

Análisis Organizacional de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca

Palomo, Diego; Gasparini, Micaela; Majluf, Paul; Salas, Manuela

Universidad Nacional del Sur

FUNDAMENTACION

Campo de la salud

Para conocer acerca del modelo de gestión en la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca es necesario interpretar la red o configuración donde surgen, se desarrollan e interactúan los diferentes grupos sociales y agentes. Bourdieu complejiza este espacio social y desarrolla la noción de “campo”, donde se definen las posiciones de sus ocupantes (dominación, subordinación, etc.) y en donde cada uno de estos agentes “aporta” su capital obedeciendo a diferentes lógicas, ideologías, experiencias, en otras palabras, en donde se desarrolla la lucha y el juego¹, lo que para algunos autores es un “sistema de salud” expresando y refiriéndose a un todo como escindido en tres partes iguales entre lo público, obra social y privado, idea que parte del funcionalismo y por lo tanto inapropiada por su simplismo, aquí lo llamaremos *campo* intentando complejizar este concepto, entendiendo como tal “la convergencia de actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones, con autonomía relativa, en el que los diferentes agentes luchan por la consolidación, o por la apropiación y el predominio de uno o más capitales.”¹

Las acciones de la gestión a analizar, no es consecuencia de un mecanicismo, es decir, la acción no es un efecto mecánico de la coerción social externa, y tampoco es producto de una acción racional donde se pueda calcular cada accionar y medir sus beneficios. “Se debe plantear que los agentes sociales están dotados de habitus, incorporados a los cuerpos a través de las experiencias acumuladas”² y es a través de esas experiencias en el sistema de relaciones estructuradas y jerarquizadas donde se desarrolla cualquier modelo de gestión. En Argentina, como en otros países, este habitus es producto de la combinación de la alta concentración de capital económico; de los problemas de financiamiento; de la corrupción; de la persistencia de estructuras administrativas; de las bajas capacidades de gobierno y gestión; la falta de regulación en la formación de profesionales; del significativo número de trabajadores que componen la fuerza de trabajo; la autonomía de los mismos y el destacado valor social de los temas sobre los cuales se desarrollan las prácticas. Sumado a todo esto, la complejidad propia del campo de la salud, cuyas características lo distinguen de cualquier otro campo que se piense. Estas características tienen que ver con varios aspectos, el primero de ellos es que el

objeto de trabajo, la salud, es un producto intangible que no puede definirse claramente y muchas veces se puede definir solo por su opuesto, a partir de la enfermedad. Por otro lado, muchas organizaciones de salud trabajan durante las 24 horas del día durante los 365 días del año. El trabajo está en relación con el sufrimiento, el dolor, la vida y la muerte de las personas. Se suma a todo esto la alta autonomía que tienen los trabajadores de salud, cada profesional en su ámbito de trabajo dispone de mucha libertad en cuanto a los procedimientos: dos profesionales distintos frente a la misma situación pueden realizar dos procesos de salud totalmente diferentes, y esto depende de su formación académica y de sus conocimientos, pero también se ponen en juego sus valores y sus cuestiones ideológicas.¹ Por lo tanto, un campo es producto de acciones individuales y/o colectivas cargadas de intereses y capacidades específicas, donde cada jugador realiza su juego en función de aumentar o adquirir capitales.³ Es decir, en un mismo equipo de salud, los/las trabajadoras actúan de forma diferente aunque estén bajo la misma directriz normativa; las reglas dictadas para el funcionamiento de un programa influyen sobre la actividad de los/las trabajadoras dentro de límites muy restringidos, son ellos mismos los que definen cómo se realiza su actividad. A esta construcción del modo de producción que está inscrita en la subjetividad del acto en salud lo denomina *socius*, es decir, el microcosmos en el que cada trabajador/a está inserto y opera micropolíticamente. Siguiendo con este concepto y aproximando al entendimiento del mismo, es que se puede decir que ese *socius* es el ejercicio del autogobierno, es esta autonomía que se puede visualizar en los primeros niveles de salud de nuestra ciudad, Bahía Blanca, sobre todo en los/las trabajadoras de las unidades sanitarias y hospitales en donde, si bien están bajo la misma directriz y el mismo contexto social, político y económico, pueden tomar decisiones con respecto a las prácticas que realizarán, en la cantidad de horas que destinarán a la atención, en cómo se darán los turnos en la agenda, en qué tipo de prestaciones ofrecerán, etc.⁴

