

DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA
Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de la República

Transformaciones de las condiciones de trabajo y
de las relaciones laborales en la salud privada ante
los procesos de globalización en Uruguay

Marcos Supervielle
Francisco Pucci

Documento de Trabajo N°31
1996



II CONGRESO LATINOAMERICANO
DE SOCIOLOGIA DEL TRABAJO

GT 14 Organización, relaciones y condiciones de trabajo en
América Latina.

TRANSFORMACIONES DE LAS CONDICIONES DE
TRABAJO Y DE LAS RELACIONES LABORALES EN
LA SALUD PRIVADA ANTE LOS PROCESOS DE
GLOBALIZACION EN URUGUAY (*)

Marcos Supervielle

Francisco Pucci

Octubre 1996

(*) Esta ponencia forma parte de una investigación más amplia sobre las condiciones de trabajo en el CASMU, realizado por el Departamento de Sociología de la F.C.S. de la Universidad de la República en convenio con el sindicato AFCASMU. En la investigación participaron también los sociólogos Mariana Cabrera y Rodolfo Levin.

INTRODUCCIÓN.

Esta ponencia da cuenta de distintos tipos de transformaciones que se vienen operando en el principal centro de salud privada del Uruguay, el Centro Asistencial del Sindicato Médico del Uruguay (CASMU). Es un avance de una investigación que los autores vienen desarrollando en el marco de un convenio entre el sindicato de trabajadores de dicho centro (AFCASMU), y el Departamento de Sociología de la Facultad De Ciencias Sociales de la Universidad de la República.

El enfoque que hemos seguido es un enfoque sistémico, en el cual se intenta dar cuenta de las transformaciones de las relaciones laborales y de las condiciones de trabajo consecuentes, como mecanismos de adaptación a las transformaciones que se dan en el entorno del sistema de salud y al interior del propio sistema.

Los cambios en el entorno del sistema a los que nos referimos son los procesos de globalización como ampliación de oportunidades para los usuarios del sistema de salud y las transformaciones de la tecnología médica. Estas últimas, a su vez, tienen un impacto en la estructuración del poder entre las distintas categorías socio-ocupacionales al interior del sistema.

Finalmente, dará cuenta de las transformaciones en la organización del trabajo en la asistencia ambulatoria (con la creación de un sistema Policlínico) y las transformaciones en la organización y la práctica de las enfermeras. Se abordará el pasaje de una organización de inspiración taylorista a una organización centrada en la relación "proveedor-cliente".

La ponencia tratará de ordenar el tipo de relación que se da entre estas transformaciones y las dificultades para alcanzar un

nuevo sistema acorde a las exigencias del nuevo entorno. Para poder dar cuenta de estos cambios, nos hemos visto obligados a discutir el concepto de eficiencia productiva tal cual está desarrollado en el Instituto Internacional de Desarrollo de las Tecnologías (INIDET), red a la que ambos investigadores pertenecen.

La eficiencia productiva como perspectiva.

Los problemas de eficiencia productiva parecen dominar los debates contemporáneos, no sólo en el terreno estrictamente técnico y profesional, sino como aspectos que involucran las posibilidades de desarrollo nacional y de prosperidad económica de un país. En particular frente a los procesos de globalización y de apertura de los mercados.

Se discute como producir más y mejor pero también qué grupos sociales deben beneficiarse de estos avances. La eficiencia productiva pasó, en la década del 90, a ser un tema que interesa a toda la sociedad, no sólo a sus élites empresariales y políticas. Las exigencias de calidad no se radican únicamente en el sector industrial, sino que se generalizan a todo tipo de actividad, material o inmaterial, manual o intelectual, etc.. La definición de qué es eficiente y qué no lo es, lejos de resolverse a través de una racionalidad puramente técnica, se transforma en una construcción social, en la cual participan valores, imágenes y códigos fuertemente arraigados en la estructura de la sociedad. Esto hace que la discusión sobre la eficiencia sea al mismo tiempo compleja y atractiva para el análisis de las ciencias sociales.¹

Por otra parte, en la discusión sobre la eficiencia productiva aparecen determinantes de tipo macro-social pero, en particular, adquieren especial interés los componentes de tipo micro-social; la

¹ Ruffier, Jean (1996) "L'efficience productive. Comment marchent les usines." CNRS Editions. Consultar también los trabajos del INIDET (Instituto Internacional de Desarrollo de las Tecnologías).

construcción de la eficiencia productiva parece claramente ligada a los valores de un grupo, a sus estrategias, a sus formas de organización interna, sus normas de funcionamiento, etc. El rescate de lo micro-social no implica caer en un reduccionismo de tipo "sicologista", en la medida en que estos elementos se analizan en función de un contexto que opera como límite y posibilidad de las acciones individuales. La construcción de nuevas formas de regulación al interior de las unidades productivas tienen como génesis la intencionalidad de los actores, aunque esta construcción pasa a convertirse en un segundo momento en un determinante estructural para los propios actores.

Este trabajo se propone rescatar estos elementos en un análisis específico de una institución de salud uruguaya, en un contexto de cambios tecnológicos y organizacionales orientados a redefinir los mecanismos de regulación de los procesos de trabajo en la búsqueda de nuevos niveles de calidad y eficiencia en la prestación de sus servicios. Previo a este abordaje, es necesario hacer un breve repaso de los determinantes macro-sociales de la eficiencia.

Las transformaciones estructurales en la producción de bienes y servicios.

Las estrategias de desarrollo centradas en el mercado interno y en políticas de protección de la producción y del consumo nacional, son sustituidas en los años 80 por políticas de apertura en un marco de internacionalización de la economía, de creación de vastos mercados regionales y de profundas transformaciones tecnológicas.

También se asiste a una profunda reforma del Estado, expresada en privatizaciones de algunos servicios que estaban radicados en el sector público, la aplicación de programas de racionalización administrativa en la esfera estatal, la transformación de métodos y formas de organización del trabajo en reparticiones públicas y burocracias estatales y la creación de nuevos servicios.

Se propone también la reducción de la intervención estatal en la economía, retirándose del desempeño directo en algunas actividades y eliminando políticas proteccionistas que distorsionan el papel del mercado como reasignador de recursos. A su vez, las políticas de empleo se orientan a una mejor adaptación de las calificaciones a los nuevos empleos antes que a la creación de nuevos empleos. ²

La creciente competencia entre las grandes empresas capitalistas obligó a las mismas a una profunda reestructuración de la base técnica de su sistema productivo y de sus servicios para hacer frente a los nuevos requerimientos del mercado mundial. La introducción y difusión de componentes microelectrónicos en las diversas esferas de actividad económica y los cambios organizacionales se volvieron imperiosos para adquirir competitividad internacional y eficiencia económica en los nuevos parámetros de la economía internacional. ³

Estas nuevas modalidades de organización del trabajo con base en la microelectrónica van unidas a una estrategia de descentralización del capital, con proliferación de pequeñas empresas con alta dotación de capital y bajo empleo de mano de obra, formas de contratación del trabajo fuera de la empresa, (sub-contrataciones) fragmentación del proceso de producción en diversas unidades dispersas territorialmente, etc. ⁴

² Boyer, Robert y Freyssenet, Michel (1993) "L'Emergence de Nouveaux Modèles Industriels: hypothèses, premier bilan et perspectives".

