

Desafíos en el proceso de investigación de la informalidad en hospitales públicos

María Crojethovic

Centro de Estudios de Estado y Sociedad (CEDES)/CONICET
Argentina
mcroje@gmail.com

Cita sugerida: Crojethovic, M. (2014). Desafíos en el proceso de investigación de la informalidad en hospitales públicos. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 4 (2). Recuperado a partir de: <http://www.relmecs.fahce.unlp.edu.ar/article/view/relmecs04n02a02>

Resumen

En este trabajo se muestra la cocina de una investigación, es decir cómo se construyen los momentos que la componen y cómo se relacionan entre sí. Esta experiencia tuvo como objetivo analizar el proceso de construcción de políticas públicas en las organizaciones hospitalarias de la Provincia de Buenos Aires, haciendo foco en las acciones informales desarrolladas en su interior. Luego de una introducción para ubicar al lector en la temática, se explica la selección del marco teórico y la discusión acerca de los elementos conceptuales que aporta cada disciplina para repensar la informalidad. Luego se presentan los objetivos y la hipótesis de trabajo inicial, mostrando por qué la metodología cualitativa resultó el mejor abordaje para dar cuenta del fenómeno de estudio, dado que desde el sentido común, la *informalidad* en la administración pública tiende a ser confundida con prácticas discrecionales para satisfacer intereses propios. Se da cuenta de la estrategia analítica y cómo los lineamientos de la teoría fundamentada permitieron construir categorías que contribuyeran a redefinir algunos conceptos teóricos que explican el modo en que opera el aspecto informal de la organización. Como conclusión, se muestra la línea narrativa que integra y explica la articulación de los distintos componentes de dicho proceso, los cuales permitieron dar especificidad al concepto de informalidad a nivel teórico y empírico.

Palabras clave: Metodología cualitativa; Informalidad; Hospitales públicos.

Challenges in the research process of informality in public hospitals

Abstract

In this work it is shown the backstage of the research; how each moment of the research processes is built and how these are interconnected. It has as an objective analyzing the built process of the public policy of the Buenos Aires hospital organizations from the informal actions that have place within these organizations. At the beginning it is presented the selection of the theoretical framework and the discussion about the conceptual elements that each discipline brings contributing to elucidate the informality in deep, to explain later the objectives and the hypothesis of work. Following it is exposed why the qualitative method was the best option to explain this social phenomenon, because in general from the common sense the informality in the public administration is associated with corruption. Finally, it is revealed the analytical strategy and how the guidelines of grounded theory allowed building categories that contribute to redefine some theoretical concepts that explain how operates the informal aspect of the organizations. As a conclusion appear a narrative line that integrate and explain the articulation of the different components of the research process which contribute to better explain the concept of informality in an empirical and theoretical way.

Keywords: Qualitative Method; Informality; Public Hospitals.

Universidad Nacional de La Plata - Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
Centro Interdisciplinario de Metodología de las Ciencias Sociales.
Red Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales



Introducción

La proliferación de la informalidad como práctica habitual de trabajo en los hospitales públicos, ha sido el interrogante y motor de la presente investigación.

Hoy en día estos hospitales conservan sus puertas abiertas, debido en gran parte, a que la informalidad se ha vuelto cada vez más “cotidiana”. Los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires desde hace años han transitado un constante deterioro. Generado por un lado, por la falta de recursos materiales, de personal y de infraestructura. Por otro, los límites del sistema burocrático y las tensiones políticas y sociales van empobreciendo a dichas organizaciones públicas, a la vez que redefinen la relación entre los sujetos y la estructura formal organizacional. Esto ha provocado que el diseño original 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 se transforma dependiendo de los diversos factores internos y externos que la determinan. 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. La organización pareciera funcionar en “piloto automático” porque su dinámica continúa, y ha sido en este desafío de sostener la dinámica mediante la informalidad, donde se disocia la teoría de la práctica, transformando el tipo de atención en salud.

En consecuencia, aquí se muestra cómo se develó el entramado organizacional para poder explicar la especificidad de la informalidad, tanto desde un punto de vista teórico conceptual como sustantivo.

1. Proceso de selección y discusión del marco teórico

Para dar cuenta de esta problemática en un registro teórico, primero fue necesario revisar los aportes de las Teorías de la Administración Pública y Organizacional, para que contribuyeran a explicar la dinámica de la organización hospitalaria. Las mismas resultaron muy útiles para comprender las propias limitaciones del modelo de organización y administración burocrático, es decir, de la estructura formal de los hospitales estudiados, como también el costado informal de las organizaciones. Como resultado de esta observación, se comprendió que para estas disciplinas, las llamadas prácticas informales son las que permiten la adaptación de la organización, otorgándole la flexibilidad que necesita para sobrevivir frente a los cambios generados en el espacio social. Encuentran en la informalidad el complemento “blando” necesario para sobrellevar los cambios que amenazan el desempeño organizacional. A su vez, explican a la misma por el hecho de que permite la consecución de los objetivos últimos de la organización. No obstante, se advirtió

que estas actividades son llevadas a cabo de forma controlada por la estructura formal, es decir por lo general está previamente y formalmente pautado quién o quiénes gozan de determinado poder discrecional (grupos o sujetos con cierto nivel jerárquico) para su realización (Crojethovic, 2012).

Entonces, dentro de esta dimensión teórica, el primer problema surgió del hecho de que tales prácticas quedaban predefinidas de antemano por el papel que *deben* cumplir las mismas dentro de la organización: la consecución de los objetivos organizacionales. De modo que cuando se volvió sobre el objeto de estudio, apareció la imposibilidad de dar cuenta del mismo, desde dicha perspectiva. Primero, porque en la Argentina los hospitales son organizaciones altamente inestables. El sistema de salud se encuentra fragmentado, la falta de una Red que vincule a este sistema, provoca que las organizaciones públicas de salud absorban los embates internos y externos para lograr cierto equilibrio, que la mayoría de las veces resulta inestable. Segundo, porque dentro de cada organización de salud quienes amortiguan las tensiones que desestabilizan la organización son los trabajadores del estado que se ubican en la trinchera, son ellos quienes logran dar una respuesta temporaria a los obstáculos generados por los *factores determinantes* mediante el desarrollo de iniciativas de corto, mediano y largo plazo (esto se desarrollará más adelante). Por lo tanto, se concluyó que en las organizaciones de salud argentinas estas prácticas informales *no siempre* constituyen un complemento, sino que muchas veces ofician como una trampa al reproducir la precariedad en la que se trabaja y se brinda la atención en salud. En este sentido, el análisis acerca de la informalidad realizado desde dichas perspectivas no pudo dar cuenta de nuestro fenómeno de estudio.

