

# EL HOSPITAL COMO EMPRESA: NUEVAS PRÁCTICAS, NUEVOS TRABAJADORES

CLAUDIA MARÍA GARCÍA ÁLVAREZ\*  
UNIVERSIDAD PILOTO DE COLOMBIA

Recibido: julio 27 de 2006

Revisado: septiembre 23 de 2006

Aceptado: octubre 20 de 2006

## THE HOSPITAL AS AN ENTERPRISE: NEW PRACTICES, NEW WORKERS

### ABSTRACT

This paper is the result of an organizational culture research made in a public hospital, aimed to make an approximation to discourses circulating in a hospital which is in process of transformation towards an “Empresa Social del Estado”. The analysis illustrates how the transformation of hospital into a productive enterprise leads to the displaying of new ways of doing things and new discourses imported from the context –client, registers and administrative control, information management, flexibilization of labor, efficiency– that contribute to the worker’s construction. However, opposing voices against changes embedded in economic logic make evident that the new order is no hegemonic so far.

**Key words:** organizational psychology, organizational culture, health sector, critical approach.

### RESUMEN

Este artículo es el resultado de un estudio de la cultura organizacional de un hospital público, cuyo objetivo fundamental fue la aproximación a los discursos que circulan en un hospital que está en proceso de transformación hacia una empresa social del estado. El análisis realizado permite develar cómo la “empresarización” del hospital implica la incorporación de nuevas formas de hacer las cosas y nuevos discursos importados del contexto –cliente, registros y controles administrativos, manejo de la información, flexibilización del trabajo, eficiencia– los que a su vez contribuyen en la construcción de sujetos trabajadores. No obstante, voces de resistencia en contra de los cambios que implican la lógica empresarial evidencian que el nuevo orden no se ha vuelto hegemónico.

**Palabras clave:** psicología organizacional, cultura organizacional, sector de la salud, perspectiva crítica.

---

\* Investigadora principal del proyecto de investigación llevado a cabo para el Programa de Psicología de la Universidad Piloto de Colombia en el cual participaron como investigadores auxiliares los estudiantes Andrés Amaya, Luisa Fernanda Falla, Wilson Martín e Iván Darío Rodríguez. Universidad Piloto de Colombia. Carrera 9 No. 45 A 44 Piso 2 Tel. (57-1) 332 2900 Extensión: 325. Bogotá DC – Colombia. Correo electrónico: clamagar@yahoo.es

### Las organizaciones como culturas

En las últimas décadas la psicología no ha sido ajena a los cambios que empiezan a emerger en el seno de las ciencias sociales, cambios que apuntan al cuestionamiento de la pretensión objetiva y neutral de la ciencia. De esta manera, autores como Rose (1998), siguiendo a Foucault, señala cómo la psicología es una tecnología de poder encaminada a producir cierto tipo de sujetos que a su vez reproducen ciertos intereses en el contexto macro-económico, político y social<sup>1</sup>.

Así, desde la psicología organizacional se ha buscado conocer las variables que determinan el comportamiento de las personas en las organizaciones (necesidades, motivaciones, actitudes), con el fin de encauzar los comportamientos desviados hacia conductas más adaptativas, —es decir, eficientes—. De esta forma, desde criterios científicos se clasifican los diferentes tipos de conductas por medio del lenguaje especializado, y se establecen procedimientos que permitan regular y normalizar comportamientos desadaptativos. El hecho de tratarse de un conocimiento científico le confiere a los saberes psicológicos una categoría de verdad y, en esa medida, dichos saberes son legitimados y aceptados socialmente. Esta legitimación por parte de las personas comunes ha permitido que los conceptos y clasificaciones desarrollados en la ciencia psicológica, regulen en cierta forma el comportamiento social de acuerdo con los intereses que buscan mantenerse como hegemónicos; pero al mismo tiempo que define y nombra, la psicología excluye otras realidades. La mirada de la psicología, así como la de las demás ciencias sociales, ha sido producida predominantemente en geografías específicas (Europa y Estados Unidos) y condiciones socio-políticas determinadas, y por lo tanto, las definiciones que se hacen desde allí privilegian formas particulares de ver el mundo. En otras palabras, la pretensión de neutralidad enmascara una realidad de diferencias y contradicciones. A partir de lo anterior se puede afirmar que el objeto de estudio de la psicología y las explicaciones que se enuncian desde ella son socialmente construidos, es decir, las interpretaciones dominantes de la realidad obedecen a intereses de actores particulares situados en un contexto socio-histórico determinado, que por su capital político, económico o simbólico, logran imponer sus lógicas sobre otras posibilidades. De esta forma, la psicología, al mismo tiempo que es un producto social, es una tecnología que produce realidades sociales.

