

XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires, 2009.

Condiciones de Trabajo. Precarias. Motivación e Interés dentro de los. Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires.

María Crojethovic.

Cita:

María Crojethovic (2009). *Condiciones de Trabajo. Precarias. Motivación e Interés dentro de los. Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires. XXVII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Sociología. VIII Jornadas de Sociología de la Universidad de Buenos Aires. Asociación Latinoamericana de Sociología, Buenos Aires.*

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/000-062/1345>

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Condiciones de Trabajo Precarias

Motivación e Interés dentro de los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires

María Crojethovic

Lic. en sociología, UBA

Master en sociología Económica,

Doctoranda en Ciencias Sociales, UBA

Becaria CONICET,

Centro de Estudios de Estado y Sociedad

mariacrojethovic@cedes.org

El trabajo constituye una línea narrativa que muestra un proceso de codificación axial el cual permite dimensionalizar la categoría central, *aspectos negativos del hospital* para luego relacionarla con las otras categorías iniciales seleccionadas. En este sentido, se busca establecer las condiciones de trabajo en los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires, y comprender los motivos e intereses de los profesionales y empleados de la salud que los llevan a participar de esta organización pública.

El trabajo de campo se realizó en 4 hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires. La recolección de datos se hizo a través de entrevistas, conversaciones informales, notas de campo, documentos provenientes de sectores sindicales, organizaciones oficiales e internacionales.

El mismo, forma parte de un proyecto de investigación más amplio que aborda las prácticas informales dentro de una organización pública como fenómeno de estudio.

SELECCIÓN DE UNA CATEGORÍA CENTRAL

A partir de un proceso previo de *codificación abierta* se procedió a segmentar la información relevada maximizando las similitudes (entre entrevistas) que dieron como resultado las categorías iniciales: *condiciones de trabajo, motivación, interés, iniciativas, aspectos negativos del hospital, relación de hospitales con el Ministerio, autonomía, arreglos internos, fuera de norma, trabajo en grupo, incentivos, trayectoria, estructura, etc.* En esta codificación, la categoría sustantiva que aparece con mayor frecuencia, y que a su vez se relaciona con las demás, es la denominada “*aspectos negativos del hospital*”. Es por eso que fue seleccionada como categoría central (Soneira 2007). El proceso de *codificación axial* proyecta las diferencias (que aparecen en las distintas entrevistas analizadas) al interior de la categoría central seleccionada, para dar cuenta de los conceptos que la integran.

Los *aspectos negativos del hospital* provienen de dos dimensiones distintas, una endógena y otra exógena. Las propiedades que caracteriza a la primera son: *recursos de personal, recursos materiales, los mecanismos burocráticos, infraestructura y expulsión de cerebros*. Mientras que las que caracterizan a la segunda son: *la demanda, la situación social del paciente, las cuestiones económicas y políticas.* ()

Debido a la cantidad de palabras estipuladas por las autoridades del Congreso, la caracterización de las dimensiones y sus propiedades ha sido desarrollada en el Anexo I.

ASPECTOS NEGATIVOS DEL HOSPITAL PÚBLICO DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Categoría Central Sustantiva	Dimensiones	Propiedades	Conceptos/Situaciones
Aspectos Negativos del Hospital	Endógena	Recursos de personal	- Médicos - Enfermeras - Administrativos
		Recursos materiales	- Medicamentos - Equipos de diagnóstico y tratamiento - Insumos médicos
		Mecanismos burocráticos	- Derivaciones - Nombramientos - Servicio del hospital
		Infraestructura	- Camas - Roturas - Calefacción/Aire acondicionado
		Expulsión de cerebros	- Fuga de personal capacitado
	Exógena	Demanda	- Aumento
		Situación social del paciente	- Pacientes sociales - Pacientes violentos/agresivos
		Cuestiones económicas	- Recorte presupuesto - Bajas de salarios
		Cuestiones políticas	- Prácticas clientelares - Falta de políticas en salud

Fuente: elaboración propia a partir del procesamiento de datos con el programa Atlas Ti.

En consecuencia, desde una perspectiva micro, estas dimensiones se amalgaman en un momento específico, el de la *atención médica* donde se encuentra el profesional y/o trabajador de la salud con el paciente. Aquí convergen los aspectos del campo organizacional con los económicos, políticos y sociales generando la propia dinámica de la organización pública hospitalaria. Sin embargo, no es la suma de factores lo que afecta a la organización, sino el modo en que estas se combinan en el espacio de la práctica médica forjando la realidad de estas instituciones públicas.

Esta categoría central conduce a revisar qué sucede en este espacio laboral. Es decir, de qué forma se vinculan estos *aspectos negativos* y las *condiciones de trabajo* de los profesionales y trabajadores de la salud¹. En este caso se sostiene que los *aspectos negativos del hospital* alteran los marcos normativos y determinan las prácticas (Gutiérrez 2006) de quienes participan en estas organizaciones públicas, de modo tal que generan situaciones de trabajo precarias.

