

TÍTULO: MICROCOSMOS HOSPITALARIO. REDEFINIENDO LAS REGLAS EN LOS HOSPITALES DEL GRAN BUENOS AIRES

MARÍA CROJETHOVIC*

RESUMEN

En la Argentina el subsector público de salud cumple un rol indispensable. Pero a pesar de su función sanitaria y social, el mismo ha perdido protagonismo a lo largo de los años. El deterioro institucional no sólo repercutió en el servicio brindado, sino también en las condiciones del trabajo.

El artículo aquí presentado, ilustra la realidad de los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires, para comprender cómo se compone un elemento clave que forma parte de la calidad de la atención en salud: el *espacio laboral*.

Se diseñó un estudio flexible cualitativo, haciendo hincapié en las entrevistas y en el análisis de documentos para contrastar la estructura formal del hospital público con la práctica cotidiana.

Se construyeron categorías analíticas para registrar los problemas estructurales que caracterizan a dichas organizaciones, permitiéndonos determinar las condiciones precarias en que trabajan los profesionales y trabajadores de la salud.

EL HOSPITAL PÚBLICO EN SU MODELO IDEAL

El marco conceptual, las estrategias y los instrumentos operativos para el Hospital Público de Autogestión (HPA), quedaron plasmados hacia finales de la década del 90 (Ministerio de Salud de la Nación 1997) con el propósito de aplicar modernos conceptos e instrumentos para la transformación del hospital público.

Esta transición debía darse dentro de un marco de *contención y soporte institucional* que lograra desarrollar la predisposición para la acción, una clara actitud antiburocrática, firme oposición a la inercia, la conformidad y la rigidez, sin abandonar los procesos analíticos para la toma de decisión. Para ello, propuso alentar el uso de herramientas que simplificaran el sistema, y de mecanismos dinámicos de comunicación, buscando fluidez organizacional, alto grado de compromiso e identificación con la población a la cual se

* Lic. en Sociología, Universidad de Buenos Aires/ Magister en Sociología Económica, Doctora en Ciencias Sociales, Universidad Buenos Aires. Beca Posdoctoral CONICET. Investigadora becaria del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES). Mail: mcroje@gmail.com

debe servir, acentuar el concepto de planificación estratégica en la definición de los perfiles prestacionales, profundizando los niveles de calidad, magnitud y oportunidad. En ese sentido, se ha otorgado autonomía y poder de decisión a los niveles de dirección, con la finalidad de que esto auspiciara también la iniciativa y la creatividad, aplicando verdaderos mecanismos de descentralización interna que permitieran el desarrollo de aportes individuales para la solución de los nuevos desafíos que afrontaba la organización (Ministerio de Salud de la Nación 1997).

Según ese mismo documento citado, la principal razón de la productividad y la eficiencia es el compromiso, la capacitación y la participación. Estos atributos, y no la mera incorporación de recursos económicos o técnicos, *deben ser identificados como los verdaderos motores de la optimización funcional de la organización*¹. Por lo tanto, se resalta en dicho documento, la importancia de compartir un sistema de valores, en el cual los objetivos institucionales deben quedar claramente definidos, siendo conocidos y compartidos por todos los componentes de la organización.

También allí queda plasmada la idea del mantenimiento de una estructura simple y ágil, otorgando libertad de creación dentro de un marco controlado.

El objetivo final buscado a largo plazo, es un organismo centralizado y descentralizado al mismo tiempo, en el cual se promueva la creatividad y la iniciativa dentro de un marco definido de valores compartidos, y detrás de objetivos y propósitos no negociables.

A partir del reconocimiento de la estructura organizativa heredada, el mismo documento describe algunos problemas principales del hospital, los cuales han sido identificados como:

- Las áreas funcionales no se hallan claramente delimitadas o expresadas en un organigrama.
- Falta de procesos o modalidades claras en cuanto a la delegación de tareas, responsabilidades y autoridad.
- En casi todos los estudios realizados en los hospitales provinciales, el rubro Personal absorbe más del 60 por ciento del gasto de funcionamiento hospitalario. Sin embargo, la administración, gestión y control sobre este recurso no responde

¹ La cursiva es nuestra.

en la práctica a la administración de los hospitales, sino que a menudo se encuentra centralizada.

- Desconocimiento de la capacidad potencial de facturación y bajo nivel de cobranza real existente.
- La división de compras que indica si la gestión debe ser centralizada o descentralizada, está prevista exclusivamente en función de montos y no de otras consideraciones reales, a su vez los procedimientos administrativos se dificultan porque son pesados y trabados.
- Falta de planificación y políticas sobre todo en la gestión de inventarios o stocks.
- Falta de información y estadísticas sistemáticas, homogéneas y comparables.

Una vez identificadas las problemáticas, el documento mencionado propone una serie de estrategias, que permitieran transformar la estructura heredada.

1. Los *finés* que se quieren alcanzar: Se debe modelar una nueva concepción de asistencia hospitalaria, a partir de definirla con claridad: a quién está prioritariamente dirigida la oferta, cómo se actuará ante la presión de la demanda, cuál es el techo de los servicios ofrecidos, y cómo es la relación con los recursos de otros niveles.
2. La *dimensión* (capacidad instalada) del hospital: Dicha dimensión se debe vincular directamente con el grado complejidad –nivel- que asuma el efector, de manera tal que permita fijar equilibradamente el techo de las prestaciones. Por lo tanto, debe realizarse un reconocimiento de la relación capacidad /demanda, y del nivel de complejidad, a la vez que lograr el equilibrio en función de la demanda mencionada.
3. El *entorno* que actúa modulando su actividad: Se debe analizar la incidencia de los diferentes factores externos que incidirán sobre el resultado de la organización hospitalaria: composición demográfica, flujos de pacientes, papel que jugará la asistencia primaria, evolución del mercado de trabajo de profesionales, evolución previsible del gasto sanitario, evolución de los sistemas de pago, cambio en las necesidades de los usuarios, etc.

4. Los *factores internos* que condicionan las decisiones y resultados: Se debe medir el volumen de la actividad asistencial y la calidad del servicio de manera cuantitativa (porcentaje de población que se atiende, número absoluto de pacientes asistidos, análisis del “case-mix”) como también desde la óptica de la calidad (personalización de la asistencia, satisfacción de los usuarios, programa de seguimiento post alta, porcentaje de infecciones intrahospitalarias, porcentaje de complicaciones, etc.).

METODOLOGÍA

Se trata de una investigación cualitativa con un diseño flexible (Mendizábal, 2007) 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.

También ha sido analizado el diario La InterHospitalaria. Sus artículos fueron un dato relevante debido a que problematizan la dinámica de las organizaciones hospitalarias.

MUESTRA

Se han realizado 40 entrevistas, en 4 hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires.

Para la selección de los hospitales públicos, se realizó un muestreo intencional de “casos extremos”. El índice de mortalidad infantil del año 2001² fue el criterio elegido para definir los casos (Patton, 1990).

