientos generales del servicio.
- ✓ “- Me gustaría ser capacitada para poder trabajar más segura con pacientes H.I.V. y pacientes psiquiátricos porque les tengo un poco de miedo -“.
- ✓ Nuevas técnicas de trabajo.
- ✓ Estrategias para el seguimiento de pacientes.
- ✓ Mejoramiento de las relaciones humanas dentro del equipo interdisciplinario.
- ✓ Capacitación específica de los distintos Servicios.

Central de Materiales:

- ✓ En algunas tareas que debo realizar pero que no corresponden a mi servicio.
- ✓ Capacitación en tipos de bacilos resistentes y cuál es el método más efectivo de esterilización.
- ✓ Dado el área de esterilización y central de materiales, se debe tener en cuenta el aspecto técnico (aparatoología). Sería útil un curso de inglés técnico, ya que muchos elementos vienen con catálogo en inglés. También la asignación de tareas es fundamental. Desde Dirección se debe implementar el horario y lugar donde realizar dichos cursos.

Unidad Coronaria:

- ✓ Capacitación básica sobre cirugía cardíaca.
- ✓ Capacitación en el manejo de la tecnología específica: balón de contrapulsación, bombas infresoras, respiradores, monitoreos, lectura de E.C.G., gasometría, etc.
- ✓ Conocimientos básicos en farmacología, dosificación de medicamentos.
- ✓ Capacitación en los tres niveles de atención en salud, primario principalmente.
- ✓ Capacitación general de los distintos servicios.
- ✓ Trabajo con pacientes diabéticos.

Emergencias:

- ✓ Capacitación en aparatología.
- ✓ Capacitación específica del servicio.
- ✓ Capacitación en lo legal.
- ✓ “- Que seamos más escuchados –”.

Consultorios Externos:

- ✓ Capacitación en tareas administrativas.
- ✓ Capacitación general en los distintos servicios.
- ✓ “- Capacitarnos en la parte humana, porque es como que se deshumaniza –”.
- ✓ Capacitación específica según la especialidad del consultorio externo: tórax, gastro, procto, neumonología, escaras (cuidados, prevención), quemados (cuidados, cura, tipos de quemaduras), úlceras arteriales y venosas, alergias, endocrinología.
- ✓ Capacitación en tratamiento y prevención.
- ✓ Capacitación técnica general.
- ✓ Capacitación en aparatología.

Representación de Capacitación

Los ítems a analizar corresponden a la categoría de análisis "representación de capacitación".

Las representaciones sociales hacen referencia a las estructuras categoriales de conocimiento que se utilizan socialmente en la comunicación y que se integran con formas de acción social. Estas categorías de conocimiento, generadas por el procesamiento social, grupal de la información en un contexto dado, están orientadas directamente a explicar, justificar y orientar la acción.

Es por ello que frente a la demanda explícita que motivó la realización de esta investigación, que consistió en indagar las expectativas de capacitación del personal no médico del Hospital, nos vimos en la necesidad de indagar la representación que estos agentes de la salud se han formado acerca de la capacitación. La necesidad está dada por el hecho de que la representación nos permite, tal como lo hemos definido anteriormente, explicar, justificar y orientar la acción de estos trabajadores de la salud en relación a los programas de capacitación posibles de ser implementados en un futuro muy próximo en esta organización.

Nos sería imposible poder dar cuenta de ciertas respuestas a determinados ítems si no tuviéramos en cuenta qué es para ellos la capacitación y cuál es su finalidad, tal como sucede con los ítems destinados a indagar las expectativas de capacitación.

Si bien la categoría "expectativas" será analizada en profundidad posteriormente al análisis de la categoría de "representaciones", es necesario tener en cuenta qué es lo que entendemos por expectativas, ya que éstas dependerán de la representación de la capacitación que posee el personal destinatario de los programas de capacitación.

En el marco de la psicología laboral una de las definiciones posibles podemos encontrarla en los términos de lo que Schein llama "el Contrato Psicológico" suscrito entre el individuo y la organización. La noción de Contrato psicológico implica la existencia de un conjunto de expectativas no escritas en parte alguna, que operan a toda hora entre cualquier miembro y otros miembros y dirigentes de la organización.

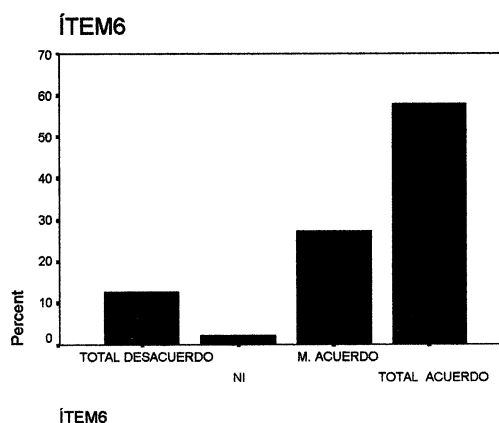
Entre las expectativas que tienen los sujetos que desempeñan sus funciones en la organización se encuentran las expectativas de formación. Estas se hallan determinadas, entre otros factores, por la representación de capacitación que estos sujetos se han formado en el contexto de esta organización, contexto que a su vez está determinado, entre otras, por las expectativas de formación y desarrollo que esta organización tiene para sus integrantes.

El ítem 6: "*Poseo la información adecuada acerca de lo que significa capacitación*" es uno de los ítems incluidos en el instrumento con el objetivo de indagar la categoría de análisis "representación de la capacitación". Es decir, que a través de estos ítems indagaremos qué se entiende por

"capacitación" ya que de ello dependerán las expectativas del personal de enfermería acerca de los programas que puedan implementarse.

ÍTEM 6: Poseo la información adecuada acerca de lo que significa Capacitación.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TOTAL DESACUERDO	12	12,6	12,6	12,6
NI	2	2,1	2,1	14,7
M. ACUERDO	26	27,4	27,4	42,1
TOTAL ACUERDO	55	57,9	57,9	100,0
Total	95	100,0	100,0	



Como explicábamos en la introducción al análisis de esta categoría, las representaciones son estructuras categoriales de conocimiento generadas por un procesamiento de la información en un contexto dado. En este caso exploraremos de qué manera el hospital como organización (contexto) ha contribuido a que el personal que allí se desempeña construya una determinada representación de capacitación, lo que nos permitirá entender también la actitud actual de los mismos frente a cursos y seminarios destinados especialmente al personal de enfermería y prever cuál será la actitud frente a futuros programas de capacitación, considerando que es esta

- el 9,5% de la muestra la define de esta manera: "capacitación es formarse";
- para el 7,4% es: "actualizarse";
- para el 3,2% es: "reafirmar el conocimiento"; y
- para el 2,1% significa: "un medio para su permanente adaptación y cambio".

En el marco de la Psicología Laboral entendemos que la "capacitación" es el medio del que se valen las estructuras para su permanente adaptación y crecimiento, un instrumento de cambio hacia un mejor hacer. Capacitar es hacer a un trabajador apto, habilitado para alguna cosa. Hacer diestro, enseñar, guiar, instruir y encaminar al trabajador en su creatividad y preparar al mismo para ocupar una vacante o puesto de nueva creación. Capacitar ahorra recursos materiales y humanos, ya que optimiza labores y funciones.

Considerando esta definición y los resultados obtenidos en la pregunta abierta A, es posible pensar que será necesario reconstruir la representación de capacitación en estos agentes de la salud, ya que es la representación la que explica, justifica y orienta la acción.

Por lo tanto, si tenemos por objetivo llevar a cabo un programa de capacitación será necesario realizar un trabajo de reconstrucción de la representación de la misma, ya que de no trabajar esto previamente, no obtendremos la respuesta esperada por parte de los destinatarios de los programas, siendo que el 75,9% de la muestra no tendrá la actitud esperada

frente a ellos, actitud consecuente con su representación de capacitación (aprendizaje, formación, actualización, reafirmación del conocimiento).

En el análisis del ítem 2: "*Dispongo del conocimiento requerido para poder desempeñar mi tarea satisfactoriamente*", habíamos arribado a la conclusión que el personal de enfermería presentaba agujeros en el conocimiento teórico y también práctico, ya que el mayor porcentaje de ellos posee el título de "Auxiliar de enfermería" y adquieren entonces un conocimiento empírico, práctico, de la tarea de enfermeros, pero no teórico.

Habíamos vinculado también el análisis de este ítem 2 con el ítem 16: "*Necesito más conocimiento para poder mejorar mi tarea (o rendimiento)*". El 85,3% de la muestra respondió estar "*Totalmente de Acuerdo*" con el ítem.

Existe entonces conciencia respecto de los agujeros en el conocimiento ya que el aprendizaje de las tareas que requiere el puesto es práctico, exclusivamente empírico. Este aprendizaje es el medio por el cual se intenta cerrar la brecha entre lo que el cargo de Auxiliar requiere y lo que realmente se espera de ellos.

Si pensamos entonces en las diferentes representaciones de "capacitación" que describimos anteriormente, observamos que el mayor porcentaje de la muestra ha respondido que consiste en "aprender". Esto responde a la experiencia vivida en el hospital. Al ingresar a él, éste provee a los auxiliares de enfermería de un período de "aprendizaje" empírico de la tarea de enfermero. Este período se reinicia cada vez que el personal es designado a realizar sus funciones en un nuevo servicio, ya que cada uno de

éstos posee su propia especificidad. De este modo entendemos por qué "capacitación" para el personal de enfermería consiste en "aprender" aquello que no se sabe, aprender (empíricamente) el rol de enfermero/a.

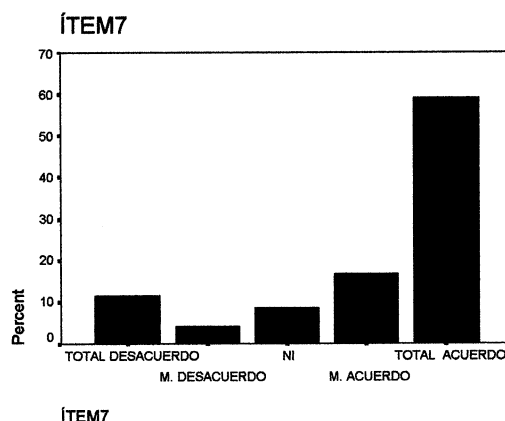
Este es, posiblemente, el factor más importante que ha contribuido a la formación de la representación que posee la mayor parte de la muestra.

Considerando entonces que es de esta manera como el hospital en tanto contexto determina la construcción de la representación de capacitación, es importante preguntarnos las posibilidades que, en estas condiciones, existen para que estas personas se acerquen a los programas de capacitación.

También indagamos a través del instrumento el conocimiento de la finalidad de un programa de capacitación. El ítem 7 planteaba la siguiente afirmación: "*Conozco la finalidad de un programa de capacitación*". Para este ítem las dos medidas de tendencia central, *moda* y *mediana*, coinciden en la opción 5 de nuestra escala Licker, que representa a la respuesta "*Totalmente de Acuerdo*".

ÍTEM 7: Poseo la información adecuada acerca de lo que significa Capacitación.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TOTAL DESACUERDO	11	11,6	11,6	11,6
M. DESACUERDO	4	4,2	4,2	15,8
NI	8	8,4	8,4	24,2
M. ACUERDO	16	16,8	16,8	41,1
TOTAL ACUERDO	56	58,9	58,9	100,0
Total	95	100,0	100,0	

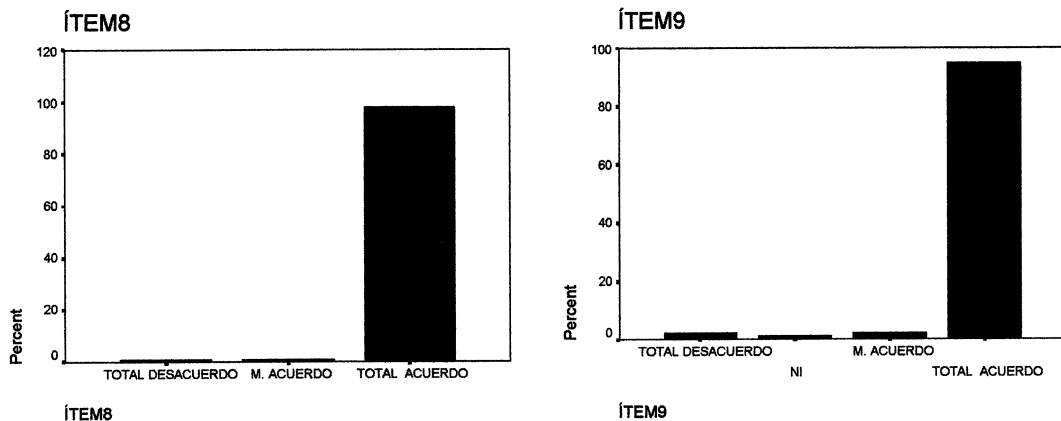


La distribución de las respuestas es la siguiente:

- el 57,9 % (55 individuos) respondieron estar "*Totalmente de Acuerdo*" con el ítem;
- el 27,4% (26 individuos) respondieron estar "*Medianamente de Acuerdo*";
- el 2,1% (2 individuos) respondieron estar "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*"; y
- el 12,6% (12 individuos) respondieron estar "*Totalmente en Desacuerdo*".

La finalidad de los programas de capacitación forma parte de la representación de capacitación que se posee. Es por ello que la distribución de las respuestas al ítem 7 es exactamente igual a la distribución obtenida para el ítem 6.

Es coherente entonces, que poco más de la mitad de la muestra haya respondido saber cuál es la finalidad de un programa de capacitación. Pero



La forma en que fueron planteadas las afirmaciones para ambos ítems no nos permitió obtener variabilidad en las respuestas. Por lo que casi la totalidad de la muestra respondió estar totalmente de acuerdo, algo que se suponía, se esperaba que respondieran.

Pero para poder pensar que la capacitación favorece el crecimiento personal así como el trabajo en equipo, es necesario saber qué es la capacitación, cuál es la finalidad de la misma y quién se beneficia con ella.

Respecto del ítem 8, la tabla bivariada nos arroja una correlación de este ítem con el *ítem 4* anteriormente analizado: "*Cumplo adecuadamente con mi función según lo que el cargo requiere*". Habíamos arribado a la conclusión que estas personas, habiendo respondido en su mayoría que estaban "*Totalmente de Acuerdo*" con lo que el ítem les planteaba, cumplen con su función desempeñándose en el "cargo" no de Auxiliar de enfermería sino de "Enfermero/ra"; y es adecuado su desempeño ya que al ingresar comienza el aprendizaje de las funciones de "enfermero/ra", aprendizaje que solo consiste en la práctica no en una preparación completa donde la práctica es

la aplicación de la teoría. Sin embargo, habíamos dicho también, estas personas habían señalado la necesidad de capacitarse en diferentes y numerosos aspectos teóricos y también prácticos, aspectos enumerados en respuesta a la pregunta abierta "C": "*Mencione los principales aspectos de su trabajo en los que Usted considera debe ser capacitado*", que tenía por objetivo indagar las necesidades formales del personal.

Entonces, más del 90% de la muestra considera que la capacitación favorece el crecimiento personal y el trabajo en equipo, lo que permitirá desempeñarse en función de lo que el cargo requiere. Pero es importante considerar que las diversas representaciones de "capacitación" que describimos anteriormente no agotan, ninguna de ellas, la definición de capacitación. En todo caso, esta contiene alguna de aquellas definiciones elaboradas por el personal.

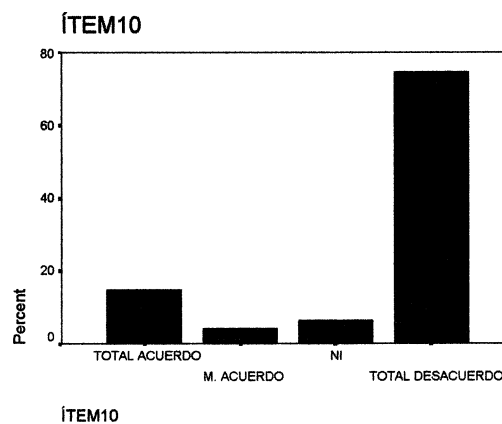
Posiblemente exista el conocimiento que la capacitación favorece el crecimiento personal y el trabajo en equipo, pero al no poseer una adecuada representación de la misma que permita entender también la finalidad de los programas de capacitación así como el beneficio que la misma genera, debe presentar dificultades el pensar por qué y cómo, de qué manera favorece el crecimiento personal y el trabajo en equipo y por qué esto va a enriquecer el desempeño en el puesto.

La tabla bivariada establece una correlación alta entre los ítems 8 y 11. En respuesta al ítem 11: "*Me comprometería a realizar un curso de capacitación*", que será analizado también más adelante, la mayor parte de

- el 4,2% (4 individuos) respondieron: "*Medianamente de Acuerdo*"; y
- el 14,7% (14 individuos) respondieron: "*Totalmente de Acuerdo*".

ÍTEM 10: Desconozco quién se beneficia con mi capacitación.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TOTAL ACUERDO	14	14,7	14,7	14,7
M. ACUERDO	4	4,2	4,2	18,9
NI	6	6,3	6,3	25,3
TOTAL DESACUERDO	71	74,7	74,7	100,0
Total	95	100,0	100,0	



Las respuestas obtenidas, al igual que para los dos ítems anteriormente analizados, ítem 8 y 9, no presentan gran variabilidad. El mayor porcentaje de las mismas, el 74,7% se corresponde con la opción "*Totalmente en Desacuerdo*", esto es, que 71 de los sujetos que conforman la muestra respondieron saber quién se beneficia con un programa de capacitación.

La tabla bivariada de correlaciones establece para este ítem una correlación alta con los ítems 14: "*No me interesa crecer en el cargo que ocupo*" y 19: "*No me interesa capacitarme*". En cuanto al ítem 14, encontramos que 63 sujetos de la muestra respondieron estar en total

desacuerdo con lo que el ítem expresa, los 32 sujetos restantes que conforman la muestra seleccionada distribuye sus respuestas entre las opciones: "*Medianamente en Desacuerdo*" 6 sujetos; 3 de ellos "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*"; "*Medianamente de Acuerdo*" 5 sujetos y fueron 18 los sujetos que respondieron estar en total acuerdo con lo que el ítem expresa.

Para el *ítem 19* la frecuencia de respuestas fue la siguiente: 77 de los sujetos muestreados respondieron estar en total desacuerdo con lo expresado por el ítem; los 18 sujetos restantes que conforman la muestra distribuyeron sus respuestas casi en iguales porcentajes, entre las opciones restantes.

Para poder abordar la correlación establecida entre el ítem 10 y los ítems 14 y 19 faltaría mencionar la frecuencia de respuestas que presenta el *ítem 8*: "*La capacitación favorece el crecimiento personal*"; fueron 93, de 95 que conforman la muestra, los sujetos que respondieron estar en total acuerdo en que la capacitación favorece el crecimiento personal. En función a la frecuencia de las respuestas obtenidas para estos ítems podemos decir que: ese elevado porcentaje de sujetos, el 74,7%, que respondieron en el ítem 10 saber quién se beneficia con un programa de capacitación, se aproxima en porcentaje con aquel obtenido para el ítem 14 (el 66,3% de los sujetos), porcentaje que expresa que quieren crecer en el cargo que ocupan y donde un porcentaje aproximado de sujetos, el 81,1%, expresó para el ítem 19 estar interesado en realizar programas de capacitación.