Por lo que se procedió a realizar una revisión (teórica) de cómo se estructuran las organizaciones desde otras perspectivas, intentando enmarcar el aspecto informal de las mismas. Se encontraron diversos estudios, los cuales demostraron que las estructuras *formales* e *informales* están altamente vinculadas al punto de no ser posible la distinción entre estas. Sin embargo, Minzberg (2005) mostró un punto débil dentro del análisis organizacional, según éste rara vez se consigue relacionar la descripción de la estructura (formal) con lo que realmente sucede en la organización.

De modo que el segundo problema evidenciado, estrechamente vinculado al primero, residió en que tales teorías suelen descuidar el hecho de que las organizaciones están insertas en un entramado social complejo. En general, estos trabajos estudian los distintos tipos de estructura formal (dependiendo del tipo de organización), los que operan como una limitación para los agentes. Y si bien reconocen a las organizaciones como un *producto de la interacción entre los sujetos que la componen*, dentro de éstas los sujetos deben ser, por

un lado, disciplinados y por el otro, estimulados y motivados para lograr un mejor desempeño acorde con los objetivos pautados. Se vio también en dicho análisis que hoy en día la estructura informal juega un papel importante, al punto de que el individuo se convierte en objeto de estudio, llegándose a profundizar en sus aspectos psicológicos. Así es como apareció la noción de *incentivo* dentro del análisis organizacional, es decir que la mayoría de las veces se buscan recetas para captar la atención y/o motivación de los participantes, reduciendo el comportamiento no reglado a un puñado de aspectos psicológicos los cuales deben ser neutralizados, o bien deben ser readaptados para convertirlos en un valor agregado en función de los objetivos de la organización (según de qué comportamiento/conducta se trate). En consecuencia, la estructura de la organización suele aparecer como algo externo a la acción humana, como una fuente de restricción impuesta a la libre iniciativa del sujeto independientemente constituido, y de allí la disociación (Giddens, 2003).

No obstante, y a partir del aporte de la acción social, se ha demostrado que en las sociedades modernas, los elementos de la estructura son el reflejo de los entendimientos difundidos de la realidad social y como tal contemplan aspectos por demás complejos.

Siguiendo este razonamiento, se pudo comprender por qué los profesionales y trabajadores de la salud eligieron trabajar en el hospital público, y cómo lograron sostener sus actividades en lo cotidiano, cuando resultó evidente que no existió ningún incentivo por parte del hospital debido a las carencias registradas.

Se arribó entonces al tercer problema teórico a explicar: quién determina a quién; los individuos no pueden ser influidos directamente por las normativas organizacionales, ni la organización puede ser maniobrada desde la psiquis de sus integrantes. Para eso se retomó a Giddens y Bourdieu (autores que han trabajado en el trazo de puentes entre las estructuras sociales y la interacción), permitiendo pensar lo *objetivo* y *subjetivo*, lo *colectivo* y lo *individual*, como esferas que se construyen conjuntamente en su interdependencia. No obstante, también se tomó lo que Beck, Giddens y Lash entendieron como la *reflexividad* de los sujetos, para comprender acerca de la relación del sujeto y la estructura social en las sociedades posmodernas, o de la modernidad tardía. El concepto de *reflexividad* fue útil para comprender la capacidad del individuo para transformar la realidad, sin abandonar el sistema social y sin dejar de pensar al sujeto como fruto de una co-construcción del individuo con la sociedad.

De esta forma se pudo encontrar una explicación acerca de quiénes optan por trabajar en estas instituciones a pesar de las mencionadas condiciones de trabajo, siendo la motivación

un elemento teórico importante, dado que, según diversos autores, contribuye a mantener el vínculo entre los sujetos y la organización -esto será retomado en el punto 6-. Fue entonces el aporte de Giddens el que permitió pensar a la *motivación como un proceso* que se construye a partir de las prácticas cotidianas al interior de la misma. Este proceso es el que les otorga confianza y refuerza la creencia y pertenencia con el hospital. Así, vislumbró que los profesionales y trabajadores de la salud están motivados, más allá de las condiciones de precariedad y de no existir un incentivo puntual promovido desde las autoridades o de los niveles superiores, como se esperaría desde la teoría de la organización.

Esta construcción del proceso motivacional ha generado un anclaje con el hospital público, a pesar del desgaste, el cansancio y el maltrato que sienten por parte de las autoridades -ministeriales por sobre todo y también por parte del director del hospital (aunque no en todos los casos, eso depende de cada director en particular)-. Aquí, resultó interesante también el aporte de Bourdieu para comprender que este vínculo, es decir, la decisión o elección de ser partícipe, se sustenta también en determinados intereses, construidos socialmente. En los relatos, se apreció el interés que les despierta el conocimiento adquirido en los hospitales públicos, la libertad que tienen para trabajar y la estabilidad laboral.

Por otro lado, se comprendió que el proceso motivacional también es alentado por los espacios de acción que emergen frente a la falta. Es por eso que los momentos de incertidumbre, los cuales se gestaron durante el desempeño cotidiano, no provocaron una parálisis, sino que fueron reapropiados y transformados en “una invitación a participar” (dentro de un marco que constriñe, claramente). Estos sujetos inteligentes, fueron capaces de registrar reflexivamente el fluir de su recíproca interacción dentro de la organización, de forma tal que pudieron responder recursivamente a determinadas situaciones conociendo sus obligaciones.

Tal contexto fue el que incitó a todos los profesionales y trabajadores de la salud a actuar, y el hecho de involucrarse los hizo sentirse importantes porque: se consideran parte del hospital y deben contribuir a resolver los problemas.

Por eso, frente a los obstáculos que amenazaban la dinámica del hospital, fueron los sujetos quienes brindaron el sustento que la organización necesitaba.