Al interior de cada organización hospitalaria se realizó un muestreo “bola de nieve” (Patton, 1990), siendo las unidades de recolección: 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. La estrategia de análisis se corresponde con los lineamientos de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1990). Esto permitió realizar un proceso de codificación abierta, en el que se procedió a segmentar la información relevada maximizando las

² 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.

similitudes (entre entrevistas) que dieron como resultado las categorías iniciales. En esta codificación, la categoría sustantiva que apareció con mayor frecuencia, y que a su vez se relacionó con las demás, fue la denominada “Aspectos Negativos del Hospital” (ANH) entonces seleccionada como categoría central (Soneira 2007). Luego, el proceso de codificación axial proyectó las diferencias -que aparecen en las distintas entrevistas analizadas- al interior de la categoría central seleccionada, para dar cuenta de los conceptos que la integran. De esta forma es que se pudo evidenciar que los aspectos negativos del hospital provienen de dos dimensiones diferentes, una exógena y otra endógena al sistema hospitalario, las cuales constituyen las particularidades del espacio laboral.

Dimensión exógena, identifica el contexto social, político y económico que afecta en mayor o menor grado la estabilidad de los hospitales. Dichas cuestiones exceden a la gestión hospitalaria, pero deben ser tomadas en cuenta, en tanto amenazan constantemente su dinámica. Propiedades que la caracterizan:

Demanda hospitalaria: usuarios del sistema público de salud. En este caso, se encuentra determinada por efectos demográficos y económicos.

Situación social del paciente: caracteriza al conjunto de la población que constituye a la demanda hospitalaria, revelando su carácter histórico y variable.

Determinantes económicos: variaciones en los ciclos económicos que generan cambios en ambas dimensiones exógena (demanda hospitalaria, situación social del paciente) y endógena (abastecimiento, nombramientos, salarios, etc.).

Determinantes políticos: relación entre régimen político y organización burocrática que afecta de manera diversa la interdependencia burocrática -entre autoridades ministeriales y hospitales- o la dinámica intra-burocrática -al interior del hospital-.

Dimensión endógena, son aquellos factores que emergen dentro del propio hospital, que son específicos a este tipo de organización, y generan barreras a su desempeño. Propiedades que la caracterizan:

Mecanismos burocráticos: serie de normas que establecen principios para la acción y proveen instrumentos legítimos para asegurar que las actividades que llevan a cabo las agencias burocráticas estén en línea con esos criterios.

Infraestructura: refiere al mantenimiento de los establecimientos existentes, sus remodelaciones y re-funcionalizaciones.

Recursos materiales: recursos necesarios que definen la producción del hospital público, incluyen insumos como: equipos técnicos de diagnóstico y tratamiento, equipos de análisis clínicos, medicamentos, insumos descartables, ropa de cama, mobiliario, etc.

Recursos de personal: compuesto por profesionales y trabajadores de la salud, constituyen un eje fundamental por su papel protagónico en la participación y materialización de políticas públicas de salud.

EL SENTIDO VIVIDO. LA REALIDAD HOSPITALARIA

Dimensión exógena

Demanda: puede observarse que desde la década del '90, y sobre todo luego de 2001, los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires han sufrido un aumento constante de su demanda. Por un lado, se ha producido sobre-población en algunas zonas del conurbano bonaerense³, y por otro, según la Encuesta Permanente de Hogares, la tasa de desocupación en el Gran Buenos Aires ha aumentado del 6,3 en mayo de 1988 al 16,4 para mayo de 2003 (última actualización). Esta pérdida de los puestos de trabajo se ha traducido en la ausencia de la seguridad social, y por ende, en la imposibilidad, para gran parte de la población, de acceder a una obra social o de sostener el pago de una medicina prepaga. Ambas situaciones representan un incremento de las consultas de un 145%⁴ entre 1990 y 2004, lo cual significó entre esos años una triplicación del número de consultas. Si bien en la actualidad el desempleo ha disminuido, aparecen nuevas formas de contrataciones precarias, de modo que muchas personas no cuentan con el beneficio de la obra social y tampoco pueden acceder a una prepaga. A su vez, el déficit de algunas obras sociales y/o prepagas genera que muchos trabajadores terminen recurriendo al hospital en busca de una mejor atención (Maceira 2009).

Los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires no tienen cómo responder a esta demanda y en su gran mayoría colapsa (Corsiglia F. 2007, n°29).

[...] están todos los hospitales en las mismas condiciones que nosotros. [...] Están todos los hospitales públicos abarrotados de gente, que ya están saturados todos, porque están laburando en las mismas condiciones que nosotros, nosotros no somos la excepción, es regla en todos lados, toda la zona está igual. Entrevista: 32, Adriana.

³ Según datos del Censo Nacional de Población y Vivienda (2010) viven en la provincia de Buenos Aires 15.625.084 personas (9.916.715 en el conurbano y 5.708.369 en el resto del territorio bonaerense) Fuente INDEC.

⁴ Fuente INDEC. Los datos disponibles están actualizados hasta el año 2004.

Los Centros de Atención Primaria (CAP), fueron creados con el objeto de descentralizar la salud pública mediante un primer nivel de atención, y preparados para absorber parte de la demanda de los hospitales, los cuales quedarían, en teoría, disponibles para casos de una mayor complejidad. Sin embargo ello no sucede, dado que la población sigue recurriendo a los hospitales ante un problema menor o una consulta. Paralelamente, los empleados de los hospitales observan que los CAPs no contribuyen a este hecho, percibiendo que no se recurre a ellos porque están desabastecidos, no son bien atendidos, o son menos accesibles que el propio hospital.

[...] los hospitales, por la estructura del plan sanitario, no tienen que entregar medicación a los pacientes porque es un centro de atención secundario. Un centro de atención primaria son las salitas, ahí se tendría que dar la medicación. Acá no, porque nosotros no somos de atención primaria y sin embargo los consultorios externos están llenos de atención primaria. Es todo un sistema, porque a donde el paciente va a atenderse en atención primaria no recibe buena atención. Entonces, lógico, va a atenderse en un hospital y no a una salita [...]. Entrevista: 30 Colectiva.

Situación social del paciente: la población que asiste a estos hospitales públicos es cada vez más carenciada⁵. Médicos y enfermeros perciben que se ha incrementado la demanda de los pacientes denominados “sociales”: aquellos que no tienen familia, no se los puede derivar y si desmejoran pueden estar de tres meses a dos años ocupando una cama. El mayor conflicto se presenta con los pacientes de PAMI, quienes, a pesar de encontrarse en condiciones de alta médica, muchas veces permanecen en los hospitales debido a que sus familias, por cuestiones sociales, no pueden llevarlos a sus casas. Este tipo de pacientes pasan a ser pacientes crónicos en una institución de salud que no está preparada para esta atención. En los relatos se menciona que dichas instituciones trabajan, en términos hospitalarios, a “cama caliente”: el alta de una paciente y el ingreso de otro es realizado en el mismo momento. Esto implica la imposibilidad de seguir el protocolo de desinfección de la zona.

