

María Crojethovic

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)/ Becaria Posdoctoral CONICET.

mcroje@gmail.com

El efecto de la informalidad en la dinámica organizacional. El análisis de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires.

Palabras Claves: Hospitales Públicos/ Participación Desregulada/ Salud/ Precariedad/ Subpolítica.

Key Words: Public Hospitals/ Unregulated Participation/ Health/ Precariousness/ Subpolitics.

Resumen: A partir de redefinir el término informalidad dentro de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires se reconstruye el microcosmos de tales organizaciones.

Se realizó un muestreo de “casos extremos” a través del cual se han seleccionado cuatro hospitales de la Provincia de Buenos Aires. Se trata de una investigación cualitativa con un diseño flexible (Mendizábal, 2007) que triangula datos de distintas fuentes: informantes clave; documentos y estadísticas hospitalarias; documentación proporcionada por el Ministerio de Salud Nacional y Provincial; y legislación pertinente. Se ha hecho hincapié en las entrevistas y en el análisis de documentos como técnicas de recolección de información.

Se muestran las *iniciativas no regladas* llevadas a cabo por profesionales y trabajadores de la salud, como parte del proceso de construcción de políticas públicas desde *abajo*, y el efecto que provocan sobre la dinámica organizacional.

Se concluye que sólo las iniciativas de mediano y largo plazo constituyen un contrapunto que le brinda a la organización la posibilidad de ser flexible para absorber las necesidades de la población. Mientras las de corto plazo sólo pueden ser pensadas como *indicadores de necesidades organizacionales*, en tanto evidencian el punto dónde la norma oficial se desvincula de las necesidades de la organización.

Introducción

A partir de 1993, comienza en la Argentina la Reforma Sectorial en Salud (OPS 2001).

Fue de este modo que, siguiendo las experiencias de la Provincia de Buenos Aires (1990) y Mendoza (1991), el entonces Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, estableció el Decreto N°578/93, que instauró el Registro del Hospital Público de Autogestión (OPS 2001). Así, se pretendía otorgar mayor autonomía y flexibilidad en la gestión de los recursos, esperando obtener mayores niveles de eficiencia en la micro gestión de los hospitales públicos. Por lo cual se promovió la delegación de los poderes hacia el interior de la organización hospitalaria, favoreciendo al desarrollo de nuevos modelos de gestión más adecuados a las condiciones locales (Tobar 1998).

No obstante, y a pesar del espíritu de la reforma, desde hace años estas instituciones han venido transitando un constante deterioro generado por la falta de recursos materiales, de personal y de infraestructura. Por otro lado, los límites del sistema burocrático y las tensiones políticas y sociales continúan empobreciendo a dichas organizaciones públicas, a la vez que redefinen la relación entre los sujetos y la estructura formal organizacional. En consecuencia, estos factores han ido promoviendo un ambiente de incertidumbre y desprotección laboral dentro de estos hospitales, el cual determina las *condiciones de precariedad* en que los trabajadores llevan a cabo su labor y por ende del servicio de salud que brindan.

Sin embargo, resulta curioso que al interior de los hospitales públicos la participación de los sujetos mediante sus iniciativas -no regladas-, se ha convertido en un elemento organizacional clave, dado que éstas contribuyen a restablecer el equilibrio de la organización frente a las variadas adversidades que enfrentan.

Los riesgos de la participación desregulada

Dentro de una organización los sujetos se encuentran limitados por la estructura formal. No obstante, mientras algunos elementos de esta estructura permanecen, manteniendo determinado control sobre los participantes de la organización, otros adquieren carácter mítico (Meyer y Rowan 1999), “liberándolos” para el desarrollo informal de acciones encomendadas a dar respuesta a los problemas emergentes. Sennet (2007) sostiene que cuando un sujeto siente malestar con la institución, si aparece el espacio para dar sentido a lo que sucede en su terreno, termina por vincularse personalmente con la organización. En estos espacios de “libertad” es donde surgen las iniciativas no regladas como formas de producción y reproducción de la organización (Etzioni 1975).

Sucede que el juego de luces y sombras generado entre aquellos elementos normativos que provocan barreras al desempeño organizacional y los que no, transforman las condiciones objetivas que estructuran a la organización. Es decir, estos elementos no desaparecen, sino

que su carácter ceremonial les permite mantener determinado control sobre los trabajadores de la salud, a la vez que “liberándolos” para que desarrollen informalmente acciones que den respuesta a los problemas.