³ Kern, Horst y Schumann, Michael (1988) "El fin de la división del trabajo". Madrid. Ministerio de Trabajo y Seguridad Social.

⁴ Piore, M. y Sabel, Ch. (1984) "The Second Industrial Divide". New York, Basic Books.

Esto trae como consecuencia el declinio de las grandes organizaciones obreras y de los modos de regulación keynesianos basados en la negociación colectiva entre empresarios, Estado y fuertes sindicatos. También se debilita el ámbito material donde se sustentaba la solidaridad de los trabajadores y los modos de reclutamiento político de los partidos que defienden los intereses de los asalariados.⁵

Otra consecuencia encadenada con los procesos señalados es la pérdida de centralidad de la imagen de los obreros fabriles como ejes de la regulación laboral, que se desliza hacia un nuevo modelo centrado en el trabajador de servicios. La relación central deja de ser la del trabajador y su máquina para transformarse en la relación trabajador-"cliente". Este proceso se verifica no sólo en el sector servicios sino que permea crecientemente las relaciones en el sector industrial.

La modernización tecnológica afectó también a los países latinoamericanos, aunque en forma diferenciada según países y regiones, y sin alcanzar la envergadura de las transformaciones ocurridas en los países centrales. Su lugar privilegiado ha sido la gran industria de los sectores vinculados a la exportación y su motivación básica el aumento de la calidad de los productos para obtener padrones de competitividad internacional en el mercado externo.⁶ Las transformaciones tecnológicas se vuelven, por tanto, un factor clave para el aumento de la capacidad competitiva de los sectores de punta de la economía de cada país.⁷ Esta reestructuración es heterogénea, está fundada en la flexibilidad

⁵ Gorz, A. (1980) "Adieux au prolétariat". Paris, Edition Galilée.

⁶ Humphrey, J. (1995) "Nuevas temáticas en Sociología del Trabajo". Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo. Año 1 No. 1.

⁷ Abramo, L. (1987) "Modernização tecnologica e ação sindical." CLACSO, Buenos Aires.

unilateral de las relaciones laborales ⁵ y no siempre implican sistemas participativos de gestión. ⁶

Impacto de las transformaciones productivas en el Uruguay.

Para el caso uruguayo, a nivel de la industria se constata una fuerte renovación de maquinaria y equipamiento en las empresas de mayor envergadura económica, tanto en las que han desarrollado estrategias de exportación, como en aquéllas que mantienen fuertes vínculos con el mercado local. Este proceso de innovación técnica incluyó cierta incorporación de componentes microelectrónicos, aunque sin alcanzar a constituir procesos automatizados de producción según los parámetros del mundo desarrollado. ⁷

El alcance y profundidad de la renovación técnica no alcanzó a modificar sustancialmente la versión taylorista-fordista de organización de la producción industrial uruguayo. Tampoco parece haberse alterado sustancialmente la composición de la mano de obra de la industria a consecuencia de la renovación técnica. Nuevas exigencias en cuanto a calificación, experiencia de trabajo, etc., son incipientes y afectan a un reducido conjunto de empresas, aunque

⁵ De la Garza Toledo, E. (1993) "Reestructuración productiva y respuesta sindical en México". México, IIEC, UNAM.

⁶ Leite, M. (1995) "Novas formas de gestao de mao de obra e sistemas participativos en Brasil". Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo. Año 1 No.1

⁷ Supervielle, M. y Pucci, F. (1991) "Políticas de relaciones laborales e innovaciones tecnológicas en Uruguay. El caso del sector textil". En: Uruguay, el debate sobre la modernización posible" (Editora: Gisela Argenti) Montevideo, Ed. Banda Oriental.

marcan una tendencia hacia futuros cambios en la demanda de fuerza de trabajo. "

En grandes líneas, las políticas de modernización parecen priorizar la flexibilidad externa (flexibilización de las condiciones contractuales de trabajo) más que la flexibilidad funcional (polivalencia del desempeño laboral al interior de la empresa), " aunque la matriz histórica de las relaciones laborales y la acción del movimiento sindical han disminuido relativamente la primer tendencia. Su consecuencia parece ser un creciente proceso de desregulación velada " expresada en el predominio de relaciones informales entre los actores laborales.

En Uruguay como en el resto del mundo, el sector industrial es el eje sobre el cual se construyeron históricamente las relaciones laborales que luego se expandieron hacia los demás sectores. Los cambios en la industria, por lo tanto, fueron las determinantes de los cambios de la organización del movimiento sindical, de sus formas de acción y de las relaciones de dependencia en general. Esta jerarquización actualmente se está reformulando en función de distintos procesos: 1) La des-industrialización creciente de la economía uruguaya debido a las políticas ensayadas en los últimos veinte años 2) La creciente importancia del sector servicios como generador de empleo 3) la cada vez menos tajante división entre

" Stolovich, L. (1991) "Acumulación de capital e innovaciones tecnológicas en el Uruguay de las últimas dos décadas". En: Uruguay: El debate sobre la modernización posible (Ed. Gisela Argenti) Montevideo, Ed. Banda Oriental

" Walter, J. (1994) "Ajuste, flexibilidad laboral y nuevas formas de organización del trabajo en las empresas argentinas". Buenos Aires, Debates CEIL.

" Supervielle, M. y Pucci, F. "Condiciones de trabajo y desregulación. Análisis de los accidentes de trabajo en Uruguay". Montevideo, FCS. Ponencia presentada al Congreso de Sociología del Trabajo, México, noviembre de 1993.

trabajadores manuales, administrativos y técnicos debido a los cambios tecnológicos.

A nivel de los servicios, las áreas más comprometidas con la modernización tecnológica en el caso uruguayo abarcan sectores como la banca, los transportes, la salud y las comunicaciones.¹⁴ Estos sectores están sometidos a nuevos criterios de eficiencia en la prestación de sus servicios; pero a diferencia de la industria, que puede orientarse con distintos niveles de calidad a segmentos diferenciados del mercado, los servicios deben ajustarse a patrones universales de eficiencia, que toman referencias en los polos más avanzados tecnológicamente.

Los impactos en el sistema de salud.

En la salud, a su vez, los criterios de evaluación de la eficiencia están fuertemente determinados por los pautas culturales y educativas de la población. Sociedades como la uruguayana, con altos niveles de información y educación formal, tendrán niveles de exigencia en cuanto a incorporación tecnológica y calidad del servicio mayores que otros contextos. Esto explica, en parte, la desproporcionada incorporación de tecnologías de diagnóstico en el sistema de salud uruguayo.¹⁵

El hecho de que en el sector salud la eficiencia sea construida socialmente, vuelve relevante una investigación comparada que permita establecer en qué medida distintos contextos sociales pueden crear códigos de eficiencia específicos, de difícil

¹⁴ Argenti, G. (1993) "Monographie sur la performance technique des centrales digitales". Montevideo, Mimeo.