Por otro lado, autoridades, médicos y enfermeras de los hospitales observan con preocupación un cambio de actitud en los pacientes. Existe una percepción generalizada por

⁵ Según Corsiglia (2007) las características poblacionales del conurbano bonaerense muestran un alto grado de concentración de personas con necesidades básicas insatisfechas, con grandes dificultades de acceso a trabajo estable, vivienda digna, saneamiento básico y condiciones sociales adecuadas. Esta población es la que concurre a los servicios de Salud, es aquella que no tiene otra alternativa de atención y la que está más expuesta a padecer los problemas más graves de salud.

parte de quienes trabajan en el hospital, que los pacientes se encuentran más demandantes, agresivos y litigantes. Algunos médicos y/o enfermeros afirman que se constituyeron en elementos de descarga de las problemáticas sociales. Incluso, han quedado registrados casos de violencia física y verbal, sin mencionar casos como enfrentamientos armados debido al cruce entre familiares de pacientes privados de su libertad y la policía.

[...] a nosotros no nos formaron para tratar con delincuencia. Si bien nosotras no tendemos a discriminar, pero a veces ellos hacen cosas diferentes a lo que nosotros estamos normalmente acostumbrados, son los códigos que manejan ellos y que a nosotros nos complica mucho, nos sobrepasa, son situaciones muy conflictivas. Entrevista: 34, Elsa.

Los profesionales y trabajadores de la salud identifican al Hospital Público como un receptor de las consecuencias que acarrea la falta de trabajo, de educación, de alimentación, la delincuencia, la drogadicción, el alcoholismo, etc. Para los médicos, ya no es la escasa medicina preventiva aquello que impacta sobre la atención médica del hospital, sino las graves condiciones en las que ingresan los pacientes producto de la desnutrición, de las condiciones de hábitat y de vida, etc.

[...] el hospital en el ámbito de pediatría es receptor de las consecuencias de esos problemas, donde los padres ya de por sí están sin trabajo, están en el ámbito de la delincuencia, o en el ámbito de la desnutrición, no tienen recursos, están buscando culpables. Tuvimos amenazas y agresiones físicas en los médicos de guardia. Grave, porque ellos se sienten agredidos porque no les supiste solucionar un problema que ellos no quieren hacerse cargo. Entrevista: 8, Ernesto.

Algunos médicos también señalan que la institución recibe pacientes que no pueden atravesar un tratamiento ambulatorio. Desde dichas perspectivas, esto se debe principalmente a dos cuestiones: primero, debido al nivel educativo alcanzado, algunos no comprenden las indicaciones del médico; segundo, debido a los escasos recursos económicos con los que cuentan, no pueden comprar los medicamentos (muchas veces tienen que pernoctar en el hospital para obtener un turno, por falta de dinero para el transporte).

Algunos médicos y enfermeros perciben cierta carga emocional que portan los pacientes y comprenden que se sientan agredidos ante cualquier tipo de problema que provenga del sector institucional, ya sea en la admisión y/o en la guardia. Pero con aquellos médicos característicos del Modelo Médico Hegemónico⁶ chocan constantemente,

⁶Sus principales características según Menéndez son: biologismo, a-sociabilidad, a-historicidad, a-culturalismo, individualismo, eficacia pragmática, orientación curativa, relación/médico paciente asimétrica y

formándose un círculo en que el paciente en un estado de emergencia debe esperar horas para ser atendido, quiere ser atendido, se siente mal tratado, iniciando en ocasiones agresiones para con los médicos y enfermeras.

Por otra parte, el hospital no cuenta con recursos y su personal no está preparado para tratar la problemática social la cual los sobrepasa.

Los problemas sociales, familiares disgregados que no se hacen cargo de los pacientes, la educación, cada vez hay más problemas sociales. El nivel económico no preocupa, sino el educacional, porque eso hace engorroso poder transmitirles el tratamiento. Si no hay certeza de que puede cumplir bien el tratamiento es mejor no darlo, es menos peligroso. Si no tiene quién lo traiga para hacer el seguimiento, es otra traba. Entrevista: 9 Osvaldo.

Determinantes Económicos: las variaciones en los ciclos económicos impactan de doble manera en este tipo de organizaciones. Por un lado, se registra un incremento en la demanda del hospital, por otro, comienzan las restricciones presupuestarias al interior de la misma.

Según los entrevistados, en los períodos de crisis suelen aumentar los recortes presupuestarios, comenzando a escasear los insumos, disminuyendo los salarios, y paralizándose los escasos nombramientos. También sucede en estos períodos de volatilidad un retraimiento de las ofertas del sector privado para abastecer al hospital de insumos o equipamiento médico (en comodato), debido a la sensación de desconfianza que genera el hecho de negociar con un Estado en crisis. Ello de todos modos, depende de la capacidad de negociación de cada hospital y del tipo de vínculo que sus autoridades mantengan con los proveedores.

Paralelamente, aumenta el cuidado y control de los insumos debido a que se desconoce cuándo ocurrirá el ingreso de otros nuevos. Aunque reconocen que ello genera un efecto benefactor, en tanto aumenta el cuidado de dichos insumos, este mismo desaparece junto con la sensación de la crisis. Estas voces, también señalan que la falta de insumos fuera de los períodos de volatilidad económica, corresponde más a un factor burocrático que a un recorte presupuestario.

Por último, es relevante considerar que las reiteradas crisis van dejando de a poco

subordinada, exclusión del saber del paciente, profesionalización formalizada, identificación ideológica con la racionalidad científica, la salud/enfermedad como mercancía, tendencia a la medicalización de los problemas, tendencia a la escisión entre teoría y práctica (Menéndez 2003). El Modelo Médico Hegemónico el cual se aprehende e internaliza durante la formación universitaria, no solo subordina al paciente, sino también al enfermero.

sus huellas en la organización. Este fue el caso de la última crisis de 2001, durante la cual se tomó la decisión desde el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires de pasar a retiro a muchos trabajadores de la salud, sin contrapartida de incorporación de personal nuevo. Este hecho operó como una restricción que trascendió el período de crisis, dado que, desde entonces, se debió trabajar con una planta de personal reducida. Es decir que la dinámica del Hospital Público fluctúa con las crisis, pero a su vez dichos efectos persisten por años, siendo acumulativos.

Durante la crisis el hospital se manejaba al día, se trataba que no generara más gastos. Había que arreglarse con lo que se tenía, no hubo nombramientos ni de enfermería ni de médicos provinciales. Nosotros perdimos la antigüedad, la fueron bajando progresivamente pero nunca no devolvieron lo que nos fueron quitando. Ahora la cobramos pero no nos devolvieron la diferencia de aquellos meses que no cobramos antigüedad. Entrevista: 9 Osvaldo.