Podemos pensar entonces que si casi la totalidad, 93 de estos agentes de la salud muestreados, saben que la capacitación favorece el crecimiento personal y encontramos a su vez un número elevado de estos agentes que expresan querer crecer en el cargo en el que se desempeñan, era de esperar que frente al ítem 19, ese elevado porcentaje de sujetos, respondiera estar interesado en realizar programas de capacitación.

Podríamos establecer para el ítem 10 una correlación más con el *ítem 9*: "*La capacitación propia y la de los demás favorece el trabajo en equipo*". Para este ítem fueron 90 los sujetos que respondieron estar de acuerdo con que la capacitación favorece el trabajo en equipo. La frecuencia de respuestas para este ítem nos permite concluir entonces que para ese elevado porcentaje de individuos que expresan conocer quién se beneficia con un programa de capacitación, aparecería el trabajo en equipo como otro de los aspectos favorecidos ante la realización de programas de capacitación.

El hecho de que sea elevado el porcentaje de los sujetos de la muestra que piensan a la capacitación como una herramienta que posibilita el crecimiento personal y que además, favorece el trabajo en equipo, nos lleva a pensar acerca de las expectativas que estos agentes de la salud tienen para realizar futuros programas de capacitación.

Los datos estadísticos obtenidos para el *ítem 19*: "*No me interesa capacitarme*", nos permite pensar que un elevado número de estos agentes "espera" ser capacitado por la organización hospitalaria a la que pertenecen

y en la que se desempeñan.

Frente a esto podemos preguntarnos "¿qué es lo que estos agentes de la salud esperan que dicha capacitación les brinde?". Las respuestas las hallamos en la representación de capacitación que estos sujetos se han construido en esta organización y que, como ya lo hemos mencionado, aparece equiparado principalmente al "aprendizaje".

Podemos concluir entonces que si la capacitación, representada ésta como aprendizaje empírico, ha sido la herramienta que les ha permitido cubrir la brecha existente entre lo que la organización espera de ellos y aquello para lo que su formación previa los habilita, es esperable también que la capacitación aparezca en su representación como el medio que ha favorecido y favorece el crecimiento personal, que ha posibilitado y posibilita el trabajo en equipo y que, además, no solo les ha permitido crecer en el cargo en el que se desempeñan, sino también desempeñarse en una categoría para la cual no poseen el conocimiento requerido.

Expectativas de Capacitación

En el marco de una organización existe algo que conocemos como Contrato Psicológico. Es en función de este concepto que definimos a las expectativas de capacitación.

Schein define a ese Contrato Psicológico como "el conjunto de expectativas no escritas en parte alguna, que operan a toda hora entre

cualquier miembro y otros miembros y dirigentes de la organización, constituyendo el Contrato Psicológico entre el individuo y la organización".

Desde el lugar del individuo son diversas las expectativas que se tienen antes de ingresar a una organización y durante el desempeño en la misma. Dentro de ellas, encontramos a las expectativas de capacitación.

El autor antes mencionado desarrolla este concepto y plantea que, además, el mismo supone:

- Desde la persona que desempeña un rol, que tiene expectativas sobre:

- * el salario
- * *formación laboral*
- * prestaciones
- * ventajas del empleo
- * garantía de su trabajo, etc.

Muchas de estas expectativas son implícitas y tienen mucho que ver con el sentido de dignidad e importancia de la persona. De hecho, todos esperamos que la organización nos trate como seres humanos:

- * que nos brinde trabajo y facilidades;
 - * que supla nuestras necesidades en lugar de crearnos otras;
 - * *que nos brinde oportunidades de crecer y aprender más;*
 - * que nos deje saber cómo estamos haciendo las cosas; etc.
- Desde la organización, ésta tiene expectativas más implícitas y

sutiles.

- * que el empleado de una buena imagen;
- * que sea leal;
- * que guarde los secretos;
- * que lo que haga sea por el bien de ella.

La organización tiene sus expectativas de desarrollo y cada uno de sus miembros tiene las suyas. El éxito se da cuando ambas se compatibilizan y el sujeto descubre que dentro de esa organización él puede satisfacer sus necesidades y obtener placer en lo que hace, mientras contribuye al crecimiento del lugar donde está; y si el crecimiento de ambas se desarrolla simultáneamente, ambas se benefician.

El fracaso aparece cuando hay una gran distancia entre lo que la organización proclama y lo que hace, por lo cual el sujeto puede sentir que ese contrato implícito ha sido violado.

Es importante considerar que a medida que las necesidades de la organización y del individuo y las fuerzas externas cambian, también se modifican sus expectativas convirtiendo al Contrato Psicológico en algo dinámico que debe renegociarse constantemente.

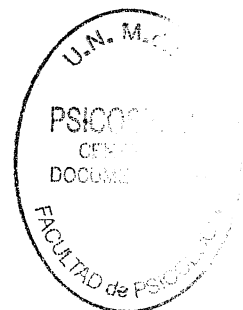
Por todo esto, es importante que la organización pueda definir adecuadamente las características de las personas con las que quiere trabajar, y las expectativas, en términos de Formación y Desarrollo, que tiene con cada uno de los integrantes de la misma. En función de esto, deberá establecer un Contrato Psicológico donde existan más aspectos

explícitos que implícitos, con el fin de reducir al mínimo el riesgo de la confusión.

A continuación, en el análisis de los ítems contruidos para indagar las expectativas de capacitación, trataremos de llevar a cabo el proceso que nos permita hacer explícito lo que de ese contrato entre enfermeros/as y organización, se encuentra implícito. De este modo, podremos conocer qué es lo que el Hospital "espera" (expectativas) de las personas que ingresan al puesto de enfermero/a, así como lo que este personal "espera" de la organización.

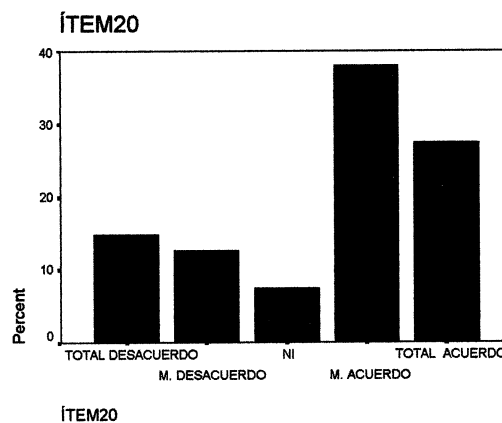
Comenzaremos el análisis de esta categoría "Expectativas de Capacitación", con el ítem 20: "*Considero que estoy adecuadamente capacitado para la tarea que desempeño*".

Iniciamos el análisis con este ítem ya que de la percepción que personal de enfermería posea respecto de la adecuación o no de sus conocimientos, de la suficiencia o no del mismo para la tarea en que se desempeñan, dependerá la actitud de los mismos frente a los futuros programas de capacitación.



ÍTEM 20: Considero que estoy adecuadamente capacitado para la tarea que desempeño.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TOTAL DESACUERDO	14	14,7	14,7	14,7
	M. DESACUERDO	12	12,6	12,6	27,4
	NI	7	7,4	7,4	34,7
	M. ACUERDO	36	37,9	37,9	72,6
	TOTAL ACUERDO	26	27,4	27,4	100,0
	Total	95	100,0	100,0	



Para el ítem 20, la *moda* y la *mediana*, coinciden en la opción 4 de la escala Licker, opción que corresponde a la respuesta "*Medianamente de Acuerdo*".

- El 27,4% de la muestra respondió estar "*Totalmente de Acuerdo*" con el ítem. Es decir, que 26 personas del total de 95, consideran que están adecuadamente capacitados para desempeñarse en el rol de "enfermeros";
- el 37,9% (36 personas) optó por la opción 4 de la escala, es decir, que están "*Medianamente de Acuerdo*" con el ítem;
- el 7,4% (7 personas) respondió estar "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*";

- el 12,6% (12 personas) optó por la opción 2 de la escala correspondiente a la respuesta "*Medianamente en Desacuerdo*"; y
- el 14,7% (14 personas) respondió estar "*Totalmente en Desacuerdo*" con el ítem.

Este ítem se encuentra altamente correlacionado con el ítem 2: "*Dispongo del conocimiento requerido para poder desempeñar mi tarea satisfactoriamente*", frente al cual un elevado porcentaje de la muestra había respondido estar "*Totalmente de Acuerdo*" con el mismo.

A partir del análisis de este ítem, en correlación con las respuestas dadas a otros ítems y a la pregunta abierta "C", habíamos arribado a la conclusión que existe en las personas que se desempeñan en el rol de enfermeros/as, la necesidad de capacitación para poder lograr un desempeño seguro y fundamentado desde la teoría, ya que solo poseen un conocimiento empírico que tampoco es suficiente, según nos muestran los resultados obtenidos en respuesta al ítem 3 y a la pregunta abierta C.

Entonces, las respuestas dadas al ítem 20 corresponden nuevamente a la percepción que estas personas poseen del aprendizaje empírico adquirido desde el comienzo de su práctica.

Las "Expectativas de Capacitación" se encuentran íntimamente ligadas a la "representación de capacitación" que posee cada una de las personas que conforman la muestra.

En el análisis llevado a cabo respecto de los ítems destinados a indagar

"representación de capacitación", pudimos observar que las diversas representaciones de capacitación que posee el personal de enfermería del Hospital, las cuales fueron descritas y analizadas anteriormente, no agotan, ninguna de ellas, la definición de capacitación, sino que ésta contiene alguna de aquellas definiciones construidas.

También habíamos explicado anteriormente que las representaciones guían la acción.

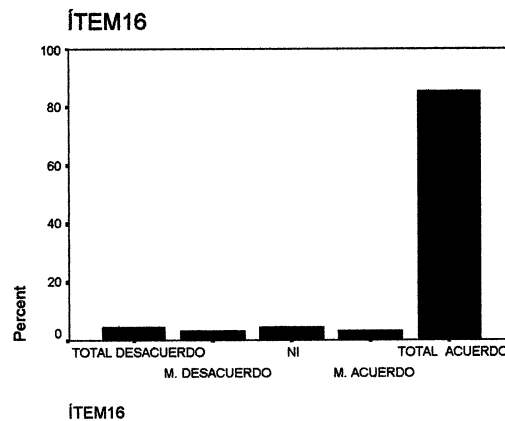
Por ende, en función de la representación de capacitación que se posea, es decir, qué se considera que es la capacitación, se generarán expectativas adecuadas a ellas, que guiarán a las personas frente a los programas de capacitación.

Ejemplifiquemos lo que acabamos de decir: si el contenido de la representación de capacitación es por ejemplo "reafirmar el conocimiento", las expectativas de estas personas frente a un programa de capacitación, es decir, lo que esperarán de ese programa consistirá, posiblemente, en rever las prácticas que desde el comienzo de su desempeño han aprendido empíricamente. Por lo tanto, no tendrán expectativas de nuevos aportes, ni construcción de nuevos conocimientos teóricos y prácticos. Por lo tanto, posiblemente la actitud de estas personas frente a un programa de capacitación no será positiva, ya que puede considerarse una pérdida de tiempo.

Continuando con el análisis del ítem 20, pasemos por un momento al *ítem 16: "Necesito más conocimiento para mejorar mi tarea (o rendimiento)"*.

ÍTEM 16: Necesito más conocimientos para poder mejorar mi tarea (o rendimiento).

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TOTAL DESACUERDO	4	4,2	4,2	4,2
	M. DESACUERDO	3	3,2	3,2	7,4
	NI	4	4,2	4,2	11,6
	M. ACUERDO	3	3,2	3,2	14,7
	TOTAL ACUERDO	81	85,3	85,3	100,0
	Total	95	100,0	100,0	



Las dos medidas de tendencia central, *moda* y *mediana*, coinciden en la opción 5 de la escala, correspondiente a la respuesta "*Totalmente de Acuerdo*".

- El 85.3% de la muestra (81 individuos) ha optado por la respuesta "*Totalmente de Acuerdo*";
- el 3.2% (3 individuos) respondió "*Medianamente de Acuerdo*";
- el 4.2% (4 individuos) respondió "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*";
- el 3.2% (3 individuos) optó por la respuesta "*Medianamente en Desacuerdo*"; y
- el 4.2% (4 individuos) respondió "*Totalmente en Desacuerdo*".

Este ítem tiene por objetivo indagar la percepción del sujeto acerca de la necesidad de mejorar, ampliar el conocimiento específico de la tarea que realiza para mejorar y aumentar así la eficacia y eficiencia en el desempeño de sus funciones.

Podemos observar entonces, que existe en estas personas la necesidad de contar con más conocimientos para poder desempeñarse más satisfactoriamente en el puesto que ocupan.

Coinciden estos datos con las conclusiones a las que arribamos en el análisis de los ítems 20, 2, 3 y la pregunta abierta C.

El ítem 16 se encuentra correlacionado con el ítem 7: "*Conozco la finalidad de un programa de capacitación*". Habíamos dicho que en tanto no existía una representación adecuada de capacitación en estos Auxiliares de Enfermería, difícilmente puedan tener un claro conocimiento acerca de la finalidad de un programa de capacitación. Posiblemente y tal como lo venimos repitiendo en este trabajo, no se obtenga la actitud esperada por parte de la organización, de estas personas frente a futuros programas de capacitación, debido al desconocimiento o falso conocimiento respecto de la finalidad y por ende, utilidad del mismo.

El análisis de estos ítems, 20 y 16, y otros anteriormente mencionados, nos permitieron conocer la percepción de las personas que conforman la muestra, respecto del desempeño de su tarea como enfermeros/as. Cuando construimos el instrumento consideramos importante y como punto de partida para conocer las expectativas de capacitación del personal de

enfermería, indagar la percepción que, tanto de su tarea y desempeño, así como de la organización, poseían estos agentes de la salud. Partimos por ello, para el análisis de esta categoría, de la percepción del desempeño de la propia tarea y del conocimiento (teórico y empírico) que consideran poseer, para saber entonces, cuales serán las expectativas de este personal frente a programas de capacitación.

En la introducción al análisis de esta categoría "Expectativas de Capacitación", dijimos que las expectativas forman parte de lo que conocemos como Contrato Psicológico. En él se encuentran implícitas las Expectativas tanto de cada una de las personas que se desempeñan, en este caso en el rol de enfermero/a, como las expectativas que posee esta organización hospitalaria respecto de cada una de estas personas que se incorporan al Servicio de Enfermería.

Vayamos entonces, y tal como lo propusimos anteriormente, a hacer explícitas esas expectativas.

Comencemos por las expectativas de la Organización. Sabemos, por las conclusiones a las que hemos venido arribando, que la mayor parte del Servicio de Enfermería se encuentra conformado por personas que pertenecen a la Categoría de "Auxiliares de Enfermería" y que no poseen el título de "Enfermeros". Esto se debe a que los egresados de la carrera de "Enfermería" parecen no tener interés en desarrollar su profesión en el marco de un hospital público de estas características. Entonces, debido a la escasez de profesionales en enfermería con interés en trabajar en el HIGA,

este Hospital se ve en la necesidad de incorporar "Auxiliares de Enfermería".

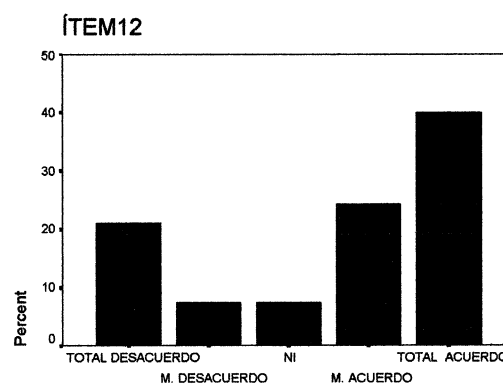
¿Cuáles son entonces las expectativas de esta Organización frente a esta realidad?: que estas personas que ingresan en la categoría de "Auxiliares de Enfermería" aprendan la "tarea" de enfermero/a, convirtiéndose así en enfermeros empíricos pero de ninguna manera, profesionales.

Veamos de qué manera el Hospital busca cubrir sus expectativas:

El ítem 12 planteaba la siguiente afirmación: "*El Hospital ha brindado cursos de capacitación para la tarea que yo desempeño*".

ÍTEM 12: El Hospital ha brindado cursos de capacitación para la tarea que yo desempeño.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TOTAL DESACUERDO	20	21,1	21,1	21,1
M. DESACUERDO	7	7,4	7,4	28,4
NI	7	7,4	7,4	35,8
M. ACUERDO	23	24,2	24,2	60,0
TOTAL ACUERDO	38	40,0	40,0	100,0
Total	95	100,0	100,0	



ÍTEM12

El valor de la *moda* para este ítem es 5, es decir, que la respuesta que

más se repite es "*Totalmente de Acuerdo*". El 40% de la muestra (38 individuos) afirma que el Hospital le ha brindado cursos de capacitación para la tarea que desempeñan.

El valor de la *mediana* para este ítem es 4 correspondiente a la respuesta "*Medianamente de Acuerdo*"; el 24.2% (23 individuos) no afirman de manera segura que el Hospital haya brindado cursos de capacitación para la tarea que desempeñan. Esto quiere decir que el 50% de la muestra se distribuye entre las opciones "*Totalmente de Acuerdo*" y "*Medianamente de Acuerdo*", y el 50% restante se distribuye de la siguiente manera:

- El 7,4% (7 individuos) responden "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*";
- otro 7,4% (7 individuos) se encuentran "*Medianamente en Desacuerdo*" con el ítem;
- el 21,1% (20 individuos) están "*Totalmente en Desacuerdo*" con el ítem; y
- también integra este 50% alrededor del 15% de las respuestas "*Medianamente de Acuerdo*".

Este ítem se encuentra correlacionado con el ítem 2: "*Dispongo del conocimiento requerido para poder desempeñar mi tarea satisfactoriamente*".

La mayor parte del personal de enfermería al ingresar al Hospital no posee el conocimiento requerido para desempeñarse en el puesto de enfermeros/as. Por lo que el Hospital debería destinar tiempo para

"capacitar" a estas personas y así lograr un desempeño más seguro. Pero, en función de las respuestas dadas al ítem 12, la actitud de esta organización para cubrir sus expectativas consiste en que este personal se vaya formando en la práctica y es así como aprenden la tarea de un/a enfermero/a, obteniendo como resultado un aprendizaje puramente empírico de la misma.

El ítem 1: "*Dentro del desempeño de mis tareas hay algunas que no corresponden al cargo que ocupo*", también se correlaciona con el ítem 12.

El 55,8% de la muestra respondió estar "*Totalmente de Acuerdo*" con el ítem. Y esto se debe a que realizan tareas para las que no se encuentran formados y que no pertenecen a la tarea propia de la categoría de Auxiliar.

Entonces: la mayor parte del personal de enfermería no son enfermeros profesionales, sino Auxiliares de Enfermería. Por lo tanto, al ingresar al Hospital no poseen el conocimiento requerido para desempeñarse adecuadamente en el puesto de enfermeros, pero igualmente realizan tareas correspondientes a ese puesto.

Si las expectativas del Hospital consisten en que estas personas se desempeñen en el rol de enfermeros, debería poseer en su estructura espacios en los que estos Auxiliares de Enfermería puedan ser capacitados para ese rol. De este modo, el trabajo diario sería el campo de aplicación de los conocimientos adquiridos en la capacitación y no el espacio de un aprendizaje puramente empírico. Por las respuestas dadas al ítem 12

podemos inferir que no han sido suficientes y posiblemente no hayan satisfecho las necesidades de capacitación de este personal, los cursos brindados por la organización.