<sup>1</sup> Por ejemplo la producción de sujetos flexibles y autónomos que reproducen las lógicas hegemónicas del contexto neoliberal.

Desde estas miradas emergentes, nutridas por campos como los estudios culturales, los estudios literarios, las perspectivas de género, se empiezan a construir formas alternativas de entender e intervenir sobre la realidad. Específicamente en el campo de las organizaciones asoman herramientas conceptuales que posibilitan nuevas comprensiones de la realidad organizacional. Así, la comprensión de la organización como cultura (Smircich, 1983) permite resaltar el carácter socialmente construido de la realidad organizacional.

A partir de la perspectiva de este trabajo, se entien- de a las organizaciones atravesadas y configuradas por discursos hegemónicos del contexto<sup>2</sup>, en donde la presencia de grupos dominantes, garantiza que ciertos significados logren ser incorporados y naturalizados por los trabajadores, de manera que se conviertan en la forma normal y común de ver el mundo (Alvesson & Deetz, 1995). El sentido común es, entonces, producto de sistemas de significados sedimentados e institucionalizados (Mumby, 1997). Así, las organizaciones se conciben como arenas políticas en las que se da una lucha por la hegemonía de los significados, y los grupos con mayor capital político, cultural y económico son los que logran fijar el significado (Mumby, 1997).

La hegemonía de ciertos discursos garantiza que determinadas formas de ver y actuar sobre el mundo sean naturalizadas por los trabajadores de manera que las articulaciones de ciertos significados en el discurso no sólo fundan la hegemonía sino que constituyen los sujetos, lo que implica que no existen sujetos previos al discurso, sino que éstos emergen de él (Laclau, 1998). Sin embargo, como señala Mumby (1997), la hegemonía no implica un proceso de dominación total ya que, por el contrario, la hegemonía entraña procesos de resistencia.

De lo anterior se deriva que, en el contexto organizacional, las prácticas y discursos que circulan, en la medida en que son hegemónicos, se convierten en posibilitadores de sentido, y como tal, producen subjetividades. En consecuencia, en este trabajo la cultura organizacional se entiende como los significados que han sido naturalizados por los miembros de la organi-

<sup>2</sup> Desde los aportes de los estudios culturales se entiende la cultura no simplemente como el conjunto de creencias compartidas por un grupo de personas, sino como “un producto anclado en aparatos institucionales y que posee, por tanto una materialidad específica” (Castro, s. f.). Desde esta perspectiva, se entiende la sociedad “como una red de antagonismos en la que instituciones como el Estado, la familia, la escuela, juegan como mecanismos de control disciplinario sobre los individuos” (Castro, s. f.). De esta manera las organizaciones son espacios donde se busca legitimar, y por tanto reproducir, los intereses del contexto macro, en este caso, los intereses del capitalismo neoliberal.

zación en el marco de un orden hegemónico –la salud en el contexto neoliberal–, en forma de hábitos de pensamiento que se materializan en discursos y prácticas discursivas (García, 2006). De esta forma se intenta, a partir de una lectura cultural, aproximarse a los discursos que circulan en un hospital público en proceso de transformación hacia una empresa social del estado, para entender qué tipo de subjetividades emergen en este nuevo contexto.