Sin embargo, en este caso lejos de querer mostrar estas acciones como reacciones automáticas o como formas de adaptación al ambiente; se apuntó a reconstruir el sentido de esta acción dentro de la organización.

2. Abordando el campo

Objetivos e Hipótesis de Trabajo

Para abordar este problema, en términos generales el objetivo propuesto fue determinar el proceso de construcción de la política pública en la organización hospitalaria a partir de las actividades informales desarrolladas en su interior. Específicamente, se compararon las oportunidades y limitaciones expresadas en la estructura formal de las organizaciones hospitalarias públicas provinciales, con respecto a su dinámica real. Se identificaron las situaciones que actuaron como disparadores de prácticas informales y se detectaron los factores a los que obedecieron dichas situaciones. Se rastrearon los sistemas de incentivos y sistemas de creencias dentro de la organización pública hospitalaria, que contribuyeron a definir su propia dinámica. Se sistematizaron las necesidades organizacionales que dieron origen a las prácticas informales, lo cual permitió construir categorías a partir de las mismas para problematizar el concepto de informalidad. Se individualizó a los actores que llevaron a cabo dichas prácticas, a la vez que se detectaron sus motivaciones y creencias, posibilitando comprender el significado de los comportamientos. Se establecieron las regularidades de dichas actividades informales, su grado de internalización y el conocimiento que las autoridades de las organizaciones hospitalarias tuvieron de estas mismas.

Como hipótesis de trabajo¹ se sostuvo que las iniciativas no regladas, llevadas a cabo por el personal del hospital, forman parte de un proceso de construcción “desde abajo” de la política pública en relación con la organización hospitalaria, que -de forma indirecta- iría moldeando la norma y por ende, el orden establecido “desde arriba”.

La Estrategia Metodológica

Al mismo tiempo que se avanzó con la discusión teórica, se comenzó con los preparativos para abordar el trabajo de campo.

A nivel macro social, para analizar las oportunidades y limitaciones expresadas en la estructura formal, se realizó una revisión exhaustiva de documentación oficial que dio cuenta de los marcos normativos de los hospitales públicos provinciales (normativa y estadísticas proporcionadas por el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires, trabajos de investigación, documentos, libros, etc.). Las investigaciones académicas, consultorías y asistencia técnica, documentos de sectores sindicales, documentos de organizaciones internacionales (Banco Mundial, BID, OMS/OPS), constituyeron la bibliografía para

reconstruir la situación público hospitalaria provincial. También se analizó el periódico *La InterHospitalaria* -publicación bimestral editada por la Asociación Sindical de Profesionales de la Salud de la Provincia de Buenos Aires, CICOP-. Sus artículos fueron un dato relevante debido a que problematizaron la dinámica de las organizaciones hospitalarias desde una mirada alternativa, la cual surgió desde los profesionales de la salud.

A nivel micro social, para obtener una perspectiva sustantiva acerca del fenómeno de estudio, se consideró que la metodología cualitativa sería la mejor forma de abordar las iniciativas no regladas, captando reflexivamente el significado de la acción de los entrevistados atendiendo a su perspectiva. De este modo pudo resolverse una de las mayores dificultades presentadas a nivel empírico, dado que desde el sentido común, por lo general, las actividades informales son asociadas con la transgresión o lo patológico. En la administración pública argentina “la informalidad” suele ser confundida con prácticas discrecionales para satisfacer intereses propios. Esto permitió superar tales prenociones, pudiéndose hablar de la informalidad desde otro plano.

-Las entrevistas conformaron la herramienta metodológica fundamental, ya que constituyeron una vía estratégica para comprender el comportamiento y las relaciones interpersonales con relación a la organización. La información recolectada a partir de tales entrevistas permitió pensar la situación a partir de las contrariedades, avances y retrocesos del fenómeno estudiado. De esta forma se revelaron los factores, de diversa índole, que componen el aspecto informal de dichas organizaciones, transformándolo en un enredo interesante, el cual debió ser descubierto.

-Las observaciones de campo contribuyeron a construir la realidad hospitalaria, pudiéndose corroborar ciertos datos claves para el posterior análisis, por ejemplo: la gran demanda que tienen los hospitales públicos de esta provincia; la guardia excedida de pacientes; así también, se pudo comprobar el horario matutino de atención, con un movimiento mucho mayor en comparación con el de la tarde.

-Las charlas informales complementaron la información recolectada a través de las entrevistas; dado que los entrevistados se encontraban más relajados fuera de la situación de entrevista relataron lo problemático de trabajar en el hospital, o expresaron sus sentimientos de bronca para con las autoridades.

-Se participó, en carácter de invitado, de la experiencia de una de las escuelas de enfermería perteneciente a un gremio de trabajadores de la salud, la cual fue inaugurada a partir del convenio con el Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.

Finalmente fueron triangulados los datos provenientes de los documentos oficiales, sindicales, consultoría, etc., con la información proveniente de las entrevistas, notas de campo y charlas informales.

3. Criterios muestrales

Para la selección de los hospitales provinciales se realizó un muestreo intencional de “casos extremos” (Patton, 1990), ya que este permitió contemplar dentro del mismo estudio aquellos hospitales que por determinadas razones pudieran evidenciar mayor actividad informal dentro de la organización, o menor actividad informal. Es decir que con escasos recursos y en los tiempos acotados, este criterio permitió obtener una muestra heterogénea. A su vez, se recurrió al índice de mortalidad infantil como criterio de selección para plantear los extremos, dado que es un indicador sensible que refleja de manera adecuada tanto las condiciones socioeconómicas de la población como de la atención en salud. En este sentido entonces se han seleccionado cuatro hospitales, de los cuales, dos pertenecen a los dos partidos que presentaron mayor tasa de mortalidad infantil, y los dos restantes a los partidos de menor tasa. Casualmente, este criterio ubicó a dos casos en el primer cordón del conurbano bonaerense, y a los dos restantes en el segundo cordón. Finalmente, se decidió tomar el año 2001 como punto de partida para rastrear dichas prácticas dado que el aumento de prácticas informales se asocia a los momentos de crisis.