Nuevas propuestas de Gestión en Salud Colectiva: Soporte Paideia

Si a las complejidades descritas del campo de la salud se le agregan las particularidades del trabajo en salud, donde los sujetos son trabajadores del conocimiento, que trabajan con la palabra y el trabajo se basa en relaciones interpersonales, y donde además los trabajadores de la base gozan de gran libertad fundamentada en que son quienes poseen el conocimiento, es decir el poder técnico, y aparecen entonces organizaciones donde el poder está distribuido, nadie concentra todo el poder. Frente a todo esto, nos encontramos que las teorías clásicas de

la administración aparecen como insuficientes a la hora de explicar la gestión en salud o de proponer nuevos programas de gestión.⁵

Por esto, desde la Salud Colectiva se han propuesto nuevas formas de gestión. Una de ellas es el Soporte Paideia, postura metodológica que busca reformular los tradicionales mecanismos de gestión. La principal diferencia es que propone gestionar junto a los trabajadores y no sobre ellos, de esta manera tiene como premisa que la gestión se ejerce entre sujetos, con distintos grados de saber y de poder. Las formas tradicionales de gestión suelen no reconocer esto y por eso suelen menospreciar los aspectos subjetivos y sociales tanto de los trabajadores como de los usuarios. Este método, aporta recursos metodológicos para lidiar con esas relaciones entre sujetos de manera diferente, que prioriza lo interactivo. Busca fomentar relaciones constructivas entre los actores sociales, reconociendo que existen diferencias de roles, de poder y de conocimiento.⁶

Es decir, el método Paideia es una propuesta de cogestión para la producción de valores de uso que tiene una dimensión crítica y una dimensión propositiva. La dimensión crítica abarca el análisis del mundo del trabajo y de las instituciones actuales, destacando la influencia de los principios de Taylor y Fayol en el cotidiano de las organizaciones contemporáneas. El método Paideia, aunque no se reduzca a esto, es también un método anti-Taylor. La dimensión propositiva engloba un método propiamente dicho, de apoyo y cogestión.⁷

Se sustenta también sobre el concepto de coproducción de sujetos. El objetivo del método es aumentar la capacidad de análisis e intervención de los sujetos, bajo tensión de diversas fuerzas, apostando a la posibilidad de transformación, de reinventarse. Producirse en el proceso de producción. El concepto de coproducción es un instrumento de cogestión porque posibilita la construcción de un conocimiento singular transdisciplinar en los equipos multiprofesionales. En estos espacios es necesario un saber nuevo y singular, sin negar los recortes disciplinares posibles y sin dejar de hacer elecciones y definir prioridades. Es por esto que el Método Paideia, también conocido como método de la rueda, se sintoniza con muchas tradiciones libertarias de la educación y de la política al apuntar que: nadie sale de la rueda (de cogestión) de la misma forma que entró.⁷

Asume que todo trabajo tiene una triple finalidad y produce efectos en tres sentidos distintos:

- 1- Producción de bienes o servicios para personas externas a la organización (finalidad declarada de la institución).
- 2- Producción de sujetos, los trabajadores.
- 3- La sustentabilidad, reproducción de la institución.