Determinantes políticos: muchos profesionales y trabajadores de la salud a partir de las prácticas clientelares evidenciadas en el hospital, perciben a la política como un elemento negativo que mina los objetivos del hospital público.

En aquellos hospitales que pertenecen a municipios cuyos Intendentes detentan un fuerte poder político, la Provincia termina delegando la autoridad al Municipio como forma de aliviar los recursos destinados al área de salud. Este tipo de prácticas tienen lugar en aquellos casos donde la estructura de poder es vertical, sin para el consenso. En consecuencia, la sobredemanda de pacientes debe ser absorbida por los profesionales y trabajadores de la salud “sin queja alguna”.

[...] el Director tiene aspiraciones políticas dentro de la provincia. Entonces el intendente que presiona al hospital, si bien el hospital no es municipal, es provincial, pero igual. El director que quiere quedar como un duque ante el intendente y ante el Ministerio de Salud de la Provincia, y ni hablemos del gobernador. Entonces cuanto menos joda mejor, entonces cuantas menos cosas pida mejor, cuanto menos escuche hablar mal del hospital, mejor. Y no puedes estar así, porque el hospital necesita cosas, porque si no tengo dónde meter a las pacientes, tengo que poder decir a la paciente: “señora, usted está a tiempo de ir a otro lado”. Ah, no, es una tragedia, qué sé yo, si me cierra la neo (servicio de neonatología), o neo viene y me dice “mirá, no tengo más lugar, deriva pacientes”, que sería lo lógico si no tengo neo, bajar la persiana de la maternidad hasta nuevo aviso. Entrevista: 32, Adriana.

No obstante, y en contraposición, se registran los reclamos tanto de profesionales como de trabajadores, quienes consideran que no existe una política pública clara en relación al sistema hospitalario.

[...] la política de salud en nuestro país lamentablemente no ha sido prioridad a lo largo de los años. Muchos años que uno siempre ha visto idas y vueltas, algunos esbozos de intención, pero

nunca la salud es prioridad en las políticas del Estado, digamos, en países como el nuestro, que estamos en vías de desarrollo. Tener realmente una ley, o más que una ley, una definición de qué tipo de salud queremos, qué metodología queremos desarrollar en el país para que todo el mundo tenga acceso con equidad a las prestaciones de salud. [...] la brecha cada vez es más amplia (con los países desarrollados), porque los cambios de desarrollo tecnológico, de desarrollo de investigación, el conocimiento ha avanzado mucho. Entrevista: 37 Alberto.

De esta forma convive la creencia de que la política debe ser apartada de “la salud”, con la sensación de abandono que los profesionales y trabajadores del hospital sienten por parte del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en relación a la política hospitalaria.

Dimensión endógena

Mecanismos burocráticos: los tiempos que conllevan los trámites administrativos son excesivos, tanto en las compras de insumos, en el sistema de contratación de empleados, en los trámites complejos (sistema de derivaciones, traslados), como en el reconocimiento de funciones y tareas vitales del hospital. Estos mecanismos de control que en apariencia garantizarían la coherencia, la transparencia y la responsabilidad de las organizaciones públicas, dado que se desfazan respecto de la realidad hospitalaria y, por ende, no brindan soluciones concretas, aumentan la tensión en su interior.

Ud. tiene que hacer un expediente ante el ministerio que capaz le dura 3, 4 meses, entonces hasta por 3, 4 meses la ambulancia no le empieza a andar [...] Entrevista: 2, Ramón.

Esto explica los retrasos que surgen en las compras de insumos como resultado de los pasos administrativos que se deben seguir. No todos los proveedores cuentan con los requerimientos que la Provincia solicita, por ejemplo: formulario de reconocimiento, formulario de deudores morosos, etc. Sin esta documentación el hospital no puede comprar a ningún proveedor, lo que ha derivado en que las licitaciones se declarasen desiertas en reiterados casos. Se registran rechazos de ofertas de mejor calidad desde el Ministerio, al sobrepasar el “precio testigo”⁷ en márgenes incluso muy pequeños, también de equipamiento, medicamentos o materiales de uso diario (gasa, alcohol, apósitos, guías de suero, placas radiográficas, etc.).

La estrategia de adquisición de medicamentos también genera dificultades en los

⁷ El precio testigo corresponde a una lista de precios que imparte el Ministerio de Salud de la Provincia. Si la oferta que recibe el hospital sobrepasa el 5% de ese precio, la licitación cae automáticamente.

plazos que median entre el inicio de un proceso licitatorio y el suministro físico de los productos. Debido al retraso, el proveedor anticipa la demora en la cobranza y recarga el precio ante la eventualidad de aumentos de costos durante ese periodo. Estos problemas intentan ser anticipados, tanto por el personal administrativo como por el resto del personal que trabaja en el hospital público, pero no siempre se logra, generándose faltantes de insumos.

[...] quedan las cosas sin arreglar, los pedidos no salen, no hay una respuesta rápida de parte de provincia [...] Entrevista: 7, Lola.

Las derivaciones de pacientes resulta otro gran obstáculo dentro del hospital. Existe una oficina denominada REDES que depende del Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, en la que se centralizan los pedidos de derivación. Los médicos para solicitar la derivación deben contactar desde el hospital telefónicamente a esta dependencia, y dicha oficina luego debe designar el hospital al que debe ser trasladado el paciente. No obstante, los médicos y enfermeras señalan, a partir de su experiencia, que las derivaciones por medio de este mecanismo oficial no resultan en tiempo y forma. Explican que el proceso de derivación es considerado clínicamente “riesgoso”, porque el paciente a trasladar se encuentra en un estado de salud crítico. Por lo tanto, si no se procede al traslado en el tiempo adecuado, la situación se convierte en un obstáculo. Dichas escenas transcurren a menudo porque todos los hospitales públicos de la provincia se encuentran colapsados, pero a la vez también identifican que esto sucede porque el mecanismo oficial que da curso a las derivaciones es rígido y burocrático.

[...] (Las derivaciones) eso es un problema que a modo burocrático hay que moverlo, y se mueve solamente, lamentablemente con presiones, con permanencia, con pertinencia y con contactos, como todo [...] Entrevista: 8 Ernesto.

Por otro lado, a pesar de ser hospitales de autogestión, el Ministerio de Salud de la Provincia es quién determina los niveles de complejidad hospitalaria y las funciones que cada efector debe cumplir según su nivel de complejidad. Si bien, no se discute esta clasificación dado que es necesaria para poder planificar la red de hospitales con sus funciones y obligaciones, la categorización no permite, en algunos casos, graduar este nivel con las necesidades de la población, al no reconocer los servicios médicos que se encuentran fuera del nivel que la categorización pauta. Siguiendo este razonamiento, un

médico relata que en su hospital se ha formado un equipo médico apto para brindar una guardia neonatológica, respondiendo a la demanda de la población. Sin embargo, comenta que este servicio no ha sido formalmente reconocido desde el Ministerio, porque no se ajusta al nivel de complejidad designado en la normativa para ese hospital: poseen el equipo de emergencia, los aparatos tecnológicos necesarios y los médicos formados, aunque no cuentan con el espacio habilitado oficialmente. Este problema ha sido identificado por el médico como burocrático porque al recibir aquellos pacientes que necesitan del mencionado servicio, el hospital se encuentra en condiciones de atenderlos para estabilizarlos, pero luego deben derivarlos porque debido a la falta de aprobación oficial, no existe el espacio físico para dejarlos internados.

