

## El aspecto informal de las organizaciones públicas: instrumento de dominación y estrategia para el cambio\*

MARÍA CROJETHOVIC\*\*

pp. 1-19

### Resumen

En este trabajo se devela el funcionamiento actual de las organizaciones públicas de salud en la Provincia de Buenos Aires, enfocando primordialmente los cambios provenientes del aspecto informal. El artículo recoge información derivada de dos investigaciones cualitativas realizadas previamente. Se muestra cómo las distintas iniciativas no regladas de corto, mediano y largo plazo, en combinación con la estructura de poder organizacional, generan efectos sobre la gestión y los resultados. Estas iniciativas pueden contribuir a la perpetuación de la política clientelar o al cambio gestado desde el interior de la organización pública. Se concluye que el aspecto informal, siendo constitutivo de la práctica cotidiana, otorga otro sentido a la política pública expresada formalmente.

### Palabras clave

Organizaciones públicas / Aspecto informal / Salud pública

### Abstract

The paper reveals how the public health organizations of Buenos Aires Province work, focusing on changes brought about by private initiatives inside the institutions. Non-regulated short, middle, and long-term actions from healthcare professionals and workers, in combination with the institutional structure of power, have effects on the management and on the results. These unofficial initiatives can contribute to the perpetuation of the clientelist politics or to the bottom-up change from within. The informal dimension of healthcare organizations is constitutive of their daily practices, giving another meaning to public policy expressed in formal terms.

### Key words

Public organizations / Informal dimension / Public health

\* Trabajo realizado con el apoyo financiero del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (Conicet) y de la Comisión Nacional Salud Investiga, Argentina.

\*\* Investigadora becaria del Centro de Estudios de Estado y Sociedad (Cedes), Argentina.

Correo-e: mcroje@gmail.com

## Introducción

Las diversas propuestas de los autores enmarcados en el análisis organizacional coinciden en que las prácticas informales constituyen aquel comportamiento que se encuentra por fuera de la norma formalmente establecida. Estas acciones, que en un primer momento fueron consideradas como patológicas, cobraron luego relevancia para la teoría de la organización y de la administración. Dado que la organización burocrática es una estructura dinámica que avanza y está constantemente evolucionando en nuevas formas, dichos autores consideraron que esos comportamientos no siempre atentaban contra su dinámica.

Las acciones informales pueden contribuir a alcanzar los objetivos de la organización o pueden obstaculizarlos. No obstante, para poder abordar el fenómeno de estudio, resulta necesario centrarse en la literatura que aborda aquellos aspectos de la informalidad que buscan mantener el flujo de trabajo al interior de la organización.

La escuela de las relaciones humanas<sup>1</sup> fue la que, enfocando los aspectos psicológicos y conductuales de los empleados, diferenció que ciertos grupos informales no atentaban contra los objetivos organizacionales, pues muchos perseguían los mismos intereses planteados formalmente. Dado que el conflicto al interior de la organización aún no era visto como un elemento propio de la misma, sino más bien como una disfunción, los representantes de dicha escuela propusieron la neutralización o erradicación del conflicto y con ello la neutralización de las prácticas informales que atentaban contra la organización (Rahim, 2001). Aunque no se ha profundizado en muchos de estos estudios, esta orientación sirvió de punto de partida para el desarrollo de nuevas investigaciones sociológicas y psicosociales (Díaz Martín, 1994).

Según A. Etzioni, es el enfoque estructuralista el que ha logrado una buena síntesis entre la escuela clásica (lo formal) y la de las relaciones humanas (lo informal), aproximándose a Weber y Marx, aunque más pegado a la perspectiva de las relaciones humanas. Según este autor, los estructuralistas reconocieron el dilema de la organización y plantearon que existen tensiones inevitables entre las necesidades de esta y las de las personas que la componen; tensiones que podrían reducirse, pero no eliminarse. Mientras la escuela de las relaciones humanas se concentra en el estudio de organizaciones industriales, los estructuralistas lo harían además en hospitales, escuelas, iglesias, etc., ampliando el campo de análisis hasta abarcar todo tipo de organizaciones. Los estructuralistas sostuvieron que el enfoque de las relaciones humanas no proporcionaba una visión completa de la organización, y que esa visión sesgada finalmente favorecería a la administración en detrimento de los empleados. Consideraban que el enfoque no abordaba seriamente el problema

<sup>1</sup> Cuyos mayores exponentes fueron Lewin, Roethlisberger, Follet, Dubin y Mayo.

central de una organización: la coexistencia de dos grupos en su interior (administradores y empleados), los cuales frecuentemente entrarían en conflicto dado que tienen intereses contrapuestos. En este sentido, indicaron que se estudiaba así a los sujetos como átomos, sin contemplar la interacción entre ellos, considerando a la organización como una familia más que como un ámbito de lucha de poder entre grupos con valores e intereses conflictivos. Por su parte, los estructuralistas encontraron que los grupos informales no eran tan comunes y que la mayoría de los trabajadores no pertenecía a ninguno, siendo más frecuente que se encontraran entre la jerarquía más elevada de la organización (Etzioni, 1975).

Desde esa perspectiva más sociológica, Peter Michael Blau (1969) también reconoció las tensiones inevitables al interior de la organización y advirtió que no todas las prácticas informales generan los mismos efectos. Algunas seguirían el curso de la organización, contribuyendo a la consecución de los objetivos de esta, mientras que otras los dificultarían, por lo que se debía prestar atención y atender a la creación de condiciones que contribuyeran a guiar las prácticas no oficiales de modo tal que no perjudiquen el logro de los objetivos organizacionales.

Para R. Mayntz (1980) serían sólo los miembros que se identifican con los objetivos de la organización los que, cuando ya no pudieran alcanzarlos a través de los medios usuales, buscarían nuevas formas de conseguirlos, en vez de renunciar a ellos o cambiarlos a discreción. Cuando esas conexiones se hicieran visibles, podría preverse si su objetivo cambiaría o no como reacción a las presiones externas e internas, al mismo tiempo que se reconocería qué grupos intervendrían a favor de la preservación del objetivo. Si bien Mayntz no utiliza el término «informal», está dando a entender que existe un tipo de conducta adaptativa basada en la libertad de decisión. Concluyendo que esta libertad debería otorgarse a aquellos miembros que estén vinculados con los objetivos de la organización, los cuales son por lo general los que se encuentran en los sectores de jerarquía elevada.