LAS CONDICIONES DE TRABAJO. SELECCIONANDO A LOS PARTICIPANTES.

En los hospitales públicos estudiados, la falta de recursos de personal genera que los profesionales y trabajadores de la salud trabajen en exceso. No trabajan horas extras pero se encuentran sobre exigidos porque su jornada es más intensa. La ausencia de médicos especialistas es el límite para decir “basta, no se atiende” pero si llega a la guardia un paciente con un cuadro agudo y no hay especialista ni tiempo para derivar, los médicos saben que es mejor que lo atienda alguien que no sabe de la especialidad, a que no lo atienda nadie. Si faltan enfermeras, se desarticula el sistema de rondas, entonces quienes no faltan tienen más trabajo para cumplir. Si alguien no se presenta a la guardia (ya sea médicos o enfermeras) quién está en la guardia no puede irse porque es considerado como abandono de guardia. Frente a la escasez de recursos materiales, no alcanza con pedir los insumos que faltan, deben “mendigarse” y “pelearse” por ellos. Todo lleva más tiempo y más energía. Los mecanismos burocráticos producen trabas en las derivaciones, entonces se deben mover contactos y correr para lograr que salgan antes de que la salud del paciente se deteriore más. La falta de nombramientos ubicó a muchos profesionales y trabajadores de la salud en una relación de *empleo incierto* (Marshall 1991). Existe una gran cantidad de empleados contratados, becarios y ad honorem que dada la inestabilidad en el contrato de trabajo, la falta de seguridad social y de beneficios legales,

¹ La distinción entre profesionales y trabajadores de la salud proviene de la jerga hospitalaria, aunque de la normativa la cuál agrupa a los profesionales en la Ley 10.471 y a los trabajadores en la Ley 10.430.

entran en la categoría de trabajadores precarios² (Lindenboim y Salvia 2002). La ausencia de algunos servicios médicos (por falta de médicos especialistas y/o problemas burocráticos) complica aún más la situación y genera estrés cuando se recibe o se complica un paciente que requiere de dicha especialidad. La demanda de los hospitales públicos, en esta Provincia, sobrepasa su capacidad y las salas de internaciones han quedado chicas, entonces deben derivar pacientes o bien alojarlos como de lugar. El trabajo se hace igual “se saca”, sólo que se tarda más. Es “más tormentoso, más lento”. Por otra parte, se trabaja en un clima de inseguridad médica. Algunos médicos y enfermeros han sido amenazados, agredidos y han llegado a ser lesionados por familiares de pacientes. Trabajan con gente demandante, por momentos violenta pero no fueron preparados para eso.

Entonces, si bien debe reconocerse que hay una fuente de *incertidumbre* que es inherente a la disciplina, al tipo de trabajo, y es que la condición médica de un paciente puede cambiar rápidamente generando una clima de incertidumbre (Scott et al. 2008). La peculiar condición en que desempeñan su trabajo va más allá de la disciplina. Los efectos de los *aspectos negativos* se viven como momentos de *incertidumbre* durante la jornada laboral. En este caso, aparece como la imposibilidad de planificar y anticipar el día de trabajo. La incertidumbre se representa como un estado cognitivo de los profesionales y trabajadores de la salud, el cual no permite a priori conocer resultados, situaciones futuras, etc. para llevar a cabo sus actividades. Las derivaciones tardan o muchas veces no salen mientras los pacientes corren riesgo de muerte. Hay pacientes conflictivos (de salud) que necesitan un remedio, un estudio, una práctica, y los médicos y las enfermeras no saben como lo van a solucionar. Han llegado a estar sin anestesistas en las guardias.

La fuente de este tipo de *incertidumbre* proviene de los aspectos negativos del hospital, y será denominada *incertidumbre en el desempeño* para separarla analíticamente de la incertidumbre organizacional a lo que refieren muchos teóricos de la organización. Son los profesionales y trabajadores de la salud quienes la padecen, son quienes sufren el estrés. Pero no es vivida como amenaza. Es decir el trabajador no está pensando constantemente que puede perder “algo”, sino que esta pensando en como resolver un problema que en realidad amenaza la vida del paciente. Es la

² Entre el período 1991 y 2000 una de las ramas que registró un crecimiento de la precariedad del empleo fue la administración pública. Según Lindenboim y Salvia (2002) sobre todo por la restricción legal a la incorporación de trabajadores en la administración pública. Existen empleados estatales que se desempeñan en el marco de contratos firmados como trabajadores independientes, pero que por las características de su inserción se asemejan más a los trabajadores asalariados. El aumento del empleo precario en la administración pública resulta mayor en el GBA que en los aglomerados del interior del país.

jornada laboral la que resulta complicada. La baja programación que contempla el sistema hospitalario arroja como resultado un lugar de trabajo de improvisación permanente. Entonces, el estrés de los profesionales y de los trabajadores aumenta; y “la salud se brinda a medias”. Este tipo de incertidumbre aparece en situaciones momentáneas pero de manera periódica, es decir son momentos que una vez transitados se da vuelta la página. Esta *incertidumbre en el desempeño*, por lo general, mantiene en alerta al individuo ya que debe estar constantemente pensando e improvisando como resolver la situación.