La ideología dominante suele reconocer como legítima la producción de valor de uso y la sustentabilidad, principalmente el lucro en el caso de empresas.^{6,7}

El método identifica tres actores principales relacionados con esos objetivos: los usuarios se identifican principalmente con la producción de valor de uso, los trabajadores con la producción de ellos mismos como sujetos y los gestores con la sustentabilidad y la reproducción de la institución. La tarea de cogestión sería viabilizar contratos y compromisos siempre provisorios y sujetos a revisión, entre estos actores, posibilitando alguna viabilidad aceptable del punto de vista de cada uno de ellos.⁶

El método apuesta a la politización de la gestión, en el sentido de que las organizaciones podrían incorporar elementos de la Polis griega, constituyendo Ágoras para negociación e invención de otras formas de vivir en el mundo del trabajo. Se sintoniza con una idea de permanente coproducción, negociación de contratos y compromisos siempre provisorios. Politiza la gestión porque reconoce los conflictos y procura no moralizar los intereses en juego.⁷

El Método Paideia imagina contaminar la política, la gestión, la pedagogía, la clínica y la salud pública con la lógica de esta triple determinación: en todas estas formas de accionar sobre el mundo se mezclan poder, saber y afecto. Es el esfuerzo por construir una nueva capacidad de pensar y de accionar, sea colectivamente o de cada una de las personas involucradas. La novedad es la integración de estas tres dimensiones: la libertad, o la ciudadanía, o la salud, todo depende de la capacidad de lidiar con los afectos, con saberes y con el poder.⁶

Esto en oposición a la concepción tradicional sobre varias prácticas sociales, particularmente aquellas que son concebidas a partir de una pretensión exagerada de objetividad, en las que ni siquiera se admite que puede haber influencia de factores políticos, cognitivos o afectivos. La Gestión, la Salud Pública y la Clínica, por ejemplo, operan como si hubiese una dilución de la influencia de estos factores; el saber de los técnicos actuaría mejor "libre" de la política, del conocimiento no científico o de afectos "inconvenientes". Este es el núcleo del pensamiento tecnocrático: la tentativa de reducir personas a la condición de objeto, rechazando la circulación de afectos y la "contaminación" de las prácticas por el poder o por el saber de los "laicos", todos alcanzados por las medidas generadas en apenas uno de los polos de la relación de poder. El método Paideia intenta ampliar la capacidad de las personas para lidiar con el poder, con la circulación de afectos y con el saber. Lidiar mientras están haciendo cosas, trabajando, cumpliendo tareas. En el ejercicio de cualquier rol dentro de un colectivo se puede actuar según la perspectiva de Soporte Paideia.⁶

Análisis del gobierno de la secretaria de salud desde el “Postulado de coherencia”:

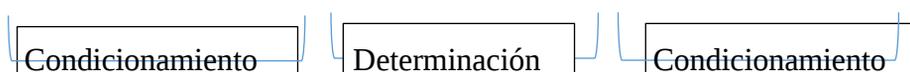
Mario Testa establece que la relación, que llama “postulado de coherencia”, necesaria entre:

- Propósitos de una institución
- Métodos que utiliza para alcanzarlos
- Organización que asume la institución que se encarga de ello.

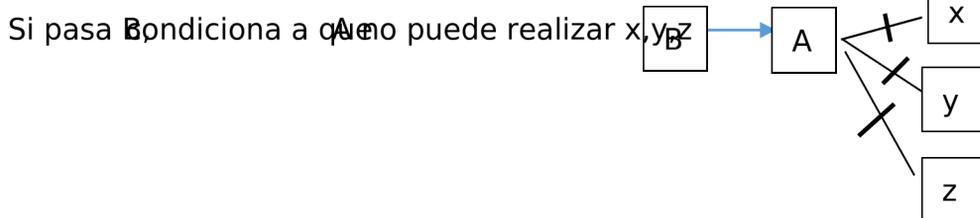
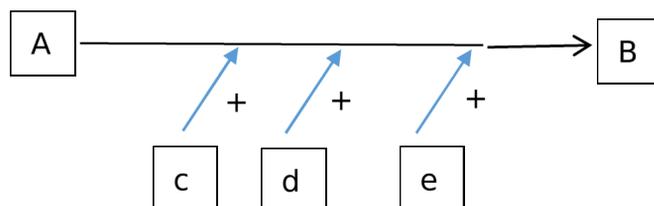
DEBE SER COHERENTE