Tales respuestas no son sino *acciones* que los individuos desarrollan a partir de su *capacidad reflexiva* (Giddens 2003), que, mediada por procesos complejos, orientan y/o reorientan, producen y reproducen a la organización. Esta acción muestra una elección por parte de quien la realiza, una toma de posición, una decisión, reafirmando el *compromiso motivacional* que los sujetos mantienen con sus compañeros y con la organización (Giddens 2003); porque justamente en este espacio social hay un encuentro entre ellos basado en sus *creencias*, generándose una inclusión mutua dentro de su lugar de trabajo.

Según Beck (1997), esta *configuración de la sociedad desde abajo* es la que constituye a la *subpolítica*. Es decir que los grupos de ciudadanos, la opinión pública, los movimientos sociales, los grupos de expertos, y los trabajadores en sus lugares de trabajo, tienen cada vez más oportunidad de tener voz y participación en la organización de la sociedad.

No obstante, Robles Salgado (2005) va a advertir que la nueva auto-reflexividad¹ de la modernidad tardía planteada por Beck, no tiene los mismos efectos en los países desarrollados que los que están en vías de desarrollo. Percibe que el proceso de *individualización*² es un término utilizado de manera totalizante y abarcador, sin contemplar las diferentes características que el capitalismo tardío ha alcanzado en distintos países. Para Robles, mientras que en condiciones de inclusión la individualización conduce por lo general hacia el hedonismo, en condiciones de exclusión tendería al comportamiento más solidario. “[...] probablemente la ejecución de la solidaridad sea tanto una necesidad así como una forma de contra exclusión en medio de las redes de apoyo de los excluidos, esta contra-exclusión en forma de solidaridad es la resultante de las limitaciones en las posibilidades de elección de los excluidos” (Robles Salgado 2005:12). Sin embargo, ello podría implicar una contrariedad, dado que dicha solidaridad puede llegar a significar una nueva forma de dependencia que aminore y restrinja la autonomía individual. Para éste autor, detrás de del velo de la solidaridad se esconden formas de opresión y dependencia insospechadas.

¹Beck utiliza el término de reflexividad como un proceso de transición autónoma no deseada y no percibida en el cual se encuentra inmerso la sociedad de riesgo. La reflexividad es una fuente de productividad, es la auto-aplicación del conocimiento al conocimiento como fuente esencial de productividad (Beck, 2002). En este sentido, la reflexividad supone algún tipo de creatividad y toda reflexividad implica el quiebre de la reproducción de las estructuras sociales.

² Ver Beck, U. [1999] (2002): La Sociedad del Riesgo Global. Siglo XXI. Madrid.

En los hospitales públicos la estructura formal sienta las bases de una organización racional: pauta el desempeño y define como asignar sus recursos. Estos recursos son aquellos que definen la capacidad de producción del hospital público, diseñada para producir el servicio de atención universal de salud a la población (Hintze 2003).

Sin embargo, en tales organizaciones, la falta de recursos de todo tipo ha ido deteriorando y empobreciendo el diseño original de dicha estructura, redefiniéndose a lo largo de la historia en función de “lo que hay”. Esto ha provocado que muchos elementos normativos de la estructura organizativa vayan adquiriendo un carácter *ceremonial*, el cual se enfrenta a sus participantes como cierto espacio de *control y posibilidad*. Así, quienes viven día a día lo sucedido en el hospital se encuentran con cierta autonomía para confrontar los hechos, pero se encuentran *solos*, desarrollando sus actividades en condiciones precarias sin respaldo institucional. Así, se va entretejiendo el entramado organizacional de los hospitales públicos estudiados, siendo los trabajadores de la salud quienes brindan las *respuestas cotidianas* a todas las problemáticas emergentes.

Entonces, cuando se observa el modo en que los trabajadores de la salud actúan para dar respuesta a dichos obstáculos, manteniendo la dinámica del hospital y el servicio de salud que se brinda, cabe preguntarse ¿Qué forma adopta esta experiencia participativa y qué efectos tiene sobre la organización?

Metodología

Se trata de una investigación cualitativa con un diseño flexible que triangula datos obtenidos de distintas fuentes de información (informantes clave; documentos y estadísticas hospitalarias; documentación proporcionada por el Ministerio de Salud de la Nación y de la Provincia de Buenos Aires; y legislación pertinente). Se hizo hincapié en las entrevistas y en el análisis de documentos como técnicas de recolección de información.

