

Un modelo territorial para la salud de los porteños: marcando el campo en la Ciudad. El sistema público de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires

<systemas de salud>

Isabel Duré

isadure@sinectis.com.ar

El Sistema de Salud de la Ciudad de Buenos Aires cuenta con un alto reconocimiento, tanto a nivel nacional como en los países limítrofes. No obstante, en los últimos años ha acusado el impacto de una mayor demanda de asistencia por parte de la población.

A las demandas históricas, conformadas por la población más carenciada de la ciudad y del conurbano, se suman los sectores medios empobrecidos que, al perder su cobertura de salud por el incremento del desempleo o por la imposibilidad de mantener el pago de coberturas privadas, recurren a los servicios asistenciales públicos. El desfinanciamiento de las obras sociales, con el consiguiente deterioro de sus servicios, impulsa a sus afiliados al hospital público, que sigue gozando de prestigio respecto de sus prestaciones y cuyos recursos están sostenidos.

Este nuevo escenario impone a los hospitales de la Ciudad una dinámica asistencial en la cual su rol original dentro del Sistema, como prestador de mayor nivel de complejidad, se ve desvirtuado en función de la necesidad de atender los crecientes requerimientos de atención ambulatoria.

Por otra parte, esta sobre demanda genera toda una serie de inconvenientes relacionados con la calidad de la atención y de las prestaciones: extensas colas para obtener un turno, servicios de guardia que no sólo deben atender urgencias sino también a pacientes ambulatorios, largos plazos para la realización de estudios (laboratorio, ecografías, Rx, etc.).

En el presente trabajo se intentará una mirada sobre las diferentes modalidades a través de las cuales el sistema de salud viene buscando brindar una respuesta a las nuevas demandas sociales y cómo ello ha impactado en la organización del sistema, básicamente en los hospitales.

Para abordar este tema, partiré de la concepción de salud sobre la que se instala la política. Posteriormente, desarrollaré el problema específico, anteriormente planteado y luego haré una descripción de las políticas de desconcentración que se han sucedido en los últimos años. Se realizará un análisis de la institución hospitalaria para tratar de categorizarla dentro de las organizaciones y ver cuál ha sido la adecuación del modelo de gestión hospitalario a las nuevas demandas de la sociedad, tomando la perspectiva del campo organizacional y realizando una mirada de las distintas estrategias que se están llevando a cabo para superar el isomorfismo de un sistema hospital céntrico.

El modelo medicalizado y hospitalocéntrico

Conrad¹ se refiere a la medicalización como la definición y etiquetación del comportamiento anormal como problema médico, como enfermedad, lo que obliga a la clase médica a aportar algún tipo de tratamiento. Según el autor, las posiciones respecto de la enfermedad son una construcción social y corresponden a juicios sociales negativos. En su trabajo, cita a Parsons, para quien la enfermedad es una anormalidad porque desestabiliza un sistema social: el médico al legitimar el rol de enfermo y al ubicarse como su curador, reintegrándolo a su rol social convencional, funciona como control social. Es así como las sociedades, al complejizarse, pasan de sancionar en forma represiva a la anormalidad a formas restitutivas: del castigo al tratamiento.

De allí que la medicina se apropia de la salud en términos de beneficio para unos pocos dominantes más que para el bienestar de todos, legitimando el control social. Estas relaciones hegemónicas de poder medicalizan la vida de la gentes reduciendo los conflictos sociales a patologías individuales.

A su vez, Eduardo Menéndez² se refiere al modelo médico hegemónico como al conjunto de prácticas, saberes y teorías generadas por el desarrollo de la medicina científica, que desde el siglo XVIII se ubicó como la única forma de atender la enfermedad, siendo legitimada por criterios científicos y por el Estado. Menéndez ha descrito un modelo médico biologista, individualista, pragmático y ahistórico, que al articularse con los sectores dominantes en el control social, se incorpora protagónicamente a los saberes y prácticas hegemónicas del poder en sus proceso de producción y reproducción. La expansión del modelo médico hegemónico es posible debido a que la organización social, económica, política e ideológica que impera sobre las prácticas médicas tiende más que a excluir a las otras prácticas "médicas" a subordinarlas a través de la apropiación o de la transformación de las mismas.

Dentro del modelo médico hegemónico, se identifican tres submodelos: el individual privado, el médico corporativo público y el médico corporativo privado. Estos dos últimos modelos surgen con el desarrollo económico y político de la década del 30, en la que se produce una concentración y organización privada y estatal.

En los modelos corporativos se distinguen los siguientes rasgos estructurales: Jerarquización de las relaciones internas y externas, centralización y planificación, burocratización, evasión de las responsabilidad, productividad, división del trabajo, subordinación a controles técnicos y mecánicos, creciente amoralidad en todas las actividades desde la atención hasta la investigación.

¹ Conrad, Peter; *Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social*, en *Psiquiatría crítica, la política de la salud mental*, David Ingleby, ed., Ed. Crítica, Grijalbo, Barcelona, 1992

² Menéndez, Eduardo; *Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*, Alianza Editorial, México

Identificamos dentro del modelo corporativo estatal a las organizaciones hospitalarias. Según Foucault³, el hospital como instrumento terapéutico es un instrumento relativamente moderno que data de fines del siglo XVIII. Hasta ese momento, los hospitales eran un ámbito de atención de las necesidades de los pobres y a la vez un ámbito de exclusión y separación, pero de ninguna manera de curación. La medicina era una medicina individualista, el médico acompañaba los procesos mórbidos para intervenir en las “crisis” y ayudar a la naturaleza a superarlas. Con el reconocimiento de la influencia del ambiente en la génesis de las enfermedades, se produce un desplazamiento de la intervención médica, que se da en paralelo con la necesidad de aplicar la disciplina y el control sobre las instituciones hospitalarias, que se habían constituido en foco de desorden económico y sanitario. El médico, antes visitante esporádico en un núcleo de poder religioso, se constituye en el eje del poder hospitalario. La incorporación progresiva de normas que regulan el espacio hospitalario, las visitas a los enfermos, los registros individuales y epidemiológicos, la transmisión de las experiencias profesionales le va cambiando el perfil a la organización y la burocratiza. El saber médico, que hasta entonces estaba localizado en los libros, comienza a ocupar un lugar en el hospital, ya no se trata de lo que fue escrito o impreso, sino de lo que todos los días se registra en la tradición viva, activa y actual que es el hospital.