¹⁵ Argenti, G. y Fernández, J. Ponencia presentada al "Primer Taller Regional de Evaluación de Tecnologías en el Area de Salud". Montevideo, 23 y 24 de agosto de 1995

traducción ¹⁶ a otro contexto. Así como la transferencia de tecnología no implica la transferencia de saberes determinados social y culturalmente, ¹⁷ también la eficiencia a nivel de los servicios hay que entenderla en un marco de relaciones laborales construido socialmente, que define modelos, estructuras de poder y códigos de evaluación de la eficiencia.

Esta eficiencia pasa por reconstruir una imagen del cliente en el sentido general, de tipo fenomenológica y unidimensional, superando la desarticulación por especializaciones médicas que tiene como correlato una visión taylorista de la organización del trabajo paramédico. En efecto, la complejidad y la autoreferencia del sistema de salud lleva al usuario a sentirse "no reconocido". A su vez, aquellos funcionarios (personal de puerta y enfermería) que están en la frontera de los diferentes servicios, están sometidos a una fuerte presión psicológica al tener que dar cuenta de las ineficiencias globales de la organización. En este sentido, la puesta en relevancia de la relación proveedor-"cliente" en los sistemas de salud es un intento de superar la lógica de división de trabajo taylorista. ¹⁸ Sin embargo, como veremos en el caso del CASMU, esta nueva lógica, por los cambios que implica, es también un factor de tensiones y de ineficiencias.

¹⁶ Callon, Michel. "Sociologie des sciences et économie du changement technique: l'irrésistible montée des réseaux technico-économiques." Dans: Ces réseaux que la raison ignore. Centre de sociologie de l'innovation. L'Harmattan, Paris, 1992.

¹⁷ Ruffier, J. (1996) Op. cit.

¹⁸ Una similar preocupación aparece en el trabajo Camus, A. y Dodier, N. (1994) "L'intérêt pour les patients a l'entrée de l'hopital". Centre de Recherches Médecine, Maladie et Sciences Sociales.

Estudios preliminares y parciales recientes ¹⁹ han señalado que las transformaciones tecnológicas más importantes en el área de salud en Uruguay están localizadas en los servicios de emergencia móviles, los CTI y los tratamientos de hemodiálisis. Estos sectores cuentan con equipamiento moderno de primer nivel, básicamente a partir de 1974, lo que ha implicado un mejoramiento en la calidad del tratamiento de toda la población uruguaya. La nueva tecnología ha implicado mayor complejidad en el desarrollo de las tareas, el surgimiento de nuevas especializaciones y la necesidad de contar con personal polifuncional, con la suficiente flexibilidad para desempeñar tareas de diverso tipo. Este nuevo equipamiento muchas veces es sub-utilizado, ya sea por falta de personal capacitado o por falta de conocimiento de las reales potencialidades del mismo.

El cambio técnico ha generado una fuerte segmentación en términos salariales tanto a nivel médico como a nivel de enfermeros y trabajadores en general, entre los que acceden a trabajos de alta tecnología y aquéllos que no. También ha implicado un trastocamiento en las jerarquías y en las valoraciones sociales. Se constata una mayor nivelación e interdependencia entre médicos y enfermeros, y en algunos casos encontramos tendencias a la descalificación del personal. Al mismo tiempo, parece haberse agudizado la competencia por el trabajo y por el conocimiento, quebrando tradicionales pautas de solidaridad profesional.

Se ha destacado ²⁰ que la incorporación de nuevas tecnologías se realizó principalmente a impulsos de una racionalidad económica de mercado y no desde una lógica terapéutica, lo que ha implicado problemas de manejo, de control y de acceso a la misma. En este sentido, la ausencia de una política pública orientada a racionalizar la incorporación de maquinaria ha contribuido a aumentar los desequilibrios y las irracionalidades. Ha habido

¹⁹ Taller "Las Nuevas Tecnologías en Salud". Comisión de Nuevas Tecnologías del PIT-CNT, Instituto Cuesta Duarte, FESUR.

²⁰ Grupo Graphes (1993) "Nuevas Tecnologías en Salud". Tecnología y Trabajo en el Uruguay". Montevideo, FESUR, PIT-CNT

también un profundo cambio en la cultura profesional médica. La segmentación del mercado de trabajo entre los médicos no surge de diferencias de calificación o capacidad como antaño, sino de diferencias en el acceso al capital necesario para adquirir nuevas tecnologías.

Las nuevas tecnologías en el área médica no han traído desocupación, sino que por el contrario parecen haber aumentado la demanda de trabajo. El equipamiento moderno no sustituye personal, que se re-inserta a nivel de la programación del aparato, en tanto sigue siendo insustituible la necesidad de una relación humana directa con el paciente. Tampoco parece haber un reciclaje generacional en el manejo del nuevo equipamiento, sino una adaptación al mismo de trabajadores experimentados.

Otro punto importante es el relativo al aumento del control sobre los trabajadores que apareja la nueva tecnología, en términos de horario y de productividad. Por último, las nuevas tecnologías implican un aumento en la intensidad del trabajo y en el esfuerzo tanto físico como mental, además de conllevar problemas de salud en términos físicos y visuales.

Más allá que el cambio tecnológico mejore, empeore o mantenga constante las condiciones de trabajo en términos físicos, dichos cambios modifican las relaciones entre los distintos actores que interactúan en los distintos procesos de salud. Por lo tanto, en el plano relacional, se modifican las condiciones de trabajo y se modifican las identidades colectivas relacionadas al mismo. Estas modificaciones al ser cada vez más comunes y cada vez más rápidas en el tiempo implican a su vez cambios en la lógica del relacionamiento entre los actores sociales -ya no es esperable relaciones permanentes consagradas por convenios de largo plazo- sino que son necesarios mecanismos de ajuste y reajuste mucho más dinámicos entre los distintos actores sociales y sin los niveles de formalización antes exigidos.

La modernización tecnológica en la salud se puede catalogar como de "asincronía negativa" ²¹ que se verifica en aquellos casos en los cuales se realizan cambios tecnológicos que no son precedidos ni acompañados de estrategias preparatorias de los recursos humanos y las formas de organización.

En términos de convenios colectivos se observa la inadecuación de los mismos a la nueva realidad laboral, en tanto existen nuevas categorías profesionales no contempladas en los mismos. Esta inadecuación dificulta la negociación salarial al tiempo que introduce rigideces que obstaculizan el logro de acuerdos que aseguren una mejor distribución de los beneficios económicos del cambio técnico entre los trabajadores y la empresa.

Calidad y eficiencia en los sistemas de salud

La inadecuación de las normas laborales y de la organización formal del trabajo pone en un primer plano la importancia del sistema informal de reglas para lograr la eficaz realización del trabajo. Toda actividad laboral cuenta con una organización informal que permite un desarrollo más racional y simple del sistema de producción. ²² Estas regulaciones juegan un papel clave en la medida que van cubriendo los desajustes y las lagunas que van dejando las normas formales que no acompañan las transformaciones reales de las relaciones entre los actores individuales y colectivos.

Históricamente los sistemas de salud articularon códigos de tipo humanista (se crearon para curar) con códigos de tipo capitalista (deben generar ganancia) con códigos de tipo estamental (deben ajustarse a un ordenamiento en donde el médico es omnipresente) ²³

²¹ Walter, J. Op. cit.

²² Reynaud, J.D. (1988) " Les règles du jeu. L'action collective et la régulation sociale." A. Colin. París.