El éxito de un programa de capacitación depende, en gran medida, de la idoneidad con que la necesidad a ser satisfecha haya sido identificada, interpretada, analizada, evaluada y posteriormente se utilicen los métodos y técnicas más adecuados para satisfacerla.

Nuevamente en función de las respuestas obtenidas en el ítem 12, donde el 50% de las mismas se distribuye entre:

"Medianamente de Acuerdo", *"Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo"*, *"Medianamente en Desacuerdo"* y *"Totalmente en Desacuerdo"*, podemos pensar que los cursos brindados por el Hospital para este personal han sido realizados sin un adecuado trabajo previo que permitiera identificar las necesidades formales; siendo éstas el resultado de una brecha entre los comportamientos esperados y los comportamientos reales.

Pensemos un momento esto que acabamos de decir, ya que podría resultar algo engañoso porque decir que las necesidades formales son el resultado de la brecha entre los comportamientos esperados y los reales, puede llevarnos a pensar que no existe tal brecha, ya que lo que espera el Hospital de las personas que ingresan al Servicio de Enfermería es que se desempeñen como enfermeros, y de acuerdo a lo que las personas que conforman la muestra han respondido, llevan a cabo las tareas correspondientes al rol de enfermero/a.

Pero es importante en este punto recordar que casi la totalidad del personal de enfermería posee el título de "Auxiliar de Enfermería"; y ellos ingresan al Hospital en la categoría de "Auxiliares de Enfermería", no en la categoría de "Enfermeros".

Es debido a este desfasaje entre el conocimiento previo (de Auxiliar de Enfermería) que posee la mayoría del personal del Servicio de Enfermería y el desempeño real (Enfermeros), que surgen las necesidades formales.

El Hospital "espera" que ellos aprendan en la práctica el rol de enfermeros, pero la realidad es que no es suficiente ese aprendizaje para desempeñarse de manera segura; seguridad que, al menos en ciertos aspectos y situaciones, nos brinda el conocimiento indisoluble de la teoría y la práctica.

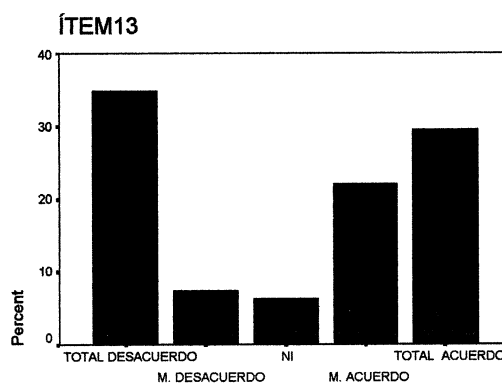
Esto es lo que posiblemente subyace a las respuestas dadas a los ítems destinados a indagar necesidades formales y a la pregunta abierta "C" que tenía el mismo objetivo. Es por ello que estas respuestas nos llevan a asegurar que tienen necesidades de capacitación, que entre ellas también existen necesidades vinculadas a la práctica, y también cuáles son esas necesidades.

Continuando con el análisis de las expectativas del Hospital implícitas en el Contrato Psicológico, presentamos el ítem 13: *"El Hospital brinda la posibilidad de acceder a un mejoramiento en el desempeño de la tarea que realizo"*, el cual tiene por objetivo indagar la percepción del sujeto acerca del interés del Hospital en el perfeccionamiento del personal y en el espacio y

tiempo brindados para tal fin.

ÍTEM 13: El Hospital brinda la posibilidad de acceder a un mejoramiento en el desempeño de la tarea que realizo.

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	TOTAL DESACUERDO	33	34,7	34,7	34,7
	M. DESACUERDO	7	7,4	7,4	42,1
	NI	6	6,3	6,3	48,4
	M. ACUERDO	21	22,1	22,1	70,5
	TOTAL ACUERDO	28	29,5	29,5	100,0
	Total	95	100,0	100,0	



ÍTEM13

Uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta cuando una organización se propone capacitar a su personal es "el tiempo".

Tres conceptos definen la asignación de un programa de capacitación:

- * *duración*: es la cantidad de horas que se designan al programa;
- * *frecuencia*: periodicidad de los encuentros;
- * *extensión*: lapso de tiempo durante el cual se desarrolla el programa.

Es sumamente importante tener en cuenta para el desarrollo de un programa de capacitación el tiempo de la jornada laboral del personal

destinatario del mismo.

El valor de la *moda* para el ítem 13 es 1, es decir, que la respuesta que más se repite es "*Totalmente en Desacuerdo*"; el 34,7% de la muestra (correspondiente a 33 individuos) ha optado por esta respuesta.

La *mediana* presenta un valor de 4, es decir, que el 50% de la muestra distribuye sus respuestas entre las opciones de la escala:

- "*Medianamente de Acuerdo*" (22,1%),
- "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*" (6,3%),
- "*Medianamente en Desacuerdo*" (7,4%), y
- "*Totalmente en Desacuerdo*" (34,7%);

y el 50% restante se distribuye entre las opciones:

- "*Medianamente de Acuerdo*" y
- "*Totalmente de Acuerdo*" (29,5%).

La administración del instrumento se llevó a cabo con una modalidad presencial, es decir, que quienes realizamos esta investigación entregamos en mano el instrumento y colaboramos en la comprensión de las consignas. Esta modalidad enriqueció aún más los datos relevados ya que nos permitió obtener otros que el instrumento no contemplaba en sus ítems. La mayor parte de las personas que colaboraron con esta investigación realizaban comentarios mientras respondían a la escala Licker.

Cuando llegaron al ítem 13, nos comunicaron que sí se brindaban cursos,

algunos de los cuales eran de interés para ellos, pero la dificultad aparecía en la posibilidad de acceder, ya que generalmente el horario en que se desarrollaba el curso se superponía con el horario de trabajo y por lo tanto era imposible abandonar el puesto de trabajo para asistir al mismo.

Los resultados obtenidos para este ítem se corresponden con esos comentarios. Y entonces, es posible suponer que no se ha tenido en cuenta que es sumamente importante considerar el "tiempo" en la programación de cursos de capacitación.

Si la Organización Hospitalaria posee entre sus expectativas que el personal de enfermería perteneciente a la categoría de Auxiliares se capacite y pueda desempeñarse en el rol de enfermeros, no debería delegar la organización del tiempo en este personal, en la medida en que con la asistencia de ellos a los cursos, la Organización se beneficia y cubre de algún modo su expectativa respecto del desempeño esperado para los Auxiliares de Enfermería.

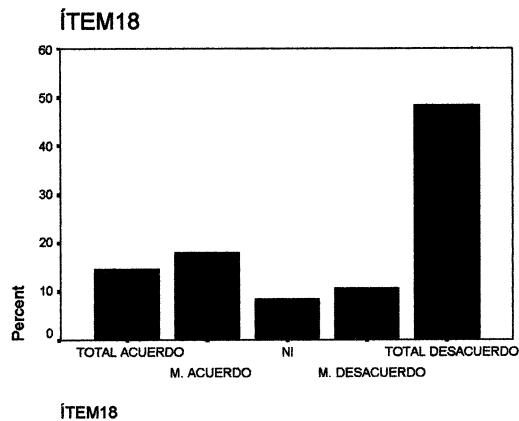
La Psicología Laboral nos proporciona el conocimiento que para llevar a cabo un curso de capacitación los empleados de la organización deberán recibir el "apoyo" de la misma. Es necesario que durante la capacitación se libere a la persona de interrupciones, fatiga y preocupaciones, de manera que se pueda concentrar en su entrenamiento. Para ello se deberá reorganizar transitoriamente el horario de trabajo, de modo tal que este personal de enfermería pueda capacitarse.

Sin el apoyo de la organización será imposible cubrir las expectativas que ella misma posee respecto de este personal. Dada la realidad del Hospital, en la que convergen múltiples factores tales como la diversidad de patologías orgánicas, psíquicas, sociales, etc., la rotación del personal por los diversos sectores y el conocimiento que posee un Auxiliar de Enfermería, no basta con que "algunos" accedan o hayan accedido a los cursos brindados, sino que es necesario que puedan hacerlo "todos".

El ítem 18 "El conocimiento brindado por los cursos de capacitación realizados no me sirven para la labor cotidiana" nos proporciona información acerca de la efectividad de los cursos brindados por el hospital a los cuales han podido acceder solo algunos miembros del servicio de enfermería. Es decir, que este ítem indaga la adecuación de los cursos de capacitación realizados a las necesidades del personal.

ÍTEM 18: El conocimiento brindado por los cursos de capacitación realizados no me sirven para la labor cotidiana.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TOTAL ACUERDO	14	14,7	14,7	14,7
M. ACUERDO	17	17,9	17,9	32,6
NI	8	8,4	8,4	41,1
M. DESACUERDO	10	10,5	10,5	51,6
TOTAL DESACUERDO	46	48,4	48,4	100,0
Total	95	100,0	100,0	



- El 48,4% (46 individuos) respondió "*Totalmente en Desacuerdo*";
- el 10,6% (10 individuos) optó por la respuesta "*Medianamente en Desacuerdo*";
- el 8,4% (8 individuos) respondió "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*";
- el 17,9% (17 individuos) respondió "*Medianamente de Acuerdo*"; y
- el 14,7% (14 individuos) respondió "*Totalmente de Acuerdo*".

El valor de la *moda* para este ítem equivale a 5, correspondiente a la opción "*Totalmente en Desacuerdo*"; mientras que el valor de la *mediana* es 4, correspondiente a la opción "*Medianamente en Desacuerdo*", lo cual nos informa que el 50% de las respuestas se distribuyen entre las opciones "*Totalmente en Desacuerdo*" y "*Medianamente en Desacuerdo*" con el ítem y el 50% restante distribuye sus respuestas entre las opciones "*Medianamente en Desacuerdo*", "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*", "*Medianamente de Acuerdo*" y "*Totalmente de Acuerdo*" con el ítem.

Como podemos observar a partir de estos datos, 46 individuos de 95 que

conforman el total de la muestra consideran que sí les han servido los cursos de capacitación a los que han podido acceder, es decir, que les han brindado conocimiento adecuado a sus necesidades para el desempeño en el puesto. Pero el resto de la muestra, un poco más de la mitad del total de los individuos, a partir de las respuestas dadas nos permiten inferir que las necesidades no han sido cubiertas para todos. Posiblemente esos cursos respondieron a las necesidades de un sector del personal mientras que el resto quedó con necesidades insatisfechas. Es posible inferir que la dificultad en la satisfacción de necesidades se deba a la ausencia de una detección previa y necesaria en todo programa de capacitación, de las necesidades del personal.

Es importante tener en cuenta que las personas que se desempeñan como enfermeros son rotados por los distintos servicios del hospital, de modo que es posible esperar que las necesidades que surgen en el desempeño en uno de esos servicios, sean diferentes a las surgidas en otros. Es por ello que no todas las personas que acudieron a los cursos han visto satisfechas sus necesidades. Cada servicio posee su propia especificidad dada por las diversas variables que convergen en ellos. Para lograr experticia en este personal será necesario, si es que la rotación por los diferentes servicios es considerada una instancia de aprendizaje, destinar tiempo al ingresar a un nuevo servicio a la capacitación del personal, teniendo en cuenta que cada servicio posee su propia organización. Esa capacitación deberá contemplar los aspectos

organizacionales, teóricos y prácticos propios de cada servicio. El Hospital podrá asegurarse de esta manera el desempeño eficiente, eficaz y seguro del personal que allí se desempeña.

El ítem 13 se encuentra correlacionado con los ítems 2: "*Dispongo del conocimiento requerido para poder desempeñar mi tarea satisfactoriamente*", 20: "*Considero que estoy adecuadamente capacitado para la tarea que desempeño*" y 12: "*El Hospital ha brindado cursos de capacitación para la tarea que yo desempeño*".

Con los ítems 2 y 20 concluimos que el personal necesita ser capacitado en aspectos teórico y práctico, ya que la mayor parte de ellos desempeña el rol de enfermeros, siendo Auxiliares, y por lo tanto, realizan actividades y asumen responsabilidades que no se encuentran especificadas en la categoría de Auxiliar.

Por otro lado, habíamos dicho que las expectativas del Hospital frente a esta realidad era que los Auxiliares desempeñen tareas de enfermeros. En función del ítem 12, el Hospital ha brindado ciertos cursos de capacitación destinados a este personal de enfermería, pero no han sido adecuadamente detectadas las necesidades a cubrir por los cursos tal como lo muestra el análisis del ítem 18, por un lado, y por otro lado, y de acuerdo a los resultados obtenidos en el ítem 13, no se ha reorganizado el Hospital en cuanto a los horarios en que llevan a cabo su jornada laboral los enfermeros, de modo tal que pudieran todos acceder a capacitarse. Es la Organización la

que debe reestructurar los horarios, librar al personal que será capacitado de interrupciones, sobrecarga, tensiones, para que de este modo la persona pueda concentrarse adecuadamente en la construcción de nuevos conocimientos. El Hospital debe funcionar como facilitador y responsable de la capacitación de su personal, sin delegar dicha responsabilidad a cada miembro del plantel de enfermería y considerar que si estas personas son rotadas en los diferentes servicios, necesitarán ser capacitados de acuerdo a la especificidad del mismo. Sólo de este modo quedarán satisfechas las necesidades de ambas partes.

Pasemos ahora a hacer explícitas las expectativas del personal de enfermería.

De acuerdo con lo que hemos venido trabajando hasta el momento, sabemos que existe necesidad de capacitación en este personal.

Desde el marco de la teoría de las expectativas en el área de la Psicología Laboral, se afirma que la fuerza de una tendencia a actuar de determinada forma depende de la fuerza de la expectativa que genera el hecho de que el acto esté seguido por un resultado determinado y de lo atractivo de ese resultado para el individuo.

En este caso, la fuerza de la expectativa para actuar está sujeta a la representación de capacitación, que implica también el conocimiento de la finalidad y beneficio.

La finalidad y los objetivos de un programa de capacitación serían el

resultado determinado del acto de capacitarse, el conocimiento teórico y práctico construido. Y el beneficio, saber quién o quienes se benefician con ese resultado, constituye el atractivo para el individuo.

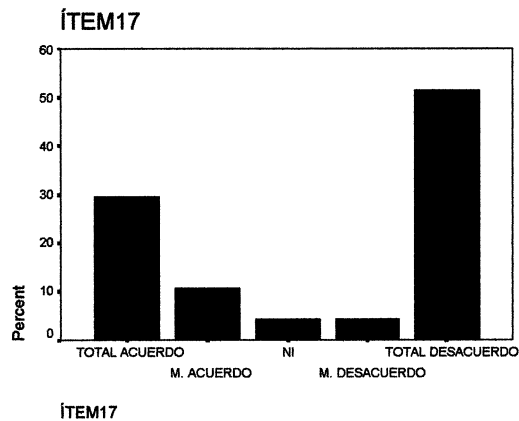
Un empleado se motiva para ejercer un alto grado de esfuerzo cuando cree que ese esfuerzo llevará a una buena evaluación de su desempeño, una buena evaluación dará lugar a recompensas organizacionales. Y éstas satisfarán las metas personales.

El resultado de programas de capacitación debe permitir satisfacer necesidades de las personas que son capacitadas. De lo contrario, se estaría capacitando solo por capacitar.

Comenzaremos a indagar las expectativas de este personal con el análisis del ítem 17 "*No puedo crecer en el cargo que desempeño*". En este ítem buscamos indagar la percepción que cada uno tiene respecto a la posibilidad que brinda el puesto de adquirir y mejorar el conocimiento teórico y práctico contribuyendo así al crecimiento personal.

ÍTEM 17: No puedo crecer en el cargo que desempeño.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TOTAL ACUERDO	28	29,5	29,5	29,5
M. ACUERDO	10	10,5	10,5	40,0
NI	4	4,2	4,2	44,2
M. DESACUERDO	4	4,2	4,2	48,4
TOTAL DESACUERDO	49	51,6	51,6	100,0
Total	95	100,0	100,0	



Las medidas de tendencia central, *moda y mediana*, coinciden en este ítem, siendo su valor 5, el cual corresponde a la opción "*Totalmente en Desacuerdo*". La distribución de las respuestas es la siguiente:

- el 51,6% (49 individuos) respondió "*Totalmente en Desacuerdo*";
- el 4,2% (4 individuos) respondió "*Medianamente en Desacuerdo*";
- otro 4,2% (4 individuos) respondió "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*";
- un 10,5% (10 individuos) respondió "*Medianamente de Acuerdo*"; y
- el 29,5% (28 individuos) respondió "*Totalmente de Acuerdo*".

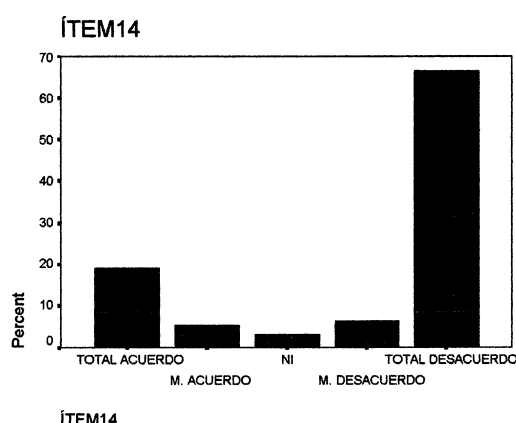
La respuesta que más se repite (*moda*) es entonces "*Totalmente en Desacuerdo*", mientras que la *mediana* nos informa que el 50% de las respuestas se encuentra comprendido por la opción "*Totalmente en Desacuerdo*" con el ítem y el otro 50% de las respuestas se encuentra formado por las opciones "*Totalmente en Desacuerdo*", "*Medianamente en Desacuerdo*", "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*", "*Medianamente de Acuerdo*" y "*Totalmente de Acuerdo*".

De este modo, considerando a la *mediana* podemos observar que el 50% de las personas que conforman la muestra responden que pueden crecer en el cargo que ocupan, mientras que el otro 50% duda que pueda hacerlo o considera que no puede crecer en su puesto laboral.

Antes de arribar a alguna conclusión, veamos las respuestas obtenidas en el *ítem 14*, cuya afirmación es "No me interesa crecer en el cargo que ocupo". El objetivo del mismo consistió en indagar las expectativas que cada persona de la muestra posee respecto de su desempeño en el puesto.

ÍTEM 14: No me interesa crecer en el cargo que ocupo.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TOTAL ACUERDO	18	18,9	18,9	18,9
M. ACUERDO	5	5,3	5,3	24,2
NI	3	3,2	3,2	27,4
M. DESACUERDO	6	6,3	6,3	33,7
TOTAL DESACUERDO	63	66,3	66,3	100,0
Total	95	100,0	100,0	



Nuevamente la *moda* y la *mediana* coinciden en el valor 5 correspondiente a la opción "*Totalmente en Desacuerdo*". La distribución de

las respuestas es la siguiente:

- un 66,3% (63 personas) respondió "*Totalmente en Desacuerdo*";
- un 6,3% (6 personas) respondió "*Medianamente en Desacuerdo*";
- un 3,2% (3 personas) respondió "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*";
- el 5,3% (5 personas) respondió "*Medianamente de Acuerdo*"; y
- el 18,9% (18 personas) respondió "*Totalmente de Acuerdo*".