En nuestro país, si bien existían bajo distintas formas de organizaciones hospitalarias desde fines del siglo XVIII (el Hospital Elizalde nace en esta época como Casa de Niños Expósitos) es a partir de 1930 que la necesidad de contar con mano de obra en condiciones favorables para el trabajo impulsa al Estado a ocuparse de la salud desde una concepción preventiva, en la necesidad de preservar la salud de la fuerza laboral. Crece paulatinamente la importancia que desde el Estado se le otorga a la atención médica y, como consecuencia, la relevancia del nivel central en la prestación de servicios y el desarrollo de los mismos. Se incrementa el número de hospitales, básicamente con el criterio de incorporar mayor cantidad de camas. Durante la gestión del Ministro Carrillo en el período justicialista, estos servicios estaban compuestos por hospitales de alta complejidad articulados con otros centros asistenciales de distinto nivel de complejidad.

Los hospitales se consolidan como centros de poder, desde la confluencia de su capacidad curativa y su rol en la transmisión del conocimiento médico, reproduciendo un modelo que se hace fuerte bajo condiciones de isomorfismo del campo.

³ Foucault, Michel; *La vida de los hombres infames*, Colección Caronte Ensayos, Ed. Altamira, Argentina, 1996

Una mirada sobre la situación actual

La Ley Básica de Salud de la Ciudad (Ley N° 153, sancionada en 1999) garantiza el derecho a la salud integral sustentado en principios de participación, solidaridad social, cobertura universal, descentralización y “el acceso y utilización equitativos de los servicios, que evite y compense desigualdades sociales y zonales dentro de su territorio, adecuando la respuesta sanitaria a las diversas necesidades.”(Artículo 3°, inciso h) y crea las áreas de salud, que responden a una delimitación geográfico poblacional que será coincidente con la división territorial propuesta para las comunas. Estas áreas serán las sedes administrativas de las competencias locales en salud y tendrán la responsabilidad de analizar las características socioepidemiológicas locales, pudiendo proponer cantidad y perfil de los servicios de atención. Si bien la Ley de Comunas no ha sido aún sancionada, la reglamentación de la Ley prevé la implementación de experiencias piloto sobre las áreas de los actuales Centros de Gestión y Participación.

Desde ese momento, si bien se ha intentado en varias ocasiones poner en funcionamiento la estructura de dichas áreas, en el marco de la estrategia de Atención Primaria de la Salud, las distintas iniciativas no han prosperado, al igual que continúa siendo dificultosa la incorporación de personal en los efectores desconcentrados.

La Estrategia de Atención Primaria de la Salud (APS) es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles dando prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios y, por ende, favoreciendo la accesibilidad geográfica y administrativa, con la participación activa de la comunidad.

Esta estrategia obliga a readecuar y reorganizar los recursos físicos, humanos o materiales, de modo que funcionen en niveles con complejidad diferente respecto de la capacitación de sus recursos humanos y la tecnología de su equipamiento. Así, los efectores de primer contacto con el sistema deberán estar formados en la prevención, detección precoz y asistencia de los problemas de salud prevalentes en la población de su área de incumbencia, en el abordaje de los grupos familiares como unidad sobre la que se realizan acciones de salud y en técnicas de participación comunitaria para el desarrollo de programas conjuntos como única garantía de sustentabilidad de las acciones. Con aparatología sencilla que permita la realización de estudios de laboratorio, radiología simple y ecografías y la intervención de un equipo de salud conformado por médicos generalistas, clínicos, pediatras, tocoginecólogos, enfermeras, trabajadores sociales, psicólogos y obstétricas se puede resolver hasta un 80% de los problemas de salud de la población, sin necesidad de llegar al hospital.

Para que una nueva propuesta configure una instancia superadora de la situación actual, y no sea incorporada al sistema como “una más” es necesario un análisis profundo que oriente las intervenciones hacia los puntos que generarán un mayor impacto sobre el sistema y la salud de la población y permita conocer las limitaciones de dichas medidas. El análisis se realizará tomando en cuenta las definiciones de Di Maggio y Powell respecto del isomorfismo y la estabilidad de los campos organizacionales⁴.

Al respecto, los autores postulan que los campos organizacionales altamente estructurados proporcionan un contexto en que los esfuerzos individuales por tratar racionalmente con la incertidumbre y las limitaciones a menudo conducen, en conjunto, a la homogeneidad de estructura, cultura y producción.

Por campo organizacional nos referimos a aquellas organizaciones que, en conjunto, constituyen un área reconocida de la vida institucional: los proveedores principales, los consumidores de recursos y productos, las agencias reguladoras y otras organizaciones que dan servicios o productos similares.

A largo plazo, los actores organizacionales que toman las decisiones racionales construyen en torno suyo un ambiente que limita su habilidad para cambiar adicionalmente en años posteriores.

Una variedad de efectores, una variedad de modelos

La historia de los efectores de salud dependientes del GCBA es diversa y variada: no responde a un análisis de las necesidades de la comunidad y por ende no fue planificado su crecimiento. Se fue dando en forma espontánea con la incorporación progresiva de camas de internación en establecimientos de distintos orígenes y dependencias dentro del sector público, algunos de la órbita municipal y otros nacionales (33 hospitales mono y polivalentes, de mediana y alta complejidad). El hecho de que concentren la mayor complejidad en el sector público en el país, en un modelo en el que se asocia complejidad con calidad, a la par que constituyen instituciones transmisoras de conocimiento, les ha otorgado prestigio a nivel local y nacional y las ha ayudado en su reproducción. Compartimos con Meyer y Rowan la visión de que las organizaciones frecuentemente se adaptan a sus contextos organizacionales, pero a menudo desempeñan papeles activos en la conformación de esos contextos. Esa así como las organizaciones poderosas obligan a sus redes de relaciones inmediatas a adaptarse a sus estructuras y relaciones e intentan construir sus objetivos y procedimientos directamente dentro de la sociedad como reglas institucionales. El isomorfismo institucional promueve el éxito y la supervivencia de las

⁴ Powell W.W. y Di Maggio P.J. “Retorno a la Jaula de Hierro: el Isomorfismo institucional y la racionalidad colectiva en los campos organizacionales” En “El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional”, Powell W.W. y Di Maggio P.J. compiladores, México, FCE, 1999

organizaciones. Al incorporar estructuras formales legitimadas exteriormente, se incrementa el compromiso de los participantes internos y de los componentes externos⁵. Los hospitales se han encargado de alimentar mitos institucionales entre la comunidad: el de cuanto mayor concentración de tecnología es mejor, el de la libre elección del efector, el de las mayores credenciales académicas por ser sedes universitarias, el del profesional que atiende casi gratuitamente en el hospital y que hace el dinero en el consultorio.