²³ A conclusiones similares llega una investigación realizada en Francia recientemente. Maurines B. Lequay B.

En el momento actual, estos códigos no han desaparecido sino que por un lado se complejizaron y por otro cambiaron su orden de prioridades. Esto ocurrió sin que por ello se creara un nuevo orden estable; por el contrario, los sistemas de salud están sufriendo un permanente proceso de recomposición por lo que aparecen en muchas ocasiones como incoherentes, como resultado de estar sometidos a lógicas distintas en distintos lugares del sistema.²⁴

En este sentido adquieren especial relevancia la cultura normativa del grupo acerca de la cooperación y de la autoridad.²⁵ Existen reglas que no descansan estrictamente sobre la coerción externa²⁶ ni sobre la internalización de norma²⁷ sino que se sostienen a sí mismas en la medida en que el cálculo de los intereses individuales coincide con el respeto a la norma. Las normas de cooperación, de decisión común y de autoridad son los mejores ejemplos. La legitimidad de estas normas pasa por establecer puntos de equilibrio obligatorios entre los diferentes intereses en juego. Esta construcción, por parte de los actores, de relaciones y arreglos a nivel micro, adquieren mayor legitimidad que las regulaciones globales a nivel de convenios colectivos o de normas oficiales de la institución.

Aparece prioritario entonces enfocar el análisis de los códigos que jerarquizan y articulan la producción de reglas de juego

Bernoux.P. (1995) "Hopital DEBROUSSE. Changement et Participation: la recherche d'un ajustement des logiques."
GLYSI-AUTREMENT DIT

²⁴ Supervielle, M. (1995) "Análisis de las condiciones de trabajo en el sistema de salud privado". Mimeo

²⁵ Reynaud, J.D. (1988). Op. cit.

²⁶ Durkheim, E. (1982) "La división del trabajo social". Ed. Akal, Madrid.

²⁷ Parsons, T. (1984) "El Sistema Social". Ed. Alianza, Madrid

entre los distintos actores sociales para dar cuenta del proceso de trabajo. La construcción de códigos y reglas de juego se puede analizar como un intento de reducir la complejidad del conjunto de las relaciones que establecen los individuos para dar cuenta de las actividades que realizan ²⁸. Estas relaciones, a su vez, se dan al interior de un sistema que es autoreferente, que en realidad delimita su relación con el entorno pero que toma forma a partir de una referencia a sí mismo. Desde esta perspectiva, el entorno no determina al sistema, a lo sumo este último es resonante del entorno; da cuenta de él en sus propias regulaciones internas.

Como sistemas de acción concretos, las organizaciones de salud carecen de poder para controlar las zonas de incertidumbre ²⁹. Los recursos necesarios para este control: competencia, relaciones y contacto con el entorno, control de las comunicaciones y de los flujos de información están diluidos en la organización, por lo que las acciones estratégicas de los actores adquieren una relevancia especial.

En este sentido, en estas organizaciones parece predominar una racionalidad estratégica más que una racionalidad paramétrica ³⁰ en la toma de decisiones. Cada grupo de poder al interior de la institución intenta imponer su estrategia, debiendo tomar en cuenta los movimientos de los otros, en un juego que se vuelve cada vez más complejo. Estas estrategias deben ir aumentando crecientemente los datos de punto de partida, por lo que los actores no alcanzarán nunca toda la información necesaria. Esto implica que en estos sistemas de acción, los actores también cuentan con una racionalidad limitada.

²⁸ Luhman, N. "Sistemas Sociales". (1991) Ed. Alianza, Madrid

²⁹ Crozier, M. y Friedberg, E. (1990) "El Actor y el Sistema". Alianza Mexicana

³⁰ Elster, J. "El cambio tecnológico". Ed. Gedisa, Barcelona

La creciente complejidad de la información requiere de un involucramiento de los actores vinculados a las líneas de producción. La información, a su vez, es construida por los propios actores en función de sus estrategias y se utiliza para negociar las mismas con los demás actores. A su vez, esta información tiene diferentes orígenes y se inscriben en tradiciones de razonamiento muy diferentes (médicos, enfermeros, administrativos, gremialistas, etc.)

Por otra parte, la evaluación en la prestación de los servicios de salud se realiza desde diversas perspectivas. La eficiencia productiva de la empresa requiere necesariamente la traducción de estas perspectivas ³¹ para la construcción de códigos en común. Los criterios de evaluación de la eficiencia no son objetivos; implican un proceso de construcción social, en el cual intervienen actores tanto internos como externos. A su vez, la evaluación de la eficiencia se mide por parámetros diferentes de acuerdo en los distintos sistemas; no es lo mismo la eficiencia desde el punto de vista financiero, político, técnico, etc.

El Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay.

En este marco general, el presente trabajo pretende abordar una organización específica del área de salud: el C.A.S.M.U. (Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay). El C.A.S.M.U. es una organización compleja, que tiene 4.000 funcionarios, 5.000 médicos y aprox. 20 locales de funcionamiento en diversas áreas y atiende a 270.000 socios, siendo el centro de atención de salud más importante del país. En contraposición a su tamaño y a los recursos que se manejan, la calidad y la eficiencia de los servicios han sido objeto de fuertes cuestionamientos por parte de los usuarios. Dentro de las críticas efectuadas uno de los aspectos más señalados es el fuerte burocratismo y el proceso de deshumanización del servicio asistencial.

³¹ Ruffier, J. Op. cit.

Otra característica original del CASMU es que tiene un origen gremial; se fundó como centro de asistencia médica del sindicato de médicos del Uruguay. Esto implica que incorpora un nuevo código de tipo solidario a los códigos humanista, capitalista y estamental reseñados anteriormente.

Se han constatado tres grandes nudos problemáticos en el funcionamiento del CASMU:

i) los problemas derivados de la constante incorporación de nuevas tecnologías en un organización compleja como C.A.S.M.U ii) La necesaria reorganización del C.A.S.M.U para ajustarse a los nuevos padrones tecnológicos, en las condiciones menos tensionales y conflictivas posibles. iii) La necesidad de mejorar en términos de eficiencia y calidad la oferta del CASMU con respecto a los usuarios.

En términos más específicos, para la empresa aparecen dos grandes sectores particularmente críticos desde el punto de vista de las condiciones de trabajo en el contexto antes mencionado.

A) Enfermería, donde existe una fuerte rotación de personal y ausentismo vinculado a difíciles condiciones de trabajo. Estas situaciones parecen estar asociadas a una organización del trabajo que correspondió a sistemas menos complejos y que en este momento no resulta funcional en términos institucionales. Por otro lado, los salarios bajos en términos relativos generan respuestas que van contra la salud de las enfermeras y contra su eficiencia profesional. Un primer indicador grueso de esta problemática es el continuo cambio de reivindicaciones gremiales por parte de este sector dentro del C.A.S.M.U.

B) Administración. Este sector enfrenta un inminente proceso de racionalización administrativo, eventualmente con contracción de cargos, que constituyen un foco tensional permanente. Este sector no será abordado en este documento por razones de espacio.