Por último, los nombramientos también forman parte de la problemática que acarrearán los mecanismos burocráticos. El problema tiene raíz en la prohibición de designar personal del Estado en el marco de la Ley de Emergencia Económica (23.697) de la década del 90. De modo que las figuras del contrato y la beca surgen como la opción que se les ha dado a los hospitales para incrementar su planta de personal. En los últimos años se han efectuado algunos nombramientos debido a las presiones ejercidas desde algunas organizaciones sindicales. No obstante, la cantidad de pasos administrativos y “firmas” con las que debe contar un trámite para lograr sus objetivos actúa como un desincentivo.

Esto promueve como resultado contratos precarios e inestables, con una extensión formal de un año máximo (renovable), evitando la relación de dependencia con el Estado. Bajo esta modalidad los trabajadores no tienen derecho a vacaciones, licencias o aguinaldo, quedando estos “beneficios” a criterio de las autoridades. Si bien el Ministerio ha procedido a jubilar a muchos trabajadores dejando los puestos vacantes, a pesar de ello los nombramientos aún son esporádicos⁸.

La Provincia tiene que llamar a concurso cada 4 años, creo que la última vez ya ni sé, 30, llamó una sola vez, y después otra hará 10 años. Entrevista: 5, Carlos.

⁸ En el año 2005, mediante el Decreto 707 se impulsó el pase de todos los agentes contratados vía Decreto 1184/01 cuyo ingreso salarial no superaba los \$1512, al régimen del artículo 9 de la Ley 25134. En este marco, dichos contratados fueron incorporados a una especie de planta transitoria que homologa algunas condiciones de la planta permanente (beneficios sociales, licencias, régimen del SINAPA). No obstante esta mejora sustancial, dicha modalidad es una forma de contrato que se renueva todos los años y que no garantiza la permanencia, lo que implica la posibilidad de que se retrotraiga la medida (Guiménez, 2009:238).

Infraestructura: la carencia de camas constituye el principal problema, que se agudiza en períodos invernales con el surgimiento de enfermedades respiratorias, y durante el verano con enfermedades estivales. En dichos períodos los hospitales públicos trabajan con una sobre-demanda que supera la capacidad instalada. Algunos médicos perciben que este aumento se debe, por un lado, al incremento de habitantes registrado últimamente en las poblaciones suburbanas, por el otro, encuentran deficiente la estrategia de atención primaria, expresan que ésta no contribuye a absorber la demanda del hospital público tal como fue propuesto por el Ministerio de Salud de la Provincia.

[...] nos quedaron chicas las internaciones. Entrevista: 4, Pedro.

[...] lo ideal sería que las unidades periféricas cuenten con esa primera atención y que llegara al hospital lo más complejo, pero la gente, como la atención primaria está totalmente desmantelada, se dirige directamente al hospital [...].Entrevista: 7, Lola.

Las condiciones edilicias sanitarias necesarias para la atención de los pacientes no se corresponde con el desgaste de dicha infraestructura. Los ejemplos enunciados son: falta de calefacción en invierno, falta de aire acondicionado en verano⁹, falta de gas, falta de lavatorios para médicos y enfermeros, falta de morgue, falta de termotanques, cañerías tapadas, en algunos servicios no existe la doble circulación requerida, etc. A su vez, se observan salas deterioradas, pisos rotos, lobbies de enfermería pequeños y sin espacios para el guardado de insumos, etc.

Las enfermeras de neonatología no tienen un vestuario ni un baño para ellas, sino que comparten en un lugar que a veces salen y entran los médicos. Y no tenemos un baño donde ducharnos... [...] fijate, ésta es la (oficina de) supervisión y no tenemos ni baño ni pileta. Me tengo que ir a buscar un baño en todo el hospital, alguna pileta dentro del hospital en donde no molestemos. Esto también te lleva a un desgaste, no estás con la comodidad que realmente tendrías que estar. Entrevista: 34, Elsa.

Recursos materiales: los entrevistados mencionan que el desabastecimiento de insumos se produce pocas veces. No obstante, señalan que por períodos (no asociados a un hecho en particular) se registran carencias de determinados insumos, percibiendo que esto corresponde a problemas dentro del área de compras. Entre los faltantes más frecuente, identificados por los médicos y las enfermeras, se encuentran: las agujas, las paletas descartables para observar la garganta, bolsas descartables para análisis de orina de pacientes pediátricos, hilos de sutura adecuados, antibióticos, apósitos, gasa, alcohol, entre

⁹ Debido a las altas temperaturas muchos equipos de análisis clínicos comienzan a funcionar con errores.

otros.

[...] después al hospital le faltan cosas, le faltan insumos, siempre tenemos que pelear por insumos, pelear por cosas. Entrevista: 11, Marta.

Sin embargo, señalan la dificultad para conseguir los medicamentos y algunos insumos descartables, según los entrevistados “deben luchar para obtenerlos y pelearse con la autoridades para conseguir aquellos considerados de buena calidad”. Para los médicos y las enfermeras la calidad de los remedios constituye un tema de importancia, porque de lo contrario deben controlar constantemente la evolución del paciente, constatando que éste actúe de igual forma que los considerados de buena calidad.

[...] el mayor obstáculo acá, es no poder conseguir otro tipo de medicación que no se maneja en el hospital. Es difícil de conseguirla, ese es un obstáculo, porque tenés que estar peleando con uno, con otro. Te dicen “decile a tu jefe que hable con la administradora” ¿no? De farmacia te dicen “y, vemos si lo conseguimos”. El obstáculo es no tener el material necesario como para trabajar, en este caso la medicación que requiere el paciente, y más que uno sabe que por ahí la familia no lo va a poder comprar. Entrevista: 14, Romina.

Son los médicos quienes señalan que los equipos técnicos utilizados para diagnóstico y tratamiento son escasos¹⁰: tomógrafos, endoscopios, etc. En distintos relatos surgen comentarios acerca de la obsolescencia o el deficiente funcionamiento de éstos. También se menciona con frecuencia en las entrevistas que cuando alguno de estos equipos se descompone, por lo general, no se lo arregla ni se lo repone, dificultándose así el diagnóstico y por ende el tratamiento.