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

Respecto al tamaño de la muestra, según Soneira (2007), Creswell considera que entre 20 y 30 entrevistas son suficientes para saturar categorías teóricas, no obstante, en este caso se previó realizar un número de 40 entrevistas en un período no mayor de un año aproximadamente. Inclusive se realizaron dos entrevistas colectivas informales en dos servicios de hospitales diferentes. Las entrevistas fueron grabadas en su totalidad -excepto dos de ellas a pedido de los entrevistados pero han quedado registradas por escrito-. La duración de las mismas fue en promedio de una hora y media.

Los *ejes temáticos* abordados en las entrevistas -variando de acuerdo a la jerarquía ocupada por el informante clave- fueron los siguientes:

- Profesión y trayectoria del entrevistado en el hospital
- Rol y funciones oficiales de los distintos actores
- Ambiente de trabajo en el hospital-vínculo entre colegas
- Desempeño/actividades cotidianas de trabajo
- Rol y funciones reales de los distintos actores
- Obstáculos percibidos en la dinámica hospitalaria
- Respuesta a los obstáculos
- Poder y toma de decisiones
- Sistema de incentivos, motivaciones, creencias en relación al hospital público
- Vínculo entre el hospital y la Municipalidad/Ministerio de Salud

A pesar de los beneficios de dicha metodología se sabe de las limitaciones que posee. De modo que el resultado de este proceso no persiguió universalizar nuestro estudio, sino intentar, a partir de ella, refinar la discusión en torno a la cuestión de la informalidad dentro de las organizaciones públicas.

4. Entretejiendo el análisis

Para el análisis de las entrevistas se utilizó el programa de análisis cualitativo Atlas Ti. Para la codificación y análisis se tuvo en cuenta los lineamientos de la teoría fundamentada (Strauss y Corbin, 1990; Charmaz, 2000), la cual permitió construir categorías que contribuyeron a redefinir -algunos- conceptos teóricos.

A partir de la información relevada, tal como se muestra en la Tabla I, primero se realizó un proceso de *codificación abierta*, el cual permitió segmentar la información maximizando las similitudes para generar categorías de información iniciales (iniciativas, motivación, recursos de personal, recursos materiales, relación de los hospitales con el Ministerio, condiciones edilicias, expulsores de cerebros, descentralización, factores externos, autonomía, arreglos internos, fuera de norma, trabajo en grupo, incentivos, trayectoria, estructura, condiciones de trabajo, creencias, etc.). A continuación, se realizó un proceso de *codificación axial*, el cual implicó una búsqueda activa y sistemática de propiedades o dimensiones (recursos

materiales, recursos de personal, mecanismos burocráticos, expulsores de cerebros, condiciones de infraestructura, aumento de demanda, condición social del paciente), que permitieron identificar la categoría central *aspectos negativos del hospital* (Soneira, 2007). Luego, se realizó una selección de aquellas categorías iniciales las cuales se relacionaron con la categoría central (iniciativas, motivación, creencias, condiciones de trabajo, descentralización, autonomía, arreglos internos, trabajo en grupo, incentivos, entre otras).

Tabla I. Aspectos Negativos del Hospital Público de la Provincia de Buenos Aires

Categoría Central	Dimensiones	Propiedades	Conceptos/Situaciones	Fuga de Personal Capacitado y Formado
Aspectos Negativos del Hospital	Exógena	Demanda	Aumento	
		Situación Social del Paciente	.Pacientes Sociales .Pacientes Violentos /Agresivos	
		Determinantes Económicos	.Recorte de Presupuesto .Baja de Salarios	
		Determinantes Políticos	.Prácticas Clientelares .Falta de Políticas en Salud	
	Endógena	Mecanismos Burocráticos	.Derivaciones .Nombramientos .Servicio del Hospital	
			Infraestructura	
		Recursos Materiales	.Medicamentos .Equipos de Diagnóstico y Tratamiento .Insumos Médicos	

		Recursos Personales	.Médicos .Enfermeras .Administrativos	
		Expulsión de cerebros	.Fuga de Personal .Capacitado	

Fuente: elaboración propia a partir del material relevado en campo

A partir de dicho proceso de categorización, el propósito central se convirtió en encontrar una línea narrativa que integre y explique la articulación de los mismos.

Por otra parte, la revisión de literatura y documental fue utilizada para la reconstrucción de la historia del sistema hospitalario, y orientada a los fines de señalar los factores que dieron origen a los problemas que hoy en día se consideran como estructurales. La intención de dicho recorrido, correspondió a la identificación de los orígenes de aquellos que más adelante serán vistos como los factores que dieron origen a las *iniciativas no regladas*.

En la medida que se fue avanzando en el procesamiento de las entrevistas y se fueron obteniendo resultados, paralelamente se comenzó a evaluar la bibliografía revisada para el marco teórico (Soneira, 2007). Para ello se pensaron ejes temáticos que permitieron construir un hilo argumental que sustentó el estudio empírico:

-El sistema de administración burocrático: límites técnicos, conflictos interpersonales, estructura de poder, los límites de las organizaciones complejas, lo informal dentro de estos sistemas de administración.

-La acción del sujeto en relación a lo colectivo: cómo se construye la estructura social, la capacidad reflexiva del sujeto, cómo opera la motivación, las nuevas formas de hacer política desde abajo.

-La problemática de los países en riesgo: redefinición de conceptos.

Luego se le dio forma al encuadre teórico que guió la discusión en relación al material empírico obtenido. Para ello, se retomaron elementos conceptuales de la Teoría Organizacional que sirvieron para problematizar los elementos que componen la estructura formal. Y si bien contribuyeron a especificar la complejidad de la organización pública, no

otorgaron herramientas para pensar la especificidad de la informalidad. De modo que se recurrió a la Teoría de la Acción, para pensar el rol del sujeto dentro de la organización pública. De qué forma este da movimiento a la organización, por qué su comportamiento, qué lo motiva, cuáles son sus creencias, etc.