La intensificación³ del trabajo producto de estos *aspectos negativos* van generando un desgaste acelerado de estos trabajadores lo que podría producir variados síntomas: accidentes de trabajo, fatiga física, nerviosa, intelectual, trastornos de la salud. Parafraseando a Topalov, estos trabajadores se transforman en obreros especializados de la salud, los cuales producto de las condiciones de trabajo quedan *descalificados y desprotegidos* durante el desarrollo de su jornada laboral.

Si bien no se debe perder de vista que esta *desprotección* es producto de un proceso más amplio el cual durante la década del '90 propugnó sistemáticamente el “achicamiento” del Estado⁴. Desde la mirada micro que involucra a los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires, *los aspectos negativos* alteran las reglas de juego de forma tal, que sólo es posible participar bajo *condiciones de trabajo precarias*. Por lo tanto, el término de *precariedad* aquí refiere a la situación/estado en la que el empleado desempeña su actividad laboral quedando definida por la *incertidumbre* y *desprotección* en las que llevan a cabo sus actividades.

PROCESO MOTIVACIONAL E INTERESES.

Establecidas las *condiciones de trabajo precarias*, surge el siguiente interrogante ¿Cómo afectan estas condiciones de trabajo en los profesionales y trabajadores de la salud? Por un lado, muchos

³ Este hecho es parte de un proceso histórico del cuál Topalov ya había advertido “Es difícil hacer aparecer en las estadísticas este aumento de la intensidad del trabajo [...] (pero) todos los estudios monográficos muestran la amplitud de dicha intensificación, en ausencia o con motivos de cambios tecnológicos [...] la intensificación del trabajo se extiende a todos los ramos de actividad incluso, por ejemplo, los empleados que se transforman en obreros especializados del papel” (Topalov 1979:51)

⁴ Fueron constantes las políticas de congelamiento de vacantes, prescindibilidad, retiros voluntarios, disminución salarial, achicamiento de organigramas, eliminación y fusión de unidades burocráticas, transferencia de jurisdicciones sin capacidad financiera o tecnológica, desinversión en infraestructura, capacitación y/o modernización. El deterioro cultural y organizativo de las instituciones públicas fue general. Hoy en día la mayoría de las instituciones públicas lidian con planteles incompletos, bajos salarios, alejamiento de recursos humanos formados, marañas burocráticas, ausencia de proyectos integradores y problemas presupuestarios. Según Lareo (2008), todos estos problemas han llevado a una crisis institucional de larga data.

profesionales y trabajadores de la salud rechazan la oferta de trabajar en estos hospitales de la Provincia, lo cual queda empíricamente demostrado a partir de la propiedad *expulsores de cerebros*. También se ilustró con cifras⁵ la distribución geográfica de los médicos y la consecuente falta de estos profesionales en la Provincia de Buenos Aires. Esto sucede sobre todo con residentes y enfermeras profesionales que emigran hacia otras organizaciones de salud, ya sea de otros niveles de atención, de otras jurisdicciones, o bien hacia el sector privado. Muchos médicos han vivido la experiencia de trabajar en el hospital público provincial, pero luego de la residencia muchos rechazan la propuesta de seguir trabajando allí. En los hospitales públicos comentan que las enfermeras universitarias son tentadas con mejores sueldos y se van al sector privado o a hospitales de la Capital Federal. Se debe tener cuidado con este tipo de explicación, porque si bien la mala remuneración podría ser un factor desvinculante, si fuera el único, la mayoría de los trabajadores del hospital público dejarían de trabajar. Y a pesar de los *aspectos negativos del hospital*, existen profesionales y trabajadores que desarrollan su labor desde hace muchos años en estos hospitales públicos. ¿Por qué?

Para dar respuesta a este interrogante, se debe advertir sobre el comportamiento y la conducta de los participantes de la organización. Carles Ramió⁶ (1999), expresa que la conducta de los empleados depende fundamentalmente de su nivel de preparación y conocimientos técnicos y de su grado de motivación y de satisfacción. Pero en su opinión, la variable crítica es el grado de motivación o de satisfacción de los empleados (Carles 1999). En esta misma orientación, pero ahora desde la sociología de la organización, Krieger (2001) sostiene que el comportamiento de las personas es complejo y que depende de factores internos, derivados de su personalidad, y de factores externos, derivados de las características de la organización. Citando a Argyris, el autor resalta la importancia de la motivación para la organización. [...] “motivo es aquello que impulsa a una persona a actuar de determinada manera o que origina una propensión hacia un comportamiento específico. Este impulso a actuar puede ser provocado por un estímulo externo (proveniente del ambiente) o puede ser generado internamente en los procesos mentales del individuo.