Esta relación se expresa de dos maneras: Determinación¹ y condicionamiento².⁸

Fenómeno



Si pasa A queda determinado que para que B sea Eficaz, deben cumplirse las condiciones c,d,e



El postulado afirma que entre propósitos, métodos y organización existe una relación de primer nivel que puede ser uni o bidireccional entre dos cualesquiera de eso componentes sin dar indicaciones de cuál de los modos³ posibles de la relación se cumple.

Mario Testa desarrolla en su libro “Pensar en Salud”, el postulado de coherencia poniendo como ejemplo de su aplicación y análisis un gobierno capitalista dependiente. Vamos a

¹Determinación: es una fuerza positiva que establece los límites dentro de los cuales debe ocurrir un fenómeno
² Condicionamiento: es una fuerza negativa que fija los límites fuera de los cuales no puede ocurrir un fenómeno
³ Modos: dirección de la relación, su carácter (determinación o condicionamiento) o la dirección (uni o bi)

intentar aplicar el postulado de coherencia pensando en la secretaria de salud de Bahía Blanca, una institución que a lo largo de su historia en el campo de la salud ha reproducido políticas:

- Centradas en el modelo médico hegemónico
- La atención primitiva de la salud
- El derecho a la salud selectivo: orientado a la cobertura de la atención de la enfermedad de la población sin seguro médico, sin capacidad de pago o contratación.

Más allá de que en distintos momentos de su historia presento rupturas y tensiones en su interior.

Digamos entonces que existe, como describe Testa para el estado capitalista, un nivel homogéneo que se caracteriza por la continuidad y crecimiento de grupos articulados que reproducen las políticas antes explicadas y un nivel heterogéneo que se caracteriza por las contradicciones internas y los intentos de ruptura y cambio, con diferentes niveles de eficacia, según los momentos que se analicen. Si bien no es una lucha de clase, en sentido estricto, (aunque habría que analizar las diferentes disciplinas, su trabajo en salud y la relación entre clase en sí y clase para sí) es una disputa de modelos de atención cuidado y de intereses según capitales en juego dentro del campo de la salud.

Testa identifica tres propósitos de gobierno:

- Legitimación: es un propósito permanente que es la legitimación de su acción como gobierno y de las características e intereses del sector social, económico y cultural que representa.
- Crecimiento: realizar más acciones en calidad y cantidad que reproducen y legitiman el sector social dominante.
- Cambio: es un propósito posible.

Cuando analizamos los propósitos del postulado en la Secretaría de Salud de Bahía Blanca, podemos observar que los sectores dominantes en el campo de la salud, representados fundamentalmente por cinco grupos de actores:

- Los que regulan la práctica y la matrícula (colegios y cajas profesionales, asociaciones de profesionales, asociaciones científicas)
- Los que concentran los contratos con las OOS: Asociación médica, círculo médico
- Las clínicas, hospitales privados, prepagas, ART y empresas de medicina laboral
- Los sindicatos y las obras sociales sindicales

- Sectores del estado que representan a alguna/as de los actores antes enumerados (ej.: Secretaría de salud, en hospitales públicos, en universidad)

Conforman un grupo homogéneo, que representaría la expresión local de un “pacto corporativo” que no se desarmó ni presentó tanto crisis como a nivel nacional y con las reformas neoliberales del sector salud de los 90. Probablemente el pacto se haya debilitado, solo un poco, entre sindicatos, OOSs sindicales y el resto de los actores. Pero los 3 primeros grupos de actores enumerados, en lo local, funcionan como un pacto corporativo que goza de muy buena salud. Que sustentan una política de autonomía, distancia y confrontación de los espacios y actores estatales que impulsan políticas de ampliación de cobertura, regulación del sector y enfoques de derecho. Sosteniendo la autonomía como pilar para la defensa del libre comercio y la libre práctica profesional en salud (con libre no me refiero a democrática, sino sin regulaciones ni controles estatales, ni siquiera los impositivos). Apoyados en el prestigio social de la práctica y en un cientificismo positivista, presentado como estéril y único, logran mantener, incluso en momentos de cierto protagonismo de políticas sociales y de reivindicación de derechos, una posición dominante que les ha permitido garantizar el propósito de legitimidad y continuidad y contener todo propósito de cambio en el campo de la salud de bahía blanca.