5. El hilo narrativo

A partir del proceso de categorización arriba mencionado, se esclarecieron los factores que dieron origen a la informalidad, identificándolos analíticamente. El estudio de la categoría central mencionado, *aspectos negativos del hospital*, sirvió para construir el concepto de *precariedad de las condiciones de trabajo* a partir de los términos de *desprotección* e *incertidumbre* definidos a partir de los relatos de los entrevistados. Esto esclareció y permitió comprender el espacio laboral que dio sustento al proceso motivacional. A partir de la caracterización de dichos factores, se pudo corroborar que estas condiciones de trabajo precarias operaron como una suerte de selección o filtro de personal, en tanto muchos profesionales y trabajadores rechazaban la oferta de trabajar en el hospital, al tiempo que muchos otros desarrollaban su labor desde hacía años. Por lo tanto, se sostuvo que los aspectos negativos del hospital alteraron los marcos normativos y determinaron las acciones (Gutiérrez, 2006) de quienes participaban en estas organizaciones públicas.

Dado que las condiciones en las que los profesionales y trabajadores de la salud desempeñaban sus actividades a diario no fueron necesariamente las más satisfactorias, resultó un aporte comprender la *motivación* como un proceso que potenció la acción, así como la noción de interés, la cual evidenció el involucramiento del profesional y trabajador en el juego hospitalario.

En este caso, la motivación no fue directa, es decir, no apareció como una respuesta frente a un impulso propuesto desde la organización pública. Sino que se construyó en las prácticas habituales, a partir de las cuales se formó el vínculo entre los profesionales y trabajadores de la salud con el hospital público. En este sentido, existió un compromiso motivacional que se constituyó a partir de la relación del sujeto con la institución pública en su labor cotidiana; basada en determinadas razones: sentirse valorado en el hospital, el ejercicio de la profesión médica, el aprendizaje en la institución pública, la libertad de acción, la estabilidad laboral, entre otros. Este compromiso generalizado brindó confianza al sujeto y lo hizo sentirse muchas veces “como si estuviera en familia” o “en su casa”.

Pero a su vez, a partir de la noción de interés de Bourdieu, mencionada con anterioridad, se pudo comprender que los profesionales y trabajadores de la salud estaban metidos en el

juego de la salud pública, y el hecho de aceptar la participación implicaba también cierta conformidad con las reglas que imponían las condiciones precarias de trabajo. De esta forma es como se pudo reconstruir por qué algunos eligieron participar en el juego de la salud pública a pesar de las condiciones de trabajo mencionadas.

De modo que luego fue necesario explicar cómo emergieron las iniciativas no regladas en dicho contexto, para comenzar a dar especificidad a la informalidad. Al concluir que la *precariedad de las condiciones de trabajo* (Crojethovic, 2011), generaron obstáculos a los mecanismos formales que guiaron el comportamiento de los sujetos dentro de la organización; se demostró cómo los mencionados obstáculos se transformaron en un *espacio para la acción* (Sennet², 2007). Este espacio del que habla Sennet, en los hospitales públicos estaba brindado por el momento de incertidumbre en el desempeño que genera la falta. La falta de recursos, la falta de organización, la falta de orden, pero también la falta de compromiso de las autoridades estatales. Es el vacío en el tiempo, el momento de no saber cómo continuar, aquello que podría paralizar, y sin embargo mantuvo en alerta al médico, al enfermero, al especialista que desarrolló la acción. El sujeto debió estar pensando e improvisando cómo resolver la situación. Esta misma falta que no involucró a algunos, a otros les despertó algún tipo de interés, representando la posibilidad de ser parte del juego en un espacio que dio lugar a la acción a partir de la falta. Pero para seguir jugando se debieron llevar a cabo iniciativas, porque de otro modo la falta, detendría el juego. Entonces, frente a la falta de un insumo, de camas, de servicios, etc., apareció el involucramiento expresado en las distintas iniciativas desarrolladas por los empleados del hospital.

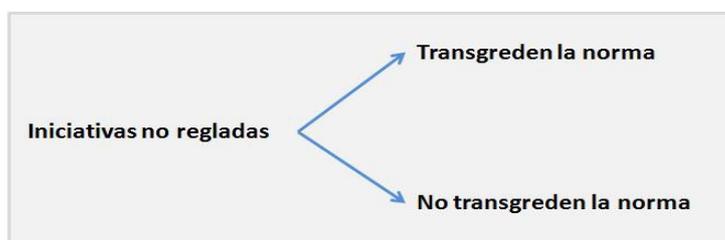
En consecuencia, el término de *iniciativas no regladas* (Crojethovic, 2012) aquí propuesto, logró integrar elementos de la teoría de la acción, los cuales permitieron comprender que los sujetos constituyen seres inteligentes capaces de registrar reflexivamente el fluir de la recíproca interacción dentro de la organización. No obstante, el *habitus* que portan los sujetos y su capacidad reflexiva están mediados y atravesados por distintos procesos complejos, que dieron como resultado *diferentes tipos de respuesta o iniciativas no regladas* frente a un problema, sin desconocer sus propias obligaciones.

6. Las iniciativas no regladas. ¿Qué nos expresan?

Finalmente, y una vez esclarecido el accionar de los sujetos que construyó y constituyó la informalidad, se procedió a crear una categorización de las distintas iniciativas no regladas para dar cuerpo a dicho concepto.

En un primer análisis de las distintas iniciativas observadas, surgió la relación que guardaron éstas con la norma (formal). De modo que en un primer nivel analítico se obtuvieron dos grandes grupos, aquellas que transgredieron la norma y las que no (Figura I).

Figura I: Iniciativas y normas



Fuente: elaboración propia a partir del material relevado en campo

En las organizaciones hospitalarias, las reglas conforman el marco normativo y son las que ligan las funciones oficiales de la organización. No obstante, éstas perdieron su sentido cuando los sujetos se enfrentaron a situaciones que fueron vividas como obstáculos, debido a que no les permitió cumplir con sus responsabilidades. De modo que la sanción y control que emanó la regla sobre los modos de conducta de los participantes, no operó como amenaza para ellos (Crojethovic y Maceira, 2009). Es por eso que muchas iniciativas terminaron por transgredir la norma.

Un posterior análisis más exhaustivo de las iniciativas no regladas que transgreden o no la norma, permitió luego sistematizar los distintos tipos de iniciativas realizadas. De ahí surgió la clasificación según el plazo con las que fueron pensadas, el grado de adherencia de la iniciativa registrada en el hospital, y por último, el resultado buscado con ellas.