Si observamos estas respuestas en relación a los resultados obtenidos en el *ítem 17*, arriba analizado, podemos ver que existe un número de personas que posee expectativas de crecer en el puesto, pero considera que en él no pueden hacerlo, es decir, que el puesto no les brinda la posibilidad de acceder a un mejoramiento. También nos encontramos con personas que consideran que pueden o podrían crecer en el puesto, pero que no poseen expectativas de crecimiento personal.

A partir de esto podemos pensar que la experiencia en el desempeño de sus funciones en esta Organización los lleva a dudar de la posibilidad de crecer en el puesto y por ende no poseen expectativas de crecimiento. También la experiencia ha llevado a forjar una representación del puesto en la cual existe la posibilidad de crecer, pero no tienen igualmente interés en hacerlo.

Los ítems 14 y 17 se encuentran correlacionados con el *ítem 18* "*El conocimiento brindado por los cursos de capacitación no me sirve para la labor cotidiana*". Esta correlación nos permite pensar que si los cursos de

capacitación realizados no les han servido para mejorar el desempeño de sus funciones debido a la ausencia de detección previa de las necesidades del personal en cada servicio, sea éste un importante factor interviniente en la construcción de la representación del puesto de trabajo sin posibilidades de crecimiento por un lado, y por otro lado, al no haber cubierto sus necesidades, hayan perdido con el tiempo las expectativas que en algún momento los impulsó a asistir a los mismos. Al cubrir una serie de necesidades el hombre puede plantearse otras y de esta manera se va convirtiendo en una espiral de crecimiento. Cuando ciertas necesidades no son satisfechas, se dificulta el crecimiento, el poder pensar en otras necesidades más elevadas que las anteriores, y conduce esto a un estancamiento que genera de algún modo sufrimiento. El ingreso a un nuevo servicio implica un tiempo para la adaptación de estas personas a las transformaciones que sufre su desempeño. Si este periodo adaptativo no es acompañado de una instancia de capacitación que se constituya en un espacio de contención, aparece posiblemente el sentimiento de desamparo acompañado por reacciones psicofísicas como el estrés, hasta lograr la adaptación o sobreadaptación a las nuevas condiciones laborales.

Esto podría llevarnos a pensar que entonces estas personas buscarán realizar los cursos de capacitación, ya que les permitiría aliviar y evitar el proceso arriba mencionado. Pero la experiencia nos lleva a construir representaciones ligadas cada una de ellas a ciertas emociones surgidas en esa experiencia. Es entonces posible esperar una actitud desinteresada

frente a nuevos cursos de capacitación; actitud determinada por la representación de capacitación y su afecto, sensación de insatisfacción y frustración ligado a ella.

Es por ello importante, frente a la necesidad de la Organización de capacitar a su personal, llevar a cabo un trabajo previo que permita modificar y adecuar la representación de capacitación que les ha permitido construir el hospital y la detección adecuada de necesidades formales del personal de enfermería, propias de cada uno de los servicios en los que se desempeñan.

Como anteriormente dijimos, la fuerza de la expectativa para actuar, en este caso capacitarse, está sujeta a la representación de capacitación. En el ítem 14, arriba analizado, obtuvimos que el 66,3% (correspondiente a 63 personas) de la muestra le interesa crecer en el cargo que ocupa. Este crecimiento necesariamente está vinculado a la capacitación, en tanto es ésta la herramienta que permite tal crecimiento. Pero debemos considerar lo expuesto en el análisis de la categoría "representación de capacitación". Las respuestas a los ítems destinados a indagar esta categoría conjuntamente con la pregunta abierta "A": "*¿Qué considera Usted que es la capacitación?*", dan cuenta de una representación de capacitación desajustada a lo que ésta es y cuya definición ya hemos expuesto anteriormente. Las representaciones son estructuras de conocimiento generadas por el procesamiento social, grupal, de la información, en un contexto dado y orientado directamente a explicar, justificar y orientar la acción. Esa información que constituye el contenido de la representación de capacitación ha sido obtenida y procesada

a partir de la experiencia del personal de enfermería en los cursos brindados por el hospital destinados a "capacitar" a este personal. El contexto en que fue construida la representación de capacitación es el hospital, específicamente se trata de las variables que intervinieron en el momento en que se proponían los diversos cursos de capacitación y los resultados de los mismos. Entre estos factores podemos mencionar la no detección de las necesidades formales; la franja horaria propuesta para esos cursos que impedían a muchos el acceso a los mismos por encontrarse en pleno desempeño de su tarea; los resultados obtenidos en cuanto les han permitido mejorar o no su desempeño; entre otros.

Moscovici señala que en la construcción de las representaciones, lo social interviene de diversas maneras, por eso encontramos en ellos la expresión de valores, actitudes, creencias y opiniones cuya sustancia es regulada por las normas sociales de cada colectividad. Es importante considerar que esta organización, atravesada principalmente por la institución salud, se ha constituido en un hospital escuela en el cual un número importante de profesionales no solo desempeña su rol profesional, sino que también contribuyen en la construcción de conocimientos guiando a otros en ese proceso. Es decir, que desempeñan función docente y se perfeccionan constantemente. Por lo tanto, la "capacitación" en esta organización posee un importante valor.

A partir de esto podemos pensar lo que Moscovici plantea respecto de las representaciones: "...Es pues en la interfase de lo psicológico y lo social

que nos coloca la noción de representación social". El aspecto psicológico de la representación en este caso de capacitación, consiste en el significado que cada individuo perteneciente al servicio de enfermería le ha adjudicado a la misma a partir de su bagaje intelectual, de su experiencia en los cursos, de la percepción de su desempeño, de su rol, de su relación con la organización y con sus pares, de su propia escala de valores, de sus objetivos y necesidades personales, entre otros aspectos, ligados todos ellos a ciertos afectos, sentimientos. El aspecto social de la representación de capacitación está dado por el procesamiento grupal de la información, es decir, comentarios, opiniones, posturas, etc., la percepción del hospital como escuela, como espacio de aprendizaje, la diversidad de profesionales que en ella se desempeñan, el valor que en ella tiene la capacitación, el conocimiento, etc. Información que los miembros del servicio de enfermería intercambian contribuyendo así a la construcción de dicha representación. La representación de capacitación no se agota en ninguno de estos aspectos.

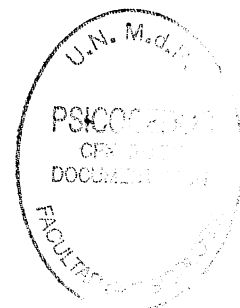
Esto nos permite y facilita la comprensión de las respuestas dadas a los ítems 11 "*Me comprometería a realizar un curso de capacitación*" y 19 "*No me interesa capacitarme*", los cuales presentan una escasa variabilidad en las mismas.

ITEM 11: Me comprometería a realizar un curso de capacitación.

	Frecuency	Percent

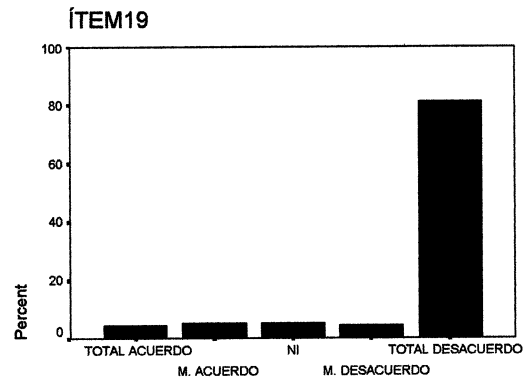
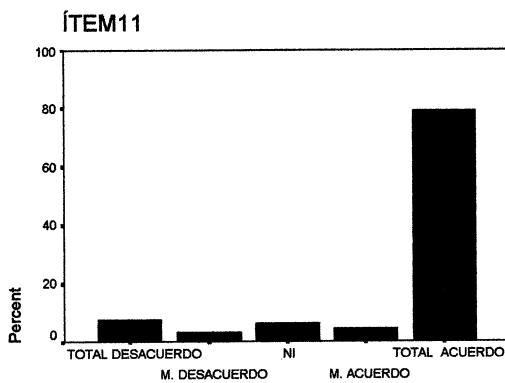
ITEM 19: No me interesa capacitarme.

	Frecuency	Percent



Valid	TOTAL DESACUERDO	7	7,4
	M. DESACUERDO	3	3,2
	NI	6	6,3
	M. ACUERDO	4	4,2
	TOTAL ACUERDO	75	78,9
	Total	95	100,0

Valid	TOTAL ACUERDO	4	4,2
	M. ACUERDO	5	5,3
	NI	5	5,3
	M. DESACUERDO	4	4,2
	TOTAL DESACUERDO	77	81,1
	Total	95	100,0



ÍTEM11

ÍTEM19

En el *ítem 11* la *moda* y la *mediana* coinciden con el valor 5, correspondiente a la opción "*Totalmente de Acuerdo*" de la escala Licker. Estas medidas de tendencia central también coinciden en el *ítem 19* con el valor 5, correspondiente en este caso a la opción "*Totalmente en Desacuerdo*".

En el *ítem 11* el 78,9% de los individuos que forman la muestra (75 individuos) respondieron "*Totalmente de Acuerdo*" con el *ítem*, es decir, que este importante número de personas se comprometería a realizar un curso de capacitación.

Por otro lado, en el *ítem 19* el 81,1% de los individuos (77 personas) optó por la respuesta "*Totalmente en Desacuerdo*" con el *ítem*, es decir, que este elevado número de individuos expresa tener interés en capacitarse.

La escasa variabilidad de respuestas obtenidas para estos ítems, su relación con los ítems anteriormente analizados, las conclusiones a las que hemos arribado y las herramientas teóricas de que disponemos, nos impiden caer en una lectura ingenua de estos datos que nos llevaría a crearnos falsas "expectativas" respecto de la actitud futura de este personal frente a programas de capacitación.

Pensemos tan solo en las respuestas dadas al ítem 18: "*El conocimiento brindado por los cursos de capacitación realizados no me sirven para la labor cotidiana*". Poco más del 50% de la muestra no sintió satisfechas sus necesidades de capacitación, debido seguramente a la ausencia de una previa detección de necesidades formales específicas de cada sector. Si la experiencia en los cursos de capacitación ya brindados por el hospital no ha sido buena para este personal por diversos motivos, incluido el horario que dificultaba el acceso a muchos, ¿por qué la mayoría de las personas de la muestra se comprometería entonces, a realizar nuevamente un curso de capacitación si la experiencia les ha demostrado que esos cursos no se ajustan a sus necesidades? La respuesta a esta pregunta que nos formulamos está en el contexto en que fue realizada la administración del instrumento. Los ítems 11 y 19 fueron expresados de manera muy directa, de modo tal que el personal, casi en su totalidad, pudo deducir lo que se suponía "se esperaba" que respondieran.

El valor del conocimiento en el contexto del hospital es muy elevado, de tal modo que esos ítems no admitían otras respuestas.

Los datos recogidos en el transcurso del análisis de los ítems que conforman el instrumento y que indagan las tres categorías de análisis, nos permiten tomarlos como indicadores de la dificultad que se presentará sin un trabajo previo de reconstrucción de la representación de capacitación de modo que permita generar nuevas expectativas en el personal.

Con todo esto, las respuestas se encuentran claramente influidas y determinadas por los diversos factores que hacen al contexto social-profesional del hospital. Estos factores sociales son internalizados por cada uno de los miembros del servicio de enfermería y en ese proceso de internalización esos factores son transformados, modificados de acuerdo a los aspectos psicológicos y cognitivos de cada uno. El haber respondido que sí les interesa capacitarse y que se comprometerían con un curso de capacitación nos lleva a pensar también en el aspecto psicológico que se ha puesto en juego en estas respuestas, ubicando así a la representación de capacitación en la interfase entre lo psicológico y lo social.

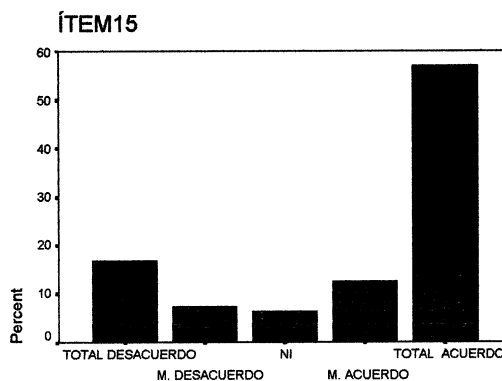
Esta interfase está dada por un factor de una importancia que experimentamos las personas en una organización y que se trata del sentimiento de pertenencia, en este caso, al hospital. Como dijimos anteriormente, se trata de un hospital escuela atravesado por el conocimiento que poseen y expresan los estudiantes, residentes y profesionales que conforman la organización.

Por otro lado, en el ítem 15: *"El hospital cuenta con personal con el conocimiento necesario para realizar una capacitación relacionada con mi*

tarea", podemos ver cómo se pone en juego aquí también la representación de capacitación en la interfase entre lo psicológico y lo social.

ÍTEM 15: El Hospital cuenta con personal con el conocimiento necesario para realizar una capacitación relacionada con mi tarea.

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid TOTAL DESACUERDO	16	16,8	16,8	16,8
M. DESACUERDO	7	7,4	7,4	24,2
NI	6	6,3	6,3	30,5
M. ACUERDO	12	12,6	12,6	43,2
TOTAL ACUERDO	54	56,8	56,8	100,0
Total	95	100,0	100,0	



ÍTEM15

Habíamos mencionado que un proceso de capacitación y desarrollo obliga en primer lugar a diagnosticar, evaluar y actuar en función de cada realidad organizacional, y que para que la capacitación dé buenos resultados se debe poder determinar en qué aspectos puede y debe colocarse el énfasis del entrenamiento, estudiando la estructura como un todo. Esto es, en su políticas, recursos, procesos y productos.

Entendemos entonces, por lo dicho anteriormente, que determinar las necesidades de capacitación también implica cuantificar los recursos tanto

financieros como físicos.

Suponemos que por ser esta organización de salud un hospital escuela cuenta con el recurso idóneo para llevar a cabo procesos de capacitación y desarrollo. Lo que buscamos indagar con la inclusión del ítem 15: "El hospital cuenta con el personal *necesario para realizar una capacitación relacionada con mi tarea*", es la percepción que el personal de enfermería tiene acerca de la existencia en el hospital de personas idóneas para capacitarlos en la tarea que desempeñan. Percepción que nos permitiría anticipar la actitud que estas personas tendrían frente a procesos de capacitación llevados a cabo por el personal de esta organización.

El análisis de este ítem nos arroja los siguientes resultados:

- el 16,8% (16 sujetos) de la muestra respondió estar en "*Total Desacuerdo*" con el ítem;
- el 7,4% (7 sujetos) del total encuestado respondió estar "*Medianamente en Desacuerdo*";
- el 6,3% (6 sujetos) respondió "*Ni de Acuerdo ni en Desacuerdo*";
- el 12,6% (12 sujetos encuestados) respondió estar "*Medianamente de Acuerdo*" con el ítem; y
- el 56,8% (54 sujetos) optó por la respuesta "*Totalmente de Acuerdo*" con el ítem.

El valor de la mediana para este ítem es 5, correspondiente a la opción totalmente de acuerdo. Esto quiere decir que el 50 % de la muestra

responde estar totalmente de acuerdo con el ítem y el otro 50 % se distribuye entre esta opción y las opciones "Medianamente de Acuerdo", "Ni de Acuerdo Ni en Desacuerdo", "Medianamente en Desacuerdo", y "Totalmente en Desacuerdo".

Habíamos mencionado que esta organización se ha constituido como hospital escuela en el cual un número importante de profesionales no sólo se desempeñan en su rol profesional, sino que también contribuyen a la construcción de conocimiento guiando a otros en este proceso. Es decir que desempeñan función docente.

Esta percepción del hospital como escuela, como espacio de aprendizaje, nos permite comprender las respuestas dadas al ítem 15.

Respuestas que se encuentran atravesadas por esta representación del hospital como escuela y por el significado que cada individuo perteneciente al servicio de enfermería le ha adjudicado a la misma a partir de su experiencia, del vínculo que ha establecido con esta organización, con sus pares y con aquellos que han conducido las experiencias de formación.

Podemos decir entonces, en función a las respuestas dadas a este ítem, que el personal de enfermería considera que esta organización cuenta con el recurso humano idóneo para capacitarlos en aspectos teórico-técnicos específicos que hacen a su tarea y para conducir aquellas experiencias en las que sea posible construir aquél conocimiento que ellos perciben que les falta y necesitan.

CONCLUSIONES

*“El malestar que palpita en las instituciones no anuda
espontáneamente lazos solidarios...
su extensión no autoriza a sospechar
Auroras insurgentes...
Pero su insistencia, padecida en soledad,
Tiene el carácter de un sordo rumor colectivo
Sostener esos problemas no resueltos,
Ya es en sí todo un programa de trabajo...”*

Mario Woronowski

Esta desafiante, cruda, apasionante, dolorosa y fuerte realidad que este Hospital nos muestra y aquellos aspectos que no están al alcance de una fugaz mirada, y a los que sin embargo pudimos entrar, observar, preguntar, dotar de significados porque muchos así lo quisieron, mostrarnos “su” realidad que no es otra que la del hospital, animó y anima el espíritu de trabajo de esta investigación y la de su historia.

Su realidad, y las tantas realidades que allí conviven, se entrecruzan, crecen y desvanecen, nos impactó. Lo nuevo y lo viejo, aquello que quiso ser y lo que hoy es. Su enorme infraestructura impacta, y lo viejo parece, desde afuera y a simple vista, abandonado. Lo viejo nos conmueve, habla de muchas maneras, dice, cuenta. Soporta sobre sus paredes el olvido, un pesado olvido que las agrieta y convierte en disfuncionales partes de su

estructura, y lo denuncia, lo hace evidente imponiéndose aunque no quiera ser mirado. Lo nuevo, es sólo nuevo en infraestructura, en su forma, su realidad interior es la misma que la vieja estructura, aun no alcanza, porque todavía, y luego de esta y otras investigaciones, seguirá faltando la mirada, la escucha, la pregunta de aquellos que deben hacerlo.

Desde hace cuatro años nos sentimos parte de esta organización, de este hospital; quizás injustificadamente “parte”; una parte que está afuera, que entra, mira, pregunta, busca y encuentra, y que a través de este trabajo decimos, ponemos en palabras aquello que no está escrito, que no está dicho pero persiste en la memoria colectiva y en el accionar de quienes día a día levantan y sostienen este Hospital.

Profundamente comprometidas con su trama histórica y con lo solicitado por el Jefe del Servicio de Docencia e Investigación del Hospital Interzonal General de Agudos, Dr. Jorge Dietsch, desarrollaremos a continuación las conclusiones de esta investigación, respondiendo así a la demanda de conocimiento de las expectativas de capacitación del personal no médico del mismo.

Y por dónde empezar si no es por esa demanda. Demanda que luego de haber transitado varios recorridos y adoptado diferentes perspectivas, llegamos a plantearla como la “exploración de las expectativas de capacitación del personal no médico de un Hospital público marplatense de Alta Complejidad”.

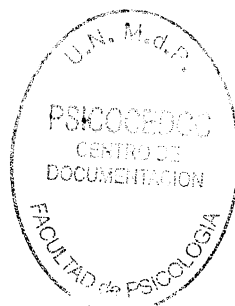
Haber podido hacer desde nuestra especificidad una lectura de la

misma evitó, citando a Fernando Ulloa, que muriéramos en la demanda, es decir, haber realizado largas conclusiones que solo hablaran de las expectativas de capacitación del personal de enfermería a partir de un tratamiento y abordaje puramente estadístico de los datos, hubiese sido morir en la demanda, en realidad, hubiese muerto la demanda y nuestro quehacer como analistas.