Si se observara tal como propone Carles (1999), el contenido del trabajo, el grado de amplitud y profundidad de los puestos de trabajo, el proceso de formación de los empleados, las expectativas de promoción, el clima laboral y la estrategia de dirección (liderazgo); enseguida se obtendría como

⁵ Ver Anexo I

⁶ Teoría de la Organización y Administración Pública.

resultado la sobrecarga mental de las personas, el potencial colapso intelectual y el estrés de los empleados. Rápidamente se podría decir que los incentivos en los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires son muy escasos, o más bien casi inexistentes. Siguiendo el razonamiento de Carles y Krieger, podría concluirse que la organización es poco eficaz ya que desmotiva a sus empleados.

La *motivación* pensada de esta forma resulta un concepto fundado para entender por qué algunos rechazan las condiciones de trabajo. Ahora no se puede decir que sean necesariamente motivadoras las condiciones de trabajo en las que se encuentran inmersos estos trabajadores y profesionales de la salud. Si no es motivador, por qué continúan trabajando en un lugar que desmotiva, o bien se debe reflexionar acerca de ¿qué es lo que motiva a los que se quedan?

A diferencia de Krieger, Giddens opina que la motivación denota más una potencial acción que el modo en que un agente lleva adelante esa acción. Señala que la *motivación* está mediada por las relaciones sociales y que por ende debe ser entendida en relación a procesos. Para este autor los motivos también denotan deseos que mueven la acción, pero la motivación rara vez se la puede unir directamente⁷ a la continuidad de la acción. Es decir que a cada acto no siempre se le corresponde un motivo específico, porque el comportamiento está mediado por relaciones que los individuos mantienen en las prácticas rutinarias de su vida diaria. Es en la vida social ordinaria donde los sujetos tienen un interés motivado en mantener los mecanismos generadores de confianza o de seguridad ontológica que permitan canalizar aquellas situaciones que amenacen las certidumbres de las rutinas intitucionalizadas (Giddens 2003). De modo que existe un compromiso motivacional generalizado para desarrollar prácticas habituales (por un tiempo y un espacio) que mantengan los sistemas de seguridad ontológica⁸. Lo interesante de la propuesta de Giddens es que permite pensar la motivación en relación a las prácticas cotidianas. Esto deja comprender por qué un sujeto puede estar motivado a pesar de no haber una motivación puntual.

No obstante, no es tarea fácil rastrear empíricamente la motivación que lleva a que muchos profesionales y trabajadores de la salud sigan ocupando sus puestos en el hospital público. El hecho

⁷ Solo en circunstancias relativamente inusuales el motivo alcanza un dominio directo sobre la acción (Giddens 2003).

⁸ Que expresa una autonomía de gobierno corporal dentro de rutinas predecibles (Giddens 2003:85).

de estar motivado no es algo que se pueda expresar discursivamente⁹, pero esto no implica la inexistencia de la motivación de los sujetos.

En los relatos de los entrevistados aparecen enunciadas determinadas *palabras* o *frases* que son muy significativas para dar cuenta del vínculo que mantienen los profesionales y trabajadores con los hospitales públicos en donde trabajan. En estas expresiones puede rastrearse el vínculo que se funda en su relación cotidiana con esta institución pública: “es mi hospital”, “se siente propio el lugar”, “el hospital es mi casa”, “es mi familia”, “me siento como en mi casa”. Esto refleja un sentimiento de pertenencia hacia el hospital. Ellos son parte del hospital, ellos construyen el hospital y por eso pueden “apropiárselo”. También debido a la cantidad de horas que trabajan, y por la intensidad del trabajo (con la carga emocional que para algunos implica) se generan lazos de camaradería, grupos de afinidad sobre todo al interior de cada servicio¹⁰. Se sienten valorados entre ellos –aunque no por la institución pública–, se conocen, sienten un grado de confianza importante, y esto genera un ambiente de trabajo fundado en relaciones sociales afines, a partir de las prácticas cotidianas que realizan.

Claro que no todos tienen un compromiso motivacional con su lugar de trabajo por las mismas razones. Hay quienes les gusta lo que hacen de su profesión: atender a pacientes con carencias de todo tipo, el trabajo de hospital, la medicina pública. Otros relacionan el lugar con la posibilidad de continuo aprendizaje, sienten que todos los días se aprende algo nuevo, que ven patologías que en otros lugares no verían. Creen que no aprenderían tanto si no estuvieran en el hospital público. La libertad para desarrollar sus actividades también aparece como un vínculo positivo. Aquellos que trabajan en el hospital público pero que a su vez han tenido la oportunidad de trabajar o trabajan en organizaciones de salud privada, creen que se les da espacio para poder decidir, valoran la libertad que tienen para su desempeño, en contraposición a las presiones que para ellos impone la organización privada producto de la búsqueda de una ganancia. La cuestión de la estabilidad laboral, si bien no aparece de manera explícita en las entrevistas, o aparece con menor frecuencia, representa una seguridad que aunque de manera subyacente aporta a la construcción de la motivación agregando certidumbre a la relación contractual. Aunque no es mencionado con frecuencia, la cuestión del nombramiento es una de las primeras reivindicaciones que se busca desde los gremios y sindicatos.