En 1987, a partir de la creación de las unidades de Áreas Programáticas hospitalarias se intentó implementar una política de descentralización y apertura hacia las necesidades de la comunidad a través de los Centros de Salud y Acción Comunitaria, como un modelo de intervención capaz de proveer respuestas más adecuadas desde una conceptualización de la atención con eje en la construcción de la salud desde una perspectiva comunitaria y en las necesidades sociales. En ese momento se crearon las 12 Áreas Programáticas, con dependencia jerárquica de los hospitales, como recortes geográficos de responsabilidad sanitaria, que englobaban a los efectores desconcentrados existentes, los Centros de Salud y las Unidades Asistenciales de Salud de las escuelas, y especialmente en las zonas donde habitaba la población con necesidades básicas insatisfechas (NBI). Desde un paradigma de salud estructurado sobre un modelo hospital-céntrico, las Áreas Programáticas no recibieron más impulso político que el inicial. Precariamente insertas en el sistema de salud, dependiendo del hospital de referencia para la obtención de sus recursos, debían competir en desventaja con los servicios hospitalarios para su financiamiento. Esto determinó que, a medida que iba incrementándose la demanda de la población hacia los Centros de Salud, sus recursos disminuyeran y su infraestructura se deteriorara.

La situación económica complicó la posibilidad de traslado de población que antes se atendía en el hospital, los Centros de Salud tuvieron que comenzar a atender la demanda espontánea y mayor cantidad de consultas que las que podían canalizar con los escasos recursos con los que contaban. En algunos de ellos, los pacientes comenzaron a hacer “colas” a horas tempranas para conseguir ser atendidos, en un proceso de “semihospitalización”. La atención programática se posponía y desvalorizaba. La iniciativa se fue diluyendo en los años subsiguientes en función de las dificultades para llegar a acuerdos estratégicos con las Asociaciones de Profesionales y los grupos de poder intra hospitalarios. La falta de una política específica los dejó librados al voluntarismo de los profesionales que trabajaban en ellos y a las convicciones del director del hospital.

“Centros carenciados” para “población carenciada”, terminaron asimilándose por necesidad de supervivencia a la estructura de los barrios, en muchos casos villas de emergencia, en los que se encontraban insertos. Alejados de la institución centralizada, su modelo de organización se asimilaba más a aquellas burocracias de características artesanales, aún cuando en el modelo de gestión reprodujeran algunas de las características hospitalarias, producto del isomorfismo mimético,

⁵ Meyer, John y Rowan, Brian, “*Organizaciones institucionalizadas: la estructura formal como mito y ceremonia*” En “El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional”, Powell W.W. y Di Maggio P.J. compiladores, México, FCE, 1999

toda vez que la incertidumbre también es una fuerza poderosa que propicia la imitación. Las organizaciones pueden construirse siguiendo el modelo de otras organizaciones. En este caso también vale el aspecto ritual de este desarrollo: la adopción de determinadas rutinas hospitalaria, aún cuando pudieran considerarse indeseables, refuerzan la legitimidad de los Centros como unidades asistenciales.

En 1992 la tercera parte de los hospitales de la Ciudad, que se encontraba entonces bajo la jurisdicción del gobierno nacional, fue transferida a la esfera comunal durante la etapa de reforma y reducción del Estado, con la consecuente complejidad de unificación de regímenes de recursos humanos diferentes que aún hoy permanecen, y problemas de financiamiento. Se agregaba al campo organizacional mayor cantidad de efectores hospitalarios, con características asimilables, que traccionarían por los recursos.

A esta compleja trama de prestadores se incorporan en 1997 el Plan Médicos de Cabecera y, más recientemente (año 2000), los Centros Médicos Barriales⁶, como un intento de fortalecer la red de acceso al primer nivel de atención y brindar asistencia personalizada a la población sin cobertura de salud. Desde el diseño institucional ofrecía algunas fortalezas como una modalidad de contratación más flexible, que permitía la combinación de recursos públicos y privados, ya que los profesionales atienden en consultorios particulares de cuyos gastos se hacen cargo. Esto contribuía a disminuir la rigidez del modelo para la incorporación de nuevas bocas de efectores (adquisición de terrenos, construcción de nuevos centros, alquiler de edificios). Pero no pudo superar la dependencia del Área Programática del hospital y, además, debían ser profesionales del hospital para poder integrarse al Plan, habiendo sido formados en la lógica hospitalaria. En este caso, se aplicaría el isomorfismo formativo, asociado con la profesionalización, entendiéndose esta como *“la lucha colectiva de los miembros de una ocupación por definir las condiciones y métodos de su trabajo y por establecer una base cognoscitiva y la legitimidad de su autonomía ocupacional. Dos aspectos de la profesionalización son fuentes importantes de isomorfismo. Uno es que la educación formal y la legitimidad tienen una base cognoscitiva producida por especialistas universitarios; el segundo es crecimiento y complejidad de redes profesionales”* (Powell y Di Maggio, 1999). En el caso de estos profesionales, operó además otra variable: el trabajo en un consultorio particular los retrotraía a una práctica más valorada tradicionalmente por los médicos, el ejercicio liberal de la profesión.

Si bien en términos de oferta pareciera que la descrita hasta aquí es lo suficientemente variada en términos de cantidad y diversidad para dar respuesta a

⁶ Ambos modelos tiene idéntica modalidad de contratación y pertenecen al mismo programa. Los médicos de cabecera atienden en consultorios individuales. En el caso de los Centros Médicos Barriales, cinco profesionales de distintas especialidades conforman un equipo que se hace cargo de la instalación y atención del Centro, al que se agrega desde la Secretaría de Salud enfermería y trabajadores sociales. Los profesionales reciben una remuneración mensual bajo la forma de módulos.

las necesidades de la población⁷, lo cierto es que es el resultado de distintas gestiones que han intentado dejar un sello propio en el sistema, quedando como capas geológicas una heterogeneidad de servicios que asientan sobre una heterogeneidad de modelos de atención, que dispersan recursos y esfuerzo, y brindan una dispar, inequitativa e insuficiente atención a los distintos grupos poblacionales que acceden espontáneamente por vías diferentes, debiendo en algunos casos atravesar barreras injustificables traducidas en largas esperas, ausencia de turnos, trabas burocráticas, etc., principalmente alrededor de los hospitales.

Veamos entonces, cómo se estructura el sistema hospitalario y su problemática.

La organización hospitalaria

Se parte de la premisa de que los hospitales públicos son organizaciones racionales burocráticas, cercanas al ideal weberiano, ya que comparten gran parte de los atributos de las mismas. Según las exposiciones de Martínez Nogueira⁸ en su descripción del modelo, reconocemos como atributos de este tipo de organizaciones los siguientes:

1. La organización es instrumental, los fines vienen dados desde afuera. Su estructura se justifica en tanto aporta a un objetivo, en este caso a la política de salud del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.
2. Los agentes que trabajan en la organización son asalariados y han ingresado en base al principio de mérito: tienen capacidad para realizar sus tareas, un sistema de carrera y gozan de estabilidad.
3. Todas las intervenciones se documentan y constituyen juicios de hecho y no de valor.
4. Las tareas están programadas.
5. Los comportamientos están regulados por normas.
6. El control se hace en base al cumplimiento de los procedimientos.