Que el Jefe de Servicio de docencia e investigación del Hospital Interzonal General de Agudos "Oscar Alende", Dr. Jorge Dietsch, realizara la demanda a la Cátedra de Psicología Clínica de nuestra Facultad de Psicología, es algo que no puede dejar de ser pensado y significado, si hemos "estado" como analistas en esta organización de salud.

Pensamos que por nuestra formación podremos, en respuesta a esta demanda, aportarle a esta organización un plus de significado. Plus que es posible sólo en la medida en que consideramos la insuficiencia de la cuantificación de toda realidad humana y de la importancia que tienen el contexto, la función y el significado de los actos humanos.

Fue necesario para ello comprender primero, o al menos al mismo tiempo, el sistema de relaciones en el cual el personal de enfermería se encontraba inserto y del cual recibían su propio sentido. Pensar en las expectativas que estos sujetos tenían de ser capacitados era una tarea que no podíamos llevar a cabo sin hacernos del contexto en que el sector de enfermería desarrolla su quehacer, para comprender de este modo el sentido y significado del mismo.



Éramos conscientes de que las "acciones humanas" requieren para su interpretación, ir más allá de los actos físicos, ubicándolas en sus contextos específicos. El acto en sí no es algo humano; lo que lo hace humano es la intención que lo anima, el significado que tiene para el actor, el propósito que alberga, la meta que persigue; en otras palabras, la función que desempeña en la estructura de su personalidad y en el grupo humano en que vive. Por eso buscamos y leímos el significado de las acciones y la actitud propia de los sujetos de nuestra muestra atendiendo al amplio contexto de la sociedad, y a las costumbres y "sistema ideológico" que constituyen la cultura de esta organización de salud.

Poder pensar en el hoy de este hospital, descifrar sus síntomas, era imposible sin buscar la causa de su actual sufrimiento.

Para ello fuimos a la búsqueda de sus mitos fundantes y de su historia. Toda asociación humana los tiene, los re-vive, los re-edita y los necesita. Representan la articulación imaginaria sobre la que descansan las instituciones sociales.

Haber podido escuchar a esta organización hospitalaria que sólo tiene existencia en sus integrantes, nos permitió promover un efecto de sentido, vivificar y reticular lo coagulado como consecuencia de la cotidianidad y de la rutina. Pensar a este hospital e historizarlo nos permitió crear puntos de tensión, de conflicto, de problematización, es decir y desde el marco y posibilidades que nos brinda nuestro método clínico, nos permitió "neurotizarla" y así incrementar su analizabilidad, siendo la historia el punto

de partida de posteriores desciframientos. Y esta lectura se constituyó entonces en el arte de construir una memoria personal del hospital a partir de las experiencias y los recuerdos ajenos a nosotras, pero vivos en cada uno de los integrantes de esta organización.

Escuchar, pensar y re-vivir su historia nos ayudó a comprender el contexto y el texto en el que los integrantes de esta organización se han construido las diversas representaciones de capacitación.

Ese contexto se encuentra atravesado y determinado por múltiples variables macrocontextuales, que transformadas configuran el contexto específico de este hospital. La decadencia de los hospitales públicos debido a la falta e inadecuación de las políticas que se aplican desde los gobiernos nacionales y provinciales, terminan reproduciéndose en el interior del hospital "Oscar Alende"; y que afectan a la representación social de esta organización pública en nuestra comunidad. A él recurre el inmenso porcentaje de la población, no sólo marplatense, sino también de la zona, que no posee ninguna cobertura médica y tampoco cuenta con los recursos económicos suficientes para llevar adelante un tratamiento medicamentoso prescripto por el médico. En estas condiciones sociales el hospital, es decir, el personal, se encuentra desbordado en su labor cotidiana. Los pacientes doloridos depositados en camillas hacen cola en los pasillos esperando ser atendidos.

En este contexto nos encontramos con que el Servicio de Enfermería que forma parte de este hospital de alta complejidad, se encuentra

constituido en su gran mayoría por personas que no poseen el título de enfermero/a sino que son "auxiliares de enfermería".

Una de las variables incluida en apartado "Datos básicos" en el instrumento que administramos para llevar a cabo esta investigación, es "categorías", la cual incluye: Auxiliares de enfermería; Enfermero/a; Jefe/a de Enfermeros/as; Supervisores/as; es esta la composición del servicio. Un 80% del total de nuestra muestra (95 individuos) posee el título de "Auxiliar de Enfermería".

El Servicio de Enfermería de este hospital se encuentra constituido por 300 empleados. El 100% de este universo pertenece a la planta permanente de este hospital y cumple una jornada laboral en los turnos mañana, tarde, tarde-noche, noche y rotativo. También son rotados por los distintos servicios luego de un período de permanencia en cada uno de ellos.

El ejercicio de la Enfermería se encuentra regulado por la Ley Nacional 24.004. Este ejercicio comprende las funciones de promoción, recuperación y re-habilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

Esta Ley reconoce dos niveles para el ejercicio de la Enfermería:

- A) Profesional: consiste en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimiento para la identificación y

resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia.

- B) Auxiliar: consiste en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen al cuidado de Enfermería planificados y dispuestos por el nivel profesional y ejecutados bajo su supervisión.

Uno de los derechos de los profesionales y auxiliares de Enfermería, según este marco regulatorio, es asumir responsabilidades acordes con la “capacitación” recibida, en las condiciones que determina la reglamentación. Por lo tanto, constituye una obligación ejercer actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta Ley, así como mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente.

Es una realidad de nuestro País, que aquello que “debería ser”, “no puede ser”. En este caso, el Hospital Interzonal General de Agudos “Oscar Alende”, no escapa a esa realidad.

Sólo 13 personas de un total de 300 individuos que se desempeñan en este hospital en el Servicio de Enfermería, poseen el título profesional de “Enfermero/a”; el resto del personal posee el título de “Auxiliar de Enfermería”.

Es evidente que sólo 13 personas no pueden abarcar y desempeñar su tarea atendiendo a las necesidades que surgen de 287 individuos que

conforman el Servicio de Enfermería y que se desempeñan en diversos sectores del Hospital y en diversas franjas horarias.

Recordemos que los Auxiliares sólo deben llevar a cabo las actividades planificadas y dispuestas por el “nivel profesional” y ejecutadas bajo su “supervisión”, según lo expresa la Ley anteriormente expuesta.

Cómo es posible hacer cumplir esta Ley cuando no se dispone de los recursos suficientes, necesarios. Y no se trata esto de una cuestión puramente legal, sino de sus consecuencias. Cómo poder llevar a cabo la “planificación y supervisión” de 287 individuos frente a la urgencia de asistencia que demanda el inmenso volumen de personas que concurren a esta organización en busca de auxilio ante el desequilibrio en la salud.

A partir de esto se vuelven obvias las respuestas a las preguntas referidas a las “Necesidades de Capacitación” y a las “Necesidades Formales”, es decir, aquellas que surgen de la brecha entre lo que se espera que el personal de enfermería haga y lo que realmente hace.

Los ítems del instrumento destinados a indagar las “necesidades formales” de este personal, nos proporcionaron el conocimiento que estas personas necesitan ser capacitadas en la medida en que, y por razones ya expuestas, realizan tareas que no corresponden a la categoría a la que pertenecen. Del 100% de los individuos que conforman la muestra de esta investigación, un 86% considera que posee agujeros tanto a nivel del conocimiento teórico, necesario para fundamentar, saber para qué y por qué hacen lo que hacen en su labor cotidiana, como a nivel práctico, técnico, es

decir, cómo hacerlo.

La mayor parte del personal del Servicio de Enfermería ingresa al hospital con el título de "Auxiliar de Enfermería", conocimientos y técnicas que no alcanzan a cubrir las exigencias de la tarea de Enfermero/a. Desde el momento en que ingresan a él se instala entonces la brecha entre lo que se espera y lo que realmente hacen. Lo que esta organización hospitalaria espera es que se desempeñen en tareas que hacen al rol de Enfermero/a además de las funciones propias de Auxiliar de Enfermería, de modo que existe desde el inicio una brecha que se intentará cerrar por medio de un aprendizaje exclusivamente empírico. Aprendizaje que será nuevamente iniciado siempre que el personal ingrese a un nuevo servicio, debido a la especificidad que requiere cada uno de ellos.

Este desajuste entre la formación y la práctica reconoce diversos orígenes que derivan del particular contexto laboral donde se desempeñan, fundamentalmente, el hospital. Si bien el personal puede haber aprendido e internalizado sus roles en las organizaciones educativas, deben luego adaptarlos a las necesidades de la organización hospitalaria que refleja a su vez las necesidades de la comunidad. El personal de enfermería que se inserta en un medio en el que su rol es difuso, encuentra dificultades para realizar esta adaptación y puede llevarlo esto a distorsionar su rol. Termina realizando tareas que exigen otra preparación que la que posee, realiza otras para las cuales no fue preparado.

Este proceso los convierte pobremente en enfermeros empíricos,

pero de ninguna manera profesionales. Esto los conduce a un desempeño inseguro y como tal estresante con consecuencias negativas tanto psíquicas como físicas.

Este es el efecto de lo que Ulloa llama "Encerrona trágica", que se da cada vez que alguien para vivir (amar, divertirse, trabajar, estudiar, recuperar la salud, transcurrir su vejez, tener una muerte dignamente asistida), depende de algo o alguien que lo maltrata o simplemente lo "distrata", negándolo como sujeto. Estas encerronas trágicas alcanzan a todo individuo social, usuario o integrante de la organización.

Los Auxiliares de Enfermería son tratados como tales y exigidos como enfermeros. En esa estructura hospitalaria imposible de abarcar en su totalidad, se borra al sujeto, se lo niega. Es así como aparece el sufrimiento; un sufrimiento silencioso, que no hace demasiado ruido. Dice Ulloa, que suelen ser silenciosos los sufrimientos de aquellos que para vivir, sostener a los suyos, desplegar las expectativas de su vocación dependen con frecuencia de un ámbito, un sistema, tal vez una persona, que los maltratan. El sujeto queda a merced, para alcanzar sus fines, de algo que lo rechaza y que a su vez él repudia, siempre y cuando no haya claudicado en sometimiento. Un maltrato en general anónimo, que no habrá de reparar en la condición de la víctima.

Es en este contexto en el que debemos hablar nada más y nada menos que de "Expectativas".

Definimos en el análisis de los ítems destinados a indagar

“Expectativas de Capacitación” el Contrato Psicológico. Contrato que se establece en el momento en que una persona ingresa a una organización, entre una persona y la organización. Lo definimos como el conjunto de expectativas no escritas en parte alguna, que operan a toda hora entre cualquier miembro y otros miembros y dirigentes de la organización, constituyéndose el contrato psicológico entre el individuo y la organización. Dentro de este contrato se encuentran las expectativas de capacitación de este personal, que tiene entre otras, expectativas de crecer y de aprender más, y de la organización, que tiene expectativas vinculadas a la capacidad de aprendizaje de su personal para poder adaptarse de esta manera a los constantes cambios tecnológicos, avances en el conocimiento, cambios sociales, económicos, políticos, etc.

Desde la Psicología Laboral se afirma que la fuerza de una tendencia a actuar de determinada forma, depende de la fuerza de la expectativa que genera el hecho que el acto esté seguido de un resultado determinado y de lo atractivo de ese resultado para el individuo.

Esa fuerza de la expectativa para actuar, es decir, la fuerza que impulsa a los individuos a crearse expectativas respecto de los cursos de capacitación posibles de implementarse, dependen de la “Representación de Capacitación” que poseen.

Las representaciones son estructuras de conocimiento generadas por el procesamiento social, grupal de la información, en un contexto dado y orientado directamente a explicar, justificar y orientar la acción. Esa

información, que constituye el contenido de la representación de capacitación ha sido obtenida y procesada a partir de la experiencia del personal de enfermería en los cursos brindados por el hospital destinados a “capacitar” a este personal.

Las condiciones en que se llevaron a cabo esos cursos de capacitación se constituyeron en factores negativos para generar hoy expectativas positivas en el personal de enfermería.

Mencionaremos fundamentalmente dos de esos factores.

Por un lado, la experiencia surgida de los cursos brindados por el hospital. Al no haber llevado a cabo una indagación adecuada de las necesidades formales de capacitación del personal de enfermería, el resultado de esos cursos no ha sido el esperado para muchos. Esto quiere decir, que no han sido cubiertas las necesidades que estas personas poseían al comprometerse en los cursos de capacitación.

Esta ausencia de una previa detección de las necesidades es uno de los principales factores que intervienen, en este caso negativamente, en la construcción de la representación de capacitación a la que el hospital ha contribuido, y la cual ha aportado también a la representación del puesto de trabajo propio, percibido sin posibilidades de crecimiento personal.

La indagación idónea previa de las necesidades del personal destinatario de un programa de capacitación es de suma importancia ya que, por un lado, evita perder tiempo en capacitar por capacitar, lo cual lleva a resultados no beneficiosos ni para la persona que participa de ellos, ni para

la organización que invierte tiempo, recursos y dinero en ellos. Y por otro lado y fundamentalmente, porque al cubrir una serie de necesidades, el hombre se abre espacio para el surgimiento de otras, construyendo así una espiral de crecimiento. Cuando ciertas necesidades no son satisfechas se dificulta entonces el crecimiento, el poder pensar en otras necesidades más elevadas que las anteriores, y conduce esto a un estancamiento que genera sufrimiento. Para el personal de enfermería, el ingreso a un nuevo servicio requiere un tiempo de adaptación a las transformaciones que sufre su desempeño (no se trabaja de la misma manera, ni bajo las mismas condiciones en el Servicio de Emergencias que en la Unidad de Terapia Intensiva o Intermedia).

Si este período de adaptación no es acompañado de una instancia de capacitación que se constituya en un espacio de contención, aparece posiblemente el sentimiento de desamparo acompañado por reacciones psicofísicas como el estrés, hasta lograr la adaptación o sobre-adaptación a nuevas condiciones laborales.

Si los cursos de capacitación llevados a cabo hasta el momento por este hospital no han cubierto aquellas necesidades del personal de enfermería, la representación de capacitación a la que esa experiencia ha contribuido a construir, se ve afectada y desajustada a lo que la capacitación realmente es.

Otro factor importante en la construcción de representación de capacitación en el personal de enfermería en el marco de esta organización,

que ha generado ciertos sentimientos vinculados a la experiencia de capacitarse, se trata del "tiempo" en que se han llevado a cabo los diversos cursos de capacitación.

El enfoque metodológico cualitativo-etnográfico que aplicamos en esta investigación, nos proporcionó información sumamente importante, obtenida en el diálogo con el personal de enfermería durante la administración del instrumento. Esos diálogos nos proporcionaron el conocimiento de las condiciones referidas al horario en que se desarrollaban los cursos destinados a ellos. Muchos de los cursos brindados por el hospital se superponían con el horario de trabajo del personal de enfermería, motivo por el cual les era imposible el acceso a los mismos.

El hecho de haber brindado cursos de capacitación da cuenta del interés de la organización en capacitar al personal de enfermería. Por otro lado, que el factor "tiempo" no se haya tenido en cuenta, nos informa de la falta de conocimiento respecto de las condiciones y variables que deben tenerse en cuenta a la hora de programar y estructurar cursos de capacitación.

Este error se convirtió también en otro de los factores que contribuyó negativamente en la construcción de la representación de capacitación del personal de enfermería. Y no sólo en la representación de capacitación, sino seguramente en la representación de la organización al percibir desinterés en la capacitación por parte de la misma.

Si los cursos se programaron de tal modo que no todos tuvieron

acceso a ellos, la percepción de las personas excluidas de los cursos, estará vinculada al desinterés en el crecimiento de ellos por parte de la organización.

Las representaciones como estructuras de conocimiento surgen de la experiencia, en la cual son diversos los factores que interactúan en la determinación de las mismas. Cada representación lleva consigo, ligados, afectos, emociones, sentimientos. Estas representaciones se encuentran en la interfase entre lo psicológico y lo social. El aspecto psicológico de la representación en este caso de capacitación, consiste en el significado que cada individuo perteneciente al servicio de enfermería le ha adjudicado a la misma a partir de su bagaje intelectual, de su experiencia en los cursos, de la percepción de su desempeño, de su rol, de su relación con la organización y con sus pares, de su propia escala de valores, de sus objetivos y necesidades personales, entre otros aspectos, ligados todos ellos a ciertos afectos, sentimientos. El aspecto social de la representación de capacitación está dado por el procesamiento grupal de la información, es decir, comentarios, opiniones, posturas, etc., la percepción del hospital como escuela, como espacio de aprendizaje, la diversidad de profesionales que en ella se desempeñan, el valor que en ella tiene la capacitación, el conocimiento, etc. Información que los miembros del servicio de enfermería intercambian contribuyendo así a la construcción de dicha representación. La representación de capacitación no se agota en ninguno de estos

aspectos, los incluye.

Si la experiencia en los cursos brindados por el hospital no ha sido satisfactoria para el personal de enfermería debido a la falta de indagación previa de sus necesidades formales y a la adecuación de esos cursos a las posibilidades horarias del personal, no será posible esperar seguramente una actitud positiva frente a los programas de capacitación que puedan llegar a implementarse. Esto, debido a que las expectativas de capacitación se han ido desvaneciendo en función de la experiencia. La actitud del personal de enfermería estará entonces determinada por la representación de capacitación y el afecto ligado a ella, sensación de insatisfacción y frustración.

El personal de enfermería presenta "necesidades formales" que deberán ser atendidas para un mejor y más seguro desempeño. Posee conciencia de los agujeros que a nivel del conocimiento tanto teórico como práctico les hace ver el desempeño de tareas no específicas de la categoría de auxiliar de enfermería. El contexto hospitalario les ha brindado experiencias en capacitación que han contribuido a la construcción de diversas representaciones de capacitación desajustadas, imprecisas respecto de lo que la misma es. Saben que se encuentran en un contexto que se ha convertido en hospital escuela, en el cual existe una ponderación especial al conocimiento y la capacitación. Son y se sienten parte de ese contexto, pero consideramos, en función del análisis y los resultados que obtuvimos que no poseen un conocimiento adecuado de lo que es y puede

brindarles la capacitación como herramienta de crecimiento y cambio.

Entendemos que Capacitar es hacer a un trabajador apto, habilitado para alguna cosa. Hacer diestro, enseñar, guiar, instruir y encaminar al trabajador en su creatividad y preparar al mismo para ocupar una vacante o puesto de nueva creación. Es el medio de que se valen las estructuras para su permanente adaptación y crecimiento, es decir, como instrumento de cambio hacia un mejor hacer. Capacitar ahorra recursos materiales y humanos, ya que optimiza labores y funciones, motivo por el cual no puede ser considerada como fin del proyecto.

El éxito de un programa de capacitación se da cuando las expectativas de la organización y de su personal compatibilizan y el sujeto descubre que dentro de esa organización él puede satisfacer sus necesidades y obtener placer en lo que hace, mientras contribuye al crecimiento del lugar donde está; y si el crecimiento de ambas se desarrolla simultáneamente, ambas se benefician.

El fracaso aparece cuando hay una gran distancia entre lo que la organización proclama y lo que hace, por lo cual el sujeto puede sentir que ese contrato psicológico implícito ha sido violado.