Para la selección de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires- Argentina, se realizó un muestreo intencional de “casos extremos”. El índice de mortalidad infantil del año 2001³ fue el criterio elegido para definir nuestros casos (Patton, 1990). De modo que para nuestro estudio se han seleccionado como unidad de análisis cuatro hospitales públicos, dos pertenecientes a los partidos del conurbano bonaerense que presentaron mayor tasa de mortalidad infantil y los dos restantes pertenecientes a los partidos de menor tasa.

³ Dado que el aumento de prácticas informales se asocia a los momentos de crisis, se ha decidido tomar el año 2001 como punto de partida para rastrear dichas prácticas.

Al interior de cada organización hospitalaria se realizó un muestreo “bola de nieve” para localizar a los informantes clave (Patton, 1990). Las unidades de recolección han sido: directivos, personal administrativo, médicos, enfermeras, técnicos y personal sindical; todos participantes en la organización pública hospitalaria.

Para el análisis de las entrevistas se ha utilizado el programa de análisis cualitativo Atlas Ti. Para la codificación y análisis se tuvo en cuenta los lineamientos de la teoría fundamentada (Satruss y Corbin, 1990).

Formas que adopta la participación en contextos de exclusión

Dentro de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires se han registrado diversos modos de participación, los cuales han quedado definidos según tres tipos de *iniciativas no regladas*: de corto, mediano y largo plazo.

- *Iniciativas no regladas de corto plazo*: constituyen una respuesta frente a los factores endógenos y/o exógenos que obstaculizan la dinámica. No emergen solamente por cuestiones externas a la organización, sino también por cuestiones idiosincrásicas. Permiten resolver situaciones puntuales en un corto plazo y contribuyen a reproducir la dinámica del hospital. Sin embargo, esta dinámica se encuentra determinada por los factores que llevan a mantener las *condiciones precarias de trabajo*. En este sentido, *reproducen la precariedad* del sistema hospitalario. Entonces, por un lado protegen a la institución del colapso, pero por el otro permiten que se reproduzca el círculo vicioso.

[...] era un embarazo de mellizos, encima de reposo, muy chiquitos. No tenía posibilidades de vivir ni en pedo, porque era un embarazo de veintiséis semanas, y no nos salía la derivación. Si esos pibes nacían acá se nos iba a morir. Teníamos un residente en ese momento que me dice: “si vos me dejás yo la llevo”, “si nosotros la llevamos en una ambulancia nos dan una patada en el traste a vos, a mí, a la paciente y al marido”. Vos no te podés caer con una ambulancia en cualquier hospital, “pero si la señora va por su cuenta la van a recibir y ahí tiene chance, acá no tiene”. “Ya sé -le digo- pero si le llega a pasar algo en el camino”, “que se fuga, ponemos en la historia que se fuga”, con algo nos tenemos que cubrir obviamente. “Bueno, está bien”. Ah, y había otra residente más, que lo iban a hacer juntos [...].Entrevista: 32, Adriana.

- *Iniciativas no regladas de mediano plazo*: también surgen frente a los obstáculos que generan los factores negativos endógenos y/o exógenos. Pero éstas se evidencian con menor frecuencia porque, a diferencia de las anteriores, apuntan a sobrepasar el conflicto puntual, superando y trascendiendo el obstáculo. En éstas, subyace la

elaboración de un proyecto, y presupone la movilización de contactos para valerse de los recursos que conduzcan a resolver tal situación, en vez de emplazar un parche.

Si bien aquí los conflictos se resuelven de forma no precaria, no se logra quebrar las estructuras vigentes para resolver el problema estructural.

Lo particular de estos cambios es que se generan de manera dispar, aparecen en determinados sectores, y dependen de la “voluntad y vocación” del profesional y/o trabajador de la salud. El hecho de que estas mejoras momentáneas se registren por áreas, termina provocando en el tiempo cierta *inequidad* al interior del hospital.

Yo hablé con el Dr. Fernández, e hizo abajo una ampliación. Tenemos una salita de ocho camas, entonces esto permitió, por lo menos, tenerlos en un sector que fuera un poco más prolijo y de mayor privacidad, hasta poder diagnosticarlos, y que los consultorios sirvan para evaluar a la gente y no para internación. Entrevista: 5, Carlos.