Una primera explicación de los problemas del CASMU es que la tecnología incorporada no logra los estándares de eficiencia posibles porque la complejidad de la estructura organizativa y la ineficiente articulación de recursos impide el aprovechamiento sustancial de la misma. Una segunda explicación es que el crecimiento burocrático y la complejización de la organización han llevado al florecimiento de múltiples identidades ocupacionales, profesionales, con racionalidades y estrategias propias, que se encuentran en permanente estado de tensión cuando no de conflicto, generando bloqueos y parálisis decisoria.

En este sentido, las hipótesis de este trabajo son las siguientes:

- La complejidad institucional del CASMU, donde se desarrollan racionalidades instrumentales y comunicativas heterogéneas y antagónicas, impide una adecuada traducción de los diferentes códigos presentes en la empresa. Esto lleva a bloqueos insuperables y redunda en problemas de eficiencia en la calidad del servicio. Para corregir este factor de ineficiencia, la institución ha intentado jerarquizar los códigos antedichos de tal forma de no superponer lógicas autónomas. La traducción de esta propuesta pasa por el reforzamiento de las cadenas de autoridad formal, como mecanismo de reducción de la complejidad.

- La creciente competencia en el sistema de salud privado y los graves problemas de financiamiento del mismo, han modificado la cultura laboral al interior de las mutualistas médicas. La supremacía histórica de los códigos de tipo técnico, hegemónicos durante décadas en el área de salud, han dado paso al surgimiento de códigos de tipo comercial y financiero. Estos nuevos códigos coexisten con los anteriores, sin que exista aún una clara redefinición de jerarquías.

- Estos factores han impulsado a la institución a la construcción de nuevas relaciones sociales al interior de la institución, que den cuenta global de los cambios tecnológicos y organizativos que dan

mayor centralidad al concepto de "cliente". Este proceso genera nuevas fuentes de tensiones que se acumulan con las anteriores.

La estructura del CASMU.

A partir de la información que nos proporciona el organigrama institucional, se puede hacer un inventario de los sectores que integran la institución. El CASMU está compuesto de 6 grandes áreas:

- Servicios clínicos Esta área comprende medicina general y las especialidades médicas: cirugía, pediatría, ginecología, etc.
- Servicios de diagnóstico y tratamiento Esta área incluye radiología, fisioterapia, laboratorio, hemodiálisis, anestesiología, hemoterapia y otros servicios contratados por la institución
- Servicios técnicos paramédicos Esta área incluye enfermería, alimentación, farmacia, registros médicos y servicio social.
- Administración de servicios En esta área se encuentra secretaría general, recursos humanos, abastecimiento y servicios generales.
- Area financiera Incluye contaduría, presupuesto y costo y finanzas.
- Area informática Incluye desarrollo, estudios técnicos y producción en el área de la informática.

El análisis muestra que en el CASMU no existe una clara delimitación de Areas. El equipo de Dirección interactúa frecuentemente, dándole más importancia a los contenidos que al organigrama formal. Las funciones institucionales tampoco parecen estar muy bien definidas, ni existe una clara interrelación entre las diversas áreas. Se perciben muchos grupos de poder dentro de la institución, con intereses y objetivos propios y autónomos, lo que hace difícil la coordinación y el funcionamiento horizontal. Las áreas de incertidumbre en la organización no son plenamente controladas por ninguno de los grupos de poder, por lo que la negociación permanente de las normas se constituye en el funcionamiento normal de la institución. Cada sector se atiene a su función específica, negociando sus espacios de poder, sin preocuparse por la globalidad institucional.

Desde el punto de vista funcional, hay problemas con la integración de equipos interdisciplinarios, fruto de la emergencia de racionalidades contrapuestas. Hay también una queja permanente de enfermería de ser los centralizadores de la mayoría de los problemas funcionales y los responsables de mover los engranajes institucionales para la atención médica. En este sentido, el sector de enfermería parece ser el que soporta la presión de la ineficiencia institucional.

Por otra parte, parece haber disminuido la contraposición histórica que existía en la institución entre el área asistencial y el área administrativa, percibida como factor de distorsión permanente en el funcionamiento del servicio. La dicotomía técnicos-no técnicos, como factor de oposición y conflicto, parece haber sido sustituida por la proliferación de conflictos cruzados por múltiples determinaciones. Esto parece ser consecuencia de la creciente complejización de la institución, en razón de su veloz crecimiento y de las innovaciones tecnológicas experimentadas.

Se cuestiona también la estructura gremial que está en la base de la fundación del CASMU. Hay una cultura institucional teñida de negociaciones, cuestionamientos, exigencias gremiales, etc. Esto se da a todos los niveles de trabajo, lo que obstaculiza el rendimiento y la eficacia y se traduce en insatisfacción de los afiliados. La necesidad de incorporar orientaciones empresariales y de adecuarse mejor a las exigencias del mercado es planteada de forma cada vez más insistente por distintos sectores de la institución. También se plantea la necesidad de revisar la relación del centro asistencial con el organismo gremial médico, el Sindicato Médico del Uruguay. Estas orientaciones se pueden entender como un intento de reducir la complejidad del sistema, reforzando las cadenas de autoridad y centralizando las identidades institucionales. La construcción del Policlínico, que se analizará más adelante, es un proceso que se dirige hacia el logro de estos objetivos.

En términos de propuestas, hay sectores que tienden hacia un modelo más burocrático de institución, reclamando mayor rigidez en

las líneas de dirección y dándole primacía a los códigos de evaluación de tipo financiero: racionalización administrativa, control de los trabajadores, etc. Otros sectores asumen que las tensiones producto de las diversas lógicas del CASMU son inevitables y positivas a la vez. La capacitación profesional pasa por el manejo de las tensiones y la aceptación de esta complejidad. El CASMU tiene varios códigos de evaluación contrapuestos. Es una empresa, un gremio y un prestador de salud. No hay respuesta capaz de satisfacer las tres lógicas, por lo que parece difícil que la institución logre reducir los niveles de complejidad centralizando la toma de decisiones y reforzando las líneas de autoridad.

La institución se percibe como una empresa demasiado grande, burocratizada, que sirve más a sus propios intereses que a los objetivos para los cuales fue creada. Se constata una falta de sentido de pertenencia y una falta de compromiso con la institución por parte de los médicos y de los funcionarios, producto de los factores reseñados.

El usuario también percibe la institución como una estructura altamente burocratizada y deshumanizada, donde el paciente pierde las referencias personales en la atención, aunque parece mantener niveles de excelencia técnica superiores a otras instituciones de salud. El punto más negativo de la institución está en la internación, la planta física y la interrelación entre los recursos humanos que componen el acto médico. Una encuesta de opinión realizada entre los pacientes dados de alta en los sanatorios, demostró que se obtuvieron mejores resultados en los sanatorios contratados que en los sanatorios de la institución, con la excepción de uno. Hay quejas genéricas sobre el mantenimiento, la calidad del servicio, la limpieza, etc., las cuales no se corresponden a las expectativas del nivel medio de los usuarios de CASMU. La infraestructura física, en particular la habitación, es el punto más criticado por los usuarios, tanto en los sanatorios como en las UPECAS (Unidades de atención médica barrial)

Muchos de estos problemas de funcionamiento están relacionados con la creciente incorporación de nuevas tecnologías. La tecnología

cambia las relaciones entre los médicos. Hay médicos empresarios dueños de tecnologías y hay médicos empleados por esa tecnología. Esto no implica cambios en las relaciones de los médicos con otros sectores, como por ejemplo las enfermeras, pero se constata que asumen tareas que antes no cumplían. Detrás de estos cambios subyace el tema de la desocupación médica.