Posteriormente Tony Watson (1994), retomando a Blau, propuso la existencia de una relación dialéctica continua entre los aspectos oficiales y los no oficiales de la organización, que contribuiría al funcionamiento del sistema a través de la adaptación de los intereses y las preferencias de los funcionarios a los objetivos generales de los directivos de la organización.

Dentro de la teoría de la administración, C. Ramió Matas (1999), buscando cerrar la brecha que existe entre la dicotomía formal y la informal, retomó los estudios derivados de las relaciones humanas, como así también los de aquellos que consideran a la organización formal un resultado de las presiones de naturaleza informal. Para este autor, la fuente de lo informal es la psicología de los individuos en relación con la naturaleza del grupo social y de la interacción que se origina con la organización formal. Así, de la integración, del contraste, de la negociación y del compromiso entre organización formal e informal surge una imagen

más real de lo que en concreto constituye una organización: un campo estructurado de acción en el que individuos y grupos, dotados de medios distintos, situados en posiciones diferenciadas y movidos por objetivos no siempre convergentes o compatibles, e incluso en ocasiones contradictorios, establecen relaciones de colaboración, conflicto,<sup>2</sup> negociación, y compromiso, no sólo sobre las modalidades operativas, sino incluso sobre la definición de la finalidad misma de la organización (García Madarías en Ramió Matas, 1999). Para este autor, gran parte de las interacciones, procesos y acciones informales no tienen otra función que la de complementar o completar los objetivos delineados por la organización formal. Pero también encontró en esta organización informal la potencialidad para el cambio organizacional. De este modo, cuando ciertos grupos persiguen objetivos propios podrán o no generar modificaciones en la estructura interna. De haber cambios, pasado un tiempo en que la organización haya encontrado su equilibrio informal, tenderá a la materialización formal de este nuevo orden.

Henry Mintzberg (2005), en cambio, en su análisis de la estructuración de las organizaciones se refirió al término «adaptación mutua» para identificar aquella coordinación del trabajo mediante una simple comunicación informal. La adaptación mutua aparecería en las organizaciones más sencillas como algo natural, pero advierte el autor que, paradójicamente, se recurre al mismo mecanismo en las organizaciones complejas, dado que es lo único que funciona en circunstancias extremadamente difíciles. En la propuesta de Mintzberg (2005) la estructura formal evoluciona siguiendo la trayectoria de los senderos ya transitados de manera informal.

A pesar de dichos aportes sobre cómo operan o funcionan las acciones informales que apuntan a mantener el flujo de trabajo al interior de las organizaciones, aún resulta complejo entender su carácter inesperado y qué forma adoptan cuando no es posible la planificación y el control que las guían. Tal vez se deba a que es un tema poco explorado, sobre todo en la empresa, pero también a la interrelación que la misma mantiene con el entorno organizacional (Mintzberg, 2005). Esto último no deja pensar en una sola definición del aspecto informal, sino más bien en qué forma toma.

En este artículo, entonces, se analiza el caso de las organizaciones de salud argentinas, insertas en un entorno poco estable que se hace más hostil debido a la segmentación del sistema de salud en que se desenvuelven. Dentro de estas organizaciones, son los trabajadores del Estado con y sin jerarquía quienes logran mantener el flujo de trabajo, dando una respuesta temporaria a los obstáculos generados por los *factores determinantes* mediante el desarrollo de iniciativas de corto, mediano y largo plazo (como se verá más adelante). Por

<sup>2</sup> En este sentido, el conflicto interpersonal pasa a ser parte de la complejidad que define a la organización en la actualidad (Rahim, 2001).

lo tanto, el aspecto informal se constituye mediante las diversas relaciones de poder que se tejen en el entramado organizacional, y que van moldeando el diseño original muchas veces de manera inesperada.

Se hará hincapié en el potencial de la acción realizada desde abajo, pero esto no debe entenderse como un análisis unidireccional donde el sujeto moldea la institución. Muy por el contrario, partimos de la idea de que la relación sujeto-organización es bidireccional; una relación en la que ambos son elementos constitutivos de sus propias realidades.

### **Metodología**

Para este análisis se han tomado como datos secundarios parte de las entrevistas y de los resultados de dos investigaciones previas realizadas en la Provincia de Buenos Aires: M. Crojethovic, «Desde abajo, la construcción de políticas públicas en salud. Hacia una definición de la informalidad» (tesis doctoral, Universidad de Buenos Aires, 2010), y D. Maceira, V. Alonso, K. Benito, M. Crojethovic, E. Keller, R. Gaglio, G. Gahr y V. Meza, *Análisis organizacional de los laboratorios públicos. Enfoque cualitativo. Evaluando una estrategia de intervención estatal. La producción pública de medicamentos* (Centro de Estudios de Estado y Sociedad, Buenos Aires, 2010).

Para el análisis organizacional, ambas investigaciones se llevaron a cabo mediante un estudio cualitativo con un diseño flexible. El criterio de selección de las organizaciones públicas corresponde a un muestreo de casos extremos. El criterio de extremidad para los hospitales públicos fue el índice de mortalidad infantil, mientras que para los laboratorios públicos fue el registro o no en la Administración Nacional de Alimentos, Medicamentos y Tecnología Médica (ANMAT). En total se estudiaron ocho organizaciones de salud pública, distribuidas de manera equitativa.

Al interior de cada organización se realizó un muestreo «bola de nieve» o «en cadena» para localizar a los informantes clave. Las unidades de recolección fueron directivos, personal administrativo, médicos, enfermeras, técnicos, bioquímicos y personal sindical.

Los ejes temáticos abordados en las entrevistas –variando de acuerdo con la posición en la jerarquía del informante clave– fueron los siguientes:

- Profesión y trayectoria del entrevistado.
- Rol y funciones oficiales de los distintos actores.
- Ambiente de trabajo–vínculo entre colegas.
- Desempeño/actividades cotidianas de trabajo.
- Rol y funciones reales de los distintos actores.
- Obstáculos percibidos.
- Respuesta a los obstáculos.
- Poder y toma de decisiones.