[...] el neumonólogo no puede hacer endoscopías porque el endoscopio, además de ser obsoleto, está roto. Tendría que haber dos endoscopios: uno limpio, que es para pacientes libres de enfermedades; y otro (que se lo llama) sucio, que es para pacientes con sida y otras enfermedades. Si tenés uno, tenés que andar limpiándolo, desinfectándolo bien, porque se corre peligro de contagio. Pero bueno, el que había está roto. Entrevista: 9, Osvaldo.

Por el contrario, en el servicio de laboratorio, según la perspectiva de algunos técnicos, no sucede lo mismo con los equipos de diagnóstico y tratamiento ya que tal como expresan, resulta común que en ese servicio se adquieran los equipos de análisis clínicos (sangre, orina, colesterol, etc.) en comodato. Indican que ese mecanismo de adquisición y

¹⁰ No es necesario que haya los mismos equipos en todos los hospitales. Pero muchas veces tampoco se cuenta con esos equipos dentro de una radio de distancia razonable según los entrevistados.

manutención es más fluido porque la empresa (privada) que presta dicho equipo, es quién debe ocuparse del arreglo en caso de que se descomponga.

Sin embargo, los mismos técnicos advierten que en determinados momentos (al igual que lo sucedido con los medicamentos) se produjeron faltas de reactivos para procesar las muestras. Dichas muestras son las que brindan un correcto diagnóstico al paciente, de modo que si no cuentan con los reactivos, se genera una falla en la cadena de diagnóstico.

[...] como en todos los hospitales públicos, hay una gran falencia, muchas veces de reactivos. Yo no estoy muy interesado (en conocer como funciona el sistema de licitaciones), pero por lo que me cuentan, es muy difícil armar el tema del pedido de compra de insumos. Entrevista: 6, Emilio.

El abastecimiento en períodos de estabilidad depende mucho de cada Hospital y, dentro de él, de cada servicio. Ello depende de la capacidad que posean los niveles jerárquicos altos de crear sinergia con el sector privado. Estos contratos suelen ser denominados por algunos médicos y técnicos como “arreglos internos”. Significa que existe conveniencia de ambas partes, por ejemplo: en el caso arriba mencionado, los hospitales deben comprar reactivos sólo a la empresa que presta los equipos de análisis clínicos. De esta forma dicha empresa obtiene un cliente cautivo por el período de tiempo acordado entre ambas partes.

Otros médicos entablan vínculo con asociaciones civiles (ej: Club de Leones, Rotary Club, etc.) para obtener donaciones. En general, los mismos jefes de servicio promueven el contacto y los directores son quienes autorizan el acuerdo. Sin embargo, el hecho de que estos acuerdos queden librados a la “voluntad” de los jefes de servicio o de su “capacidad” para vincularse con este tipo de organizaciones, genera *inequidad* entre los distintos servicios del hospital. En consecuencia, es posible identificar en un mismo hospital servicios o sectores que poseen en comodato tecnología de última generación, mientras que otros deben cerrar porque no cuentan siquiera con personal adecuado.

[...] nosotros que estamos en el laboratorio, la verdad que vivimos una realidad bastante singular porque estamos bien abastecidos, se ha ido modernizando el equipamiento. Pero en otros sectores del hospital, no está bien organizada la parte del mantenimiento, entonces hay equipos que quedan obsoletos, no se reemplazan, hay equipos que no funcionan y no hay nadie que los repare. Faltan enfermeros, faltan médicos, faltan nombramientos. [...] la demanda hospitalaria crece día a día, [...] no hay con qué responder a esta demanda. Pero, bueno, yo no lo vivo desde el laboratorio. Entrevista: 7, Lola.

Recursos de personal: los médicos constituyen una categoría predominante dentro del conjunto de profesionales de la salud. No obstante, a pesar de la gran cantidad de graduados médicos por año, las organizaciones hospitalarias de la Provincia de Buenos Aires se enfrentan con la ausencia de médicos, producto de la marcada desigualdad en la distribución geográfica de estos profesionales y la baja oferta en los partidos del Gran Buenos Aires (Abramzón 2005). Esto sucede particularmente con los médicos especialistas, sobre todo en aquellas especialidades que se encuentran bien remuneradas en el sector privado.

Por otra parte, los médicos que trabajan en estos hospitales cumplen una jornada laboral reducida¹¹. La jornada pautada por el reglamento estipula 36 hs. semanales, sin embargo, es una práctica habitual retirarse antes de la finalización de la jornada. Al respecto, el bajo salario se evidencia en los relatos como el motivo por el cual las autoridades del hospital contemplan y no sancionan este comportamiento habitual.

En la actualidad, debido al bajo monto salarial y a la precariedad de los contratos, se ha dado lugar al pluri-empleo. Trabajar en instituciones privadas o en otras reparticiones públicas (para el caso de los contratados o becarios) aparece como la forma de complementar los salarios.

[...] porque al médico lo que le cuesta es, siempre fue el mismo problema, yo como cualquiera de los médicos, si les preguntas, si les decís no hay mejor cosa que venir a las ocho de la mañana, que a veces los médicos no vienen a esa hora, vienen a cualquier hora... Y decís, bueno, yo me quedo acá de ocho de la mañana a cinco de la tarde o cuatro de la tarde, sé que puedo hacer cosas porque gano bien, y no tengo que salir corriendo a operar a tal lado, estar en veinte mil lugares para poder sostener un poco lo que se dice vivir dignamente [...]Entrevista: 4, Pedro.

Sin embargo, el pluri-empleo aparece como un “beneficio” que se les otorga sólo a aquellos que están bajo la Ley 10.471. Al regirse por el reglamento que pauta la Carrera Hospitalaria es posible acordar los horarios con los Directores de manera informal. A pesar de dicho “beneficio”, el otro empleo *no* siempre es visto como algo positivo por quienes lo

¹¹ Según la Ley 10.471 que norma la carrera hospitalaria, los profesionales deben cumplir una jornada de trabajo de cuatro (4) horas diarias o de veinticuatro (24) horas semanales. No obstante, el Ministerio de Salud puede asignar regímenes de trabajo de seis (6) horas corridas diarias o treinta y cuatro (34), treinta y seis (36) semanales u ocho (8) horas diarias y dentro de un máximo de cuarenta y cuatro (44) semanales para determinados cargos y/o funciones debiendo establecer esta circunstancia y fijación de los horarios, que serán inamovibles sin la anuencia del interesado. Los directores y directores asociados deben cumplir jornadas diarias de labor de ocho (8) horas -cuarenta y cuatro (44) semanales-.

ejercen. Muchos de los entrevistados manifestaron que esta práctica habitual proviene de una necesidad económica.

(Opina acerca de la propuesta de imponer la guardia de 12hs.) Que si bien es beneficioso desde el punto de vista de su salud personal, trae prejuicio al que tiene multi-empleo, que prefiere hacer la guardia, se la saca de encima y se fue. Al otro día, no se va a descansar como diría la medicina laboral, se va a otro trabajo. Sale de acá y se va a otro trabajo. Entrevista: 5, Carlos.