⁹ Giddens distingue entre conciencia discursiva y conciencia práctica. La primera refiere a que los actores son capaces de decir o expresar de forma verbal sobre condiciones sociales, incluso en especial las condiciones de su propia acción. La segunda, lo que los actores saben (creen) acerca de las condiciones sociales y las de su propia acción pero que no pueden expresar discursivamente (sin embargo ninguna barrera de represión la protege). Esta última, se asemeja con la idea de rutina (Corcuff 1998).

¹⁰ El grado de afinidad es mayor entre los médicos, y menor entre las enfermeras.

Tal como plantea Giddens, no se puede asociar una práctica específica con un tipo de motivación particular. En este sentido, existe un compromiso motivacional que se construye a partir del vínculo entre el agente individual el cual tiene determinados intereses (ya sea por aprender, por sentirse importante o valorado, por el tipo de profesión, o por la estabilidad laboral), y la institución pública en la que desenvuelve su labor cotidiana. Este compromiso generalizado brinda confianza al sujeto y lo hace sentir muchas veces “como si estuviera en familia” o “en su casa”. La motivación, en este sentido, denota los deseos que llevan a la elección¹¹ de trabajar en los hospitales públicos. 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 consecuencia, y retomando lo mencionado con anterioridad acerca de que existen factores que alteran los marcos normativos, los cuales determinan las prácticas cotidianas de quiénes trabajan en estos hospitales públicos; y a partir del aporte de Giddens acerca de la motivación, se puede explicar como las *condiciones precarias de trabajo* se les impone a los sujetos y según el vínculo que hayan construido con el hospital público algunos tendrán razones que fundamenten su permanencia en el hospital público y otros no. De modo que tales condiciones de precariedad parecieran operar como una especie de *selección* de las personas que trabajan en estos hospitales públicos. No se trata de un proceso gestado de forma intencional desde el hospital, sino que se funda a partir de la elección (no siempre buscada o deseada) de los empleados de ser parte o no del hospital público en relación a las condiciones impuestas. Queda claro que para quienes rechazan tales condiciones de trabajo, la precariedad aparece como un factor desvinculante¹². En los relatos aparecen con frecuencia expresiones tales como: *se van a un privado, los hospitales son expulsores de cerebros, prefieren ir a una salita más tranquila*.

Bourdieu (1999) propone el término de *interés* para responder acerca del interés de los agentes cuando hacen lo que hacen sin tener que recurrir siempre a la acción conciente. Incorpora la noción de *illusio*

¹¹ Debe haber quiénes trabajan en el hospital público sólo por el hecho de es su única salida laboral. No obstante, en las entrevistas sólo hubo una persona que expreso esto y pertenece al grupo de administrativos.

¹² Dado que no se ha entrevistado a quienes se fueron de los hospitales públicos estudiados, no se puede concluir más allá de que no encuentran razones para fundamentar y mantener su vínculo con la organización. Esto no significa que no haya interés por aprender, o por su profesión, etc. sino que tal vez son diferentes las razones que despiertan distinto interés o lo hacen en distinto grado. De cualquier forma no es condición suficiente para generar un vínculo positivo, un lazo con el hospital público.

para traer la idea de juego. La *illusio* es el hecho de estar metido en el juego, cogido por el juego, de creer que el juego merece la pena. La palabra interés¹³ significa que un juego social es importante, que lo que ocurre en él importa a quienes están dentro, a quienes participan. (Bourdieu 1999). No son sujetos frente a un objeto o problema, están metidos de lleno en su *quehacer*, están presentes en lo por venir, en lo por hacer, están implicados.

Entonces, resulta tanto un aporte comprender a la *motivación* como un proceso que potencia la acción (Giddens), como así también la noción de *interés* que ubica al agente involucrado en el juego (Bourdieu). En este sentido, pensar la motivación como un proceso permite dar cuenta de que en el hospital público a pesar de que no hay un sistema de incentivos puntuales, no implica que no haya motivación por parte de los profesionales y trabajadores de la salud cuando llevan a cabo su labor cotidiana. Sin embargo, al analizar este caso no se está seguro de que este compromiso motivacional esté dirigido (solo) a la búsqueda de una seguridad ontológica, porque justamente lo que se observa en la mayoría de los relatos es un compromiso del sujeto con la organización pública que va más allá de sentirse “como en su casa”. En este sentido, los profesionales y trabajadores de la salud que permanecen en el hospital público, construyen un proceso motivacional que los compromete mutuamente el cuál les brinda confianza, a la vez que les despierta interés algo en relación al hospital público y por eso creen que es importante participar.