- Sistema de incentivos, motivaciones, creencias.
- Vínculo entre la organización y las autoridades ministeriales.

Para la codificación y análisis se tuvieron en cuenta los lineamientos de la teoría fundamentada (*Grounded Theory*), la cual permitió construir categorías empíricas que contribuyeran a redefinir el concepto de informalidad.

### Factores determinantes del aspecto informal

Los factores que afectan la estabilidad de las organizaciones de salud estudiadas provienen tanto de una dimensión exógena, como de una endógena. Mientras en la primera se encuentran aquellos como el aumento de la demanda, la agudización de la situación social del paciente, y los cambios económicos y políticos impredecibles característicos de los países en vías de desarrollo, en la segunda se observan la falta de recursos de personal y materiales, trabas de los mecanismos burocráticos y problemas de infraestructura. Como resultado, se termina desalentando al personal capacitado, que migra al ámbito privado o a sectores más tranquilos, siendo este otro factor que impacta las organizaciones (Crojethovic, 2011).

De esa forma se alteran las condiciones en las que se trabaja, pues ese contexto genera *incertidumbre*<sup>3</sup> en el desempeño, que no permite anticipar el día de trabajo, y cierta *desprotección laboral*, caracterizada por la intensidad de la jornada (ibid.). Es en este escenario de precariedad que los profesionales y trabajadores de la salud desarrollan cotidianamente sus actividades, provocando que el diseño organizacional pautado desde los orígenes se redefina en función de «lo que hay». Es decir, las organizaciones de salud de la Provincia de Buenos Aires cuentan con un marco normativo y con manuales de procedimiento que guían el comportamiento de sus participantes, definiendo la trayectoria de las mismas. Así, desde lo formal se ofrece un servicio social en particular. Pero la elevada racionalidad plasmada en los marcos normativos de las organizaciones públicas, sumada a los factores que afectan constantemente la estabilidad, genera barreras y obstáculos, ofreciéndose de esta forma un servicio de salud muy diferente al planteado de manera oficial.

Esto podría analizarse como un juego de luces y sombras entre aquellos elementos normativos que provocan barreras al desempeño y los que no, transformando las condiciones objetivas que enfrentan los profesionales y trabajadores de la salud cotidianamente. En otras palabras, estos elementos normativos no desaparecen, sino que van adquiriendo un carácter ceremonial (Meyer y Rowan, 1999) que les permite mantener determinado control sobre los profesionales y trabajadores, a la vez que los *libera* (Beck, 1996) para que

<sup>3</sup> Si bien debe reconocerse que existe una fuente de incertidumbre inherente a la disciplina (Scott y otros, 2008), la peculiar condición en que desarrollan su labor trasciende los grados esperados vinculado a los riesgos de la disciplina.

desarrollen acciones informalmente. Así se va dando respuesta a aquello que la normativa oficial no puede resolver.

El problema surge cuando se analiza la forma que adopta la *libertad*, y comprende que la misma se presenta de manera caótica y desregulada. Esta libertad representa un espacio vacío<sup>4</sup> en la norma, un momento en el tiempo de *no saber qué hacer*, porque se encuentra bajo la potestad de la precariedad. El sujeto, mediado por un *proceso motivacional*,<sup>5</sup> se apropia de este momento de incertidumbre, y lejos de paralizarse frente a un obstáculo, emprende una acción diferente a lo que dicta la norma, aunque de forma obligada.

De esta manera se va generando una dinámica particular caracterizada por una relación bidireccional en la cual los sujetos conforman su identidad, en tanto dicha experiencia (re) significa su vida, a la vez que ellos mismos transforman la realidad organizacional mediante un espacio de posibilidad para la acción.

### **El aspecto informal en las organizaciones públicas**

El mencionado contexto de precariedad es vivido por profesionales y trabajadores de la salud como un proceso de exclusión del sistema de salud pública. En otras palabras, se sienten excluidos. En respuesta a esto, surge entonces la solidaridad entre los participantes de la organización como un movimiento de contra-exclusión que les permite desarrollar estrategias para poder afrontar la jornada laboral. Así se generan grupos de trabajo de «buena voluntad» que conforman una red informal fructífera para el desarrollo de iniciativas. No obstante, los riesgos que conlleva esta estrategia son abundantes y diversos, porque la desvinculación de las normas por parte de los profesionales y trabajadores de la salud, en un contexto de exclusión, no se produce de manera asistida y pautada, sino desasistida y sin pautas claras. El hecho de que no exista un marco que las contenga genera que la informalidad adquiera diversas aristas.

Tal como se ha mencionado con anterioridad, las iniciativas no regladas pueden diferenciarse en aquellas de corto, mediano y largo plazo. El *plazo* al que se hace alusión no corresponde a su permanencia en el tiempo. De hecho, una iniciativa de corto plazo puede permanecer de manera prolongada —de forma intermitente— en tiempo y espacio, inclusive más que aquellas que son de mediano o largo plazo. En este sentido, el plazo permite diferenciar entre las iniciativas que operan como respuestas puntuales a los conflictos, y las que

<sup>4</sup> Vació de sentido.

<sup>5</sup> «En este caso, la motivación no es directa, es decir, no aparece como una respuesta frente a un impulso propuesto desde la organización pública, sino que se construye en las prácticas habituales a partir de las cuales se forma un vínculo entre los profesionales y trabajadores de la salud con el hospital. [...] En este sentido, los profesionales y trabajadores de la salud que permanecen trabajando en el hospital público construyen un proceso motivacional que los compromete mutuamente, les brinda confianza, a la vez que les despierta interés en algo relacionado con el hospital público, y por eso creen que es importante participar» (Crojethovic, 2011:32-33).

conlleven algún tipo de proyecto que intenta revertir una situación conflictiva que, para los miembros de la organización, es recurrente. 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 la organización gracias a esta, sino que se quiere resaltar el sentido de la acción, identificando el tipo de respuesta brindada para solucionar el problema.

### **Iniciativas no regladas de corto plazo**

Estas acciones constituyen una forma de respuesta frente a los factores negativos endógenos y/o exógenos que obstaculizan la dinámica de la organización. No emergen solamente por cuestiones externas, sino también por cuestiones idiosincrásicas de dichas organizaciones. En este sentido, no son características de los períodos de crisis, sino que también se evidencian en tiempos de relativa estabilidad. Apuntan a resolver situaciones puntuales en un corto plazo.