Por otra parte, no existe la figura de médico reemplazante. Cuando un médico solicita licencia por enfermedad o maternidad, no cuenta con un sustituto, aumentando la carga laboral de los demás médicos.

Esto que te digo, necesitaríamos más gente, más clínico, más geriatras, más especialistas. No tenemos endocrinólogo. Reumatólogo recién ahora tenemos uno. Diabetóloga tenemos una que está enferma. Entonces necesitas 2 especialistas al menos porque si faltan, se enferman, piden licencia te quedas sin. Entrevista: 9, Osvaldo.

En otros casos, la falta de especialistas llevó a que deban cerrar o suspender servicios, siendo algunos de ellos básicos para cubrir las necesidades de la población en materia de salud.

[...] por ejemplo, acá no hay oftalmólogos, no hay endocrinólogo... hay varias especialidades que, o se fueron y no son reemplazados, o todavía nunca empezaron. Entrevista: 23, Mora.

Dentro del grupo de las enfermeras, el principal inconveniente es la falta de personal¹², hecho que a su vez se agrava por la marcada ausencia de enfermeras profesionales. En consecuencia, debido a que no se ha renovado el staff de enfermería, gran proporción de la población de enfermeras se concentra en las edades altas, lo que las limita en sus funciones de trabajo, obstaculizando la práctica médica según los entrevistados.

Y problemas de enfermería, nosotros tenemos gravísimos problemas de enfermería, gravísimos problemas. Hay una gran población de enfermeras que son ya grandes y, como gente grande, empiezan a aparecer problemas de salud. Entonces gente que se tiene que operar, gente que tiene que tener limitaciones en el área laboral, porque no pueden levantar pacientes. Entonces se ven limitadas en sus funciones [...] Entrevista: 4, Pedro.

Existen distintos niveles de formación para este área, aunque, la mayoría de las enfermeras se nuclean en los niveles más bajos, siendo escasa la cantidad de enfermeras recibidas en los niveles terciarios y/o universitarios. Los médicos señalan esto como una dificultad que afecta recurrentemente la actividad hospitalaria.

¹² Este problema se corresponde con la disminución de la formación de cuadros de enfermería en todo el país.

Explican que las enfermeras auxiliares deben cumplir con un período de formación muy corto (menor a un año), transformándose así en una salida laboral rápida. Sin embargo, las tareas que éstas pueden realizar son muy pocas, no es suficiente para cubrir las actividades que requiere el hospital. En contraposición, la carrera universitaria de enfermería brinda un elevado nivel de profesionalización, por eso estas enfermeras se han constituido en un pilar fundamental para el hospital, y por ende para el desarrollo de la práctica médica. No obstante, como esta carrera demanda muchos años de estudio, les resulta costoso sostener este nivel de formación. Dado que son las más capacitadas, el sector privado las busca y las cautiva constantemente.

Desde el Ministerio de Salud se ha intentado afrontar dicha cuestión, para ello han firmado un convenio con la Central de Trabajadores Argentinos (CTA), se otorgan becas a trabajadores desocupados para estudiar la carrera de enfermería en las escuelas que la CTA ha creado especialmente mediante dicho convenio.

Por otra parte, en algunos relatos surge el reclamo acerca del alto grado de ausentismo y desgano por parte de algunas enfermeras. Expresan que se ha convertido en una práctica habitual la solicitud de partes médicos para justificar los días que no se presentan a trabajar. Esto es percibido por los entrevistados como una falta de compromiso con las tareas que obstaculiza la actividad cotidiana.

[...] cuando no tenemos gente para cubrir, a la mañana yo llego y hago la recorrida y me encuentro con partes médico de fulano de tal, parte médico de fulano, parte médico, hasta cinco partes médicos del turno mañana. No vienen, enfermeros que te pasan en el día partes médicos y vos con esa gente cubrís la sala. Ese es un día complicado, porque no tenes de dónde cubrir la sala, entonces que tenemos que hacer agarrar el teléfono y llamar, “¿podes venir?”, “no, porque tengo problemas”. Y así todas las mañanas hasta que cubrimos, o sacamos uno de un lado, donde hay dos sacamos uno y lo mandamos a donde no hay. Entrevista: 10, Mónica.

Por último, producto de la realidad hasta aquí evidenciada, una parte importante del personal capacitado y formado dentro del hospital, emigra al sector privado o bien a hospitales de la Capital Federal. Resulta que los hospitales públicos y en específico, el servicio de residencia, aún son reconocidos por la buena formación de sus profesionales. Representan “grandes formadores de personal”, “grandes productores de cerebros”, “de gente muy valiosa” para la dinámica de la institución. Pero luego de un período, se marchan en búsqueda de otras ofertas de trabajo, es por eso que muchos entrevistados se refieren al Hospital Público como *expulsor de cerebros*.

EL ESPACIO LABORAL EN LA REALIDAD HOSPITALARIA

Los ANH que ilustran el contexto hospitalario, no se encuentran desvinculados entre sí, sino que -desde una perspectiva micro-, constituyen factores que se amalgaman en un momento específico, el de la *atención médica* donde se encuentra el profesional y/o trabajador de la salud con el paciente. Allí convergen los componentes del campo organizacional con los económicos, políticos y sociales, los cuales modelan la propia dinámica de la organización pública hospitalaria. Sin embargo, no es la sumatoria de ANH lo que define a la organización, sino el modo en que estos se combinan en el espacio de la práctica médica forjando la realidad institucional, constituyendo el *sentido vivido* de la organización pública hospitalaria, el cual pauta su dinámica.

En este caso, dichos *aspectos negativos* alteran la racionalidad pautada en la norma formal, generando situaciones de trabajo precarias. El término *precario* remite a las condiciones de incertidumbre extrema y a la desprotección en que los profesionales y trabajadores de la salud realizan sus actividades.

En el citado contexto, los *aspectos negativos* provocan sobre la estructura formal situaciones extremas que paralizan el desempeño de los profesionales y trabajadores de la salud. Ello es vivido durante la jornada laboral como momentos de *incertidumbre*. Si bien debe reconocerse que existe una fuente de *incertidumbre* inherente a la disciplina (Scott *et al.* 2008) la peculiar condición en que desarrollan su labor, trasciende los grados esperados vinculado a los riesgos de los pacientes.

En los relatos se señala que en algunos casos no se cuenta con profesionales especialistas o anestesistas de guardia y se transita la jornada laboral sin brindar medicamentos o solicitar los estudios requeridos por los pacientes. Este escenario, no sólo conlleva tiempo y esfuerzo extra por parte de los miembros de organización, sino que *no* permite organizar la jornada. En estos casos estudiados, la incertidumbre emerge de la imposibilidad de anticipar y planificar el trabajo, generando un estado cognitivo en los profesionales y trabajadores de la salud, que no permite a priori conocer los resultados y las situaciones futuras, para llevar a cabo las actividades formalmente pautadas. Siguiendo este razonamiento, la fuente de la incertidumbre, proviene de los aspectos negativos del hospital, y será denominada como *incertidumbre en el desempeño*. Quienes padecen dicho

estado y sufren el estrés son los profesionales y trabajadores de la salud. Sin embargo, no es vivido como una amenaza: el trabajador no se encuentra pensando constantemente en la posibilidad de una pérdida que involucra a su persona, sino que piensa en cómo resolver un problema o una situación que a él le implica la interrupción de su práctica. Sólo algunos entrevistados expresan sentir cierto miedo a la pérdida de reputación como profesional o a los juicios por mala praxis. Sin embargo, esto no se evidencia en demasía, tal vez debido a la internalización del sentido de responsabilidad que han ido adquiriendo en su formación como profesionales de la salud.