Es importante considerar que a medida que las necesidades de la organización y del individuo y las fuerzas externas cambian, también se modifican sus expectativas convirtiendo al Contrato Psicológico en algo dinámico que debe renegociarse constantemente.

Por todo esto, es importante que la organización pueda definir

adecuadamente las características de las personas con las que quiere trabajar, y las expectativas, en términos de Formación y Desarrollo, que tiene con cada uno de los integrantes de la misma. En función de esto, deberá establecer un Contrato Psicológico donde existan más aspectos explícitos que implícitos, con el fin de reducir al mínimo el riesgo de la confusión.

Un proceso de capacitación y desarrollo obliga en primer lugar a diagnosticar, evaluar y actuar en función de cada realidad organizacional. Esto es lo que nos obliga a no ser gestores de cursos de capacitación estandarizados y/o generalizados y a ser artesanos de la capacitación y el desarrollo en función de objetivos-procesos-resultados en un contexto determinado. De esta forma la capacitación dejaría de ser considerada sólo como un beneficio-premio que la organización brinda a su gente, para ser un medio de que se valen las estructuras para su permanente adaptación y cambio hacia un mejor hacer.

Por ello es que planteamos que el éxito de un programa de capacitación depende fundamentalmente de la idoneidad con que la necesidad a ser satisfecha, haya sido identificada, analizada y evaluada, y posteriormente se utilicen los métodos y técnicas más adecuadas para satisfacerla.

Lo dicho anteriormente es la respuesta a la demanda de conocimiento de las expectativas de capacitación del personal de Enfermería, a partir del análisis de los ítems construidos con el objetivo de indagar las tres

categorías de análisis de esta investigación. En función de esto consideramos que a pesar de las frustraciones vividas por el personal de enfermería vinculadas a la capacitación en el contexto de este hospital, existe en ellos la conciencia de la necesidad de capacitación y que si los resultados de los programas de capacitación que se implementen, luego de la detección adecuada de las necesidades formales y del trabajo en la reconstrucción de la representación de capacitación, son positivos y satisfacen esas necesidades, el hospital contará con personal motivado para continuar y sostener el proceso de adaptación de la organización al contexto cambiante, quedando así satisfechas las expectativas de ambas partes.

Pero como lo mencionamos anteriormente, esta tarea de investigación no solo nos permitió evidenciar las expectativas de ser capacitados que el personal de enfermería tiene, sino también, y desde lo específico de la acción analítica, pudimos descifrar complejizando la existencia, problematizándola y promoviendo las fuerzas disipativas de la experiencia psíquica y sus contra-caras, repeticiones y atascamientos, que colisionaban necesariamente con los criterios de eficiencia institucional.

Sabíamos por ello que escuchar a los distintos miembros del Servicio de Enfermería de este hospital implicaría escuchar la totalidad en la que cada cual se inscribe y está inserto. Y si estábamos atentas podríamos seguir las marcas de esta institución en lo subjetivo, sus efectos y pesos característicos.

Situarnos en el campo de trabajo buscando explorar, captar, comprender

y analizar también la singularidad del ser humano, "del ser enfermero", nos permitió leer su "Novela Laboral". Y fue esto lo que impidió que esta investigación muriera en la demanda.

Sabemos que el objetivo fundamental de la Enfermería, como una profesión de salud, es proporcionar atención de calidad en la materia, para contribuir a elevar el nivel de salud y bienestar de la población en el proceso de desarrollo social y que esta perspectiva le imprime así un carácter dinámico y creador que le permite adaptar sus funciones y servicios a los cambios, necesidades y demandas de la comunidad. El acto de cuidar de enfermería tiene un carácter esencialmente humano, coordina y hace efectivo el conocimiento científico y tecnológico del equipo de enfermería y del equipo de salud en beneficio de la persona que enferma.

Ese acto de cuidar presenta un carácter esencialmente humano ya que la enfermedad remite a lo más desconocido y temido por el hombre. A ese algo incomprensible al que el hospital como organización alude, desafía pero también oculta. Lugar de recuperación que lleva a la salida "el alta" o depósito de dolor y de muerte. Espacio donde la sociedad descarga lo finito, la vulnerabilidad humana.

El hospital repite historias nunca iguales. Imprevisibilidad, urgencia, gravedad no permiten anticipar. Zona en que se juega el límite entre la vida y la muerte. Más allá el silencio, el velatorio, el cementerio.

El personal de enfermería dentro del equipo comparte y disfruta de este desafío y también de este saber y no saber sobre lo imposible de la

inmortalidad, fantasía mas o menos presente en todos.

En este saber no saber, y en este desafío cotidiano el personal de enfermería tal vez se encuentra mas expuesto a sus vicisitudes que otros miembros del equipo. Cercanía del cuerpo, contactos más permanentes, más íntimos, relaciones intensas y poco duraderas los exponen a la necesidad de emplear un gran monto de energía en mantener la ilusión y renovar los intentos. Los fracasos, las distintas situaciones dolorosas, el desborde, pueden fácilmente transformar el sueño en pesadilla.

Trabajo insalubre física y psíquicamente. Expuestos al contagio, a accidentes en una tarea que requiere gran esfuerzo físico. Los turnos rotativos, la sobrecarga de trabajo, las situaciones imprevistas interfieren la posibilidad de organizar ritmos centrados en sus necesidades biológicas y psíquicas básicas de alimentación, sueño, eliminación, vida amorosa y familiar.

La escasez de personal de enfermería, el elevado ausentismo, íntimamente asociado con lo anteriormente planteado, y el bajo nivel de remuneración, los lleva en muchos casos a cubrir más de un turno o a tener más de un trabajo.

El hacer, en este contexto de fluidez, incertidumbre y exigencia, les impide también descargar, ligar, pensar, elaborar. En este hospital público no existe un espacio teórico ni práctico para ello.

El personal de enfermería ocupa un lugar de encrucijada, de pivote entre distintos personajes: médico, paciente, familia, otros miembros del



equipo de salud, hospital. Resume una vasta gama de matices que el dolor, el sufrirlo y el provocarlo tiene para el ser humano. Lugar de mediación, de contención de emociones, fantasías y angustias, de contacto, donde el cuerpo se juega en relación a otro cuerpo en peligro, sufriente, en lucha de alguna manera, entre la vida y la muerte.

Lugar de encrucijada, no de reconocimiento ni de poder formal. Se le atribuye eficacia, presencia, y al mismo tiempo se le pide que se borre ante la figura omnipresente-ausente del médico, que asuma errores y torpezas propias y ajenas pues la figura de éste debe ser preservada ante los enfermos y sus familiares.

Relación difícil, juego de dependencia mítica, que encubre una dependencia mutua. Trabajar con alguien idealizado y en tanto tal odiado (ambivalencia) del que se depende, en quien se confía, que no está cuando se lo necesita (“...la noche es terrible, la otra vez tuve un paciente convulsionado por horas, y encima no había medicamentos, tuve que recorrer piso por piso buscando medicación para darle...”). Satisfacción de conocer las debilidades, de encubrirlas, de ir más allá, de poder más en esos lugares menos. Conocer el otro lado del héroe.

Enfermería, escenario poco definido de actuación, de complicidad, de triunfo pero también de exposición, de desamparo y de riesgo. Cuando las cosas salen bien se felicita al médico, cuando las cosas salen mal la culpa es de la enfermera, se les escucha decir. También proponen que deberían hacer solo lo que manda el reglamento, pero ¿quién lo hace?. La

satisfacción de estar allí, cubriendo, tapando huecos, borrando las huellas de lo que falta, conjurando la castración y la muerte, configura la “novela laboral del profesional de enfermería”.

Personaje de ficción heroico o desvalorizado, difícilmente persona con sus problemas concretos, con logros, fracasos y limitaciones.

Hemos observado, durante nuestro hacer en este hospital, que para todas estas expectativas organizacionales y también personales, enfermería carece en muchas ocasiones de los recursos adecuados, ya sean estos materiales, organizativos, técnicos, de conocimiento o de formación para cubrirlas.

Además, su nivel de remuneración no es acorde a la complejidad de éstas expectativas. Factor de exigencia y frustración que junto al sentimiento que provoca no ser escuchados en sus demandas y en sus propuestas ni reconocidos en su trabajo, determinan la vivencia de impotencia, sufrimiento y desvalorización tan frecuente en este sector laboral.

También pudimos observar la importancia, por su complejidad, de considerar el efecto que tiene en el personal de enfermería el vínculo que establece con los pacientes y por ello la importancia de trabajar con este recurso humano.

El personal de enfermería pasa cotidianamente por identificarse y tomar distancia; “llevarse el paciente a la casa” o mecanizarse; pensar que podría ser su hijo, su madre, o incluso ellos mismos, o poner una barrera infranqueable; llorar su muerte o contabilizar los “decesos”.

Este vaivén entre mimetizarse y discriminarse en diversos grados, este pegarse y despegarse al dolor y a las pérdidas implica un trabajo psíquico, el de la elaboración del duelo con cada paciente.

Duelo siempre renovado, nunca concluido. El responsabilizarse, la sensación de culpa por lo que debió haberse hecho antes o no haber hecho, por lo que se hizo. Los reproches por la falta de conocimientos (“...se me apago el respirador y no sabía como prenderlo..no se, toque un botón y arrancho..”) o de recursos (“...recorrí piso por piso buscando medicamentos...no podía dejar que siguiera vomitando..”) alternados con la búsqueda de culpables o la negación de los hechos .

Nos parece que dado el número importante de personas que cubren estas tareas y de pacientes (padecientes) que pasan por sus manos, es una tarea impostergable trabajar fundamentalmente con este recurso humano.

Otro de los puntos de urgencia detectados consiste en trabajar también no sólo con este recurso humano, sino también con el “personal médico” de este hospital. Pensemos que el hospital no sería tal si no existiera la figura del enfermero, del personal administrativo, de los técnicos, de los trabajadores sociales, de los psicólogos, del personal de mantenimiento y limpieza, entre otros. Con esto planteamos que no solo posee agujeros en su conocimiento el personal que se desempeña en el servicio de enfermería sino que también podrían existir agujeros y por lo tanto necesidad de capacitación respecto de lo que es la organización hospitalaria, en el “personal médico”, el cual deberá construir en su representación de esta

organización el lugar fundamental e "imprescindible" que conlleva el rol del enfermero y el conocimiento que el mismo le aporta al médico. Porque la Enfermería define su sentido humanístico en una relación interpersonal jerarquizada por sus valores como persona, sus conocimientos teóricos y prácticos propios que le dan una identidad única en relación con otras profesiones.

Nuevamente nos lleva esto a pensar la demanda: "... personal *no médico*". Nuestro método exploratorio y nuestro método clínico nos permiten correr la mirada desde lo manifiesto, expresado en la demanda, a aquello que no se debía tocar o mirar: "el personal médico". Luego del análisis e interpretación de los datos obtenidos nos es imposible correr la mirada del lugar de poder y saber-poder que aun les es adjudicado y se adjudica el personal médico y del lugar desvalorizado de los enfermeros en relación a ellos.

Será necesario llevar a cabo también una reconstrucción de la representación de la organización hospitalaria tanto en el "personal no médico" como en "el personal médico", que permita entender que el hospital es una "*organización de salud*" y no una "*organización médica*".

Respecto de este poder y poder-saber, pareciera que la organización se encuentra constituida por personal "médico" y "no médico". "Organización médica", personal "médico" y "no médico". En ausencia del "ser" médico está todo lo demás. Todo lo que queda es "no médico", sin nombre, dependiendo y auxiliando al médico. Cuestiones de identidad se

entrecruzan, atraviesan y determinan precisamente el “ser” o “no ser”.

Por qué definir a los otros por la ausencia del ser médico, por lo que “no son”. En las familias, los padres eligen llamar a sus hijos por diferentes nombres, este es un punto esencial en la construcción de la identidad. Nadie llama a una hija María y a los que siguen “no es María”.

Quizás entender que la salud no implica sólo a un cuerpo, entendido como conjunto de sistemas de órganos, sino a un “sujeto” que si se encuentra en el contexto de un Hospital de Agudos, es porque hay sufrimiento, dolor, desconocimiento, etc. Entender que llevar a esas personas nuevamente a un equilibrio implica esto necesariamente trabajar con los diversos aspectos constitutivos de todo ser humano. Los enfermeros ponen su cuerpo, emociones, sentimientos, conocimiento, su propio psiquismo, en la relación con los pacientes, contribuyendo así al re-establecimiento del equilibrio perdido y cubriendo los aspectos que el quehacer médico no atiende.

Todos los otros profesionales y personal que trabajan en esta organización de salud, no son “auxiliares” de la figura del médico, sino que cada uno de ellos aporta un conocimiento diferente del que posee el médico. Conocimiento en su conjunto necesario para la recuperación y promoción de la salud.

El esfuerzo deberá ser entonces de la organización en su conjunto para que de este modo sus necesidades y la de su personal puedan ser

satisfechas.

*"[...] Si para todo hay término y hay tasa
Y última vez y nunca más y olvido
¿Quién nos dirá de quién, en esta casa,
Sin saberlo, nos hemos despedido? [...]"*

"Límites"; Jorge Luis Borges

BIBLIOGRAFÍA

- ALVAREZ, A. – REYNOSO, D.: “Médicos e instituciones de salud”. Mar del Plata 1870-1960, HISA, Universidad Nacional de Mar del Plata (1992).-
- BANCHS, M. A.: “Concepto de Representaciones Sociales”. Análisis comparativo. Revista Costarricense de Psicología, Nos. 8-9. 1986.
- BANCHS, M. A.: “Corrientes teóricas en Psicología Social”. Ed. Mimeo, Caracas (1994).-
- BLEGER, J. (1987): “La institución y las instituciones” Ed. Paidós, Bs. As. (1989).-
- BUTELMAN, Ida: “Psicopedagogía institucional”. Ed. Paidós, Bs. As. (1991).-
- CAIRO, H.: “El proceso educativo en las organizaciones”. Material extraído de la Cátedra de Psicología Laboral, año 2.000.-
- DE LA ALDEA, E. - EMMER, S - SCHEJTER, V.: "Trabajo de enfermería, su novela laboral".
- ECHEBARRIA, A.: “Representación social y actitudes”. Psicología Social Sociocognitiva, Ed. Desclée de Brower, Bilbao (1991).-
- ECHEBARRIA, A.: "Sida, Imagen y prevención. Representaciones Sociales frente a otros constructos afines". Ed. Fundamentos. Madrid 1991.
- FILLIPI, Graciela “El aporte de la Psicología del Trabajo a los procesos de Mejora Organizacional”. Material extraído de la Cátedra de Psicología Laboral, año 2.000.-
- GALENDE, Emiliano: “De un horizonte incierto”. E. Paidós, Bs. As. (1997).-
- Grupo Doce. Del Fragmento a la Situación. Notas sobre la Subjetividad Contemporánea. Ed. México. Arg. 2001.-
- KATZ, I.: “Al gran pueblo argentino, salud”. Ed. Eudeba, Bs. As.

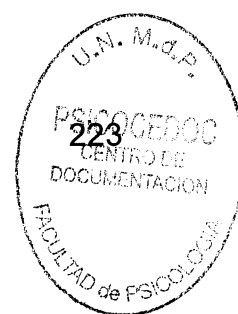
(1998).-

- LIBERMAN, Adrián: "Psicoanálisis en el hospital. Algunos aspectos de la acción analítica en el contexto institucional". Revista Acheronta. N° 19.
- MARTINEZ, N.: "La investigación cualitativa etnográfica en educación". Ed. Texto, Caracas (1991).-
- MUGNAGA y TRUCCO: "Capacitación en las organizaciones". Material extraído de la Cátedra de Psicología Laboral, año 2.000.-
- QUIRK, Thomas: "Métodos de Investigación en Psicología. Guías para realizar un estudio de investigación". Ed. LIMUSA, 1983.
- REDONDO, Ana Isabel: "Comportamiento Organizacional" (1999). Material extraído de la Cátedra de Psicología Laboral, año 2.000.-
- RIESGO, Eloy. "Apuntes documentales para la historia del H.I.G.A.", material de distribución interna del Hospital Interzonal Gral. de Agudos "Dr. Alende" (1985).-
- RODRIGUEZ MANSILLA, D.: "Diagnóstico Organizacional". Ed. Universidad Católica de Chile. Material extraído de la Cátedra de Psicología Laboral, año 2.000.-
- ROVERE, M.: "Planificación estratégica de Recursos Humanos en salud". Ed. Organización Panamericana de la salud (1993) Washington, D.C.-
- RUIZ OLABUENAGA, José I.: "Metodología de la Investigación Cualitativa". El diseño cualitativo. Universidad de Deusto, Bilbao, 1996.
- SCHEIN, E. (1990): "Psicología de la Organización". Material extraído de la Cátedra de Psicología Laboral, año 2.000.-
- SCHLEMENSON, A.: La Organización como Objeto. "La perspectiva ética en el análisis organizacional". Paidós, 1994.-
- SCHVARSTEIN, L.: "Psicología Social de las organizaciones". Material extraído de la Cátedra de Psicología Laboral, año 2000.-
- SOLAAS, H.: "Capacitación". Material extraído de la Cátedra de

Psicología Laboral, año 2.000.-

- TESTA, Mario: " Pensar en Salud". Ed. Lugar, Bs. As. (1998).-
- ULLOA, Fernando: La Novela Clínica Psicoanalítica. Historial de una práctica. Paidós, 1995.-
- VANDER ZANDEN: Manual de Psicología Social. Las Actitudes Y El Cambio Actitudinal. Material extraído de la Cátedra de Psicología Social. 1997.
- Artículos extraídos de la Biblioteca del centro Médico de Mar del Plata. "Crónica de la Medicina marplatense". Centro Médico de Mar del Plata, año 2.000.-
- Artículos periodísticos Diario "El Atlántico", 1961-2003.-
- Artículos periodísticos Diario "La Capital", 1961-2003.-
- Revista del Hospital Regional: "Eva Perón". Año I, Nº 3. 15 de Octubre de 1974, Mar del Plata.-
- Material de distribución interna del Hospital Interzonal General de Agudos.-
- Ley 10.430. Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As.-
- Ley 12.727 de Emergencia Sanitaria. Ministerio de Salud de la Pcia. de Bs. As.
- Ley 24.004. Ley Nacional del Ejercicio de la Enfermería.

ANEXOS



El grupo de investigación conformado por alumnos de 5° año de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar Del Plata, dirigido por la docente de dicha facultad, la Licenciada Liliana Delgado, y por el jefe del Servicio de Docencia e Investigación del H.I.G.A., el Dr. Jorge J. Dietsch, con motivo del Proyecto de Investigación de Pre-grado: "Exploración de las expectativas de capacitación del personal no médico de un hospital público marplatense de alta complejidad", ha elaborado un cuestionario que permitirá planificar actividades que den respuesta a las necesidades formales que el personal requiera.

Los datos obtenidos que Usted aporte, serán analizados exclusivamente por los alumnos que realizan esta investigación -con suma reserva-, contribuyendo a posibles programas de capacitación.

El cuestionario es anónimo, por lo cual no pone en riesgo su condición de agente de la institución.

Solo es importante su respuesta. No escriba su nombre, ni firme.

Usted es libre de elegir responder o no este cuestionario.

Gracias por su colaboración y sinceridad.

DATOS BÁSICOS

Fecha:/...../.....