Quienes realizan la acción enfrentan el orden establecido al tomar la decisión de llevarla a cabo y van más allá de aquello que dicta la norma oficial, contribuyendo a no fracturar la cadena de responsabilidades. Se considera que en este tipo de iniciativas subyace cierta capacidad reflexiva en el sujeto, aunque *no* generen un cambio en las estructuras sociales vigentes. Dicha acción es el resultado del malestar del sujeto con la situación conflictiva; es capaz de cuestionarla y de actuar para mejorarla, pero debido a que esta acción se encuentra mediada por procesos complejos, no logra romper el viejo orden.

Estas iniciativas se materializan dentro de aquello que se ha denominado *vacío en el tiempo*, en el cual el profesional y el trabajador de la salud, individualmente o en grupo, definen al instante el modo en que la situación debe ser resuelta. No requiere de contactos con las autoridades del hospital para desarrollarlas, aunque muchas veces se recurre a algún compañero, o al grupo de pertenencia, o al jefe de servicio, consultando acerca de la realización de la acción. Debido a que muchos de los problemas que constituyen los factores determinantes son estructurales, *permanecen en el tiempo* manteniendo el flujo de trabajo que hace a la dinámica organizacional. En consecuencia, el dilema se le enfrenta al sujeto y lo interpela de manera inminente.

Dentro de estas acciones, algunas se «improvisan» al momento y otras se institucionalizan. Pero a pesar del esfuerzo, este tipo de iniciativas tampoco garantiza que el problema sea resuelto. Existe un conjunto ya conocido de iniciativas que se visualiza *a priori*, pero eso no significa que, porque una de ellas haya sido exitosa en el pasado, necesariamente deba serlo en el futuro. El hecho de que una iniciativa quede instituida no garantiza la resolución del conflicto por sí mismo. Entre aquellas que se institucionalizan surgen como las más frecuentes las que se muestran en el cuadro 1.

Cuadro 1

**Iniciativas no regladas de corto plazo**

Hospitales	Laboratorios
Intercambio de medicamentos o de insumos entre farmacias de hospitales.	Alterar los tiempos organizativos de la producción, debido a que el flujo de insumos no está asegurado.
Contactos entre profesionales «amigos» de distintos hospitales para lograr las derivaciones de los pacientes.	Financiar de su propio bolsillo insumos que puedan faltar en el laboratorio.
Financiar de su propio bolsillo insumos que puedan faltar en el hospital.	Técnicos llevando a cabo trabajos de albañilería dentro del laboratorio.
Pedir adelanto de insumos a aquellos proveedores que ganaron la licitación, sin contar aún con la resolución oficial.	Pedir que exceptúen pagos para el control de calidad.
En la guardia anestesia, otro médico suple la ausencia de médico anestesista.	Realizar procesos manualmente porque no se cuenta con máquinas que trabajen menores cantidades.
Trueque de pacientes entre hospitales.	
Pacientes internados en la guardia por falta de camas en el sector de internación.	

**Iniciativas no regladas de mediano plazo**

Al igual que las anteriores, las iniciativas de este tipo también surgen frente a factores negativos endógenos y/o exógenos que obstaculizan la dinámica de la organización. Si bien algunas emergen en períodos de crisis, debido a que los sujetos se encuentran movilizados por la situación conflictiva, suelen observarse en tiempos de relativa estabilidad.

Estas acciones se evidencian con menor frecuencia porque, a diferencia de las de corto plazo, apuntan a sobrepasar el conflicto puntual, superando y trascendiendo el obstáculo.

Quienes desarrollan este tipo de iniciativas al menos deben identificar la raíz del problema, abordando el efecto que genera el mismo en la organización y el lugar de precariedad en que están ubicados como miembros de la misma. En estas acciones subyace la elaboración de un proyecto; presuponen la movilización de contactos con las autoridades para valerse de los recursos que conduzcan a resolver tal situación, en vez de colocar un «parche». De modo que estos sujetos, mediante su capacidad reflexiva, pueden cuestionar la situación que los interpela cotidianamente, e intentan generar cambios, aunque sean pequeños. Si bien estas iniciativas no resuelven los conflictos de manera precaria, tampoco logran quebrar las estructuras vigentes y solucionar aquello que es un problema estructural. El cuadro 2 muestra algunos ejemplares.

Cuadro 2

### Iniciativas no regladas de mediano plazo

Hospitales	Laboratorios
Construcción de una sala temporaria para los pacientes que están internados en la guardia.	Salir a buscar la demanda, recorriendo cada hospital, promocionando lo producido.
Becarios que suplantan la falta de RRHH.	Becarios que suplantan la falta de RRHH.
Contratos temporarios de personal.	Diseño y puesta en marcha de áreas prioritarias, las cuales no existen en el organigrama oficial.
Equipos de análisis clínicos en comodato.	Adaptar los equipos que se tenían para poder trabajar mejor/Inventar máquinas chicas o adaptar las existentes para producir en menor cantidad.

### Iniciativas no regladas de largo plazo

Al igual que las de corto y mediano plazo, este tipo de iniciativas también surge frente a factores negativos endógenos y/o exógenos que obstaculizan la dinámica de la organización. Y en similitud con las de mediano plazo, en pocas ocasiones han aparecido en períodos de crisis, emergiendo, en general, en los de relativa estabilidad.

También conllevan un proyecto subyacente, el cual presupone los mismos contactos con las autoridades con el fin de valerse de los recursos necesarios para su materialización. No obstante, a diferencia de las de mediano plazo, estas acciones logran quebrar las estructuras vigentes, produciendo un cambio en las condiciones normativas y brindando una solución al problema estructural. De esta forma se logra neutralizar el *factor determinante*.