- *Iniciativas no regladas de largo plazo*: en ellas también subyace un proyecto pero a diferencia de las de mediano plazo, éstas logran quebrar las estructuras vigentes, produciendo un cambio en las condiciones normativas y brindando una solución al problema estructural. Los cambios que generan estas iniciativas permiten (re)orientar de a poco la política hospitalaria, de modo que dichas iniciativas cristalizan los intereses de distintos sectores o fracciones al interior de la organización.

[...] en una oportunidad dije quiero abrir una Universidad (de enfermería). Lo logré, a nivel Ministerio, gratis. Por qué mi gente no podía estudiar, porque salir de acá e ir a pagar viajes, comidas, tiempo que consumís, te lleva tiempo y además, te lleva dinero y no es fácil si no estás bien. La matricula la estas pagando, la cuota la seguís pagando y no hay Universidades gratis, o hasta ahora no conocí ninguna, sólo la nuestra. Un día dije: “la tengo que abrir” [...] por lo cual primero salió de mi bolsillo y después fue solventado por ese famoso kiosco. Pedí a la dirección que me dejaran aquí al lado, vender golosinas, sándwiches, empanadas. Cocinábamos, lentejas, yo traía guiso de mondongo, hacíamos ensalada de frutas. Entrevista: 3, Alba

Cuando los sujetos se encuentran con un *obstáculo* que abre un espacio dentro del entramado normativo, recurren a su propia *capacidad* para actuar de un modo determinado, para *emprender*, a partir de sus *iniciativas*, una acción diferente a lo que dicta la norma. No obstante, el habitus que portan los sujetos y su capacidad reflexiva estarán mediados por todos estos procesos complejos, que darán como resultado diferentes tipos de respuesta frente a un problema.

De las iniciativas a la construcción de política desde abajo

Siguiendo a Beck, esta institución de salud sería el lugar de trabajo donde la subpolítica emerge desde los ciudadanos comunes, es decir, los trabajadores de la salud tomando decisiones que enfrentan el orden establecido para darle movimiento a la organización, aunque ellos creen que no están participando de la política.

No obstante, se debe señalar que estas acciones concretas que encarnan las iniciativas no regladas surgen debido a la *exclusión* que vivencian estos trabajadores, del sistema de salud pública. De esta forma la subpolítica adquiere aquí otras características.

Hay faltas, porque hay políticas de salud que no están hechas por gente entendida. No son adecuadas. Ya sea desde los Ministerios de Salud hasta las facultades. En la Provincia no son los más idóneos, se pone al amigo de turno y no al que realmente sabe de salud, se prefiere la política antes que la salud, la salud no importa excepto cuando hay elecciones. La salud pública no interesa, sólo en las campañas. De la salud no se acuerda nadie es poca la gente de la política que se atiende por el sistema público, lo público queda para la gente baquetada, los políticos tiene sus obras sociales o prepagas. Entrevista: 9, Osvaldo.

Esta exclusión pareciera subyacer en el proyecto implementado en el hospital de autogestión. Es decir, el grado de autonomía aumenta puertas adentro para cuestiones y decisiones de poca relevancia, las cuales para el observador externo, la autonomía otorgada al hospital podría traducirse en: “arréglatela como puedas”. No obstante, el grado de libertad disminuye puertas afuera, cuando se trata del sistema hospitalario en conjunto: políticas sanitarias, manejo del presupuesto, decisiones de compras importantes, decisiones de nombramientos, etc.

Política, de pronto es un boom y todos quieren “auto-gestión”, en realidad no es auto-gestión completa, en este momento las necesidades del hospital son centralizadas, de auto-gestión no hay nada, la mayoría de los hospitales todo lo que reciben se gestiona centralizadamente. Entrevista: 37, Alberto.

En este sentido, dicha exclusión que los profesionales y trabajadores de la salud perciben por parte de las autoridades ministeriales, es (re)significada como una contra-exclusión, la cual ha ido adquiriendo forma de *solidaridad* (Robles Salgado 2005). De allí que en los grupos de trabajo, la comunicación y nexo entre colegas sea tan importante para llevar a cabo iniciativas no regladas. Detrás de éstas existen espacios de negociación y mediación que encuentran los profesionales y trabajadores del hospital para que el hospital sortee los obstáculos, son las que permiten restablecer el vínculo entre la norma oficial y la dinámica.