En otras circunstancias se modifica la relación entre médicos y para-médicos, ya que los portadores de los conocimientos necesarios para utilizar las tecnologías adquiridas no son siempre los médicos. Esto genera tensiones porque este sector que detenta el poder estamental pierde su base de sustentación y legitimación, siendo otro elemento que contribuye a la ineficiencia productiva.

Transformación en el sector Enfermería.

En el sector Enfermería es donde se pueden percibir las mayores tensiones de las transformaciones que se vienen operando en el entorno del sistema de salud y en el propio sistema. Estas tensiones se verifican a través del aumento del ausentismo relativo, turn-over, etc.

La complejidad de la organización del CASMU y las consecuentes presiones sobre las enfermeras es un factor que explica la rotación de las mismas, más alta que en otras instituciones. Este elemento da consistencia a nuestra hipótesis de que las presiones se deben a que la enfermera, trabajadora subordinada, profesionalmente expuesta a tensiones por su actividad, está además en la frontera entre el sistema de salud y su entorno, al tener que tratar al enfermo y a sus familiares. En consecuencia debe asumir directamente todas las ineficiencias del sistema lo que agrava las tensiones laborales, por otra parte concientemente percibidas por ellas mismas. ¹²

¹² También reafirma nuestra hipótesis el hecho de que otros puestos de trabajo que atienden clientes como administrativos de puerta o ventanilla, farmacia, etc. también son sometidos a fuertes tensiones. Su análisis excede las posibilidades de este trabajo.

El Departamento de Enfermería del CASMU es responsable de la atención de enfermería a todos los abonados de la institución en Montevideo. Esa atención se da cuando requiere internación, en el área ambulatoria, en el área de atención directa, post-y preinternación, en policlínicas, etc. Otra área es la atención en domicilio que se da en aquellos casos en que el usuario puede estar en su domicilio pero no puede trasladarse.

El Departamento Central de Enfermería trabaja con una jefa asistente, con una funcionaria administrativa y con una funcionaria auxiliar de enfermería que cumple funciones administrativas. Sigue un jefe de Sanatorio y un Jefe de Policlínico, dos cargos de jefe de sector y luego las nurses standard. La dotación total se compone de 1 jefe de departamento, 1 jefe asistente, 6 enfermeras jefe, 45 supervisores distribuidos en cada sanatorio, 4 jefes de sector, 240 cargos de nurse estándar, en las cuales hay 32 vacantes y 756 auxiliares de enfermería.

El área física del departamento no es adecuada para las dimensiones del flujo de personas que transitan a diario y tiene sólo un PC para uso diario.

Además, para la enfermera profesional el trabajo en el CASMU es poco atractivo, aunque el nivel salarial es superior al laudo y tienen un 18% de incentivo por presentismo. Sin embargo, en otras plazas laborales se les han adjuntado compensaciones de diverso tipo, por lo que la enfermera profesional tiene tendencia a abandonar la institución.

En el CASMU la visita médica es muy numerosa, con modificaciones en la medicación y en las pautas técnicas, lo que genera situaciones de trabajo que agravan las tensiones. La forma de trabajo médico es individual; los pacientes pueden ser visitados por los médicos en el horario que estos disponen, lo que conforma mayores dificultades en el trabajo cotidiano de la enfermera.

La auxiliar de enfermería, a su vez, carga con muchas tareas que no le corresponden, siendo también un sector con muchas vacantes. Hay concursos en marcha en los cuales se intenta modificar las bases para lograr un sistema de acceso más sencillo, de manera de llamar a menos cargos y lograr que los que se cubran comiencen a trabajar de manera inmediata.

Hay tres grados en enfermería; el pasaje de una categoría a otra supone la realización de cursos además de computarse la antigüedad, aunque este proceso es lento. La institución tiene otra categoría llamada ecónomo, asimilado al grado más alto de enfermería, que se responsabiliza del manejo de los materiales. Antes era un cargo de administración pero a partir del laudo del año 1986 ingresó en el área de enfermería.

La enfermera universitaria tiene a su cargo los recursos humanos y materiales para poder cubrir el área de la cual es responsable. Lo mismo sucede con la atención domiciliaria. Además tiene que coordinar con los servicios los estudios, exámenes, estudios especializados, traslados, etc. El auxiliar de enfermería realiza las tareas que le delega la enfermera universitaria.

Recientemente la institución implantó un sistema de enfermería personalizada, que implica que cada enfermera tiene asignado una cantidad de pacientes a los cuales les debe realizar una atención integral. Este sistema buscó superar la rutinización y despersonalización del sistema anterior, en el cual cada enfermera debía realizar la misma función para todos los pacientes.

El sistema de los años 70 de atención progresiva fue el antecedente de esta forma de organización del trabajo. La atención personalizada comenzó a implantarse en las áreas de terapia intensiva a fines de los años 70, luego se hizo una experiencia piloto en un piso del Sanatorio 2 en el año 1986 y en el año 1993 en todo el Sanatorio.

Según entrevistas a informantes calificados, la atención personalizada implica que cada paciente pueda identificar al

personal que lo atiende, a la vez que éste pueda establecer una relación afectiva que favorezca su recuperación. Este principio presupone cambios en la organización del trabajo ya que obliga a la planificación del tratamiento, comunicación entre las enfermeras y decisiones tomadas en conjunto. Pretende que la enfermera escoja sus pacientes y se encargue de no más de seis de ellos. La nurse actúa como coordinadora del sector, donde se le exige conocimientos profundos de enfermería, técnicas de comunicación y capacidad para ejecutar. A su vez, a las enfermeras le exige responsabilidad en los cuidados físicos y emocionales, además de la educación del paciente y del tratamiento médico.

Luego de algunas experiencias puntuales, el sistema de atención personalizada se expandió a toda la institución. Supone, en teoría, mayor gratificación para el trabajador que se siente más valorado en el ejercicio de sus funciones.

El paciente lo identifica como una atención personal. También modificó la relación con los médicos. Esta se hizo más estrecha y se avanzó en precisión con respecto a la información que la enfermera puede dar del paciente. Al comienzo existieron resistencias del personal, pero poco a poco las conveniencias del nuevo sistema las fueron venciendo.

Sin embargo, como el proceso de atención personalizada se dio conjuntamente con políticas de flexibilización de la empresa, el personal tendió a confundir los dos procesos. Por otro lado, la falta de preparación específica para este nuevo tipo de tarea, en la medida en que no fue acompañada de una formación permanente, generó tensiones de tipo síquico en las enfermeras. Tampoco se logró una total integración entre todos los profesionales, pese a la explicitación de la necesidad de trabajar en equipo, lo que llevó a muchos trabajadores a percibir el nuevo tipo de participación como una nueva exigencia y no como un elemento de mejora de las condiciones de trabajo. ”

³³ LLADO, Mónica. (1996) "Atención personalizada y condiciones de trabajo". Monografía Final en el marco del Diploma de Sociología del Trabajo. Mimeo.