Más allá del tiempo que permanezcan tales iniciativas, la complejidad del proyecto expresa la intención de transformar el conflicto a largo plazo. Es decir, de *subvertir* el factor negativo que afecta la organización pública en la que se encuentra inserto el sujeto. Este tipo de acciones implica una toma de posición y una decisión del sujeto, pero a la vez, dependiendo de su *habitus* en relación con las mediaciones complejas que presenta el ambiente, implican que ejercerá su capacidad reflexiva de forma tal que sus acciones produzcan un quiebre con el orden establecido. Se trata de miembros de la organización que, a partir de su creatividad y experiencia, erigen nuevos proyectos orientados a solucionar problemas estructurales. En general, estos sujetos además tienen cierta capacidad de liderazgo que les permite vincularse con su grupo de trabajo, o bien contactar a las autoridades hospitalarias, para lograr el apoyo necesario que les permita materializar dicha iniciativa. Las acciones registradas a partir de los relatos se muestran en el siguiente cuadro.

Cuadro 3

**Iniciativas no regladas de largo plazo**

Hospitales	Laboratorios
Universidad para enfermeras.	Tercerizar la distribución de los productos.
Creación de la unidad de terapia intensiva.	Desarrollo de nuevos productos.
Programa de control de antibióticos.	Desarrollo de una nueva estructura administrativa autárquica.
Implementación de protocolos: bioseguridad/área de enfermería del servicio de maternidad.	

Debe señalarse que ninguna de estas iniciativas corresponde a políticas diseñadas desde el Ministerio de Salud de la Provincia, ni son el producto de una programación o planificación sanitaria. El hecho de que dichas acciones se circunscriban a un servicio médico o a un laboratorio determinado establece el carácter de una iniciativa no reglada, y no de una planificación estratégica por parte de las autoridades.

No obstante, toda iniciativa no reglada constituye una acción que se materializa en la relación entre las regularidades objetivas y la experiencia del sujeto, otorgando a la población las respuestas que la política pública oficial no brinda, y es por eso que emerge desde abajo. Aquí consideramos que estas iniciativas portan una esencia política, adjudicándole otro sentido al otorgado en el diseño oficial. En tanto son tomas de posición y decisión, materializan la política pública del subsector de salud, redefiniendo su rumbo. Aunque no siempre de forma consciente.

**Dominación y cambio. La estructura heterogénea de poder**

Todas las organizaciones públicas de salud (de un mismo tipo) comparten un organigrama. Es decir, todos los hospitales de la Provincia de Buenos Aires poseen el mismo organigrama oficial; igual sucede con todos los laboratorios públicos de la Provincia que dependen directamente del Estado.<sup>6</sup> Pero por aquello de que no toda autoridad formal es capaz de mantener el poder real (Mayntz, 1980), o no toda autoridad formal ejerce el mismo tipo de poder o en una misma dirección, las distintas organizaciones serán gestionadas de diverso modo, siendo también diverso el resultado que se obtenga de ellas.

<sup>6</sup> Hay laboratorios que son sociedades del Estado. Dentro de este grupo va a depender de ellos mantener el mismo organigrama o no.

Los espacios de acción necesarios para el surgimiento del tipo de iniciativas que promueven cambios hallarán sus *límites* en aquellas organizaciones en las que el poder se encuentre altamente concentrado en la autoridad. En consecuencia, el tipo y grado de poder que se ejerza en cada organización pública establecerá el terreno propicio para los distintos tipos de acciones.

Tal como se observa en el cuadro 1, las organizaciones que poseen una estructura de poder vertical por lo general darán mayor lugar a las iniciativas no regladas de corto plazo, debido a que quienes detentan el poder rara vez dejan margen para el consenso, la libertad de acción y la creatividad. En estos casos, las autoridades de la organización controlan cada movimiento dentro de la misma, gestionando desde arriba de forma vertical, verificando que todo lo demandado sea cumplido. Este tipo de organizaciones suele ser cooptada por el intendente del municipio para la consecución de votos. Allí su presencia suele ser muy fuerte, «bajando línea» a través del director y sus allegados, y convirtiendo a dicha institución en un instrumento para el desarrollo de políticas clientelares. Mientras tanto en la base de la pirámide organizacional los empleados y trabajadores de la salud obedecen las órdenes, inclusive cuando estas son vistas como poco razonables, absorbiendo todos los problemas generados por el gran exceso de demanda. En cambio, en aquellas organizaciones en las que la autoridad formal es ejercida dando lugar al consenso, aparece la participación del sujeto asociado a los objetivos de la organización. Así surgen las propuestas, las discusiones y las alternativas posibles para generar el cambio.

Cuadro 4

#### **Estructura de poder y el aspecto informal**

<b>Estructura de poder</b>	<b>Tipo de iniciativa</b>	<b>Efecto sobre la organización</b>
Vertical	Corto plazo	Mantiene el flujo de trabajo
Horizontal	Mediano plazo	Resolución temporal
Horizontal	Largo plazo	Quiebre del orden existente

Fuente: elaboración propia según los datos secundarios tomados.

En las organizaciones estudiadas, la figura del director resulta clave para definir la estructura real de poder de la organización. Al representar un cargo político que depende del Ministerio de la Provincia de Buenos Aires, es el Ministerio quien nombra y decide el término del mandato. El director aparece entonces como la figura responsable que detenta el poder político y lo concentra, o bien que genera consenso. Este hecho también será clave para comprender el comportamiento de los miembros de la organización.

[...] ahora pusieron otro, directamente digitado por la municipalidad, o sea ni siquiera... mandaron de provincia un director, pero desapareció en una semana. Y después mandaron uno de la municipalidad, es muy joven, treinta y pico de años, no tiene nada de experiencia, lo pusieron los (políticos) de turno. (Entrevista: 32, Adriana).

En aquellas instituciones públicas donde no se han registrado iniciativas de mediano y largo plazo, se observa, a partir de los relatos, que el poder y la autoridad se concentran en la figura del director. En estos casos, las acciones de los profesionales y trabajadores de la salud parecieran estar restringidas por el control de la autoridad, que reduce sus márgenes de acción. Ellos sienten que su saber es desconocido y deslegitimado. De esta forma se desarticula el poder de conocimiento y, con él, el poder que determinados grupos podrían llegar a poseer, generándose así el clásico conflicto entre políticos y profesionales-trabajadores. Aparecen aquí los favores otorgados por el director (el nombramiento de personal de planta, entre otros) como forma de un poder simbólico, el cual le permite reclamar para sí cierta lealtad. De ese modo la libertad de acción de los profesionales y trabajadores queda limitada y controlada, dado que deben responder y acceder a los pedidos del director. Si bien los profesionales y trabajadores de la salud levantan quejas frente a la Dirección o el Ministerio, expresan que no son escuchados ni respaldados por las autoridades.