Y el mayor obstáculo del hospital realmente es el compromiso de las autoridades para con las necesidades propias, momentáneas, transitorias o definitivas del Hospital, llámese por ejemplo, provisión de equipamiento mínimo, provisión de personal administrativo o personal profesional, como médicos o enfermeras, y lograr que ellos puedan entender que nuestra falla les hace temblar la silla política o política sanitaria, cada uno puede tener su idea pero a partir de ahí nosotros nos

manejamos, y tratamos de cumplir dentro del ámbito de los compromisos asumidos [...].
Entrevista: 8, Ernesto.

Esto se logran mediante el funcionamiento de redes de contactos informales al interior del hospital, que también se forman con otros hospitales de la Provincia o del municipio -en que se encuentra el hospital-.

Y luego nos arreglamos mendigando, tenemos que pedir turnos a otros hospitales que hagan endoscopia o entrevistas, consultas especializadas a especialistas de otros hospitales. Nos manejamos en una red que no funciona, es decir, funciona de una manera informal, mendigando, pidiendo a los amigos que te hagan el favor. Entrevista: 9, Osvaldo.

Debido al contexto, resulta más sencillo desvincularse de los constreñimientos de la norma oficial porque el trabajo dentro del hospital se vivencia de manera desregulada y no asistida, pero es este mismo hecho el que, a su vez, refuerza el compromiso que mantienen con la comunidad y con la organización, el cual los conduce a desarrollar estrategias que permitan adaptar el hospital a la comunidad.

Inconscientemente te vas adaptando porque nosotros sabemos cuál es la demanda, más o menos conocemos, todos los hospitales que son así, de la zona de trinchera, cada uno sabe la necesidad, nosotros sabemos con el medio con el que trabajamos, y adaptamos y tratamos de adaptar pero eso también depende del cambio poblacional, qué tipo de población tenemos en una determinada época, y qué tipo de población tenemos en otra época. Dependiendo de la situación económica atendemos mucha clase media o no, el hospital es adaptable, y la gente es adaptable, se adapta a la demanda, lo que pasa es que a veces necesitamos más médicos de guardia. Entrevista: 11, Marta.

No obstante, los riesgos en estas organizaciones son abundantes y diversos. Al mismo tiempo, existe mayor exposición a tal riesgo, porque la desvinculación de las normas que lleva a cuestionar el orden vigente no se produce de manera asistida y pautada, sino desasistida y desregulada (tal como plantea Roblea Salgado 2005) por parte de las autoridades del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. Este sentimiento de desprotección aparece reiteradas veces, en los relatos de los entrevistados:

Yo creo que desde hace cincuenta años, desde Carrillo como Ministro de Salud del gobierno peronista, las políticas han sido liberales, donde cada sector tiene su negocio, donde el hospital público, o el sistema público juega en la práctica en un sistema no competidor con la entidad privada ni la obra social, y atiende tanto a la actividad privada como la obra social, lo que ellos no atienden porque no les conviene. Por ser un sistema de lucro más que brindar un servicio. No hay un sistema integrado, es absolutamente separado y entonces el hospital no tiene recursos. ¿Por qué además no se pide que lo rentable pueda pasar al público? Por ejemplo, todo lo que sea estudio en imagen, en los hospitales públicos casi no existe, o existe muy poco porque es muy rentable en el privado, o cirugía cardiovascular, no existe en el público porque se hace en los privados. En vez de integrar un sistema para atender a la población, se deja en los lugares privados por la rentabilidad, y queda el hospital atendiendo aquellos sectores más vulnerables que necesitan más, con el esfuerzo de los trabajadores sociales, psicólogos. El hospital atiende esto con baja respuesta del estado. El

estado no se hace cargo de la gente de la calle, o de los dramas sociales que llegan al hospital.
Entrevista: 42, Lotto.