Si bien este modelo tiene coherencia con los requerimientos de la producción de bienes públicos puros, en los hospitales, más precisamente en el modelo medicalizado de atención de la salud, se encuentran algunas características particulares vinculadas con su modelo profesional.

⁷ El Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires destinó al sistema público de salud en el año 2004 un presupuesto de \$ 1.028.306.319, la cuarta parte de su presupuesto total. De esta cifra, \$639.811.087 corresponden a la remuneración de los 29.702 agentes que se desempeñan en los distintos efectores del sistema. De esta cantidad, 8.853 son médicos, a los que se suman 4.504 profesionales de otras disciplinas relacionadas con la salud en la que predominan los de las especialidades de salud mental, 2.250 residentes, aproximadamente 6.170 enfermeras y el resto es personal administrativo y de servicios, además de 3.500 concurrentes ad honorem. Están distribuidos entre los 33 hospitales; 34 Centros de Salud, 28 Centros Médicos Barriales y 120 consultorios de médicos de cabecera, además del personal del Sistema de Atención Médica de Emergencias y el nivel central.

⁸ Martínez Nogueira Roberto, Maestría en Administración Pública, FCE, exposiciones fechas 18-05-04; 1-06-04; 8-06-04; 29-06-04

1. Hay un gran nivel de autonomía en la línea de ejecución: los profesionales están permanentemente tomando decisiones respecto de la salud de los pacientes. Se aplica lo descrito por Charles Perrow (1990) respecto de que en una organización, se reducen las reglas comprando profesionales que tienen incorporadas las reglas complejas⁹. Por ejemplo, si bien no se conoce de antemano el problema de salud que deberá enfrentarse en una guardia, se aplica una tecnología que está predeterminada. Existe un marco de programación, pero también implica un juicio del profesional.
2. Es una actividad que contiene un grado importante de descentralización, en la cual el control debiera ser más un control de producto que de procesos. Esto no se verifica, ya que la institución se encarga de diluir sus resultados para proteger su "ineficiencia"¹⁰. Es tradicional que se mida cuántas consultas se realizaron o cuántos egresos, indicadores rápida y fácilmente registrables, en lugar de evaluar cuántos pacientes resolvieron su problema o indicadores más a largo plazo respecto de cuánto disminuyeron determinadas tasas (mortalidad, natalidad) o la prevalencia de una enfermedad.
3. Los productos no son homogéneos, son personas, ciudadanos con derechos, con problemáticas diferentes de acuerdo con su entorno socioeconómico y cultural, pero en tanto se aplique el concepto de enfermedad/anormalidad que medicaliza la vida de la gente reduciendo los conflictos sociales a patologías individuales, las demandas quedan homogeneizadas bajo la categoría de "pacientes" anónimos. Al respecto, se verifica el postulado de que *los campos organizacionales altamente estructurados proporcionan un contexto en que los esfuerzos individuales por tratar racionalmente con la incertidumbre y las limitaciones a menudo conducen, en conjunto, a la homogeneidad de estructura, cultura y producción.* (Powell y Di Maggio, 1999)

Problemas estructurales de la organización

Si realizamos la mirada desde los problemas que se reconocen en las organizaciones cercanas al ideal weberiano, encontraremos mayor cantidad de argumentos para incluir a los hospitales en esta categoría (Martínez Nogueira, 2004).

⁹ Perrow, Charles, "Sociología de las organizaciones, Madrid, McGraw Hill, 1990

¹⁰ El criterio de eficiencia es de aplicación cuestionable en salud, pero se ha utilizado la palabra a fin de mantener una coherencia en la caracterización de las organizaciones burocráticas y sus atributos

Rigidez

Se trata de instituciones rígidas, que funcionan con estructuras jerárquicas y autoritarias. Ya se ha hecho referencia a lo mencionado por Foucault de su origen disciplinario.

Desde lo normativo, existe una gran diversidad de normas que incorporan excesivos controles, que en su momento pretendieron aportar transparencia a un sistema viciado de corrupción y que terminan produciendo un encorsetamiento a la gestión, que finalmente busca eludirlas a través de caminos alternativos. Muchas de estas normas son comunes para todo el gobierno, y no contemplan las especificidades del sistema de salud.

¿Descentralización o centralización?

Se verifica una situación de ambigüedad respecto de la centralización - descentralización de la gestión de los hospitales: los establecimientos dependen del nivel central para la ejecución de su presupuesto, su autonomía en el manejo de los recursos es limitada. Pero esto configura una falacia, ya que en atención a la criticidad de sus funciones y en mérito a la urgencia de algunas decisiones, poseen mecanismos alternativos de disposición de fondos de emergencia, con los que históricamente han burlado los requerimientos de planificación. Respecto de los recursos humanos, el mecanismo de incorporación y cobertura de los cargos de jefatura que se viene utilizando es el de selección interna, que se realiza en forma cerrada desde los hospitales, sin discusión previa con el nivel central para la cobertura de las vacantes ni respondiendo a una planificación previa, y enfrenta al área decisoria a hechos consumados, derechos adquiridos y presiones gremiales. Si bien puede suponerse que de por sí funcionan descentralizadamente, ya que son ejecutores de políticas que se definen a nivel de la Secretaría de Salud, cada uno de los hospitales, en especial los hospitales generales de agudos, constituye una estructura de poder que oscila entre la desresponsabilización y trasladar la toma de decisiones cuando es oportuno y una concentración de los recursos de poder dentro de la institución que obliga a recurrir indefectiblemente a ella, sin encontrar respuesta en otros efectores de menor capacidad resolutive pero con mayores posibilidades de atender la heterogeneidad. A su vez, en su ámbito territorial, el manejo que se realiza de los recursos para los efectores desconcentrados refuerza la centralidad del hospital respecto de su área, con lo cual dificulta la gestión de políticas específicas que se implementan en los centros y con los médicos de cabecera desde los niveles de coordinación funcional de la Secretaría de Salud.

Sectorialización

También se trata de una institución sectorializada: no sólo el hospital en sí está compartimentado y obliga al paciente a pasar por numerosas instancias profesionales y administrativas para lograr un abordaje integral de su problema, sino que esto se reproduce, como no podía ser de otra manera, entre los distintos establecimientos asistenciales, cuando un paciente debe ser derivado de uno de menor a otro de mayor complejidad para completar sus estudios.