Un problema importante del sector de enfermería es el tema de los registros médicos, aunque en realidad es un problema multidisciplinario. El médico debe registrar todas las indicaciones e intervenciones quirúrgicas hechas al paciente; también enfermería debe aportar toda la información concerniente al mismo: plan de cuidados, evaluación, etc. Los registros médicos en general son muy escuetos, perdiendo su utilidad y función. Se requiere mejorar el nivel de información y codificar las observaciones. También surgen problemas de superposición de funciones entre médicos y enfermeras. Las historias clínicas, que deben llenarse por el médico y la enfermera, muchas veces terminan siendo completadas por ésta última, con los riesgos que implica.

Enfermería funciona las 24 hs. los 365 días del año, lo que supone un recargo de tareas, sobre todo para los supervisores que deben atender todas las dificultades fuera de los horarios convencionales.

En enfermería, por lo tanto, se resumen las ineficiencias de los demás sectores. Se había despersonalizado la atención y la relación entre los propios funcionarios. La habilitación del Policlínico, como veremos más adelante, intenta corregir esta perspectiva. Pero por otro lado, supuso la concentración de actividades que estaban descoordinadas, lo que constituyó un cambio traumático para el sector.

No hay mucha rotación del personal entre los diferentes sectores de enfermería. Donde se da más es en los sanatorios, pero en general se tiende a la estabilidad funcional. En la enfermería a domicilio faltan controles de supervisión de la calidad de los servicios. Se verifica también el incumplimiento del mismo. Hay que tener en cuenta que las enfermeras son el personal más codiciado en la Salud, lo que hace que la relación médico-enfermeras en Uruguay se de a la inversa que en otros contextos.

En este momento la institución está priorizando la estabilidad de los recursos humanos. Con la diversidad de tareas que debe

cumplir, la actividad del suplente se vuelve caótica. Las guardias se eligen por los horarios y no por la especialidad, rotando cada mes de horarios y de servicios. Este aspecto se está modificando a partir de asignar una cantidad de suplentes determinados para cada sanatorio.

Se realizó un protocolo de trabajo para el suplente que ingresa en la institución de manera de adecuar los niveles de exigencia y los derechos que le corresponden. Se había llegado a la situación de que el suplente tenía más derechos que el titular. Al aumentar las exigencias muchos suplentes renunciaron sin que se hayan cubierto las vacantes. Por otra parte, merced a las exigencias impuestas, muchos suplentes han acumulado una sucesión de faltas que vuelven difícil su titularización.

Hacia un nuevo modelo del CASMU.

Como se expresó más arriba, muchas de las tensiones e la institución están vinculadas a la existencia de diferentes lógicas institucionales, corporativas y sectoriales, que funcionan de manera autónoma. Este sistema altamente complejo explica la cultura laboral de la institución, donde la aceptación de las normas aparece como un proceso negociado entre diferentes grupos de poder.

Ante esta situación, la institución ha ensayado respuestas que suponen un intento de reducir la complejidad del sistema, reforzando las líneas de autoridad y buscando mecanismos que permitan construir identidades colectivas que superen la dimensión sectorial o corporativa. la construcción del Policlínico es una de ellas. Esta dependencia, además de tener mejores condiciones desde el punto de vista físico y ambiental, se contruyó a partir de una forma de organización del trabajo que supone una ruptura radical con las demás dependencias del CASMU.

El Policlínico desde el punto de vista físico y ambiental ofrece mejores condiciones: el personal tiene vestimentas nuevas y mejores, hay aire acondicionado, salas amplias, material y diseños modernos, etc. En términos de organización del trabajo la novedad

del Policlínico es la centralización de especialidades que antes estaban dispersas. Esto lleva a una racionalización de procedimientos. Los funcionarios se adscriben a una función, no a una especialidad; tienen una especialización en la propia función del Policlínico. Se racionaliza y sistematiza el trabajo y los funcionarios aprenden a trabajar en todas las especialidades.

En el esquema clásico del CASMU, cada lugar de trabajo era un espacio autónomo, tanto para médicos, enfermeros como administrativos. En el Policlínico se concentraron estas áreas autónomas; hay una Dirección claramente visible, en un espacio físico y en un tiempo determinado. La Dirección del Policlínico está por encima de las direcciones de los departamentos, que a su vez tiene un equipo de trabajo que funciona con una nurse jefe, un jefe de servicio, administrativos, mantenimiento, etc. integrados en un equipo de trabajo.

Esta nueva forma de organización del trabajo fue percibida por los funcionarios como una pérdida de autonomía; la dirección técnica administrativa mantiene un control mucho mayor sobre los trabajadores, obligando al mejor cumplimiento de las normas al personal técnico como para al no-técnico. Esto generó fuertes resistencias a todos los niveles, que se expresan, entre otras maneras, en el rechazo a trasladarse del lugar original al Policlínico. Hay también tensiones en el relacionamiento entre la Dirección y los jefes de los departamentos médicos, que estaban acostumbrados a tomar decisiones de manera unilateral. Si bien en la actualidad algunos problemas se resuelven de manera más ágil, sin pasar por un tedioso trámite administrativo, existen permanentes choques con la Dirección por problemas disciplinarios.

Desde el punto de vista de la jerarquía institucional este cambio es valorado como positivo. El personal encargado de las distintas tareas pasa a ser funcionario de la unidad Policlínico, no de los servicios (Fisiatría, Neurología, etc.) El objetivo de la institución fue crear un sentimiento de pertenencia y de identidad al Policlínico, buscando destruir las identidades asociadas a las dependencias funcionales.

Este nuevo encuadre permitió racionalizar el manejo del personal. A su vez, el diseño del Policlínico no se realizó a partir de las necesidades internas sino que se priorizó la relación con el abonado, modificando las relaciones funcionario-cliente. Se intentó desburocratizar los trámites, construir mayores espacios para espera, etc. La apoyatura de la informática dio agilidad a los trámites burocráticos. El próximo objetivo es poder dar hora de consulta en cualquier mostrador y, más adelante, la posibilidad de dar hora por teléfono. Esto facilita también la relación médico-paciente y la relación en el equipo.

En términos de resultados parece haber una mayor estabilidad funcional en el nuevo modelo implantado. El nivel de ausentismo en el Policlínico es inferior al de los sanatorios. A nivel del mostrador, hay problemas con los horarios o las faltas de los médicos, pero no son relevantes. Las tensiones con el abonado son menores que en el Sanatorio tanto para enfermería como para administración. En el sector informática hubieron algunas demoras en el implementación de los programas, pero sin mayores consecuencias.

Sin embargo, adaptarse al nuevo habitat fue tan difícil para los funcionarios como adaptarse a la nueva forma de organización del trabajo. El Policlínico está en proceso de mudanza, lo que implica que los sistemas de apoyo estén pendientes de finalización o condicionados a la terminación de la obra. El funcionario, por ej., no tiene comedor. En los horarios de almuerzo horas debe salir a comer afuera, lo que se traduce en un costo mayor para el trabajador y en un problema de control y disponibilidad para la institución. Tampoco se terminaron los vestuarios, lo que se constituye en fuente de conflictos y tensiones.