El propósito de crecimiento puede observarse claramente y está manifestado por la mayor medicalización, utilización de aparatología diagnóstica y terapéutica y el aumento de los costos de la atención de la enfermedad. El crecimiento se expresa en el aumento sostenido de la tendencia a transformar en enfermedades los procesos vitales esperables. Por ende, cada vez se requiere mayor atención. Este crecimiento de la utilización de servicios médicos, no se relaciona y nadie lo relaciona, con los resultados concretos en salud. Algunos indicadores, esperanza de vida, envejecimiento poblacional, son presentados como un éxito de los avances técnicos y científicos de la medicina, pero está claro, que poco tiene que ver con esto, sino y más bien, con procesos políticos, económicos sociales y culturales transnacionales e históricos. Entonces se puede observar en lo local cómo la incorporación de nuevos servicios hospitalarios centrados en tecnologías duras, la realización de intervenciones sobre patologías de baja frecuencia, pero de alta complejidad técnica o el aumento o incorporación de nuevos o más espacios de especialidades médicas, es donde se observa el crecimiento (reproducción) de las políticas de los sectores dominantes en el campo de la salud de nuestra ciudad.

El propósito de cambio está expresado por situaciones que se han logrado construir dentro del campo de la salud, donde algunos actores subalternos aumentaron sus capitales dentro del

campo y lograron, en distintos momentos y de distintas formas, materializar políticas de cambio y ruptura. Probablemente, en los últimos años, podamos identificar dos momentos de ruptura, que, a su vez entre ambos, presentan alguna relación de continuidad. Nos referimos a los periodos 2011 - 2013 y 2014 – 2018.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

Cotidianamente, en el ámbito de la Organización del sistema de Salud de la Secretaría de Salud de Bahía Blanca, observamos en los trabajadores de Salud que la integran una aparente dificultad para comprometerse situacionalmente con el rol que representan y sostienen, en un ámbito público. Se desarrolla un modelo de gestión centrado en la práctica profesional individual, no existe un sistema de rendición de cuentas de las acciones de salud, sino de los números que ellas conllevan. No hay lógica de equipos y las reuniones de área como dispositivo de decisión y participación aleja mucho a los trabajadores de su terreno de prácticas. Parte de los causales de lo que se observa son la falta de regulación en la formación de profesionales, la baja producción en gestión, las dificultades de articulación entre unidades sanitarias, áreas programáticas y los hospitales. Las consecuencias de este Modelo de Gestión repercuten en las prácticas y en el cuidado de las personas, caracterizándose por la heterogeneidad en su funcionamiento, privilegiando la resolución de lo urgente y la postergación de lo importante. Desde este punto de vista, la eficiencia y la eficacia de la Organización se ve cuestionada, ya que no logra controlarse ni monitorearse, los trabajadores tienen la sensación de que no participan, así, interpretan las decisiones tomadas como “que bajan”, externas a ellos y a la realidad que protagonizan todos los días. Esta disociación evidente entre la Realidad Sentida y la Realidad Percibida genera brechas en donde las decisiones políticas no se relacionan con la problemática que puede definirse en cada sector de Salud. El Modelo de Gestión imperante está orientado a la atención de la enfermedad. El tipo de decisiones y problemas que monopolizan la agenda de gobierno está centrado en la enfermedad. Podemos inferir que esto acarrea mecanismos de solidaridad invertidos tales como el pobre financiando al rico, o lo público financiando al seguro de salud privado. Un modelo de gestión que fomenta una medicina para pobres que se oculta bajo la "progresista" denominación de "Atención Primaria de la Salud" cuando no pocas veces en realidad se trata de una "Atención Primitiva de la Salud”.