Se verifica una falta de concepción sistémica, que responde a un modelo hospitalo céntrico de integración vertical y feudal, con estructuras piramidales por servicios y por especialidad. Los hospitales no se integran regionalmente ni en redes así como tampoco los Centros de Salud y los demás efectores desconcentrados (médicos de cabecera, Centros Médicos Barriales) se coordinan para optimizar sus recursos en la implementación de programas comunes. La tendencia, sobre todo en los hospitales generales de agudos que tienen diferente complejidad, es a incorporar cada vez más cantidad de servicios y especialidades y así evitar las derivaciones a otros establecimientos.

Los distintos niveles del sistema se hallan desarticulados: en un modelo que se ha desarrollado sobre el orgullo de la alta complejidad, el primer nivel no es el primer eslabón sino el más bajo. La conducción de los hospitales escasamente se ha hecho cargo de su responsabilidad territorial y de las acciones de atención primaria en los efectores desconcentrados. Se ignoran los mecanismos de referencia y contrarreferencia, lo que determina que muchos pacientes busquen respuesta a problemas de salud ambulatoria peregrinando por los hospitales. Esto deviene en una pérdida de eficiencia del sistema y en una ganancia del poder de los hospitales. En aquellos casos en que el hospital responde a las demandas de sus efectores del primer nivel, lo hace configurando un modelo de territorialidad cerrada, que dificulta la coordinación horizontal: el Área Programática es el "área del hospital" y el hospital se vuelve resistente a aceptar derivaciones de vecinos de otras áreas

Sistema cerrado

Son también organizaciones cerradas, poco o nada permeables a la participación social, quedan en ellas resabios de su origen benéfico: el paciente debe estar agradecido por la atención recibida, ya que es una concesión y no un derecho, no puede participar en el diseño de los programas, demandar y mucho menos ejercer ningún tipo de control, ya que él es el controlado, dada su condición de anormalidad.

Hay una ausencia de la concepción de salud como un derecho de la ciudadanía, que considere a la información como sustento real de la participación y permita a

los ciudadanos constituirse como sujetos de derecho a través de la accesibilidad a la misma mediante mensaje claro, con códigos compartidos por los diferentes grupos sociales, que favorezca la vinculación estratégica entre los individuos y los servicios de salud. Algunas acciones han comenzado a materializarse a través del Programa de Presupuesto Participativo, pero por ahora se limitan a la discusión con los responsables políticos de los niveles centrales y no con los efectores en forma directa.

La organización desde las personas: Profesionalización y Carrera

Históricamente, el hospital público era el lugar de excelencia para la formación académica y las relaciones profesionales, pero no el ámbito de supervivencia. La actividad privada, el ejercicio liberal de la profesión constituían no sólo la base del sustento de los profesionales sino también de su status socio profesional.

Con la crisis económica y el desfinanciamiento del sector de obras sociales y, en menor medida también del sector privado, el empleo público comienza a cobrar mayor importancia como empleo estable, por lo cual los profesionales comienzan a aferrarse al sector, lo que incrementa el poder de presión de los gremios, que van asegurando su población cautiva. En particular, la corporación médica se constituye en defensora de la institución y en la principal interesada en preservar el isomorfismo del campo. Este nuevo posicionamiento de los profesionales dentro del sector público no se acompaña de una jerarquización del espacio de la salud pública ni siquiera de su reconocimiento como ámbito laboral protegido. Coincidimos con Perrow (1999), en que *“en una sociedad en la que las organizaciones dan el sustento a ocho de cada diez personas económicamente activas y en la que las organizaciones son necesarias para lograr la mayor parte de los demás intereses, el simple hecho de pertenecer a la organización resulta crítico para el bienestar, si no para la supervivencia misma. Las organizaciones discriminan sobre bases sociales más que objetivas al permitir el acceso a las mismas”*. El autor se refiere a los esfuerzos constantes que se realizan para restringir el acceso a este recurso, aunque más que una restricción, en este caso la disputa es por quién maneja ese ingreso: las corporaciones o el poder político, en un sistema con un marco regulatorio laxo de carrera profesional.

Carrera profesional

Si bien existe una Carrera de Profesionales de la Salud, ésta provee resquicios para sortear los criterios universalistas y aplicar la lógica particularista para la incorporación de los profesionales, que permite la selección dentro de cada unidad de organización entre profesionales que hayan cumplido algún tipo de función en el establecimiento durante los últimos seis meses. Si bien esto podría configurar una renuncia a la eficacia toda vez que la contratación o el acceso se decide por razones que se apartan del ideal burocrático del universalismo: contratación y

promoción sobre la base de las aptitudes de rendimiento (destrezas, competencia, industriosisidad, etc.), la posibilidad de incorporar a profesionales que se han formado dentro de la institución colabora con los criterios de homogeneización. En este sentido, adherimos a Perrow cuando postula que no hay que confundir criterios particularistas con criterios selectivos en función de los objetivos organizacionales. *“La mayor parte del particularismo que desaprobamos lo es solamente si consideramos que las metas de la organización deben ser diferentes de lo que realmente son. Desde el punto de vista de quienes controlan la organización, pueden ser ciertamente universalistas y promover la eficiencia de la organización”*¹¹. Claro que en este caso correspondería preguntarse quién fija los criterios, que actor es el que ejerce mayor poder en el campo organizacional, si son las corporaciones o el poder político. A su vez, es importante destacar lo enunciado por Powell y Di Maggio (1999) respecto de que cuando la socialización en organizaciones similares de un campo ocurre en el trabajo, esta socialización actúa como una fuerza isomorfa.

No existe un sistema de carrera ligado al mérito en lo asistencial. *El principio burocrático de la carrera dentro de la organización tiene sentido: lo más probable es que la gente no se ocupara de adquirir una serie de destrezas por medio de un prolongado aprendizaje o experiencia en una organización si supiera que no podría rentabilizar su inversión durante un período largo de tiempo*¹². En la Carrera de Profesionales de la Salud, el acceso a los cargos de conducción representa la única posibilidad de progreso en lo profesional y económico, con lo cual se han naturalizado las jefaturas como un escalón en la Carrera y no como una función relevante con implicancias sobre la organización del sistema. Además, por el sistema de selección vigente, se es jefe por el currículum asistencial. En la práctica, estos profesionales eluden los compromisos de gestión en sus áreas específicas y encarar las actividades reproduciendo la mirada médica, individual, fragmentando los conflictos. El compromiso que mantienen los jefes es fundamentalmente con su “quehacer cotidiano” (el caso, el paciente). Las responsabilidades de conducción se van trasladando hacia la Dirección del hospital y aún hacia el nivel central en algunos casos. Al respecto, señala Perrow (1990) el conflicto entre los valores profesionales y los burocráticos y cómo los científicos se ofendían por las restricciones a las que se veían sometidos por parte de la organización en general y de sus superiores en particular, hecho que se verifica en muchos de los jefes de los servicios hospitalarios, con la consecuente frustración y desaliento por parte de estos profesionales.