Desde el punto de vista infraestructural la planta del Policlínico adolece de defectos. La Urgencia está ubicada en el subsuelo, lo que no parece adecuado dada la dimensión de la misma. Hay también problemas con la disponibilidad de camas, que siempre está en déficit en relación a la demanda.

El Policlínico comenzó a funcionar con el sistema administrativo ya computarizado. El sistema de despacho de órdenes se agilitó y funciona de manera uniforme y confiable para todas las especialidades, lo que es un avance en relación al resto del CASMU. Hubo problemas de manejo del personal en el nuevo programa pero se fueron resolviendo a través de cursos de capacitación. Sin embargo subsisten problemas como el hecho de que en determinadas horas hay mucha afluencia de abonados por la mala distribución de las horas de los médicos.

La vigilancia es contratada, aunque hay problemas de hurtos. La portería la desempeña personal del CASMU. En el Policlínico hay un buen plantel de mantenimiento, superando limitaciones importantes de otros sectores del CASMU. En esta área hubo un sistema de selección y estímulo. Hay 3 turnos de 8 horas, no 4 de 6 como antes, lo que permite un aumento de un 66% en el sueldo. De todas maneras persisten problemas de dotación de personal, en cantidad y calidad.

Hay una proporción alta de personal joven que convive con personal de mucha antigüedad, previamente seleccionado. Esto forma parte de una estrategia de formación de personal en el largo plazo, de acuerdo a las nuevas pautas de cultura laboral que se quieren imponer. Por otra parte, se mantienen los problemas de rotación de personal que son endémicos en la institución. Esto es consecuencia del sistema de laudos, que presiona hacia el traslado para lograr mejores retribuciones. También son consecuencia de los interinatos, que se producen por la no realización de concursos para la provisión de jefaturas.

Con respecto a la calificación del personal, se pueden detectar diversas etapas. En épocas pasadas había una renovación permanente de personal con un sistema de selección exigente, que formaba parte de la cultura laboral de la época. En el período de intervención militar se perdió el sistema de selección para los ingresos, lo que implicó una disminución de los niveles de capacitación. En esta última etapa se proveyeron vacantes administrativas con un sistema de selección que priorizaba la formación en administración de la U.T.U. (Universidad de Trabajo del

Uruguay). Este criterio parece haber tenido resultados positivos, ya que se reclutó personal joven, bien formado y con buena disposición horaria. En el Policlínico se complementa su formación a través de cursos específicos y de cursos de computación.

Uno de los puntos más críticos del Policlínico es el sector de Farmacia. El sistema de Farmacia que se instaló se pensó, a diferencia del sistema administrativo, desde adentro hacia afuera. Se realizan frente al abonado procedimientos de contralor interno, lo que entorpece el proceso, da lugar a filas numerosas al tiempo que los cajeros debían esperar sin poder adelantar el trabajo. Las ventajas de este sistema es que se trabaja a tiempo real y se puede hacer una reposición automática de medicamentos. También se puede identificar el tipo de medicamentos, la fecha y el destinatario. Se puede saber también si el stock está adecuado al canje, aunque sus desventajas en relación al usuario son evidentes.

La incorporación de la informática supuso la capacitación de un conjunto de trabajadores así como el surgimiento de nuevas plazas laborales. El proceso de adiestramiento incluyó una actividad importante enriquecedora para el trabajador, aunque el sistema no funcionó cuando se enfrentó a la realidad. Para la personal más viejo enfrentar estas nuevas tecnologías ha significado el abandono del trabajo, pero para el personal más joven ha significado un incentivo.

Conclusiones.

Las transformaciones del sistema de salud, en este caso concreto, el del CASMU, se ven sujetas a los cambios que se producen en su entorno, tal como lo analizamos. En su aspecto principal, estas transformaciones se producen porque la globalización supone una ruptura del mercado cerrado en el cual el "cliente", o sea el enfermo, se veía restringido en sus opciones.

Un enfermo, si se entera que su enfermedad es curable en algún lugar del mundo, tiene dos opciones: o bien se traslada al centro de salud en donde potencialmente pueden curarlo, o bien exige que dicha tecnología se incorpore al sistema de salud en el cual está inmerso.

Este proceso de integración global de los sistemas de salud es la causa principal de una creciente incorporación de tecnología médica, sea en el área del diagnóstico o en el de curación. Esta rápida integración de tecnología modifica y complejiza las relaciones de trabajo. También tiene efectos en la división del trabajo al interior de los sistemas de salud y en la relación de estos últimos con sus usuarios.

Esta constatación es central en el desarrollo de nuestras ideas. Por otro lado, también se constata que la eficiencia tal cual la entendemos no se mide a través de indicadores externos sino que se construye social y cognitivamente. Esto implica que las transformaciones de las posibilidades en diagnóstico y curación, para ser procesadas cognitivamente por los usuarios, deben serlo también por toda la cadena productiva del sistema de salud. A su vez, la creciente complejidad de dicha cadena supone una reconstrucción de la identidad fenomenológica del "cliente", lo que implica una transformación en la concepción de la organización, ubicando a este último en el centro de la organización del sistema.

El sistema de salud está sometido simultáneamente a múltiples códigos que lo ordenan. Las velocidades de transformación del contexto (cambios en la articulación de lo público y lo privado, incorporación rápida de tecnología sofisticada, crecimiento numérico de los usuarios, etc.) generaron una confusión sobre cual es el código dominante en una circunstancia dada. En el caso del CASMU, se intentó valorizar fuertemente la dimensión capitalista y el mecanismo que se privilegió fue el fortalecimiento de las jerarquías formales desplazando otros mecanismos de decisión más negociados y concertados. Esto significó una pérdida de identidad de los trabajadores, sea cual sea su categoría, con la institución, siendo fuente indirecta de nuevas ineficiencias. Quizás el camino hubiera sido especificar los ámbitos de toma de decisiones en función de los códigos antedichos, sin intentar jerarquizarlos de manera unidimensional.

De los puntos esbozados surge que el esfuerzo de transformar la lógica de división del trabajo taylorista en una lógica centrada

en la relación proveedor - "cliente" se vio tensionada porque su implementación se dio junto a la implantación de una cadena de jerarquías que supuso una pérdida de espacios de poder por parte de los trabajadores subalternos. Esta situación generó nuevas fuentes de tensiones que parecen también incidir en la eficiencia institucional.

El sistema de salud como sistema complejo no solamente debe dar cuenta de la complejidad del entorno sino también de su propia complejidad interna. La eficiencia productiva del mismo se ve pues sometida a la superación de múltiples fuentes de ineficiencia en distintos lugares y niveles del sistema, aspecto que solamente puede lograrse a través de una nueva construcción social y cognitiva. El CASMU, como hemos visto con el caso de Enfermería y con la construcción del Policlínico, está realizando intentos, en algunos planos, de cambiar la situación anterior. Sin embargo, como estos cambios se dan simultáneamente con otro tipo de transformaciones ligados a políticas de racionalización y de rentabilización económica no compartidas por el sindicato y los trabajadores (al menos los entrevistados) los mismos son interpretados como componentes de las políticas mencionadas, perdiendo su efecto positivo y dinamizador en términos de eficiencia y de condiciones de trabajo.