Este tipo de incertidumbre emerge como diversas situaciones críticas (severas). Se presenta de forma constante, pero superada la situación, se vuelve al trabajo, siguiendo lo formalmente pautado, hasta detenerse con el próximo obstáculo.

Por un lado, la baja programación que contempla el sistema hospitalario y la improvisación constante en el lugar de trabajo incrementa la complejidad de la jornada laboral. Por otro lado, dicha incertidumbre aumenta el estrés de los profesionales y de los trabajadores en detrimento de su estado psíco-físico. Como resultado “la salud se brinda a medias” tal como expresó uno de los entrevistados. Sin embargo, la *incertidumbre en el desempeño* no necesariamente disminuye el rendimiento de las organizaciones públicas bajo estudio. Lo paradójico es que por lo general, esta situación mantiene en alerta al participante de la organización, que debe estar constantemente pendiente, improvisando cómo resolver el conflicto.

Al mismo tiempo resulta característica la desprotección laboral en las actividades que dichos trabajadores y profesionales de la salud llevan a cabo. La intensificación¹³ del trabajo producto de los aspectos negativos ha ido generando un desgaste acelerado de estos trabajadores. Ello se traduce, según refieren algunos entrevistados en: accidentes de trabajo, fatiga física, alteraciones en el sistema nervioso, trastornos de la salud. Según Zaldúa (en Corsiglia 2007) el efecto visible de esta situación es el denominado síndrome de *burn-out*, con evidencias relacionadas con estrés crónico: intensificación del trabajo y aumento de sufrimiento con incremento de la morbimortalidad.

¹³ Este hecho es parte de un proceso histórico del cuál Topalov ya habría advertido: Es difícil hacer aparecer en las estadísticas este aumento de la intensidad del trabajo [...] (pero) todos los estudios monográficos muestran la amplitud de dicha intensificación, en ausencia o con motivos de cambios tecnológicos [...] la intensificación del trabajo se extiende a todos los ramos de actividad incluso, por ejemplo, los empleados que se transforman en obreros especializados del papel (Topalov 1979:51).

Según un artículo de la Interhospitalaria, mientras que a los Hospitales se les va incorporando en forma gradual tecnología para responder a una medicina actualizada, todavía no se vislumbra una respuesta a las necesidades de disminuir los riesgos para mejorar la seguridad laboral. Si bien la crisis de la salud es producto en gran parte del desfinanciamiento del sector, ya que la precariedad laboral y la sobrecarga de tareas son el resultado de un sistema vaciado cuyo principal variable de ajuste es la precarización de los recursos humanos, tampoco existen en la actualidad mecanismos que tiendan a reducir la inseguridad laboral y la violencia que se genera en estos ámbitos (La Interhospitalaria, 2007, n°27: 26). A diario 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. De manera que, parafraseando a Topalov (1979), se advierte como estos trabajadores se han transformado en obreros especializados de la salud, los cuales producto de las condiciones de trabajo quedan *descalificados* y *desprotegidos* durante el desarrollo de su jornada.

CONCLUSIONES

A lo largo de este trabajo se han ido estableciendo las condiciones en las cuales los profesionales y trabajadores de la salud desempeñan su labor en los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires, como así también se pudo apreciar que la incertidumbre en el desempeño mina constantemente cualquier posibilidad de planificación. El análisis del material empírico relevado concluye que desde una mirada micro, los *aspectos negativos* terminan por modificar las reglas de juego de manera que sólo es posible participar bajo *condiciones de trabajo precarias*.

Los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires cuentan con un marco normativo y con manuales de procedimiento que guían el comportamiento de los participantes de estas organizaciones, los cuales definen sus trayectorias. Sin embargo, y como se ha visto, desde hace años estas instituciones han transitado un constante deterioro. Esto provoca que el diseño original de éstas se redefina en función de “lo que hay”. Es decir, el hospital público a partir de su estructura organizacional ofrece un servicio social

en particular, pero dependiendo de los diversos factores internos y externos que la determinan se transforma, y en la realidad deben cumplir funciones muy diferentes.

El hospital público se va degradando a la vez que ve redefinir las reglas del juego, manteniendo la postura de un “como si” todo siguiera su curso normal. De esta forma la organización pareciera funcionar en “piloto automático” porque su dinámica continúa. Y es en este desafío de sostener la dinámica, donde se disocia la teoría de la práctica.

REFERENCIAS:

- Abramzón, Mónica. Argentina Recursos Humanos en Salud 2004. 1ª ed. N° 62, Organización Panamericana de la Salud. Buenos Aires. 2005
- Corsiglia, Fernando. Violencia en las instituciones de salud, Diario La Interhospitalaria, N°29. Año 6, pp. 10. Noviembre/Diciembre 2007
- Guiménez, Sandra. La reconfiguración del espacio laboral en el Estado. Crónica de una precariedad anunciada. En: El mundo del trabajo y los caminos de la vida. Estela Grassi, Claudia Danani (comp.). Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Espacio. 2009
- Maceira, Daniel. Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia Argentina. Documento de trabajo N°23, Cippec. 2009
- Mendizábal, Nora. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: I. Vasilachis de Giardino (comp.) Estrategias de Investigación cualitativa. España, Gedisa. 2007. Cáp. 2. 65-105.
- Menéndez, Eduardo. L. Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas. México. Ciencia & Salud Coletiva, 8 (1) pp. 185-207. 2003
- Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación. Hospital Público de autogestión. Marco conceptual, estrategias e instrumentos operativos. 1997
- Patton, Q. Michael. Qualitative Evaluation and Research Methods. (2 Ed) Newbury Park. Sage Publication. 1990
- Scott, Richard W. y Meyer, John J. La organización de los sectores sociales: Proposiciones y primeras evidencias, en: El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional, México D.F. Fondo de Cultura Económica. 1999

- Soneira, Jorge. Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: I. Vasilachis de Giardino (comp.) Estrategias de Investigación cualitativa. España, Gedisa. 2007. Cáp. 4. Pp. 153-173.
- Strauss, Anselm y Corbin, Juliet. Basic of Qualitative Research: Grounded Theory Producers and Techniques. Londres, Sage. 1990
- Topalov, Christian. La urbanización capitalista. México, Edicol, Capítulo II. 1979