-El Plazo: identificó el objetivo que subyace a la respuesta que se está brindando. En otras palabras, diferenció entre aquellas iniciativas que buscaron soluciones inmediatas para resolver situaciones puntuales, y las que, por el contrario, buscaron una solución que proyectó superar el problema.

-La Permanencia: estableció el tiempo que llevaron realizándose estas iniciativas en las organizaciones hospitalarias estudiadas, es decir su regularidad.

-El Resultado: permitió comprender el efecto de estas iniciativas sobre la dinámica de la organización. Es decir, si con ellas se realizó una “sutura”, la cual resulta invisible en tanto es “implícitamente aceptada” por las autoridades, o se brindó una solución no precaria pero parcial al problema, generando pequeños cambios. Alternativamente, la iniciativa podría

generar quiebres en las estructuras vigentes, y por ende, un cambio al interior de la organización hospitalaria.

En la Tabla II se presentan estas variables, que emergieron de los datos empíricos y que sirvieron para identificar los distintos tipos de iniciativas.

Tabla II. Síntesis de las iniciativas no regladas

Iniciativas	Plazo	Permanencia	Resultado
TRANSGREDEN LA NORMA			
Anestesia sin anestesista P5: Entrevista Carlos	Corto Plazo	Institucionalizada	Sutura Invisible
NO TRANSGREDEN LA NORMA			
Trueque de pacientes entre hospitales P17: Entrevista Fernando	Corto plazo	Institucionalizada	Sutura Invisible
Incremento de camas P 5: Entrevista Carlos	Mediano Plazo	Perdura	Absorbe la demanda
Universidad gratuita P 3: Entrevista Alba	Largo Plazo	2 años aprox.	Supera problema de la falta de enfermeros capacitados

Fuente: elaboración propia a partir del material relevado en campo

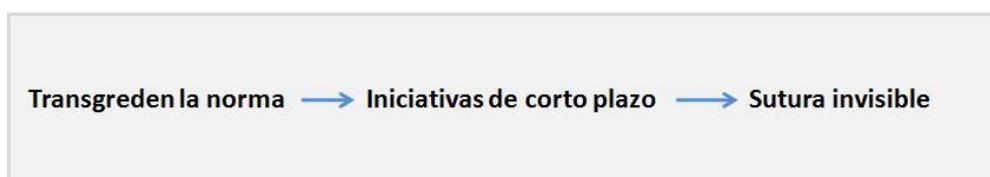
Iniciativas no regladas que transgreden la norma

Este tipo de iniciativas surgieron en respuesta a los aspectos negativos del hospital, que obstaculizaron la dinámica de la organización. Continuamente se reprodujeron estas acciones de manera intermitente, aunque rara vez existió un arraigo espacio-temporal. En otras palabras, la acción que emergió ante el obstáculo perduró hasta superarlo, pero luego se buscó volver a las normas regladas oficialmente.

Según lo observado en este estudio, tales iniciativas permitieron resolver conflictos puntuales, suturando las grietas que se abrieron debido a la falta de un insumo o de

personal, ante una barrera que generaron los mecanismos burocráticos, o ante el aumento excesivo de la demanda de pacientes, etc. Por ello, se dice que este tipo de iniciativas son de corto plazo (Figura II). No necesariamente resultó relevante que infringiera la norma, en tanto tales iniciativas apuntaron a resolver el conflicto más allá de la infracción. Dicha acción también conllevó estrategias que apuntaron a neutralizar la sanción, en la medida de lo posible.

Figura II: Iniciativas no reglada que transgreden la norma



Fuente: elaboración propia a partir del material relevado en campo

Iniciativas no regladas que no transgreden la norma

Este tipo de iniciativas en cambio, actuaron sobre el vacío legal del marco normativo, sobre aquello que no estuvo formalmente expresado, o simplemente trascendió los marcos normativos para actuar sobre aquello que no contempló: se trató de comportamientos que no estuvieron establecidos oficialmente y no existió infracción a la norma, ni paralización.

La diferencia registrada entre aquellas iniciativas no regladas de corto plazo que transgreden la norma y las que no, en realidad, no fue cualitativamente relevante con relación a los efectos que generaron sobre la estructura organizacional.

No obstante, sí apareció una gran diferencia al observar los *plazos* registrados en las iniciativas que *no transgreden la norma*.

7. Acerca del plazo

El plazo al que se hizo alusión no corresponde a la permanencia de una acción específica en el tiempo. De hecho, una iniciativa de corto plazo podría permanecer de manera prolongada -de forma intermitente- en tiempo y espacio, inclusive más que aquellas que son de largo o mediano plazo. En este sentido, el plazo permitió diferenciar entre las iniciativas que operaron como respuestas puntuales a los conflictos, como suturas invisibles, y las que conllevaron algún tipo de proyecto que intentó revertir una situación conflictiva que para los miembros de la organización fue recurrente.

No correspondía a un mismo tipo de comportamiento internar a un paciente dentro de la guardia en una camilla, que proponer y movilizar contactos para construir una salita provisoria que temporalmente absorbiera el exceso de la demanda de pacientes: el sentido que tiene la acción es diferente. En el primer ejemplo, se buscó resolver la fisura que se generó con el exceso de pacientes porque, independientemente de no haber camas, se lo atendió e internó igual, de modo que se suturó momentáneamente la dinámica, alojando de manera precaria al paciente. En cambio, en el segundo ejemplo, el proyecto desarrollado dio lugar a una mejora parcial que permitió internar cierta cantidad de pacientes en mejores condiciones sanitarias. Este último ejemplo es de mediano plazo, porque no se orientó a tratar la problemática de la demanda de pacientes en general, sino que se aprovechó un pequeño espacio en desuso para agregar menos de una decena de camas. No obstante, en esta propuesta no se identificó un quiebre con el problema estructural de la falta de camas en los hospitales, otro sentido hubiese adquirido la misma si se hubiera generado un nuevo pabellón.

Entonces, las iniciativas de largo plazo se diferencian de las de mediano en el tipo de transformación que podrían llegar a introducir dentro de la organización hospitalaria. Por tal motivo, tampoco constituyó un acto similar construir la salita provisoria que crear una universidad gratuita para las enfermeras auxiliares del hospital, que no contaban con esa formación. En este último ejemplo, más allá del tiempo que permanezca la iniciativa, la complejidad del proyecto habló de la intención de transformar el conflicto a largo plazo, quebrando el orden establecido. A partir de la iniciativa de largo plazo, se pudo subvertir el factor negativo que afectó a la organización hospitalaria en la que se encontraba inserto el sujeto.