En la bibliografía se describen componentes biológicos, sociales, políticos y culturales que influyen en este proceso. Desde el punto de vista político, la mayoría de las campañas de

salud preventivas y la oferta de servicios, especialmente en el primer nivel de atención formal de la salud, se encuentran dirigidas a la “población materno-infantil”, centradas en la enfermedad, no tomando en cuenta los pilares de la estrategia de Atención Primaria de la Salud: Atención, Prevención de la Enfermedad, Promoción de la Salud. Los modelos hegemónicos de Políticas Públicas dificultan la accesibilidad a los cuidados preventivos. Esta situación de inequidad acarrea que se pierdan oportunidades de promover la salud y de prevenir enfermedades que podrían contribuir a la disminución de la morbi-mortalidad.

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

1. ¿Cuáles son las características del modelo de gestión de la Secretaría de Salud?
2. Cómo influyen en los procesos de trabajo
3. ¿Cómo determina o condiciona la organización?
4. ¿Cómo se relaciona con aquellos procesos o personas o grupos de personas que intentan dar cuenta de otras institucionalidades?
5. ¿A qué ideología o lógica responde este modelo de gestión?
6. ¿Cómo se analiza, desde el postulado de coherencia, el gobierno de la secretaria de salud de Bahía Blanca?

OBJETIVO GENERAL

Realizar un análisis organizacional de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca en el periodo 2011-2018.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Analizar el proceso de Gestión de la Secretaría de Salud de la Municipalidad de Bahía Blanca.
2. Relacionar el Modelo de Gestión con los procesos de trabajo.
3. Describir el modelo de toma de decisiones.

METODOLOGIA

Se realizó un estudio individuado, observacional y transversal.⁹ Con metodología de tipo cualitativo.

Se presentan resultados preliminares de una investigación en curso.

Se realizó un muestreo intencional, no probabilístico, en el que se invitará a participar de la investigación a personas seleccionadas con probado recorrido en la temática.¹⁰

Se realizaron entrevistas semiestructuradas, organizadas mediante una Guía de Entrevista. A medida que se fueron realizando entrevistas, la guía se fue modificando y perfeccionando para su mejor comprensión, orientándola a un mejor logro de los objetivos.¹¹

Se tomó como unidad de análisis a las trabajadoras y los trabajadores de la salud de la Secretaría de Salud del Municipio de Bahía Blanca

En la etapa de clasificación de los datos se trabajó con categorías analíticas, establecidas teóricamente previo a la entrada a campo en base a la bibliografía revisada, considerando la posibilidad del surgimiento de categorías empíricas durante la etapa de análisis, a partir del material obtenido de las entrevistas.¹¹

Definición de las Categorías analíticas:

- **Perspectiva de género:** Valoración de los y las entrevistados sobre las diferencias esperadas y percibidas entre hombres y mujeres en los modos de gestión, liderazgo y comunicación.
- **Co-gestión:** Identificación por parte de las y los entrevistados sobre modelos de conducción en los que intervienen los propios trabajadores en la toma de decisiones y elaboración de políticas o proyectos.

RESULTADOS

Perspectiva de género

La mayoría de los entrevistados no encuentran diferencias en el modo de ejercer el poder entre gestores hombres y gestoras mujeres.

Sin embargo, si plantean que el ejercicio de la función puede ser una tarea más ardua para las mujeres en términos de las dificultades que el propio contexto le impone, como la subestimación o la deslegitimación por su sola condición de mujer.