¹¹ Perrow, op. Cit.

¹² Perrow, op. Cit.

Hegemonía médica

Desde un Estado débil, la incorporación de recursos humanos muchas veces ha sido parte de acuerdos gremiales y políticas clientelares. Es así como en el área de la salud predominan los profesionales médicos sobre los restantes profesionales, la dotación de enfermería está por debajo de la adecuada, el personal administrativo tiene niveles de capacitación inferiores a los requeridos para incorporar modernas tecnologías, los recursos humanos de los Centros de Salud son proporcionalmente inferiores a los de los hospitales.

El fenómeno de la hegemonía médica merece una mención especial: la Carrera Profesional establece que todos los cargos de conducción de los servicios asistenciales, entendiendo la palabra “asistencial” con un criterio amplio que incluye las Direcciones, deben ser cubiertos por médicos¹³. Esto determina además un gremio médico muy fuerte, que por superioridad numérica tiene una mayor presencia y representación en las negociaciones con las autoridades del sistema que otros grupos y que, por ende, continúa reproduciéndose e incrementando su poder de presión.

Una consecuencia de este fenómeno es la dificultad para el trabajo en equipos interdisciplinarios, excepto en los Centros de Salud y en las áreas de salud mental no hay un reconocimiento de los equipos de trabajo como tales ni valorización de la interdisciplina como factor potenciador de las intervenciones en salud, ni siquiera puede visualizarse como un espacio de discusión y responsabilidad compartida, toda vez que “atenta” con el poder de la hegemonía médica ya mencionada.

Formación profesional

El modelo tradicional en la formación de recursos humanos en salud ha sido un modelo centrado en contenidos y desvinculados de los problemas de la práctica: una de las necesidades es superar procesos de tensión existente entre conocimiento y poder que permita plantear reformas que posean mayor impacto en la resolución de los problemas de gestión.

En tal sentido, la formación de pre y posgrado de los profesionales médicos en nuestro país, y especialmente en la Ciudad de Buenos Aires, se define de acuerdo al modelo asistencial vigente desde hace más de 50 años, con criterios que priorizan una visión fragmentada de la persona, la patología compleja y la superespecialización con incorporación de tecnología instrumental de alta complejidad. Esto no solamente devino en un perfil profesional determinado, sino que generó una cultura institucional en los prestadores de todos los sectores de la

¹³ La excepción son los hospitales especializados en odontología y algunos servicios de diagnóstico y tratamiento.

salud difícil de revertir por el impacto que tuvo sobre la población al generar una demanda sentida sobre la alta complejidad que retroalimenta ésta cultura.

Respecto de la formación en el campo del trabajo, hay una visualización por parte de los profesionales de la capacitación adquirida como bien personal. La falta de una política sistemática de formación da lugar al desarrollo de diferentes iniciativas de capacitación desde distintas áreas del sistema, difícilmente regulables. La dispersión vuelve a incluirlas dentro de una lógica individual, a lo sumo feudal, que escasamente es considerado como producto de beneficio colectivo, con la responsabilidad de devolución y compromiso con el sector público que en este sentido involucra. La apropiación de la experiencia individual en el área de gestión estatal en salud puede ser considerada por algunos como parte de su posicionamiento en la estructura corporativa o en el caso de los mas jóvenes como capital trasladable a otros escenarios del mercado de trabajo.

¿Cómo abordar una reforma?

Así como entendemos que la variedad de efectores mencionados aún no ha logrado un grado de organización propia que permita satisfacer las necesidades de la población de la ciudad en forma adecuada, es necesario reconocer las razones por las cuales las múltiples iniciativas, que sí las ha habido, no han producido el impacto esperado. Probablemente muchas de ellas respondieran a urgencias políticas de ofrecer alternativas diferenciales a las propuestas vigentes o a corrientes internacionales no demasiado bien comprendidas. Lo que sí aparece es que no hubo en sus definiciones análisis que permitieran evaluar el peso relativo de todas las variables en juego y cómo construir la sustentabilidad de dichas reformas en organizaciones con fuerte tendencia a la homogeneización.

Respecto de la responsabilidad del sistema con la población de la Ciudad, si bien a lo largo de los últimos años se ha intentado ordenar la demanda de atención con una lógica georreferenciada desde el primer nivel de atención, incrementando los centros barriales de atención primaria y su capacidad resolutive, este proceso es lento en un territorio en el que las distancias son mínimas y el acceso es libre a cualquiera de los efectores hospitalarios, aún los de mayor complejidad, con la única restricción de las demoras en la obtención de los turnos por exceso de demanda.

Desde 1999, la Ciudad cuenta con una Ley Básica de Salud (Ley 153) que fija las bases para la organización territorial y crea Áreas de Salud.

Un **Área de Salud** es la unidad local de organización territorial del subsector estatal de salud, establecida por la Ley Nº 153, Art. 27, con límites coincidentes con las Comunas. La Reglamentación¹⁴ de la Ley Básica de Salud autoriza, hasta tanto se sancione la Ley de Comunas, la implementación de las Áreas de Salud

¹⁴ Decreto Nº 208-GCBA-01, Reglamentario de la Ley Nº 153, Art. Nº 31

en forma coincidente son los límites territoriales de los actuales Centros de Gestión y Participación, con el objetivo de comenzar las experiencias de integración del primer nivel de atención

Las Áreas de Salud¹⁵

- Responden a una delimitación geográfico poblacional y tenderán a unificarse con las futuras comunas
- Son la sede administrativa de las competencias locales en materia de salud
- Son conducidas y coordinadas por un funcionario de carrera
- Constituyen un Consejo Local de Salud, integrada por representantes de la autoridad de aplicación, de los efectores y de la población del Área.
- Analizan las características socioepidemiológicas locales, pudiendo proponer la cantidad y el perfil de los servicios de atención.

Los objetivos estratégicos de las área de salud son

- ✓ *Incrementar la accesibilidad al sistema de salud,*
 - operando sobre los componentes organizacionales, sociales y económicos,
 - jerarquizando la atención de la población más vulnerable a fin de compensar las desigualdades sociales y
 - mejorando la situación de salud de los vecinos de la Ciudad de Buenos Aires
- ✓ *Mejorar la calidad de la atención en salud,* interviniendo sobre
 - las diferencias significativas entre los distintos efectores del primer nivel, y
 - la articulación en redes horizontales y verticales, que integre paulatinamente en una visión sistémica a todos los efectores.