Es necesario aclarar que cuando se diferencia el plazo, no se está tomando en cuenta el impacto de la iniciativa sobre los resultados que luego pueda generar el hospital gracias a éstos, sino que se quiere resaltar el sentido de la acción identificando el tipo de respuesta brindada para solucionar el problema.

Figura III. Tipología de iniciativas no regladas



Fuente: elaboración propia a partir del material relevado en campo

Finalmente, abandonando de a poco la mirada micro, fue como se pudo demostrar los efectos que tuvieron los distintos tipos de iniciativas sobre la organización para explicar que no operan como un mero complemento de lo formal.

En relación con las de *corto plazo*, el compromiso generado con el hospital llevó a proteger a la institución de los embates; no obstante, no se logró despegar al hospital público del lugar en el que está. En este sentido, las iniciativas no regladas de corto plazo sentaron una posición, fueron el resultado de una postura respecto de cómo proceder frente a los conflictos. El hecho de continuar su labor en el hospital, a pesar de las condiciones precarias, sentó una elección que constituyó el juego en la realidad de la salud pública. Pero la misma estuvo mediada por el ejercicio de un poder simbólico³ que obturó la posibilidad de observar la relación de dominación que ha sometido a los hospitales públicos al letargo. De modo que a través de esta se materializó una acción que reprodujo a la organización hospitalaria, en tanto le dio un rumbo que la condujo al mantenimiento de la precariedad. Pero que, además, generó un desarrollo dispar de los distintos servicios al interior del hospital, dado que cada uno llevó a cabo sus propias estrategias, atomizando el área en que se encontraba.

Entonces, organizados en grupos de trabajo, día a día se realizaron suturas invisibles en la dinámica organizacional, al llevar a cabo iniciativas de corto plazo. Estas fueron acciones que los sujetos realizaron para cumplir con sus responsabilidades, para poder desempeñar su labor frente a los obstáculos que les generaron los aspectos negativos del hospital. Estas iniciativas representaron una toma de decisión a diario que se ha naturalizado y ha pasado a formar parte del proceso de trabajo.

En relación con las de *mediano plazo*, además de ser acciones creativas, lograron generar pequeños cambios no precarios, aunque no lograron quebrar los problemas estructurales y por ende el orden establecido.

Y por último, con relación a las de *largo plazo*, los proyectos que contemplaron generaron cambios pero a la vez cristalizaron los intereses de distintos sectores o fracciones al interior de la organización, que pujaban por los diversos proyectos. Estos intereses particulares, los cuales respondieron a un interés social, fueron los que (re)orientaron el rumbo de la organización pública. Al existir grupos y fracciones de interés dentro de la organización, dicha (re)orientación implicó la introducción de cierta *tensión* al interior de la misma.

De aquí surgió la discusión última sobre si las iniciativas no regladas constituyeron un contrapunto. Si uno pensara a las iniciativas no regladas como un complemento de la estructura formal que permite la realización de los objetivos de la organización, es decir la efectiva aplicación y materialización del Derecho a la Salud, satisfaciendo las necesidades de la comunidad a partir de los principios de equidad y solidaridad, tal como lo plantean los documentos oficiales, entonces por muchas razones y ejemplos se puede expresar que no todas éstas operan como un contrapunto.

Sin embargo, debido a que los hechos no son tan simples, se podría pensar en que las iniciativas no regladas de corto plazo representaron un mecanismo que permitió resolver un problema que la estructura formal no pudo. Al observar que estas iniciativas de corto plazo permitieron zanjar problemas puntuales y urgentes que de otro modo no se podrían haber resuelto: tapa-agujeros, sutura, enmienda, etc., entonces sí podrían ser vistas como un contrapunto. Cuando un profesional o un trabajador de la salud, realiza un trueque de pacientes o fabrica un medicamento casero para darle a un paciente, finalmente se podría argumentar que está resolviendo un problema porque al paciente se le ha resuelto su complicación. Cuando las opciones posibles son: medicamentos caseros o no tomar medicamentos, trueque de pacientes o suspender el servicio, aparece la solución al obstáculo a partir de una iniciativa no reglada de corto plazo que permite satisfacer la demanda y solventar el escollo. Sin embargo, otra vez se recae en el problema principal, que este tipo de contrapunto reproduce la precariedad de la organización hospitalaria. En este sentido, contribuyeron al deterioro estructural del hospital, y fueron y son parte de aquello que ha corroído a la política pública en salud a lo largo de los años, por lo que no corresponde que sean estudiadas como un complemento o un contrapunto.

En cambio, las iniciativas no regladas de mediano y/o largo plazo, surgieron de acciones reflexivas en las cuales los sujetos comenzaron a cuestionarse, a auto-confrontarse a sí

misimos y a la situación que los rodeaba, se interrogaron acerca de su situación laboral y del lugar que ocuparon allí. Esta autocrítica los llevó a desvincularse de las estructuras precarias actuales, generando un quiebre que les permitió vincularse nuevamente pero desde otro lugar, desde el lugar de la producción y construcción de un cambio. Por más pequeño que resulte, desde abajo se comenzó a dar solución al problema a largo plazo.

Entonces, sería correcto expresar que solo las iniciativas de mediano y largo plazo constituyeron un contrapunto que le brindó a la organización la posibilidad de ser flexible para absorber las necesidades de la población. Mientras que las de corto plazo solo podrían ser pensadas como indicadores de necesidades organizacionales, en tanto evidenciaron el punto donde la norma oficial se desvinculó de las necesidades del hospital, en vez de dar respuesta a las demandas de la población en materia de salud.