Entonces por un lado Neo [Servicio de Neonatología] te dice: «no tengo lugar», cada vez que vos internás a una paciente te viene el neonatólogo del día o el jefe del servicio a putearte mal. Vos lo mirás como diciendo «vos te crees que yo la fui a buscar [a la paciente], cerrame la maternidad», «es un problema de ustedes, hablen» [le contestan], vas a hablar a dirección y te largan, «arreglate como puedas», entonces ¿qué carajo hacés? –perdón por la expresión—. Si tenés a la paciente a punto de parir, hablamos de una paciente en malas condiciones, porque un parto normal... pero vos qué sabés hasta que no nace el chico y lo ves, no sabés si precisa una neo o no. Entonces el neonatólogo grita, la paciente grita, la familia de la paciente la tenés acá pidiéndote «que vos el problema lo tenés que resolver». [...] No, la idea no es avalar al médico, [...]. Entonces te sentís horrible, pero me faltás el respeto el triple, porque si me avalás, todavía, le dije [al Director]. [...] Entre que ya los pacientes te faltan el respeto mal, más el director, el tema es que el paciente siempre tiene razón [para el Director]. (Entrevista: 17, Fernando).

Lo interesante es que en organizaciones con este tipo de estructura las iniciativas de corto plazo no son desconocidas, ni desalentadas por las autoridades, resultando útiles a la reproducción de un sistema que opera bajo una dominación simbólica. Y como todo sistema de dominación, para que funcione se necesitan de dominados y dominantes. La contra-exclusión aparece entonces como un elemento clave para la comprensión. Frente a la precariedad, los miembros responden con las iniciativas no regladas de corto plazo, las

cuales regeneran el flujo de la dinámica organizacional y toman cuerpo en ellos gracias a la información que tienen sobre la situación conflictiva y el conocimiento técnico que poseen para resolverla. De hecho, esta situación en apariencia podría ser vista como un poder que asciende, mostrando el dominio de la actividad cotidiana, dado que el control sobre las acciones supone un poder. Pero en la realidad opera como un poder simbólico, ejercido de manera descendente, que impone un sistema de clasificación política bajo la apariencia legítima de clasificaciones técnicas. De esta forma se encuentran en una *trampa*, porque las iniciativas no regladas de corto plazo no son simples respuestas que sólo demandan cierto «esfuerzo» por parte de quienes las realizan. Muchas veces implican una disyuntiva precaria que plantea un doble riesgo: o se da al paciente un medicamento inseguro, o se privilegia la seguridad y no se le brinda, con lo que se discontinúa el tratamiento necesario. Entonces, si bien este tipo de iniciativas eventualmente contribuye a la satisfacción de las necesidades de la población, operando como canales aliviadores de las tensiones originadas por los factores endógenos y exógenos, también son portadoras de riesgos, pudiendo generar lo contrario de lo que se proponen. En consecuencia, la decisión y la acción recaen sobre el profesional o trabajador, como una lucha por la subsistencia. Estos no siempre reflexionan sobre el riesgo que producen, conduciendo a la organización por el camino de la precariedad. El compromiso creado con la organización lleva a proteger a la institución de las hostilidades intrínsecas y del entorno; no obstante, no se logra despegar a la institución pública del lugar dónde está.

La creencia de los participantes en el conocimiento técnico, amalgamada al ejercicio de un poder simbólico, obtura la posibilidad de observar la relación de dominación que somete estas instituciones al letargo. Insertos en un contexto de desprotección, la solidaridad que emerge entre ellos genera nuevas dependencias que los atrapa en un círculo vicioso que reproduce la precariedad. Se parte de un contexto precario, aparece la falta, el obstáculo al cual se responde con una iniciativa de corto plazo (precaria) a un problema que es estructural. Se tapa, se enmienda, y así son «útiles» para lograr que la organización persista, pero el servicio de salud se brinda a medias, reproduciendo la situación una y otra vez. Claro que son acciones que estos sujetos llevan a cabo para cumplir con sus responsabilidades, para poder desempeñar su labor frente a los obstáculos; y así se mantiene al sistema en constante precariedad.

Por otro lado, el personal deslegitimado, despojado de su saber, está cansado, aletargado y lejos de pensar en construir un proyecto que introduzca algún tipo de cambio. En consecuencia, estos casos permiten ilustrar aquello que Mayntz (1980) advirtiera acerca de los peligros de la regulación rígida y el control, que neutralizan las relaciones interpersonales típicas en una burocracia, pero al mismo tiempo producen un efecto que inhibe y restringe

la posibilidad de crear. De esta forma, paulatinamente surge un proceso de envejecimiento social (Bourdieu, 1998) originado desde las autoridades. Este lento trabajo de duelo o desinversión que lleva a los sujetos a ajustar sus deseos a las oportunidades objetivas que se les presentan en la institución los conduce a admitir su condición, a devenir en lo que son, a contentarse con lo que tienen. Así renuncian a la posibilidad de generar proyectos porque, tal como expresan, realizar algo nuevo, pelear por lo que uno cree que es justo, aparece como «una pérdida de tiempo».

Por lo contrario, en las organizaciones en las que se evidencian con mayor frecuencia las iniciativas de mediano y largo plazo, el consenso surge como una estrategia para preservar el desarrollo de la organización. Si bien existen muchos conflictos entre los participantes, los entrevistados relatan que apelan al consenso para apaciguar los ánimos, y no a la amenaza. La inquietud por mejorar el rendimiento de la institución pública aparece de manera frecuente. La estructura de poder en estos casos también es descendente, pero el poder se encuentra más distribuido debido al consenso al que apelan las autoridades. Esto genera que tanto los profesionales como los trabajadores de la salud quieran participar, discutiendo las carencias del lugar en que trabajan, los arreglos que habría que realizar, proponiendo proyectos para mejorar el rendimiento organizacional e integrar la institución a la comunidad, según las necesidades de esta. Es esa participación la que construye un sentido de pertenencia aún más intenso, que les permite no sólo trabajar, sino que exista un replanteo permanente de cómo trabajar mejor.