El problema surge porque los sujetos son empujados a una toma obligada de las decisiones, ubicándolos en un lugar de inseguridad y desprotección, dado que se encuentran solos frente a este contexto de precariedad, manteniendo dicho problema en el núcleo del grupo de trabajo. Frente a la exposición de tales riesgos, los sujetos forman grupos de discusión en los todo se examina, se analiza y se debate (Beck 1997). Pero al no encontrar respuesta sobre cómo conjugar “lo que debiera ser la institución” con “lo que hay”, la recomposición de las biografías que hace al sujeto como tal, se produce dentro de la sociedad civil y no de las instituciones políticas. Esto es percibido cuando algunos de los profesionales y trabajadores del hospital expresan que el hospital está muy politizado, para lo cual opinan que la política no debiera inmiscuirse en la salud. En realidad, esto debiera ser entendido en términos de un reclamo, el cual de forma implícita deja entrever que *este tipo de política los está dejando afuera*, los abandona, no les brinda soluciones a las preocupaciones diarias a las que deben enfrentarse. Pero por más que no se sientan en el centro de la política, esto no implica que al tomar una decisión que lleva a la implementación de una iniciativa no reglada, no estén haciendo política desde su lugar de trabajo.

De este modo la participación constituye una acción política en tanto se materializa en la relación entre las regularidades objetivas y la experiencia del sujeto, y es por eso que se establece desde abajo, otorgando a la población las respuestas que la política pública oficial no brinda.

Las diversas aristas de la participación

La reflexividad adquiere otro cariz dentro de las organizaciones públicas de la periferia globalizada, debido al proceso de individuación al que están expuestos (Robles Salgado 2005). En este sentido, la reflexividad supondrá algún tipo de creatividad, pero no todas estas iniciativas llegarán a producir el quiebre con las viejas estructuras, debido a los dobles riesgos y peligros a los que se encuentran expuestos los profesionales y trabajadores de la salud. De este modo, cuando se lleva a cabo una *iniciativa no reglada de corto plazo*, existe un proceso de reflexividad porque el sujeto toma sus propias decisiones y al ser responsable de sus actos decide afrontar el problema recurriendo a la creatividad para resolver ese problema puntual. No obstante, por más creativa que sea su solución, la auto-aplicación de su conocimiento sobre el conocimiento, obtiene como resultado una acción precaria debido a que trabaja en

condiciones precarias. La producción consiste en este caso en brindar respuestas creativas que solucionen un problema, están convencidos de que sin estas acciones no hay hospital posible, pero no llegan a percibir los riesgos que implica trabajar con elementos precarios con los que construyen su acción, y así se gira en círculo sin lograr un quiebre. Esto los ubica en el lugar de un combate cuerpo a cuerpo, resistiendo los embates internos y externos para que el hospital subsista. Sin embargo, la decisión de ser partícipe de este lugar de combate más allá de sus intereses, no es más que la obediencia hacia un poder simbólico que delega la responsabilidad de la asistencia hospitalaria en manos de los profesionales y trabajadores, los cuáles se ven obligados –no de forma explícita ni de manera consciente- al ubicarse sobre el *dilema fundamental*: realizar una acción que es portadora de la precariedad del sistema hospitalario pero que da una solución precaria a los pacientes; o sólo actuar de acuerdo a lo que dicta la norma, dejando a muchos pacientes sin la atención que necesitan.

La posibilidad de trabajar dentro del hospital público en estas condiciones precarias es sólo a partir de generar grupos de trabajo al interior de cada servicio, que se extiende como una red de grupos de trabajo de “buena voluntad” que traspasa las fronteras del hospital y se convierte en una red informal entre hospitales, imprescindible para sostener este sistema. Así se logra contrarrestar, de algún modo, la exclusión del sistema de salud hospitalario.

Pero ello implica una *trampa*, dado que dicha solidaridad puede llegar a significar una nueva forma de dependencia que los atrapa en un círculo vicioso de precariedad, el cual en apariencias daría autonomía al sujeto y libertad para decidir sobre su trabajo, cuando en realidad restringe tal autonomía individual. En consecuencia, no se trataría de una emancipación automática, ni de cambios que introduzcan mejoras. En este sentido, se coincide con Robles Salgado en que detrás del velo de la solidaridad podrían llegar a esconderse formas de opresión y dependencia insospechadas que mantiene a la institución pública hospitalaria excluida del sistema de salud, aunque activa para prestar un servicio de salud precario a la población carenciada. De este modo, se genera una dinámica entrampada en la precariedad y no se logra despegar al hospital público del lugar dónde está.

El hecho de que pocas veces en la historia de los hospitales, éstos hayan ocupado un lugar relevante dentro del sistema de salud argentino, lleva a pensar que finalmente las iniciativas no regladas de corto plazo son funcionales para brindar la asistencia necesaria a los más carenciados, a la vez que degrada a la institución.