Entonces, lo que antes vimos, según Giddens, serían las razones de la motivación, en los lentes de Bourdieu se ve que quienes mantienen el vínculo laboral con el hospital público comparten intereses en común -aunque no siempre los mismos o en el mismo grado-. Estos sujetos portadores de un habitus tienen intereses socialmente constituidos y en su relación con el lugar que ocupa en la organización pública, determina que cosas importan y cuales no¹⁴ (Bourdieu 1999). Hay quienes tienen interés por el hospital porque es el lugar donde está el “verdadero conocimiento”, como también hay quienes les interesa la forma de trabajo, o la estabilidad laboral. De modo que lo remunerativo no explica por sí sólo por qué algunos profesionales y trabajadores van al sector privado, tal como se cree.

¹³ *Intéresse* significa formar parte, participar [...] (Bourdieu 1999:141).

¹⁴ Según Bourdieu, al poseer distintos capitales los agentes muestran interés por hechos o situaciones en relación al tipo y volumen de su capital social.

En consecuencia, esta noción permite comprender que existe un compromiso por parte de estos profesionales y trabajadores de la salud con el hospital, el cuál queda establecido a partir de determinados intereses.

CONCLUSIONES

La caracterización sustantiva de los *aspectos negativos del hospital*, permitió conocer y definir la *precariedad* en que los profesionales y trabajadores del hospital público desempeñan su labor. A su vez, se corroboró el modo en que estas condiciones de trabajo precarias operan como una especie de *selección* de personal dentro de estas organizaciones públicas.

Entonces, se concluye que los profesionales y trabajadores de los hospitales públicos de la Provincia de Buenos Aires establecen un vínculo con el hospital que se mantiene por el proceso de motivación gestado al interior de la organización. Este les otorga confianza y refuerza la creencia de que es “su hospital”, “su familia”, y así seguir con la labor cotidiana a pesar de las condiciones precarias. Pero la decisión o elección de ser partícipe, también está basada en determinados intereses, los cuáles son contruados socialmente. Existe el interés por el conocimiento, donde el hospital público aparece como el único lugar dónde están los mejores casos, como así también el interés por la libertad que tienen para trabajar, y por la estabilidad laboral. Así mismo, vimos que los sujetos no siempre poseen los mismos intereses o en el mismo grado, de allí que muchos no logren vincularse con el hospital como lugar de trabajo.

Finalmente, los resultados de este trabajo permitirán esclarecer, más adelante, cómo el compromiso que se genera con la institución deviene en acción llevando a cabo determinadas iniciativas frente a los obstáculos que se presentan amenazando la dinámica del hospital.

ANEXO I

DIMENSIÓN ENDÓGENA

Los médicos: el mayor obstáculo con el que se enfrentan las organizaciones hospitalarias es la falta de médicos. Sin embargo, el sistema universitario forma unos 4.500 médicos por año, según la OPS (La Nación Online, Dic. 2002). A nivel nacional se registra una dotación de 122.623 médicos activos (Abramzón 2005). El problema se devela cuando se observa la distribución geográfica de los profesionales médicos en el territorio nacional¹⁵. Esto se ve agravado por el hecho de que los médicos en el subsector oficial, cumplen con una jornada laboral reducida. Quedó instituido que realizan actividades laborales por la tarde (ya sea en instituciones privadas o en otras reparticiones públicas) para complementar su salario.

Por otra parte, cuando alguno pide una licencia por enfermedad o de otro tipo, no existe la figura de reemplazante. También (debido a los bajos salarios) faltan médicos especialistas en el hospital de la provincia, sobre todo de aquellas especialidades que en el sector privado están mejor pagas. Así muchos de los hospitales cierran o suspenden servicios, algunos de ellos básicos, según la falta de especialistas.

Las enfermeras: al igual que los médicos, el principal inconveniente es la falta de personal, pero sobre todo de personal capacitado. Pero esto se debe a que la formación de cuadros ha disminuido en general. Por otra parte, hay una gran población de enfermeras que ya son grandes y que se ven limitadas en sus funciones. Muchas fueron jubilándose pero aún no ingresan nuevas. Estas poseen diversos grados de educación, está la Auxiliar, la Licenciada (terciaria) y la Universitaria. La Auxiliar debe cumplir con un período de formación muy corto (menor a un año), como su nombre lo indica sólo puede auxiliar a la enfermera de modo que sus tareas son limitadas. En cambio, la carrera de enfermería, es costosa y lleva mucho tiempo. Ser auxiliar de enfermería es rápido y fácil y ser universitaria es largo y costoso. Otro problema es el desgano y la falta de compromiso, el alto ausentismo aparece como evidencia, pasan partes médicos y faltan con frecuencia.