[...] acá uno se compromete mucho más y hace muchas más cosas que lo que el hospital le requiere. Uno organiza desde el ámbito docente, uno organiza una biblioteca, uno organiza cursos, uno se preocupa por qué organigrama tiene que tener el hospital mejor. Ahora, recién me llaman de acciones institucionales que estaban discutiendo unas cosas, las carencias que tiene el hospital, las mejoras, uno es parte un poco de todas las cosas ¿no?, entonces... eso te da una pertenencia, es medio como la casa de uno ¿no? Entonces es como que uno no viene sólo a hacer acá el trabajo y a ganar el sueldo, sino que uno se replantea permanentemente cómo puede trabajar mejor, cómo se puede modificar ciertas cosas que funcionan mal, y eso trae muchas peleas también, pero claro... porque uno está dentro del problema. (Entrevista: 36, Lotto).

En estos contextos organizacionales, las iniciativas no regladas de mediano y largo plazo son posibles porque existe cierta distribución del poder entre los de arriba y los de abajo, la cual permite una compensación entre quienes disponen de la información y quienes poseen el poder (Crozier, 1969). Es decir, que aquellas personas que cuentan con el conocimiento directo de un tema determinado al menos participarán de la discusión cuando se tome una decisión acerca de dicho asunto. Es esta libertad de acción que se le brinda al sujeto como

posibilidad de participación e inclusión en las discusiones acerca de los problemas la que genera un mayor involucramiento con los objetivos.

En determinados momentos, los espacios de acción que emergen de las carencias darán lugar a las iniciativas no regladas de largo plazo. Cuando los miembros de la organización desarrollan este tipo de iniciativas, significa que han sido capaces de cuestionar sus circunstancias, de confrontarse a sí mismos y al contexto que los rodea. Entonces comienzan a interrogarse y cuestionarse acerca de su situación de trabajo y del lugar en el cual trabajan. Es su capacidad reflexiva la que permite producir cierta autocrítica, que los estimula hacia la construcción de proyectos para inducir pequeños cambios desde abajo, los cuales permiten solucionar el problema a mediano o largo plazo.

Por lo general, estos proyectos contemplan posturas o visiones de determinados grupos acerca del problema, de modo que no siempre se orienta la política pública hacia el mismo rumbo. Así, se libran luchas de poder por el conocimiento, que intentan introducir distintos cambios por medio de estas iniciativas. A pesar de que estas representen una pequeña proporción en relación con las de corto plazo, se puede observar que suman mayor tensión al interior de las organizaciones. Por lo tanto, lejos están de darse de una manera armónica, debido a que los grupos de trabajo no garantizan la resolución de los conflictos interpersonales entre los participantes de la organización. Algunos operan de manera atomizada, lo que genera roces con otros grupos; las relaciones de fuerza existentes dentro de las organizaciones públicas permiten corroborar este hecho. Tales disputas se manifiestan a través del poder que se establece de forma ascendente, descendente y/u horizontal, lo cual evidencia el proceso de lucha entre los distintos sectores y fracciones internos. Es en este sentido que se sostiene que las iniciativas de mediano y largo plazo incrementan la tensión en la organización, porque representan otra dimensión en la disputa de poder dentro de este espacio de juego, que se vivencia a través del fortalecimiento de los diversos grupos. Como resultado de esto aparece el incremento de la sinergia con el sector privado, o en contraposición, las acciones que apuntalan al sector público. El hecho de que compartan cierto sentimiento de pertenencia a la organización pública no significa que tengan los mismos intereses, y es allí donde germina tal disputa. Se lucha por garantizar la educación universitaria gratuita para las enfermeras, y se lucha por introducir un grupo privado de control y racionalización de antibióticos. Ambos proyectos pueden coexistir y desarrollarse paralelamente, no tienen por qué ser contrapuestos. Pero la experiencia indica que, frente a un ajuste presupuestario, aparecerá la tensión y la disputa por su manutención.

Las iniciativas no regladas de largo plazo constituyen, tal vez, el mejor ejemplo de las acciones políticas, introduciendo cambios al interior de la organización desde abajo. De modo que debe valorarse el potencial que poseen. Pero al no generarse dentro de un marco de contención que las regule, emergen de manera dispar, aparecen en determinados

sectores, y dependen de la «voluntad y vocación» del profesional y/o trabajador de la salud. Esta gestación desregulada y no planificada termina introduciendo cierta inequidad tanto *intra* como *inter* institucional.

### Reflexiones finales

De aquí surge la discusión última acerca de si finalmente las iniciativas no regladas contribuyen al sentido de la política pública expresada en términos formales, para lo cual sería interesante formular un escenario posible. Si se pensara a las iniciativas no regladas como un complemento de la estructura formal que permita la consecución de los objetivos de la organización, es decir que contribuya a 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 es posible expresar que no operan como un contrapunto. El aspecto informal representa un proceso complejo que se entreteje con lo formal de diversas formas (la mayoría de las veces inesperadas), constituyéndose como parte del desarrollo organizacional. Dentro de lo informal, en estos casos, las iniciativas de mediano y largo plazo posibilitan el cambio organizacional, mientras que las de corto plazo desvían a la organización de sus objetivos, transformando el derecho a la salud en una *asistencia precaria*.

Ahora, debido a que los hechos no son tan simples, podría pensarse un segundo escenario, el cual plantea que las iniciativas no regladas de corto plazo representan un mecanismo para resolver un problema que la estructura formal no puede solucionar. Si se observa que estas iniciativas no regladas de corto plazo permiten zanjar problemas puntuales y urgentes que de otro modo no podrían solucionarse —tapa agujeros, enmienda, etc.—, entonces sí podrían ser vistas como un contrapunto. Cuando un profesional o un trabajador de la salud realizan este tipo de acciones, finalmente se podría argumentar que se está resolviendo un problema, porque al beneficiario se le ha solucionado su complicación o necesidad. Cuando las opciones posibles son drásticas o radicales, aparece la solución al obstáculo a partir de una iniciativa no reglada de corto plazo que permite satisfacer la demanda y solventar el escollo. Más allá de que muchas iniciativas son realmente preocupantes, desde un razonamiento lineal se expresaría: finalmente se atendió al paciente, o finalmente contamos con los medicamentos carentes en el mercado; y entonces todo sigue su curso. Sin embargo, otra vez se cae en el problema principal, porque este tipo de contrapunto reproduce la precariedad de la organización pública. Si bien es cierto que de esta forma las instituciones públicas siguen funcionando y no cierran sus puertas, así la salud «se brinda a medias».