Marque con una X en el recuadro o responda sobre la línea punteada:

1) Sexo F M

2) Edad años

3) Estado civil: soltero casado divorciado viudo

4) ¿Tiene hijos? Si No

5) Si tiene hijos ¿cuántos están a su cargo? hijos

6) Nivel de estudios alcanzados: Primario Secundario Terciario Universitario

7) Función actual:

7.1) Para el personal de enfermería: *Categoría:*

- Auxiliar de enfermería
- Enfermero/a
- Supervisor/a
- Otro (especificar)

7.2) Para el personal de técnicos:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Rayos | <input type="checkbox"/> Anestesia |
| <input type="checkbox"/> Laboratorio | <input type="checkbox"/> Quirófano |
| <input type="checkbox"/> Hemoterapia | <input type="checkbox"/> Anatomía patológica |
| <input type="checkbox"/> Farmacia | <input type="checkbox"/> Radioterapia |
| <input type="checkbox"/> Medicina nuclear | <input type="checkbox"/> Hemodinamia |
| <input type="checkbox"/> Electromedicina | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) |

7.3) Para el personal administrativo:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Mesa de entrada | <input type="checkbox"/> Patrimonio |
| <input type="checkbox"/> Facturación SAMO | <input type="checkbox"/> Depósito central |
| <input type="checkbox"/> Cuentas corrientes OO. SS. | <input type="checkbox"/> Costos |
| <input type="checkbox"/> Tesorería | <input type="checkbox"/> Personal |
| <input type="checkbox"/> Presupuesto | <input type="checkbox"/> Recursos Humanos |
| <input type="checkbox"/> Compras | <input type="checkbox"/> Otro (especificar) |

.....

7.4) Para personal de secretaría:

8) Servicio donde cumple funciones:

.....

9) Situación laboral: Planta permanente Contratado

10) Horario: Turno : mañana tarde noche rotativo

11) Guardias: Si No

12) Numero de guardias al mes:

13) Año en que recibió el título:

14) Tiempo de desempeño profesional:

15) Antigüedad en este hospital:

16) Antigüedad en la función actual:

A continuación se le presentará una serie de ítems, expresados de manera afirmativa y negativa, que apuntan a indagar sus expectativas de capacitación, a los cuales deberá responder- marcando con una cruz - la opción que usted considere más adecuada.

Lea por favor cada ítem con atención.

1. Dentro del desempeño de mis tareas hay algunas que no corresponden al cargo que ocupo.
 Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo.

2. Dispongo del conocimiento requerido para poder desempeñar mi tarea satisfactoriamente.
 Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo.

3. No dispongo de conocimiento técnico para seguir siendo competitivo.
 Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo.

4. Cumpló adecuadamente con mi función, según lo que el cargo requiere.
 Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo.

5. No tengo tiempo para capacitarme.
 Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo.

6. Poseo la información adecuada acerca de lo que significa Capacitación.
 Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo.



7. Conozco la finalidad de un programa de capacitación.
- Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo.
8. La capacitación favorece el crecimiento personal.
- Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo.
9. La capacitación propia y la de los demás favorecerá el trabajo en equipo.
- Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo.
10. Desconozco quién se beneficia con mi capacitación.
- Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo
11. Me comprometería a realizar un curso de capacitación.
- Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo
12. El Hospital ha brindado cursos de capacitación para la tarea que yo desempeño.
- Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo.
13. El Hospital brinda la posibilidad de acceder a un mejoramiento en el desempeño de la tarea que realizo.
- Totalmente de acuerdo.
 Medianamente de acuerdo.
 Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
 Medianamente en desacuerdo.
 Totalmente en desacuerdo

14. No me interesa crecer en el cargo que ocupo.

- Totalmente de acuerdo.
- Medianamente de acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- Medianamente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

15. El Hospital cuenta con personal con el conocimiento necesario para realizar una capacitación relacionada con mi tarea.

- Totalmente de acuerdo.
- Medianamente de acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- Medianamente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

16. Necesito más conocimientos para poder mejorar mi tarea (o rendimiento).

- Totalmente de acuerdo.
- Medianamente de acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- Medianamente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

17. No puedo crecer en el cargo que desempeño.

- Totalmente de acuerdo.
- Medianamente de acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- Medianamente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

18. El conocimiento brindado por los cursos de capacitación realizados no me sirven para la labor cotidiana.

- Totalmente de acuerdo.
- Medianamente de acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- Medianamente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

19. No me interesa capacitarme.

- Totalmente de acuerdo.
- Medianamente de acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- Medianamente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.

20. Considero que estoy adecuadamente capacitado para la tarea que desempeño.

- Totalmente de acuerdo.
- Medianamente de acuerdo.
- Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
- Medianamente en desacuerdo.
- Totalmente en desacuerdo.



Por favor sírvase responder a las siguientes preguntas según su opinión. Para esto puede utilizar también el reverso de esta hoja.

A)- ¿Qué considera Usted que es la capacitación?

B)- ¿Qué espera Usted de la capacitación?

C)- Mencione los principales aspectos de su trabajo en los que Usted considera que debe ser capacitado.

DICCIONARIO DE VARIABLES

1 – SEXO: (1) femenino
(2) masculino

2 – EDAD: años.

3 – ESTADO CIVIL: (1) soltero
(2) casado
(3) divorciado
(4) viudo

4 – HIJOS A CARGO: cantidad.

5 – NIVEL DE ESTUDIOS: nivel completo.
(1) primario
(2) secundario
(3) terciario
(4) universitario

6 – CATEGORÍA: grado dentro de la función que se desempeña.
(1) auxiliar
(2) enfermero/a
(3) supervisor/a
(4) jefe/a

7 – SERVICIO: sector donde se desempeña laboralmente en la actualidad.
(1) Unidad de Terapia Intensiva (U.T.I.)
(2) Nefrología
(3) Salud Mental
(4) Clínica Médica
(5) Cirugía y Trauma
(6) Ginecología
(7) Cuidados Intermedios
(8) Central de Materiales
(9) Unidad Coronaria
(10) Emergencias
(11) Consultorios Externos

8 - SITUACIÓN LABORAL: relación de trabajo que mantiene el personal con el hospital.

9 - TURNO: franja horaria en que se desempeña.
(1) mañana
(2) tarde
(3) tarde - noche
(4) noche
(5) rotativo

10 - GUARDIAS: tareas que se desempeñan fuera del horario habitual, durante la semana.

- (1) si
- (2) no

11 - AÑO TÍTULO: año en que recibió el título profesional, el cual habilita para ejercer el cargo que desempeña.

12 - TIEMPO de DESEMPEÑO PROFESIONAL: meses de desempeño a partir del año en que obtuvo el título habilitante.

13 - ANTIGÜEDAD en el HOSPITAL: tiempo (en meses) de desempeño en la institución con o sin título habilitante.

14 - ANTIGÜEDAD en la FUNCIÓN ACTUAL: tiempo (en meses) de desempeño en el servicio en donde cumple su función actualmente.

ÍTEMS

NF (*necesidades formales intenta indagar la brecha entre los comportamientos esperados y los comportamientos reales*):

1. Dentro del desempeño de mis tareas hay algunas que no corresponden al cargo que ocupo: Realización de tareas no correspondientes al cargo que se desempeña.

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) Medianamente de acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente en desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo

2. Dispongo del conocimiento requerido para poder desempeñar mi tarea satisfactoriamente: Conocimiento teórico necesario para el correcto desempeño de la tarea.

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

3. No dispongo de conocimiento técnico para seguir siendo competitivo: Disponibilidad de conocimiento práctico.

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) Medianamente de acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente en desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo

4. **Cumplo adecuadamente con mi función, según lo que el cargo requiere:** Percepción de la persona de la adecuación entre su desempeño real y aquello que se espera que realice según el cargo.

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

5. **No tengo tiempo para capacitarme:** Disponibilidad horaria para realizar cursos de capacitación.

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) Medianamente de acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente en desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo

R: *(representación social de capacitación que se ha ido construyendo a través de la permanencia de las personas en este Hospital público, influidas y determinadas por las condiciones del mismo. Se indagan las estructuras de conocimiento, generadas por el procesamiento grupal de la información, en un contexto dado y orientado directamente a explicar, justificar y orientar la acción):*

6. **Poseo la información adecuada acerca de lo que significa Capacitación:** Disponibilidad de conocimiento adecuado acerca de lo que es la Capacitación.

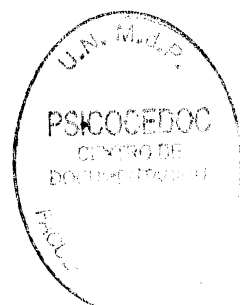
- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

7. **Conozco la finalidad de un programa de capacitación:** Disponibilidad de conocimiento acerca de los objetivos de un programa de capacitación.

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

8. **La capacitación favorece el crecimiento personal:** Conciencia acerca del beneficio personal que brinda la capacitación.

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo



9. La capacitación propia y la de los demás favorecerá el trabajo en equipo: Conciencia del mejor rendimiento del grupo de trabajo que permite la capacitación propia y la del grupo en general.

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

10. Desconozco quién se beneficia con mi capacitación: Conocimiento de los beneficiarios de la capacitación propia.

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) Medianamente de acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente en desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo

E: *(expectativas de capacitación considerando que estas pertenecen al conjunto de expectativas no escritas en parte alguna, que operan a toda hora entre cualquier miembro y otros miembros y dirigentes de la organización, constituyendo el "Contrato Psicológico" entre el individuo y la organización):*

11. Me comprometería a realizar un curso de capacitación: Grado de compromiso que está dispuesta a brindar la persona para la participación en los cursos de capacitación.

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

12. El Hospital ha brindado cursos de capacitación para la tarea que yo desempeño: Realización de cursos de capacitación para la tarea que desempeña.

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

13. El Hospital brinda la posibilidad de acceder a un mejoramiento en el desempeño de la tarea que realizo: Percepción del sujeto acerca del interés del hospital en el perfeccionamiento del personal y en el espacio y tiempo brindados para tal fin.

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

14. No me interesa crecer en el cargo que ocupo: Expectativas del sujeto respecto de su desempeño en el puesto.

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) Medianamente de acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente en desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo

15. El Hospital cuenta con personal con el conocimiento necesario para realizar una capacitación relacionada con mi tarea: Percepción del sujeto acerca de la existencia en el hospital de personas idóneas para capacitarlos en la tarea que desempeña.

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

16. Necesito más conocimientos para poder mejorar mi tarea (o rendimiento): Percepción y conocimiento del sujeto acerca de la necesidad de un mayor conocimiento específico de la tarea para mejorar y aumentar la eficacia y eficiencia en el desempeño de sus funciones.

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

17. No puedo crecer en el cargo que desempeño: Percepción del sujeto respecto de la posibilidad que brinda el puesto de adquirir y mejorar el conocimiento teórico y práctico, contribuyendo así al crecimiento personal.

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) Medianamente de acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente en desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo

18. El conocimiento brindado por los cursos de capacitación realizados no me sirven para la labor cotidiana: Adecuación de los cursos de capacitación realizados a las necesidades del personal.

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) Medianamente de acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente en desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo

19. No me interesa capacitarme: Expectativas que despierta en el sujeto la realización de cursos de capacitación.

- (1) Totalmente de acuerdo
- (2) Medianamente de acuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente en desacuerdo
- (5) Totalmente en desacuerdo

20. Considero que estoy adecuadamente capacitado para la tarea que desempeño: Percepción del sujeto acerca de si la batería de conocimientos teóricos y prácticos es suficiente y adecuada para la tarea que desempeña.

- (1) Totalmente en desacuerdo
- (2) Medianamente en desacuerdo
- (3) Ni de acuerdo ni en desacuerdo
- (4) Medianamente de acuerdo
- (5) Totalmente de acuerdo

PREGUNTAS ABIERTAS:

A - ¿Qué considera Usted que es la capacitación?: se intenta indagar la Representación Social de capacitación que posee el personal.

- 1) medio – instrumento.
- 2) adquirir - aprender - incorporar – ampliar.
- 3) mejorar - crecer – progresar.
- 4) actualizarse - perfeccionarse.
- 5) reafirmar - rever.
- 6) formación - enseñanza.

- (1) si
- (2) no

B - ¿Qué espera Usted de la capacitación?: se indagan las expectativas de capacitación en el personal.

- 1) fundamentación de la tarea.
- 2) aprender - adquirir - ampliar.
- 3) progresar - crecer.
- 4) mejor rendimiento.
- 5) mejorar la calidad del trabajo.
- 6) mejorar la atención al paciente.
- 7) reconocimiento.

- (1) si
- (2) no

C – Mencione los principales aspectos de su trabajo en los que Usted considera debe ser capacitado: indaga sobre las necesidades formales que tiene el personal.



Matriz de Datos

sexc	edad	est. Civil	hij. Carg	estad	categ	servicio	sit. Lab	turno	guardia	año tr	temp. desemp prof	antig. hoap	antig. funcion actual	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10
1		51	2	1	2	1	1	1	2	1996	96	96	96	1	5	3	5	3	5	5	5	3	3
2	1	45	2	1	1	1	1	1	2	1988	156	36	36	2	4	5	5	2	5	3	5	5	5
3	1	25	2	0	1	1	1	5	2	1995	60	60	48	1	4	4	5	3	5	5	5	5	1
4	1	41	2	2	4	2	1	1	2	1977	288	120	120	1	5	5	5	5	4	1	5	5	5
5	1	32	1	2	3	2	1	1	2	1989	120	84	96	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
6	1	45	2	0	4	2	1	1	4	1982	264	264	240	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5
7	1	42	1	2	2	1	1	3	2	1996	24	48	48	1	4	1	5	2	5	5	5	5	5
8	1	40	2	1	2	1	1	4	2	1994	60	60	60	1	2	1	5	5	5	5	5	5	5
9	1	49	2	2	1	1	1	4	2	1985	204	96	96	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
10	1	29	1	0	3	1	1	4	2	1992	48	48	48	2	4	2	4	2	4	5	5	4	2
11	1	51	4	1	1	1	1	2	2	1987	168	300	180	1	4	1	4	4	4	2	5	5	5
12	1	36	2	2	1	1	1	2	2	1984	204	36	36	1	4	2	5	1	1	2	5	5	5
13	1	28	1	0	1	1	1	2	2	1993	48	48	96	1	4	4	5	1	5	5	5	5	5
14	1	26	1	3	2	1	1	4	2	1993	84	84	84	2	5	5	5	1	5	5	5	5	1
15	1	47	1	1	2	1	1	2	2	1973	300	252	216	2	4	4	5	2	4	3	5	5	3
16	1	40	2	4	1	1	1	2	2	1982	228	228	228	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
17	1	32	1	0	1	1	1	2	2	1996	48	48	48	2	4	4	4	2	5	5	5	5	5
18	1	42	3	3	1	1	1	2	2	1986	84	84	24	1	4	2	5	2	5	5	5	5	5
19	1	60	3	0	1	1	1	2	2	1986	180	240	228	1	1	5	5	5	1	1	5	5	5
20	1	43	2	2	1	1	1	2	2	1976	300	48	48	1	4	1	4	2	1	1	5	5	5
21	1	31	2	4	1	1	1	2	2	1991	84	84	84	2	4	2	5	5	5	5	5	5	5
22	1	53	3	2	1	1	2	1	1	1982	228	252	96	2	4	2	4	1	5	5	5	5	1
23	1	45	2	2	1	1	2	1	1	1986	180	168	36	3	5	5	5	1	4	4	5	5	5
24	1	49	2	0	4	4	2	1	2	1992	108	192	60	3	4	4	4	2	5	5	5	5	5
25	1	50	2	5	2	1	3	1	2	1985	204	96	96	1	4	2	5	4	5	5	5	5	1
26	2	43	2	0	1	1	3	1	5	1987	132	132	96	5	1	2	2	1	5	4	5	1	1
27	1	53	2	1	2	1	3	1	4	1993	60	60	1	5	5	5	5	1	4	1	5	5	5
28	1	50	2	1	2	1	3	1	3	1975	324	180	60	2	4	5	1	5	1	1	1	1	5
29	1	49	2	0	3	1	3	1	3	2000	12	36	36	2	3	1	5	1	5	5	5	5	5
30	1	58	2	2	4	3	3	1	5	1962	468	180	84	1	5	5	5	3	5	5	5	5	5
31	1	44	2	0	2	1	3	1	2	1994	48	48	30	5	4	4	5	5	5	1	5	5	5

Matriz de Datos

sexo	edad	est. Civil	hij. Carg	estud.	categ	servicio	est. Lab	turno	guardia	año tit	tiemp. desemp. prof	antig. hosp	antig. funcion actual	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10
32	1	48	1	0	4	2	4	1	1	2	1998	36	252	4	4	4	2	5	1	2	5	4	5
33	2	24	1	0	4	2	4	1	1	2	1999	5	4	3	5	3	5	2	5	4	5	5	5
34	1	44	1	3	2	1	4	1	1	2	1990	120	108	1	4	5	5	4	5	5	5	5	5
35	1	47	2	1	1	1	4	1	1	1	1994	84	96	2	5	2	5	2	4	5	5	5	2
36	1	52	2	2	1	1	4	1	1	2	1986	180	180	1	5	2	5	1	5	5	5	5	5
37	1	43	2	0	1	1	4	1	1	2	1993	96	96	1	5	2	3	1	5	3	5	5	5
38	1	47	2	3	1	1	4	1	1	2	1994	60	60	1	5	3	5	3	5	3	5	5	3
39	1	45	2	0	4	4	4	1	1	2	1970	384	336	3	5	2	5	4	4	4	5	5	5
40	1	36	3	3	1	1	4	1	1	2	1989	144	96	1	3	5	5	5	4	2	5	5	5
41	1	41	2	3	1	1	4	1	1	2	1999	7	7	2	5	2	5	1	1	1	5	5	3
42	1	50	2	3	3	1	4	1	1	2	1994	84	60	1	4	3	5	3	5	5	5	5	5
43	1	50	4	0	1	1	4	1	1	2	1985	204	60	2	5	2	5	2	5	5	5	5	5
44	1	32	2	3	1	1	4	1	1	2	1987	156	144	1	4	1	5	2	4	5	5	5	5
45	1	45	2	4	1	1	4	1	4	1	1993	36	36	1	4	1	5	5	5	5	5	5	5
46	1	46	2	2	1	1	4	1	4	2	1993	84	84	1	1	2	1	1	3	4	5	5	5
47	1	37	3	2	1	1	4	1	4	2	1992	84	84	1	5	1	5	5	5	5	5	5	5
48	2	29	1	0	2	1	4	1	4	2	1998	24	6	1	3	3	4	4	4	5	5	5	5
49	1	25	1	0	1	1	4	1	2	2	1996	48	48	1	4	2	4	1	1	1	5	5	5
50	1	27	2	3	1	1	4	1	2	2	1993	96	96	1	4	5	4	1	4	5	5	5	5
51	1	35	2	4	1	1	4	1	2	2	1995	60	60	4	5	4	4	5	5	5	5	5	5
52	1	59	4	0	1	1	4	1	2	2	1985	192	156	1	4	1	5	1	5	5	5	5	1
53	1	24	2	1	2	1	4	1	2	2	1996	36	36	3	4	2	5	1	4	3	5	5	5
54	1	36	1	1	1	1	4	1	2	2	1995	36	36	1	1	2	1	2	5	5	5	5	5
55	2	43	3	1	1	1	5	1	1	2	1996	48	48	3	5	1	4	5	1	1	5	5	5
56	1	38	1	0	2	1	5	1	2	2	1983	96	96	2	3	5	5	2	5	5	5	5	5
57	1	49	2	1	1	1	5	1	2	2	1995	60	60	2	5	5	5	2	5	5	5	5	5
58	1	29	1	4	1	1	5	1	2	2	1991	108	108	1	4	5	5	5	5	4	5	5	5
59	1	33	3	2	1	1	5	1	1	2	1992	96	48	2	4	1	4	1	5	5	5	5	5
60	1	28	2	2	1	1	6	1	2	2	1993	96	96	2	4	1	3	1	4	1	5	5	2
61	1	48	2	4	1	1	6	1	2	2	1985	372	372	1	5	5	5	1	5	5	5	5	5
62	1	45	1	0	1	1	6	1	2	2	1993	84	84	1	4	5	5	2	5	4	5	5	1