Ahora, debido a que los hechos no son tan simples, se podría pensar que finalmente las *iniciativas no regladas de corto plazo* representan un mecanismo que permite *resolver un problema* que la estructura formal no puede. Al observar que estas iniciativas no regladas de

corto plazo permiten zanjar problemas puntuales y urgentes que de otro modo no se podrían resolver: tapa agujeros, sutura, enmienda, etc., entonces sí sería vista como una solución. Cuando un profesional o un trabajador de la salud, realiza un trueque de pacientes o fabrica un medicamento casero para darle a un paciente, finalmente se podría argumentar que está resolviendo un problema porque al paciente se le ha resuelto su complicación. Si bien es cierto, que de esta forma el hospital sigue funcionando, y no cierra sus puertas, así la salud “se brinda a medias”.

De esta forma, la precariedad esfumada en un manto de iniciativas no regladas de corto plazo evita situaciones sociales inconvenientes, por no decir costosas para muchos funcionarios públicos y/o políticos de turno. Debe resaltarse que este tipo de participación contribuye al deterioro estructural del hospital, siendo parte de aquello que ha corroído a la política pública en salud a lo largo de los años.

En este sentido, las iniciativas no regladas de corto plazo finalmente son funcionales al mantenimiento de un sistema hospitalario que debe atender a las personas que no pueden satisfacer sus necesidades a través del mercado. Y los profesionales y trabajadores sometidos por un poder simbólico que los ubica en el lugar de “prestigio y privilegio” terminan constituyéndose –sin saberlo- en los ejecutores de este tipo de política sanitaria.

Pero no toda participación dentro del hospital genera precariedad, como se ha visto algunas de ellas logran introducir pequeños cambios no precarios -*iniciativas no regladas de mediano plazo*-, o aún mejor, logran quebrar la reproducción de las viejas estructuras a partir de confrontar la situación -*iniciativas no regladas de largo plazo*-. Estas son aquellas que conllevan un proyecto por detrás, introduciendo pequeños o grandes cambios, de modo que terminan siendo productivas socialmente.

Sin embargo, debe aclararse que las de *largo plazo* suelen introducir cierta tensión dentro de la organización ya que cristalizan los distintos intereses de sectores o fracciones al interior de la organización, sembrando dos posturas dentro del hospital público.

No resulta lo mismo presentar un proyecto que termine por introducir un grupo privado que trate el problema de las infecciones intrahospitalarias, que un proyecto que establezca una universidad gratuita para el sector de enfermería, o bien, citando un tercer ejemplo, que lo constituye la creación de Servicios inexistentes para adaptar el hospital a la demanda de la población. Estos representan intereses de sectores diametralmente opuestos. El primer ejemplo responde a un grupo privado que reúne a profesionales médicos que ofrecen un

servicio mediante un convenio/contrato con el Ministerio de Salud, utilizando como mano de obra a residentes de los hospitales públicos de la Provincia.

Por otro lado, el segundo ejemplo, se refiere a la creación de una universidad para que los enfermeros auxiliares puedan estudiar y recibirse. Esta propuesta contempla la compatibilidad del estudio con el trabajo y con los costos de una educación universitaria. El tercer ejemplo podría constituirse por los distintos servicios que se crean dentro del hospital frente a la demanda de la población, tales como la terapia intensiva neonatal, o la salita para incrementar el número de camas, etc.

Los tres cristalizan intereses opuestos en las acciones políticas que construyen desde abajo. La primera apunta a fortalecer el hospital-empresa, considerando que el saber y la tecnología la posee el sector privado, mientras que la segunda apunta a fortalecer al grupo de enfermería, brindándole el conocimiento técnico para realizar diagnósticos sin necesidad de recurrir al médico. La tercera fortalece la estrategia pública de salud, estableciendo nuevos servicios y respondiendo de esta forma a las necesidades de la población. Estos tres ejemplos ilustran acciones políticas –concretas- que provienen del hospital y no desde un diseño planificado por la política pública oficial.

En este sentido, son los sujetos que mediante su participación, quienes erigen nuevos proyectos orientados a solucionar problemas estructurales. En general, estos sujetos además tienen cierta capacidad de liderazgo que les permite vincularse con su grupo de trabajo, o bien contactar a las autoridades hospitalarias, para lograr el apoyo necesario que les permita materializar dicha iniciativa a largo plazo.