A medias significa una dinámica que reproduce la precariedad con la cual se trabaja, y por ende la de la salud que se estará brindando. Esta precariedad se encuentra cubierta

por un manto de iniciativas no regladas de corto plazo que evitan una situación social inconveniente, por no decir costosa para muchos funcionarios públicos y/o políticos de turno, como lo sería el cierre de un hospital o del acceso a los medicamentos. Sin embargo, debe quedar en claro que estas iniciativas no regladas de corto plazo contribuyen al deterioro estructural del sistema público de salud, son parte de aquello que ha corroído la política pública en salud a lo largo de los años silenciosamente. En este sentido, no corresponde que sean estudiadas como un complemento o un contrapunto.

Lo paradójico es que este tipo de acciones, las cuales portan la responsabilidad de la salud de la población, a lo largo de los años han ido trastocando la dinámica de dichas organizaciones. La salud pública está atrapada y entrampada por estas iniciativas y esto no es por accidente ni por desidia: ni la acción ni la omisión son un acto inocente. Por lo tanto, entendemos que las iniciativas no regladas de corto plazo finalmente son funcionales al mantenimiento de un sistema de salud que debe atender a las personas que no pueden satisfacer sus necesidades a través del mercado. Y los profesionales y trabajadores sometidos por un poder simbólico que los ubica en el lugar de «prestigio y privilegio» terminan constituyéndose –sin saberlo- en los ejecutores de este tipo de política sanitaria.

Ahora, ¿qué dirección tomamos?

Si existe una forma en la cual se podría avanzar es en el estudio de aquellos factores que originan las iniciativas no regladas de corto plazo, tomándolos como indicadores de necesidades, y dándole oportunidad a las acciones de mediano y largo plazo. Dar lugar a los proyectos que pujan por las instituciones públicas y así fortalecer la red sanitaria en materia de atención en salud y acceso a los medicamentos, desarrollando políticas sanitarias en relación con las necesidades de la población, de modo que sean socialmente productivas.

A su vez, las autoridades ministeriales deben llevar a cabo políticas de largo plazo que permitan planificar y organizar las actividades, contemplando las necesidades específicas provenientes desde abajo. De esta forma se estará otorgando verdadera autonomía a la organización pública, siendo el Ministerio de Salud sólo un ente de regulación. Esto debe ser complementado con el fortalecimiento de las instituciones de salud capaces de neutralizar los personalismos, evitando que se conviertan en instrumentos de políticas clientelares.

## Referencias bibliográficas

**Beck, Ulrich** (1996). «La modernidad reflexiva», en Josexto Beriain, comp., *Las consecuencias perversas de la modernidad. Modernidad, contingencia y riesgo*, pp. 201-265, Barcelona, España, Anthropos.

**Blau, Peter Michael** (1969). *Bureaucracy in Modern Society*, Nueva York, Random House.

**Bourdieu, Pierre** (1998). *La distinción. Criterios y bases sociales del gusto*, España, Taurus.

**Bourdieu, Pierre** (1999). *Razones prácticas. Sobre la teoría de la acción*, Barcelona, España, Anagrama.

**Bourdieu, Pierre** (2006). *Intelectuales. Política y poder*, Buenos Aires, Eudeba.

**Crojethovic, María** (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*, n°11, pp. 26-35, Universidad de Santiago de Chile.

**Crozier, Michael** (1969). *El fenómeno burocrático*, Buenos Aires, Amorrortu.

**Díaz Martín, María del Carmen** (1994). «La información en el pensamiento organizativo», *Cuadernos de Estudios Empresariales*, n° 4, pp. 1-15, Universidad Complutense, Madrid, [www.ucm.es/BUCM/revistas/emp/11316985/articulos/CESE9494110103A](http://www.ucm.es/BUCM/revistas/emp/11316985/articulos/CESE9494110103A).

**Etzioni, Amitai** (1975). *Organizaciones modernas*, Argentina, UTHEA.

**Giddens, Anthony** (2003). *La constitución de la sociedad: bases para la teoría de la estructuración*, Buenos Aires, Amorrortu.

**Maceira, Daniel** (2006). «Descentralización y equidad en el sistema de salud argentino», en María Cristina Vargas de Flood, comp., *Política del gasto social. La experiencia argentina*, Buenos Aires, Editorial La Colmena.

**Maceira, Daniel** (2009). «Crisis económica, política pública y gasto en salud. La experiencia argentina», documento de trabajo n° 23, Argentina, Cippec.

**Mayntz, Renate** (1980). *Sociología de la organización*, Madrid, Alianza Universidad.

**Meyer, John y Brian Rowan** (1999). «Organizaciones institucionalizadas: la estructura formal como mito y ceremonia», en *El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*, México D.F., Fondo de Cultura Económica.

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

**Rahim, M. Afzalur** (2001). *Managing Conflict in Organizations*, 3ª ed., Westport, CT, Quorum Books.

**Ramió Matas, Carles** (1999). *Teoría de la organización y de la administración pública. Temas de gestión y de administración pública*, Madrid, Tecnos.

**Robles Salgado, Fernando** (2005). «Contramodernidad y desigualdad social: individualización e individuación, inclusión/exclusión y construcción de identidad. La necesidad de una sociología de la exclusión», *Revista Mad 12*, Universidad de Chile, Departamento de Antropología, [www.revistamad.uchile.cl/12/paper03.pdf](http://www.revistamad.uchile.cl/12/paper03.pdf). (Consultado el 13/8/2009).

**Scott, Shannon, Carol Estabrooks, Michael Allen y Carol Pollok** (2008). «A Context of Uncertainty: How Context Shapes Nurses' Research Utilization Behaviours», *Qualitative Health Research*, vol. 18, n° 3, pp. 347-357.

**Watson, Tony J.** (1994). *Trabajo y sociedad. Manual introductorio a la sociología del trabajo industrial y de la empresa*, Barcelona, España, Editorial Hacer.