Los administrativos: representan el emblema del empleado estatal (Guiménez 2009). La antigüedad es importante para comprender el comportamiento de algunos. Al igual que las

¹⁵ Los 24 partidos del Gran Buenos Aires son los que más habitantes (8.684.437) poseen a nivel nacional, y tienen 19.496 médicos para toda esta población. Es decir, que existen 445 habitantes por médico. Mientras que en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2.776.138 habitantes) se hallan 90 habitantes por médico, con un registro de 30.696 profesionales médicos.

enfermeras que se encuentran hace mucho tiempo, utilizan al límite las licencias disponibles y trabajan a rajatabla con el reglamento en la mano. No obstante, el rol de estos es importante pero no clave, para este tipo de organización.

Recursos materiales: son los equipos para diagnósticos, medicamentos, reactivos, jeringas, bolsas para análisis, gasas, alcohol, etc. Son *bienes precitados* que escasean en los hospitales públicos. Algunos insumos faltan y otros son muy difíciles de conseguir. Los medicamentos que el hospital compra para los pacientes internados, muchas veces no es de la calidad que los médicos y enfermeros consideran óptimos. Los equipos de diagnóstico también son escasos¹⁶. Los pocos que hay suelen funcionar mal, o bien son obsoletos. Si se rompen, rara vez se los arregla, pero tampoco se los repone. En terapia, se necesita un oxímetro¹⁷ por cama, no hay para todas, se compra uno móvil que al enchufar y desenchufar se rompe.

Mecanismos burocráticos: se evidencian como trabas en la dinámica de la organización debido al excesivo tiempo que conllevan los trámites administrativos. Ya sea para las compras de insumos, para el sistema de contratación de empleados, para trámites complejos (sistema de derivaciones, traslados) o para el reconocimiento de funciones y tareas vitales. Son problemas burocráticos producto de la racionalidad formal de los marcos normativos que terminan por obstaculizar el desempeño de estas organizaciones públicas. Aparecen cuando este no es capaz de resolver determinadas situaciones (Crojethovic, 2007).

Infraestructura: hay carencia de camas, hecho que se agrava en invierno con el aumento de las enfermedades respiratorias. También aparecen casos en los que no hay calefacción en invierno, aire acondicionado en verano, lava manos, morgue, salas deterioradas, termo tanques rotos, cañerías tapadas, falta de gas, pisos rotos, etc.

Expulsión de cerebros: los hospitales públicos se han convertido en grandes *expulsores de cerebros*. Son formadores de personal, grandes productores de cerebros, de gente valiosa para la dinámica de la institución, sin embargo, los expulsan. Esto sucede sobre todo con las enfermeras y los médicos

¹⁶ No es necesario que haya los mismos equipos en todos los hospitales. Pero muchas veces tampoco se cuenta con esos equipos dentro de una radio razonable.

¹⁷ Mide la saturación de oxígeno en la sangre.

residentes. El Hospital Público a pesar todo, aún es reconocido por la formación de profesionales, muchos médicos recién recibidos son atraídos por el sistema de residencias pero cuando terminan emigran al sector privado, al igual que las enfermeras cuando terminan de formarse.

DIMENSIÓN EXÓGENA

Demanda: Desde la década del '90, y sobre todo luego de 2001, los Hospitales Públicos de la Provincia de Buenos Aires sufrieron un aumento constante de su demanda¹⁸. Se crearon los Centros de Atención Primaria (CAP) que fueron preparados para absorber parte de la demanda de los hospitales. Atenderían a la población en un primer nivel, y los hospitales públicos quedarían para mayor complejidad. Pero la gente sigue recurriendo a los Hospitales ante un problema menor o una consulta.

Situación social del paciente: existen cada vez más los pacientes denominados “sociales”, son aquellos que no tienen familia, no se pueden derivar y si desmejoran pueden estar de 3 meses a dos años ocupando una cama. Por otro lado, tanto las autoridades de la organización hospitalaria, como los médicos y las enfermeras observan alarmados un cambio en gran parte de los pacientes (no en todos, pero si en su gran mayoría). Los definen como más demandantes, agresivos y litigantes.

Cuestiones económicas: La estabilidad de estas instituciones depende de las crisis cíclicas. Si hay, empiezan a faltar insumos y equipos debido a los recortes presupuestarios. En la última crisis de 2001, se jubiló a mucha gente pero no se tomó a nadie de modo que operó como un recorte de personal. Se bajaron los sueldos de los empleados públicos.