Conclusiones

Las particularidades del contexto organizacional incita a estos trabajadores de la salud a *actuar*, y el hecho de involucrarse los hace sentirse importantes, son parte del hospital, contribuyendo a resolver los problemas.

Sin embargo, no todos brindan las mismas respuestas frente a igual contexto, así emergen las iniciativas no regladas de corto plazo que suturan constantemente la dinámica hospitalaria, y las de mediano que permiten introducir cambios frente a los problemas estructurales. Siendo muy pocas las que permiten idear proyectos que ponen en jaque el orden vigente.

En conclusión, las iniciativas no regladas de corto plazo resultan funcionales para la reproducción de un sistema hospitalario público precario que expulsa pacientes al sector privado, siendo entonces los más pobres y carenciados los usuarios de un sistema que funciona desde el colapso. Lo paradójico es que este tipo de acciones, las cuales portan la

responsabilidad del cuidado de un paciente, a lo largo de los años han ido trastocando la dinámica del hospital público. De forma tal que los hospitales están atrapados y entrampados por estas acciones y esto no es por accidente ni por desidia: ni la acción ni la omisión política es un acto inocente. El silencio por parte de las autoridades ministeriales opera como un guiño hacia este tipo de iniciativas que no desconocen y por lo tanto convalidan este funcionamiento basado en la precariedad y en la informalidad.

Finalmente, se propone que al interior de estas instituciones, las iniciativas no regladas de *corto plazo* sean observadas como *indicadores de necesidades* organizacionales, en tanto evidencian el punto dónde la norma oficial se desvincula de las necesidades de la organización, las cuales debieran dar respuesta a las demandas de la población en materia de salud.

Mientras que en sentido opuesto, las iniciativas de *mediano y largo plazo* debieran ser contempladas como un mecanismo que le brinda a la organización la posibilidad de ser flexible para absorber las necesidades de la población.

Bibliografía

-Beck Ulrich, 1997, "La reinención de la política: Hacia una teoría de la modernidad reflexiva", en Ulrich Beck, Anthony Giddens y Scott Lash, *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno*, Alianza, Madrid.

-Beck Ulrich, 2002, *La Sociedad del Riesgo Global*. Siglo XXI. Madrid.

-Etzioni Amitai, 1975, *Organizaciones Modernas*. UTHEA. 2ª reimp., Argentina.

-Giddens Anthony, 2003, *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. -1ª ed. 2ª reimp. Amorrortu. Buenos Aires.

-Hintze Jorge, 2003, *Gestión por procesos y por resultados en el aparato estatal: una cuestión abierta*. Ponencia presentada en el Segundo Congreso Argentino de Administración Pública - sociedad, gobierno y administración pública " reconstruyendo la estatalidad: transición, instituciones y gobernabilidad ", Córdoba, noviembre de 2003, República Argentina.

-Meyer John y Rowan Brian, 1999, "Organizaciones Institucionalizadas: la estructura formal como mito y ceremonia" en Walter Powell y Paul DiMaggio (editores), *El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional*, México D.F.: Fondo de Cultura Económica.

-"Perfil del sistema de servicios de salud, Programa de organización y gestión de sistemas y servicios de salud" *División de desarrollo de sistemas y servicios de salud, OPS*, 2da. ed. 2001, Argentina. [Online]: <http://www.bvs.org.ar/pdf/perfil2001.pdf>

- Patton, Michael, 1990, *Qualitative Evaluation and Research Methods*. (2 Ed) Newbury Park Sage Publication.
- Tobar Federico, 1998, “Alternativas para la financiación hospitalaria en Argentina” *Medicina y Sociedad*, Volumen 21, N° 1, pp. 29-40.
- Robles Salgado Fernando, 2005, “Contramodernidad y Desigualdad Social: Individualización e individuación, inclusión/exclusión y construcción de identidad. La necesidad de una sociología de la exclusión”. *Revista Mad*, N°12, Mayo, Departamento de Antropología, Universidad de Chile, [Online]: <http://www.revistamad.uchile.cl/12/paper03.pdf> pp1-31.
- Sennet Richard, 2007, *La cultura del capitalismo*. Anagrama. Barcelona.
- Strauss Anselm y Corbin Juliet, 1990, *Basic of Qualitative Research: Grounded Theory Producers and Techniques*, Sage, Londres.