Reflexiones finales

Para dar cuenta del objeto de estudio como estrategia de investigación se propuso elaborar a priori un encuadre teórico que permitió guiar la discusión en todo momento. Los elementos conceptuales retomados sirvieron para problematizar el modo en que se compone la estructura formal de las organizaciones hospitalarias públicas. Pero ninguna de estas logró captar la complejidad organizacional, de modo que cuando se observó la realidad hospitalaria, no se pudo dar una respuesta o explicación teórico-conceptual que reflejara el problema de la informalidad. No obstante, esta solución vino de la mano de la Teoría de la Acción Social dado que brindó conocimiento acerca del rol del sujeto dentro de la organización permitiendo explicar una secuencia de acciones, las que fueron dando especificidad y cuerpo al aspecto informal.⁴

Este encuadre, sumado a las estrategias de indagación, pretendió dar forma al objeto de estudio, a partir de un análisis cualitativo.

De modo que se estudiaron documentos oficiales a fin de comprender el tipo de estructura formal que opera en los hospitales, y cómo ésta constriñe a los actores.

Las entrevistas rastrearon problemas, situaciones críticas que motivaron a los actores a llevar adelante determinada conducta a modo de respuesta. Las regularidades encontradas en los relatos permitieron mediante la sistematización, construir indicadores, categorías y tipologías que sirvieron para definir la informalidad.

La observación del campo y la descripción física del lugar, aportó elementos que permitieron contextualizar el análisis. Los espacios físicos constituyeron datos que ayudaron a comprender y caracterizar el comportamiento organizacional.

Por último, las fuentes documentales y periodísticas permitieron verificar los datos relevados así como aportar otros datos no contemplados por los entrevistados.

En resumen, esto permitió advertir que la experiencia vivida por estos profesionales y trabajadores de la salud era muy distinta de la visión objetiva que planteaban los documentos oficiales, dado que la realidad de estas organizaciones es más que compleja.

El microcosmos hospitalario reconstruido con otros lentes permitió señalar el hiato existente entre la estructura formal y la realidad cotidiana, este hiato se presentó como un espacio de incertidumbre, el cual fue reinterpretado por la capacidad reflexiva de los sujetos como espacio de posibilidad en el que tuvieron lugar las iniciativas no regladas. En consecuencia, estas iniciativas fueron el modo en que se materializó la relación entre las regularidades objetivas y la experiencia vivida del sujeto. Al decir de Bourdieu, son la realidad más real y, como tales, condensaron las problemáticas sociales existentes dentro de dichos hospitales públicos, siendo de esta forma como se develó la informalidad.

Notas

[1.](#) Por razones de extensión, en este artículo haremos hincapié en las iniciativas no regladas, es decir, en el aspecto informal de la organización y sus efectos; no será posible desarrollar y profundizar el modo en que la informalidad moldea la estructura formal desde abajo.

[2.](#) Sennet (2007), sostiene que cuando un sujeto siente malestar con la institución, si aparece el espacio para dar sentido a lo que sucede en su terreno, termina por vincularse personalmente con la organización.

[3.](#) “el poder simbólico es, en efecto, ese poder invisible que no puede ejercerse sino con la complicidad de los que no quieren saber que lo sufren o incluso que lo ejercen” (Bourdieu, 2006: 66).

[4.](#) En la tesis original también se trabajó con la regularidad de las iniciativas estudiadas, y los actores que las llevaron a cabo, sin embargo no constituyeron un resultado relevante para explicar la informalidad, por lo que se decidió no hacer mención directa a ello en este artículo.

Bibliografía

Beck, U. (1997). La reinención de la política: Hacia una teoría de la modernidad reflexiva. En U. Beck, A. Giddens A. y S. Lash. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno* (pp. 13-73). Madrid: Alianza.

Charmaz, K. (2000). Grounded Theory: objetivist & constructivist methods. En: N. Denzin e Y. Lincoln (eds.). *Handbook of Qualitative Research* (pp. 509-535). Thousands Oaks, California: Sage.

Corcuff, P. (1998). *Las Nuevas Sociologías*. Madrid: Alianza.

Crojethovic, M. (2012). El aspecto informal de las organizaciones públicas: instrumento de dominación y estrategia para el cambio. *Cuadernos del CENDES*. Venezuela: Centro de Estudios del Desarrollo, Año 29, N°79, pp.1-19.

Crojethovic, M. (2011). Condiciones de trabajo precarias. Motivación e interés dentro de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires, Argentina. *Revista Gestión de las Personas y Tecnología*. Chile: Universidad de Santiago de Chile, N°11, pp. 26-35.

Crojethovic, M. y Maceira, D. (2009). Los Límites del sistema burocrático y las prácticas informales en las organizaciones hospitalarias. Abastecimiento de medicamentos en el caso de los hospitales porteños. *Medicina y Sociedad. Revista Trimestral* Año 28, N° 2.

Giddens, A. (1997). Vivir en una sociedad postradicional: Hacia una teoría de la modernidad reflexiva. En U. Beck, A. Giddens y S. Lash. *Modernización reflexiva. Política, tradición y estética en el orden social moderno* (pp. 75-136). Madrid: Alianza.

Giddens, A. (2003). *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*. Buenos Aires: Amorrortu (primera edición, segunda reimpresión).

Krieger, M. (2001). *Sociología de las Organizaciones. Una introducción al comportamiento organizacional*. Argentina: Prentice Hall.

Mintzberg, H. (2005). *La estructuración de las organizaciones*. España: Ariel.

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative Evaluation and Research Methods*. Newbury Park: Sage (segunda edición).

Ramió Matas, C. (1999). *Teoría de la Organización y de la Administración Pública. Temas de Gestión y de Administración Pública*. Madrid: Tecnos.

Robles Salgado, F. (2005). Contramodernidad y Desigualdad Social: Individualización e individuación, inclusión/exclusión y construcción de identidad. La necesidad de una sociología de la exclusión. *Revista Mad*. Departamento de Antropología: Universidad de Chile, N° 12, Mayo. Recuperado de: <http://www.revistamad.uchile.cl/12/paper03.pdf>

Sennet, R. (2007). *La cultura del capitalismo*. Barcelona: Anagrama.

Soneira, J. (2007). Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: I. Vasilachis de Giardino (comp.). *Estrategias de Investigación cualitativa* (153-173). España: Gedisa.

Satruss, A. y Corbin, J. (1990). *Basic of Qualitative Research: Grounded Theory Producers and Techniques*. Londres: Sage.

Recibido: 13 de septiembre de 2013

Aceptado: 22 de abril de 2014

Publicado: 17 de diciembre de 2014