“Puedo decir que me parece tal vez como una desventaja que veo ante la coordinación lo que es la coordinación de enfermería que son todas mujeres y tal vez en algunos ambientes de las áreas o de los centros de salud, es como que hacen como un ninguneo hacia esa coordinación y tal vez que si es un coordinador hombre no es tanto...”

“No, por género no (no encuentro diferencias), por una cuestión solamente de ser mujer o varón no, no. No es ni mejor ni peor digamos... pero no hay una diferencia en términos de género...Es mucho más fácil bajar a una mujer que bajar a un hombre, en todos los ámbitos

y en todos los niveles, a parte con dos adjetivos por ejemplo es una loca todo el mundo sabe, bah... todo el mundo no, pero hay una representación que la deslegitima”

Cogestión

Se reconoce en los y las entrevistadas la existencia de un valor positivo agregado en los momentos que se fomentaron, desde las autoridades de la secretaría, arreglos y dispositivos tendientes a fomentar los niveles de autonomía y libertad que se reconocen en los ámbitos de la secretaria de salud en favor del trabajo y de los y las trabajadoras. Queda en claro para todos/as los altos niveles de autonomía del que gozan los trabajadores de salud:

“Alta libertad en el horario que vas y la cantidad de paciente que atendes”

“Nunca vi tanta autonomía”

“Se reconocen los niveles de autonomía”

Cuando estos momentos participativos son reconocidos, destacan un claro aprovechamiento de esa libertad para la motivación y realización del trabajador con su tarea.

“Si a los trabajadores les generas el espacio se generan muchas cosas...”

“Cada subsecretaria formaba equipos de trabajo, sumamente motivador para el funcionario y el trabajador”

Se destaca el reconocimiento de la diferente percepción de la evaluación según estos niveles de participación. En los momentos participativos rescatan que la evaluación pasa a formar parte del proceso y no es vista como una supervisión externa, ya que los resultados que se buscan se construyen colectivamente y es en ese proceso, entonces, donde surge la propia dinámica y legitimidad de la evaluación. Esto se observa claramente cuando se analizan y comparan distintos momentos en el periodo en estudio, donde la evaluación que forma parte del proceso de trabajo participativo se ve como proceso integrado y motivador y cuando no forma parte de un proceso participativo se ve sin sentido, difícil de entender, ajena:

“Si vos no sabes los resultados que buscas no tenés qué evaluar y cargas datos como si tiraras una red para ver que sale”

DISCUSION

Acerca del rol de las mujeres en la gestión

En los últimos años el mundo del trabajo ha sufrido grandes cambios, con la creciente incorporación en el mismo de las mujeres que derivó en los últimos años en una feminización

de algunos campos laborales como es el caso del campo de la salud. Sin embargo, la distribución de los cargos jerárquicos suele permanecer en manos de hombres.

En los entrevistados predomina la idea de que no hay diferencias inherentes al género en los modos en que hombres y mujeres ejercen el poder, sin embargo, existen diferencias en cómo son percibidas o tratadas las mujeres jefas o gestoras. Esto coincide con lo descrito en la bibliografía. Es necesario incorporar la perspectiva de género en el análisis organizacional, porque de otra manera se trabaja con el supuesto de que no existen diferencias en las experiencias de hombres y mujeres en la vida organizacional, cuando muchas veces las mujeres que desempeñan cargos de gestión son discriminadas, subestimadas y encuentran más dificultades que los hombres para ejercer su autoridad, dificultades impuestas por el contexto organizativo, no por sus características individuales.¹²

Con relación a la gestión y la participación

Los y las entrevistadas reconocen diferentes momentos en el periodo en estudio en relación con este aspecto. Se puede puntualizar que recuerdan como instancias de mayor integración y motivación los momentos que fomentaron la participación de los y las trabajadores en la toma de decisiones. Y momentos de mayor distancia con el trabajo y con la organización cuando la participación queda recortada al propio proceso de trabajo, sin incidencia en las discusiones generales de la organización y sus problemas. En este sentido es importante relacionar estas observaciones y análisis de los y las entrevistados con los planteado por algunos autores^{2,6,13} sobre la importancia de conocer el tipo de organización, las características del objeto de trabajo y de los y las trabajadores en el campo de salud para fomentar modelos de gestión, que partiendo de ese reconocimiento, fomenten arreglos y dispositivos que den cuenta de estas particularidades aprovechándolas y no copias de lógicas organizacionales de otros campos que se extrapolan con mucho costo tanto para la organización como para los y las trabajadoras.