Este programa se propone

- ✓ *Crear un programa de salud integral* que atienda las necesidades de los vecinos de la Ciudad, priorizando la atención de aquellos que no cuentan con cobertura de salud o en situación de riesgo.
 - Identificación y nominalización de los beneficiarios
 - Definición de un paquete prestacional
 - Definición de recursos necesarios para el funcionamiento del sistema
- ✓ *Implementar la base territorial* para la gestión del Programa y para promover la participación comunitaria, a través de la creación de las Áreas de Salud fijadas en la Ley Básica de Salud en su Artículo Nº 31

¹⁵ Ley Básica de Salud, Art. 31º

- Creación de las Áreas y aprobación de su estructura
 - Creación de los Centros de Salud con su estructura y dotación
 - Creación de los Consejos Locales de Salud e integración a las experiencias de participación social que se vienen realizando desde los CGP (PPP, Consejos Consultivos Honorarios, etc.)
- ✓ *Regionalizar el sistema*, definiendo redes de derivación que faciliten el acceso al segundo y tercer nivel según criterios de cercanía geográfica, complejidad y especialización.
- Asignación de áreas de responsabilidad programática a los efectores del primer nivel
 - Definición de circuitos y procedimientos de derivación de pacientes
 - Establecimiento de mecanismos de priorización para los beneficiarios del sistema
 - Creación de las Unidades de Gestión Hospitalaria en los Hospitales Generales de Agudos

O sea, esta organización contempla una serie de atributos que aportan a la reducción de las imperfecciones y rigideces del modelo burocrático weberiano, en tanto proveen alternativas de descentralización, coordinación, nuevos marcos normativos y participación comunitaria¹⁶.

Pero para que en la implementación de este nuevo modelo no opere el cambio isomorfo, será necesario incorporar en el análisis aquellas variables que permitan predecir empíricamente las condiciones de homogeneidad en estructura, proceso y conducta del campo.

Tomaremos para ello las propuestas por Powell y Di Maggio, enumerando aquellas que, a nuestra consideración tendrían implicancias en el modelo a implementar. Desde esa perspectiva, describiremos aquellas acciones preparatorias que se vienen realizando desde la Dirección General Adjunta de Atención Primaria para construir viabilidad a la reforma, entendiendo que se trata de un período de transición.

1. *Cuanto mayor es la dependencia de una organización respecto de otra, más se asemejará a esa organización en estructura ambiente y foco de conducta.* En este sentido, habría que considerar la posibilidad de cambiar la dependencia jerárquica de los efectores de APS. En una primera etapa, previa organización de las áreas de salud, podrían pasar a depender directamente del nivel central.
2. *Cuanto mayor es la centralización de la oferta de recursos de la organización A, mayor será el grado en que la organización A cambiará isomórficamente a fin de parecerse a las organizaciones de las que*

¹⁶ Martínez Nogueira, exposiciones citadas en MAP, 2004

depende en cuanto a sus recursos. Los efectores de APS debieran no depender del hospital para la obtención de sus recursos, fundamentalmente los recursos humanos.

3. *Cuanto más incierta es la relación entre los medios y los fines mayor será el grado en que una organización se construirá siguiendo el modelo de organizaciones que le parecen exitosas.* En esta relación juega la conceptualización que se realiza del problema y dependerá de la convicción respecto de la estrategia de atención primaria de la salud como medio para alcanzar mejores condiciones de salud en la población. Hay que generar espacios de discusión y transmisión de los objetivos de APS en el ámbito del GCBA
4. *Cuanto más ambiguas son las metas de una organización, mayor será el grado en que la organización se construirá siguiendo el modelo de organizaciones que le parecen exitosas.*
5. *Es más fácil imitar otras organizaciones que tomar decisiones con base en análisis sistemáticos de las metas, pues esos análisis resultarían dolorosos o perturbadores.* Efectivamente, resulta muy compleja una evaluación desde las metas en efectores en los que todavía no se han terminado de discutir los procesos de trabajo y en las que los indicadores no son independientes de otras intervenciones. Corresponde entonces avanzar primero en la construcción conjunta de dichos procesos, las fuentes de información y con posterioridad las metas, en un entorno que valore los consensos.
6. *Cuanto mayor es la dependencia respecto de las acreditaciones académicas al elegir el personal gerencial y de otro nivel, mayor será el grado en que una organización se parecerá a otras en su campo.* Es necesario trabajar en la construcción de los perfiles adecuados para los equipos de salud de atención primaria, pero las competencias para esta dependen poco de la formación de grado, principalmente en el caso de los médicos. La formación específica se adquiere a través de residencias que se realizan directamente en los centros.
7. *Cuanto mayor es la participación de los gerentes organizacionales en las asociaciones profesionales y gremiales, tanto más probable será que la organización sea, o se vuelva, similar a las otras organizaciones en su campo.* Recién en los últimos tiempos las asociaciones gremiales, a partir de la inyección de recursos de los que están siendo objeto los centros, han comenzado a mostrar interés en su problemática. Hasta ahora, aún cuando se concursara una jefatura, eran pocos los profesionales de los hospitales con voluntad de trasladarse al Área Programática.
8. *Cuanto mayor es el grado en que un campo organizacional depende de una sola (o varias similares) fuente (s) de apoyo para recursos vitales, mayor será el nivel de isomorfismo. La centralización de los recursos dentro de un campo causa directamente la homogeneización.* Entendemos que este ítem

está relacionado con el ítem 2, por lo cual valen idénticas consideraciones. En este sentido, desde hace dos años se ha centralizado en una unidad de la Secretaría la gestión de los insumos y otros recursos, con muy buenos resultados.

9. *Cuanto mayor es el grado en que las organizaciones en un campo realizan transacciones con agencias del Estado, mayor será el grado de isomorfismo en campo entero.*
10. *Cuanto menor es el número de modelos organizacionales alternativos visibles en un campo, mayor será la tasa de isomorfismo en ese campo.* Existen algunos centros de salud, generalmente los que se encuentran en las zonas más desfavorables del sur de la ciudad, que van desarrollando modelos de organización con mayor participación comunitaria, también como producto de comunidades más organizadas. El fortalecimiento de dichos modelos y el intercambio de experiencias puede favorecer el que sean reconocidos como alternativas por los restantes efectores desconcentrados.
11. *Cuanto mayor es el grado de incertidumbre de las tecnologías o de ambigüedades de las metas dentro de un campo, mayor será la tasa de cambio isomorfo. Un poco en contra de la intuición, los aumentos abruptos en la incertidumbre y la ambigüedad, después de breves períodos de experimentación motivada ideológicamente, deben conducir a un rápido cambio isomorfo.*
12. *Además en los campos que se caracterizan por un alto grado de incertidumbre, los recién ingresados, que podrían servir como fuente de innovación y variación, procuraran superar las desventajas de su reciente ingreso a través de la imitación de las prácticas establecidas dentro del campo.* Es necesario mantener una presencia permanente en la transmisión de los objetivos de los programas innovadores, a fin de sostener el compromiso de las personas. Una experiencia se realizó con la incorporación de pasantes para cubrir tareas administrativas en los Centros de Salud, los que tenían una tutoría periódica con reuniones de seguimiento para consolidar su rol, y que además se convirtieron en una fuente de información valiosa por la mirada no contaminada desde la cual aportaban al proceso de trabajo.
13. *Cuanto mayor es el grado de profesionalización en un campo, mayor será el cambio institucional isomorfo. La profesionalización puede medirse mediante la universalidad de los requerimientos de acreditación, la solidez de los programas de capacitación de posgrado o la vitalidad de las asociaciones profesionales o gremiales.* Más allá de las residencias, se están desarrollando programas de capacitación específicos, diseñados a medida de las necesidades de las áreas, y con una tendencia a la educación permanente en servicio. Los requerimientos de acreditación tienen una especificidad que difiere de los del desempeño hospitalario.