Cuestiones políticas: depende de la formación profesional que posea la autoridad del hospital. Hay hospitales que dan lugar al consenso -respetando los organigramas-, consultan con los jefes de servicio y los empleados tienen un mayor grado de libertad de acción. Por lo general esto corresponde al tipo de autoridad que ve al hospital como una empresa, que cuida costos, que hace arreglos con sectores privados, y que administra desde una lógica más empresarial. Por otra parte, hay

¹⁸ Esto se debió a varios factores. Por un lado, luego de 2001 se registró un fuerte aumento del desempleo que llevó a la pérdida de la seguridad social. Si bien en la actualidad el desempleo ha disminuido, aparecen nuevas formas de contrataciones precarias, de modo que muchas veces no cuentan con el beneficio de la obra social y no pueden acceder a una prepaga. Por otro lado, el déficit de algunas obras sociales y/o prepagas genera que muchos trabajadores terminen recurriendo al hospital para una mejor atención.

hospitales donde prima la lógica del clientelismo político (Auyero 1996), donde la autoridad es muy fuerte, y las decisiones bajan verticalmente sin consenso.

Bibliografía

- Abramzón M. (2004): Recursos Humanos en Salud. [Online] www.ops.org.ar/Files/OPS_Pub.62%20Recursos%20Humanos%202004.pdf
- Auyero, J. (1996): La doble vida del clientelismo político. Sociedad N°8, abril 1996, pp. 31-56. Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Buenos Aires.
- Bourdieu, P. (1991): El Sentido Práctico. Taurus. Madrid.
- Bourdieu, P. (1999): Razones Prácticas. Sobre la teoría de la acción. Anagrama. Barcelona.
- Carles, R. (1999): Teoría de la Organización y la Administración Pública. Universitat Pompeu Fabra, Tecnos. Madrid.
- Crojethovic, M. (2007) "Las Actividades Ceremoniales y Las Prácticas Concretas en Las Organizaciones Hospitalarias. El caso de los hospitales porteños", Tesis de Maestría sin publicar, Maestría en Sociología Económica IDAES – UNSAM.
- Guiménez, S. (2009): *La reconfiguración del espacio laboral en el Estado. Crónica de una precariedad anunciada*. En: El mundo del trabajo y los caminos de la vida. Estela Grassi, Claudia Danani (comp.). Espacio, Ciudad Autónoma de Buenos Aires.
- Krieger, M. (2001): Sociología de las Organizaciones. Una introducción al comportamiento organizacional. Prentice Hall. Argentina.
- Lareo, M. (2008): *Reflexiones en torno a los problemas y potencialidades del sector público en salud*. En La Inequidad en Salud. Hacia un abordaje integral. Barten, F.; Flores, W.; Hardoy, A. (comp.) IIED. Argentina.
- Lindenboim J., Salvia A. (2002): *Cada vez menos y peores empleos. Dinámica laboral en el sistema urbano de los noventa*. En: Lindenboim, J. (Comp.) *Metamorfosis del empleo. Diagnóstico, políticas y perspectivas*, Cuadernos del CEDED 7, Facultad de Ciencias Económicas, Universidad de Buenos Aires.
- Meyer, J.W y Rowan, B. Organizaciones Institucionalizadas: la estructura formal como mito y ceremonia en El Nuevo Institucionalismo en el Análisis Organizacional, México D.F.: Fondo de Cultura Económica. [1991] (1999).
- Marshall, A. "Empleo temporario y empleo incierto: dos caras del trabajo "temporario" en la Argentina", Bs. As., Desarrollo Económico N° 122, 1991.
- OPS (2005): Encuentro Del Grupo De Países Del Cono Sur Agenda De Cooperación Técnica y Prioridades En La Gestión De Recursos Humanos De Salud. Bs. As. Argentina. [Online] www.observatoriorh.org/esp/pdfs/RELATO-FINAL-CONO-SUR.pdf
- Oszlak, O. (s/f): Políticas Públicas y Regímenes Políticos: Reflexiones a partir de algunas experiencias Latinoamericanas. [online] Documento de Estudios CEDES Vol. 3, 88 N° 2, Buenos Aires. <http://www.anahitxt.com.ar/blog2/wp-content/oszlak-oscar-politicas-publicas-y-regimenes-politicos.pdf>
- Ramió, C. (1999): Teoría de la Organización y la Administración Pública. UniversitatPompeu Fabra, Tecnos. Madrid.
- Scott, S.; Estabrooks, C.; Allen, M.; Pollok, C. (2008): A context of Uncertainty: How Context Chapes Nurses' Research Utilization Behaviors. Qualitative Health Research 18; 347. Sage Publicactions. [Online] <http://qhr.sagepub.com/cgi/content/abstract/18/3/347>
- Sennet, R. (2007): La cultura del capitalismo. Anagrama. Barcelona.
- Soneira, J. [2006] (2007): Los componentes del diseño flexible en la investigación cualitativa. En: I. Vasilachis de Giardino (comp.) Estrategias de Investigación cualitativa. Gedisa, España. Cáp. 4. 153-173.
- Topalov, C. (1979): *La urbanización capitalista*. México, Edicol, Capítulo II.