Matriz de Datos

	Pregunta abierta A														Pregunta abierta B									
	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	a.medio	a.aprend	a.mejora	a.actualiz	a.resfirm	a.formnac	b.funda	b.aprend	b.progre	b.rendim	b.calida	b.satisf	b.recono	
1	5	5	3	3	2	2	1	4	4	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
2	5	5	3	1	5	5	1	3	3	4	2	2	2	2	2	2	9	9	9	9	9	9	9	9
3	1	5	5	5	5	5	1	5	5	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
4	4	5	5	1	5	1	5	5	5	4	2	1	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
5	5	5	5	5	5	3	5	5	5	5	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
6	5	4	4	5	4	4	5	5	5	5	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	2
7	3	5	5	1	3	5	5	5	5	4	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
8	5	4	4	5	5	5	4	4	5	2	2	2	2	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2
9	5	4	4	5	5	5	5	5	5	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
10	5	4	2	5	4	5	2	2	5	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
11	5	4	2	2	5	1	5	5	5	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
12	5	5	4	5	5	5	5	5	5	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2
13	4	5	4	5	1	5	5	5	5	5	2	2	1	2	2	2	9	9	9	9	9	9	9	9
14	5	4	4	4	5	5	4	5	5	1	2	1	1	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
15	5	3	4	5	5	5	3	4	2	3	9	9	9	9	9	9	2	1	2	2	2	2	2	2
16	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
17	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
18	5	5	4	5	5	5	4	2	5	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
19	5	1	1	4	5	5	5	3	5	4	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
20	5	5	5	5	5	5	5	5	5	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
21	5	2	1	1	2	5	2	1	5	5	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2
22	3	1	1	2	1	4	1	2	2	4	2	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2
23	5	1	5	5	1	5	1	5	5	1	9	9	9	9	9	9	9	1	2	2	2	2	2	2
24	5	5	5	3	5	5	1	4	4	3	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2
25	1	5	5	5	5	5	1	5	5	5	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2
26	5	1	1	2	5	5	3	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
27	5	3	1	5	5	5	5	5	5	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2
28	1	1	1	5	3	5	1	5	5	4	9	9	9	9	9	9	2	2	2	2	2	1	1	2
29	5	4	4	2	5	5	1	2	5	4	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
30	3	5	5	1	4	5	5	5	5	5	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2
31	5	1	1	5	5	5	5	1	5	2	2	1	1	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2

Matriz de Datos

sexo	edad	est. Civil	hij. Craig	estud	catag	servicio	est. Lab	turno	guardia	afno lit	tiemp desemp prof	antig heap	antig funcion actual	Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10
63	1	29	2	1	2	1	7	1	1	2	1990	120	120	1	4	5	5	4	4	4	5	5	1
64	1	29	1	0	1	1	7	1	1	2	1994	60	36	1	5	5	5	3	4	3	5	5	5
65	1	26	2	0	2	1	7	1	1	2	1994	60	60	1	5	5	5	3	4	4	5	5	5
66	1	37	2	0	1	1	7	1	1	2	1999	6	6	1	4	5	5	5	4	4	5	5	5
67	1	45	2	0	4	2	7	1	2	2	1998	168	168	1	5	5	4	4	5	5	5	5	5
68	1	43	2	3	1	1	7	1	2	2	1996	48	48	1	4	1	5	1	4	4	5	5	5
69	1	25	2	2	1	1	7	1	2	2	1995	36	36	2	4	2	5	5	4	5	5	5	1
70	1	47	2	1	2	1	7	1	2	2	1994	60	60	2	4	2	4	1	4	4	5	5	5
71	1	62	2	0	1	1	8	1	1	2	1988	144	144	1	4	4	5	1	1	5	5	5	5
72	1	55	4	1	4	4	8	1	1	1	1965	360	360	1	5	5	5	2	5	5	5	5	5
73	1	48	1	2	1	1	8	1	1	2	1982	72	72	3	4	2	5	1	5	5	5	5	5
74	1	55	2	1	2	1	8	1	1	2	1976	276	120	4	2	1	5	4	1	3	5	5	3
75	1	35	3	5	1	1	9	1	4	2	1994	84	42	2	2	4	4	1	3	5	5	5	5
76	1	45	3	1	1	1	9	1	4	2	1996	48	42	3	4	5	5	2	5	5	4	5	5
77	1	37	3	1	2	1	9	1	2	2	1991	120	120	2	5	5	5	5	5	5	5	5	5
78	1	52	2	1	2	1	9	1	2	2	1977	264	264	1	5	5	5	1	5	1	5	5	1
79	1	24	1	0	2	1	9	1	5	2	1997	48	36	24	1	5	2	1	5	5	5	5	5
80	1	23	1	0	2	1	9	1	1	2	1997	36	36	1	5	5	5	1	4	4	5	5	5
81	1	26	2	1	2	1	9	1	1	2	1994	36	36	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5
82	1	50	2	2	4	3	10	1	1	2	1982	228	348	156	1	5	5	4	5	5	5	5	5
83	1	45	2	5	1	1	10	1	1	2	1993	48	48	1	3	2	5	5	1	4	5	5	1
84	1	55	2	1	3	1	10	1	1	2	1978	276	276	1	2	3	5	5	1	5	5	5	1
85	1	24	1	1	2	1	10	1	1	2	1997	36	36	3	4	5	5	3	5	3	5	5	5
86	1	44	3	3	1	1	10	1	1	2	1989	144	144	3	5	2	4	2	4	4	5	5	1
87	1	64	4	0	1	1	11	1	1	2	1978	276	204	96	1	5	4	5	1	4	1	5	5
88	1	60	2	0	1	1	11	1	1	2	1963	300	108	1	5	5	5	4	5	5	5	5	5
89	1	52	2	0	1	1	11	1	1	2	1970	240	240	60	5	5	5	5	5	5	5	5	5
90	1	37	1	0	1	1	11	1	1	2	1985	204	192	96	5	3	5	5	5	5	5	5	3
91	1	54	2	0	1	1	11	1	1	2	1983	204	204	204	1	5	1	5	1	4	5	5	1
92	1	51	3	0	2	1	11	1	1	2	1987	180	180	12	2	5	1	5	2	5	5	5	5
93	1	44	2	4	4	2	11	1	1	2	1988	204	204	96	4	5	1	2	2	5	5	5	5
94	1	48	3	0	4	2	11	1	1	2	1985	192	216	120	1	5	4	5	3	5	5	5	5
95	2	38	2	3	1	1	11	1	1	2	1982	228	120	12	4	2	5	1	4	4	5	5	2

Matriz de Datos

	Pregunta abierta A										Pregunta abierta B														
	Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20	a. medio	a. aprend	a. mejora	a. actuali	a. reafir	a. formac	b. funda	b. aprend	b. progte	b. rendim	b. calida	b. ateno	b. recono		
63	5	2	1	1	2	5	5	4	5	4	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	1	2	2	
64	5	4	1	5	3	5	5	5	5	5	1	1	2	2	2	2	9	9	9	9	9	9	9	9	
65	5	4	1	5	1	5	5	5	5	5	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	
66	5	4	1	5	1	5	5	5	5	4	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	
67	5	1	1	5	1	5	1	4	5	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	
68	5	2	4	5	5	5	5	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	
69	5	5	1	5	1	5	2	2	5	4	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	
70	2	4	4	5	4	5	2	2	5	4	2	1	2	2	1	2	9	9	9	9	9	9	9	9	
71	1	2	5	1	3	5	2	3	5	5	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	
72	5	4	1	5	5	5	5	5	5	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	
73	1	5	4	5	1	5	1	1	5	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	1	2	2	
74	5	2	1	5	1	5	1	2	5	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	
75	5	4	2	5	5	5	5	5	5	4	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	
76	5	4	4	5	5	5	5	2	5	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	
77	1	5	5	5	4	5	5	5	5	4	2	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	
78	5	5	5	5	5	1	5	5	5	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	
79	5	5	5	5	1	5	5	2	5	4	2	1	2	2	2	2	9	9	9	9	9	9	9	9	
80	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	1	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	
81	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	
82	5	1	3	5	4	2	2	3	5	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	
83	5	2	1	1	5	5	5	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	
84	5	2	1	1	1	5	5	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	
85	3	1	5	1	1	5	1	1	3	4	9	9	9	9	9	9	2	2	2	1	2	2	2	2	
86	5	5	4	1	5	5	2	2	3	3	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	
87	5	1	1	5	2	5	5	3	5	5	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	
88	5	1	1	1	5	5	1	1	5	5	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	
89	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	
90	5	1	1	5	1	5	1	1	5	1	9	9	9	9	9	2	2	1	2	2	2	1	2	2	
91	5	5	5	1	5	5	5	2	2	5	2	2	2	2	2	1	9	9	9	9	9	9	9	9	
92	5	1	1	5	4	5	1	1	5	4	2	2	1	2	2	2	9	9	9	9	9	9	9	9	
93	5	1	2	5	5	5	5	4	5	4	2	1	2	2	2	2	9	9	9	9	9	9	9	9	
94	5	1	1	1	5	5	1	1	5	5	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	
95	5	1	1	4	1	5	1	4	5	2	2	1	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	

Correlations

	ITEM1	ITEM2	ITEM3	ITEM4	ITEM5	ITEM6	ITEM7	ITEM8	ITEM9	ITEM10
ITEM1	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000 ,409 95	-,008 ,941 95	-,129 ,212 95	,005 ,958 95	,007 ,944 95	-,125 ,227 95	-,041 ,691 95	-,209* ,042 95	-,038 ,713 95
ITEM2	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	1,000 ,409 95	,214* ,037 95	,299** ,003 95	,021 ,840 95	,294** ,004 95	,060 ,565 95	,017 ,873 95	,192 ,063 95	,148 ,152 95
ITEM3	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,008 ,941 95	1,000 ,037 95	,222* ,031 95	,244* ,017 95	,169 ,102 95	-,033 ,748 95	-,136 ,189 95	-,008 ,941 95	,179 ,083 95
ITEM4	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,129 ,212 95	,299** ,003 95	1,000 ,031 95	,059 ,572 95	,171 ,098 95	,149 ,149 95	,344** ,001 95	,450** ,000 95	-,062 ,548 95
ITEM5	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,005 ,958 95	,244* ,017 95	,059 ,572 95	1,000 ,031 95	-,035 ,738 95	-,008 ,936 95	-,123 ,237 95	-,033 ,750 95	,119 ,249 95
ITEM6	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	,007 ,944 95	,294** ,003 95	,059 ,572 95	,035 ,738 95	1,000 ,000 95	,493** ,000 95	,228* ,026 95	,145 ,161 95	,066 ,527 95
ITEM7	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,125 ,227 95	-,033 ,748 95	,149 ,149 95	-,008 ,936 95	,493** ,000 95	1,000 ,000 95	,208* ,043 95	,147 ,154 95	-,056 ,587 95
ITEM8	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,041 ,691 95	-,136 ,189 95	,344** ,001 95	-,123 ,237 95	,228* ,026 95	,208* ,043 95	1,000 ,000 95	,622** ,000 95	-,070 ,501 95
ITEM9	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,209* ,042 95	-,008 ,941 95	,450** ,000 95	-,033 ,750 95	,145 ,161 95	,147 ,154 95	,622** ,000 95	1,000 ,000 95	,145 ,161 95
ITEM10	Pearson Correlation Sig. (2-tailed) N	-,038 ,713 95	,179 ,083 95	-,062 ,548 95	,119 ,249 95	,066 ,527 95	-,056 ,587 95	-,070 ,501 95	,145 ,161 95	1,000 ,000 95

Correlations

	ÍTEM1	ÍTEM2	ÍTEM3	ÍTEM4	ÍTEM5	ÍTEM6	ÍTEM7	ÍTEM8	ÍTEM9	ÍTEM10
ÍTEM11 Pearson Correlation	,034	-,074	-,058	-,036	-,013	,017	-,045	,275**	,131	-,015
Sig. (2-tailed)	,743	,475	,579	,728	,897	,873	,663	,007	,204	,883
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ÍTEM12 Pearson Correlation	-,220*	,227*	-,106	,045	-,069	,112	,060	,156	,179	-,014
Sig. (2-tailed)	,032	,027	,305	,666	,504	,282	,566	,132	,082	,891
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ÍTEM13 Pearson Correlation	-,099	,268**	,019	,075	-,040	,068	,108	,107	,186	,133
Sig. (2-tailed)	,341	,009	,854	,473	,703	,512	,299	,302	,071	,198
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ÍTEM14 Pearson Correlation	,098	,048	,099	-,111	,033	,009	-,018	-,081	,037	,352**
Sig. (2-tailed)	,346	,647	,342	,285	,748	,934	,865	,436	,724	,000
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ÍTEM15 Pearson Correlation	-,068	,117	-,111	,064	-,044	,117	-,059	,036	,046	,131
Sig. (2-tailed)	,515	,257	,283	,539	,672	,260	,570	,726	,657	,206
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ÍTEM16 Pearson Correlation	,105	-,203*	-,080	-,032	-,139	-,061	,234*	-,047	,075	,067
Sig. (2-tailed)	,312	,048	,442	,757	,180	,560	,023	,650	,470	,519
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ÍTEM17 Pearson Correlation	-,114	,108	,129	,106	,168	-,042	-,080	,110	,184	,218*
Sig. (2-tailed)	,269	,298	,213	,306	,104	,684	,444	,289	,074	,034
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ÍTEM18 Pearson Correlation	-,160	,165	,207*	-,100	,023	,023	-,082	-,065	,045	,194
Sig. (2-tailed)	,121	,111	,044	,336	,822	,828	,431	,534	,666	,059
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ÍTEM19 Pearson Correlation	-,014	,115	,127	,019	,140	,094	,048	-,055	,129	,562**
Sig. (2-tailed)	,894	,269	,219	,855	,176	,367	,642	,595	,213	,000
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ÍTEM20 Pearson Correlation	-,177	,296**	,173	,038	-,047	,133	,116	-,045	,073	,210*
Sig. (2-tailed)	,086	,004	,093	,714	,653	,199	,264	,665	,481	,041
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95

Correlations

	ITEM11	ITEM12	ITEM13	ITEM14	ITEM15	ITEM16	ITEM17	ITEM18	ITEM19	ITEM20
ITEM1										
Pearson Correlation	,034	-,220*	-,099	,098	-,068	,105	-,114	-,160	-,014	-,177
Sig. (2-tailed)	,743	,032	,341	,346	,515	,312	,269	,121	,894	,086
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ITEM2										
Pearson Correlation	-,074	,227*	,268**	,048	,117	-,203*	,108	,165	,115	,296**
Sig. (2-tailed)	,475	,027	,009	,647	,257	,048	,298	,111	,269	,004
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ITEM3										
Pearson Correlation	-,058	-,106	,019	,099	-,111	-,080	,129	,207*	,127	,173
Sig. (2-tailed)	,579	,305	,854	,342	,283	,442	,213	,044	,219	,093
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ITEM4										
Pearson Correlation	-,036	,045	,075	-,111	,064	-,032	,106	-,100	,019	,038
Sig. (2-tailed)	,728	,666	,473	,285	,539	,757	,306	,336	,855	,714
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ITEM5										
Pearson Correlation	-,013	-,069	-,040	,033	-,044	-,139	,168	,023	,140	-,047
Sig. (2-tailed)	,897	,504	,703	,748	,672	,180	,104	,822	,176	,653
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ITEM6										
Pearson Correlation	,017	,112	,068	,009	,117	-,061	-,042	,023	,094	,133
Sig. (2-tailed)	,873	,282	,512	,934	,260	,560	,684	,828	,367	,199
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ITEM7										
Pearson Correlation	-,045	,060	,108	-,018	-,059	,234*	-,080	-,082	,048	,116
Sig. (2-tailed)	,663	,566	,299	,865	,570	,023	,444	,431	,642	,264
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ITEM8										
Pearson Correlation	,275**	,156	,107	-,081	,036	-,047	,110	-,065	-,055	-,045
Sig. (2-tailed)	,007	,132	,302	,436	,726	,650	,289	,534	,595	,665
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ITEM9										
Pearson Correlation	,131	,179	,186	,037	,046	,075	,184	,045	,129	,073
Sig. (2-tailed)	,204	,082	,071	,724	,657	,470	,074	,666	,213	,481
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95
ITEM10										
Pearson Correlation	-,015	-,014	,133	,352**	,131	,067	,218*	,194	,562**	,210*
Sig. (2-tailed)	,883	,891	,198	,000	,206	,519	,034	,059	,000	,041
N	95	95	95	95	95	95	95	95	95	95

Correlations

	ITEM11	ITEM12	ITEM13	ITEM14	ITEM15	ITEM16	ITEM17	ITEM18	ITEM19	ITEM20
ITEM11 Pearson Correlation	1,000									
Sig. (2-tailed)	,045									
N	,668									
ITEM12 Pearson Correlation	,95	1,000								
Sig. (2-tailed)	,045	,519**								
N	,668	,000								
ITEM13 Pearson Correlation	,95	,95	1,000							
Sig. (2-tailed)	,190	,519**	,082							
N	,065	,000	,432							
ITEM14 Pearson Correlation	,95	,95	,95	1,000						
Sig. (2-tailed)	,026	,109	,082	,023						
N	,804	,294	,432	,827						
ITEM15 Pearson Correlation	,95	,95	,95	,95	1,000					
Sig. (2-tailed)	,063	,301**	,023	,827	,023					
N	,545	,003	,827	,95	,95					
ITEM16 Pearson Correlation	,95	,95	,95	,95	,95	1,000				
Sig. (2-tailed)	,053	,082	,015	,100	,049	,008				
N	,279	,069	,883	,334	,637	,940				
ITEM17 Pearson Correlation	,95	,95	,95	,95	,95	,95	1,000			
Sig. (2-tailed)	,112	,187	,154	,212*	,245*	,008	,000			
N	,009	,455**	,261*	,333**	,338**	,660	,338**			
ITEM18 Pearson Correlation	,95	,95	,95	,95	,95	,95	,95	1,000		
Sig. (2-tailed)	,337	,901	,901	,001	,017	,940	,001	,000		
N	,083	,083	,083	,001	,940	,940	,001	,000		
ITEM19 Pearson Correlation	,95	,95	,95	,95	,95	,95	,95	,95	1,000	
Sig. (2-tailed)	,243*	,243*	,243*	,243*	,243*	,243*	,243*	,243*	,1000	
N	,142	,142	,142	,142	,142	,142	,142	,142	,1000	
ITEM20 Pearson Correlation	,95	,95	,95	,95	,95	,95	,95	,95	,95	1,000
Sig. (2-tailed)	,128	,128	,128	,128	,128	,128	,128	,128	,128	,1000
N	,215	,215	,215	,215	,215	,215	,215	,215	,215	,1000

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

** . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).