CONCLUSIONES

Como ya se mencionó, se presentan aquí los avances y resultados preliminares de una investigación en curso.

El presente trabajo, indaga básicamente entre las relaciones existentes entre el trabajador/trabajadora de la Salud y el Sistema de Salud. Nuestra posición tiene relación con la enfermedad entendida como un problema de salud Pública, y la oferta de servicios generada por el Estado, denota claramente su posición política e ideológica, trayendo de esta manera,

inegables consecuencias materiales y simbólicas de este contexto de hegemonía neoliberal que estamos viviendo. El discurso colectivo y las prácticas que derivan de él, están arraigados en lo real de la patología de una época y su respectiva respuesta social. Las concepciones que una sociedad se hace de sus enfermos, y que los enfermos mismos interiorizan y nutren a su vez, orientan, organizan y legitiman las relaciones sociales y, en cierta medida "producen" la "realidad" de sus "enfermos" y, en consecuencia, un Modelo de Atención.

Podemos concluir hasta el momento, que la técnica cualitativa seleccionada para la construcción de la información, es decir las entrevistas semiestructuradas, se presentan como una herramienta adecuada para alcanzar los objetivos propuestos. Por lo que se continuará trabajando en esta línea.

PALABRAS CLAVE: Modelo de Gestión, Políticas Públicas, Organización de Salud Trabajo en Equipo.

Bibliografía

1. Bourdieu P. Respuestas por una antropología reflexiva. 1995
2. Spinelli H. Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. 2010
3. Bourdieu P. Meditaciones Pascalianas- 1999
4. Batista T. Trabajo, Producción del cuidado y subjetividad en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.
5. Spinelli H. Work in the Healthcare Field: Artisanal or Industrial Models? InvestEducEnferm. 2015; 33(2): 194-205. DOI: 10.17533/udea.iee.v33n2a02
6. Sousa Campos GW. Paideia y Gestión: Un Ensayo sobre el Soporte Paideia en el Trabajo en Salud. Salud colectiva [Internet]. 2005 [citado 29 de abril 2018]; 1(1): 59-67. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/sc/v1n1/v1n1a04.pdf>
7. Cunha GT, de Souza Campos GW. Método Paidéia para co-gestão de coletivos organizados para o trabalho. ORG & DEMO, Marília [Internet]. 2010 [citado 20 de abril 2018]; 11(1): 31-46. Disponible en: <http://revistas.marilia.unesp.br/index.php/orgdemo/article/viewFile/468/364>
8. Testa M. Pensar en Salud. Buenos Aires: Editorial Lugar; 2010.
9. Almeida Filho N y Rouquayrol MZ. Capítulo 8 Diseños de investigación en Epidemiología. En: Almeida Filho Ny Rouquayrol MZ. Introducción a la Epidemiología. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2011.

10. Martínez Salgado, C. El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciencia e Saúde Coletiva*. 2012; 17(3):613-619.
11. Minayo MCS. *La Artesanía de La Investigación Cualitativa*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2009.
12. Coronel Llamas JM, Moreno Sánchez Ey Padilla Carmona MT. La gestión y el liderazgo como procesos organizativos: contribuciones y retos planteados desde una óptica de género. *Revista de Educación [en línea]*. 2002 [citado 4 julio 2018], 327: 157-168. Disponible en: <http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulos327/re3271010520.pdf?documentId=0901e72b812598b1>
13. Merhy E. *Salud. Cartografía del trabajo vivo*. Buenos Aires: Lugar Editorial; 2006.