14. *Cuanto mayor es el grado de estructuración de un campo, mayor será el grado de isomorfismo. Los campos que tienen centros, periferias y órdenes según estatus estables y reconocidos ampliamente, serán más homogéneos porque la estructura de difusión para nuevos modelos y normas es más rutinaria y porque es mayor el nivel de interacción entre las organizaciones en el campo.* Si bien el campo del sistema hospitalario céntrico es un campo con un alto grado de estructuración y por lo tanto tracciona hacia el isomorfismo, los centros de salud se encuentran en una posición muy periférica y con un bajo grado de burocratización interna, lo que dificulta la difusión del modelo hospitalario. Al respecto, ya se ha hecho referencia a la subestimación de la tarea de los centros que se realiza desde el hospital.

Cabe aquí hacer una reflexión y aclaración acerca de lo planteado en el punto 11. Durante el año 2001 se trabajó para avanzar en un prueba piloto de área de salud en el territorio del Centro de Gestión y Participación Nº 3 de La Boca – Barracas. Se discutió el programa, se acondicionó el espacio físico, se definieron coordinadores y se prepararon acciones de capacitación específicas. Luego sobrevino la crisis de diciembre de 2001 y todos los recursos durante el 2002 se volcaron a fortalecer los hospitales y a garantizar su aprovisionamiento, dando prueba de la tendencia al cambio isomorfo en condiciones de incertidumbre y ambigüedad. Se abandonó desde las políticas de gobierno la idea de implementación de las áreas de salud, que además era fuertemente resistida por el gremio médico.

Pero desde la crisis del 2001 la relación entre el sistema de salud (Estado) y la sociedad, también comenzó a modificarse. Desde los efectores de APS se establecieron canales de diálogo y participación de los vecinos y organizaciones sociales, situación que se vio potenciada a partir de la puesta en marcha del Presupuesto Participativo, espacio que contó con la participación de funcionarios del sistema en los foros barriales y comisiones temáticas de salud. Las demandas de la comunidad respecto de mayor cantidad y calidad en los efectores desconcentrados aportaron a la necesidad de favorecer las condiciones de accesibilidad del sistema y retomar el camino de la implementación del nuevo modelo, pero con mayor cautela y asegurando cada uno de los pasos.

El trabajo actual apunta al fortalecimiento de los efectores por separado, a través de la formalización de sus estructuras, el refuerzo de las dotaciones, la garantía de los insumos y los procesos de formación. Paralelamente, se conforman grupos de discusión para hallar los consensos básicos respecto de los procesos de trabajo y las competencias requeridas para la gestión de los mismos, así como la discusión de los objetivos para compenetrar a los actores.

La sustentabilidad en un modelo de organización profesionalizado, que atiende a problemáticas sociales específicas como el de la atención primaria de la salud, requiere de la construcción de una identidad, de hacer converger la racionalidad de la organización con la de los individuos y las de la profesión, de consolidar

visiones y una realidad social compartidas, lo que va más allá de las razones económicas de pertenencia.

Hacia dónde vamos

Si bien se han enumerado en el apartado anterior algunas acciones posibles para superar la tendencia a la homogeneización del campo del modelo hospitalo céntrico y la hegemonía médica, es importante destacar que indefectiblemente el primer nivel, o sea los efectores desconcentrados, requiere del segundo y tercer nivel, es decir de las instituciones hospitalarias, para completar las acciones de salud sobre su población. Esto habla de una dependencia que va a seguir generando condiciones de cambio isomorfo, que más allá del trabajo de organización en redes y regionalización que se pretende realizar para dotar de mayor flexibilidad y coordinación al sistema, implica un cambio organizacional que puede demorar años.

Complementariamente, es necesario avanzar en una modificación conceptual del abordaje del proceso salud-enfermedad. Para modificar esta perspectiva no alcanza con modificaciones estructurales: hace falta una voluntad política sostenida que supere el nivel local, y que involucre una acción conjunta del sector salud y de educación en la redefinición de la formación de sus profesionales en el pre y posgrado.

A nivel macro, esto se acompañará con la profundización de los procesos de democratización y construcción de ciudadanía. La consagración del derecho a la salud en la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires coloca al Estado en un rol que va más allá del de un mero garante: lo compromete en políticas activas que permitan al ciudadano el ejercicio pleno de tal derecho, brindando desde el sistema público de salud un acceso equitativo y gratuito a servicios de calidad y promoviendo la participación del ciudadano como un actor relevante, al generar espacios para la demanda de ese derecho.

En el nivel comunal, los cambios estructurales y de gestión deberán ser sustentados por alianzas estratégicas, coordinados desde el área central con una sostenida y consistente presencia en acciones concretas y acompañados por una política específica de comunicación, tanto institucional como hacia la comunidad.

Bibliografía

Conrad, Peter; “*Sobre la medicalización de la anormalidad y el control social*”, en *Psiquiatría crítica, la política de la salud mental*, David Ingleby, ed., Ed. Crítica, Grijalbo, Barcelona, 1992

Foucault, Michel; “*La vida de los hombres infames*”, Colección Caronte Ensayos, Ed. Altamira, Argentina, 1996

Menéndez, Eduardo; “*Morir de alcohol. Saber y hegemonía médica*”, Alianza Editorial, México

Meyer, John y Rowan, Brian, “*Organizaciones institucionalizadas: la estructura formal como mito y ceremonia*” En “*El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*”, Powell W.W. y Di Maggio P.J. compiladores, México, FCE, 1999

Perrow, Charles, “*Sociología de las organizaciones*”, Madrid, McGraw Hill, 1990

Powell W.W. y Di Maggio P.J. “*Retorno a la Jaula de Hierro: el Isomorfismo institucional y la racionalidad colectiva en los campos organizacionales*” En “*El nuevo institucionalismo en el análisis organizacional*”, Powell W.W. y Di Maggio P.J. compiladores, México, FCE, 1999