### **La salud en el contexto neoliberal: el hospital como empresa**

La crisis del sector hospitalario se ha derivado en parte de las fisuras y vacíos que ha dejado la reforma del sistema de salud en Colombia, implementada a partir de los años noventa. Dicha reforma ha sido definida en el marco de la necesidad de modernizar el Estado con el fin de garantizar una mayor eficiencia del gasto público y la calidad de los servicios públicos. El Estado colombiano concretizado en las instituciones públicas ha venido experimentando en las últimas décadas una serie de transformaciones tendientes a redefinir su papel en un entorno cambiante e incierto que exige menos intervencionismo por parte de éste y más confianza en el mercado. La incertidumbre, la rapidez con que suceden los cambios y la complejidad del entorno obligan a las organizaciones estatales a desarrollar competencias que eran aparentemente propias del sector privado tales como, la flexibilidad, la capacidad para interpretar las señales del entorno, la velocidad de respuestas a las situaciones que se presentan y la adaptación a los cambios. Se parte del supuesto de que de estas competencias depende la eficiencia y la equidad (Fortuna, Almenar & Machado, 1998).

De acuerdo con lo anterior, conforme a la Ley 100 de 1993, en Colombia el nuevo papel del Estado en la salud ya no consiste en financiar la operación de los hospitales públicos sino en comprar seguros de salud para la población pobre y regular los mercados del aseguramiento. La Ley 100 reafirma la autonomía administrativa, técnica y financiera de los hospitales públicos, para lo cual se realiza la conversión de los hospitales públicos en empresas sociales del estado (ESE). La idea es que los hospitales desarrollen características empresariales con el fin de competir en el mercado. Esto a través de la eficiencia en el manejo de recursos y la oferta de servicios de salud que satisfagan las necesidades de los usuarios, quienes, en la medida en que encuentren un buen servicio, acudirán al hospital en mayor proporción, posibilitando el aumento de las utilidades. Unas buenas posibilidades competitivas en el mercado son los garantes para una mayor rentabilidad y, por ende, auto-sostenibilidad.

### **Método**

En este trabajo se realizó una aproximación a la realidad de un hospital público de tercer nivel<sup>3</sup> a partir de una lectura cultural. Desde el concepto de cultura adoptado, se destaca el papel del lenguaje en la construcción de significados sociales; la cultura organizacional se manifiesta en los discursos que circulan en la organización, los cuales son negociados en la cotidianidad laboral. Ciertos discursos tienen más poder que otros en la medida en que son naturalizados por los miembros de la organización y se constituyen en patrones discursivos que la atraviesan. Sin embargo, la existencia de estos discursos hegemónicos no significa que otros discursos alternos sean eliminados; por el contrario, otros discursos que entran en conflicto con los hegemónicos coexisten con éstos de manera subalterna (Mumby, 1997) Para abordar los discursos se realizaron entrevistas individuales a profundidad y grupos focales, los cuales permitieron aproximarse a la realidad organizacional desde el punto de vista de las personas que la viven en su cotidianidad. Estas entrevistas estuvieron precedidas por observaciones registradas en diarios de campo, que posibilitaron una aproximación exploratoria a la realidad de la organización y la identificación de categorías o temáticas que fueron abordadas en las entrevistas.

El análisis de los significados de la acción social contenidos en los discursos se hizo a través de la técnica de análisis del discurso desde la propuesta de Potter y Wetherell (1996), introducida por estos autores a partir de los conceptos de función, construcción, variación y la unidad analítica del repertorio interpretativo. La noción de función está relacionada con la performatividad del lenguaje, lo que implica la orientación hacia la acción que éste tiene. En general, la forma de hablar conlleva funciones tales como justificar, disculpar o explicar, pero muchas veces las funciones y efectos discursivos van más allá de lo que hay de explícito en lo que se dice, por eso, en muchos casos una conversación se puede analizar en términos de funciones y efectos discursivos que van más allá de la descripción (Potter & Wetherell, 1996). Por tal razón, el análisis del discurso no puede ser sólo un análisis de la función, porque muchas veces éstas no están

---

<sup>3</sup> Los hospitales públicos en Colombia se han clasificado en cuatro niveles, de acuerdo con la complejidad y nivel de atención. En los hospitales de tercer nivel, como el caso estudiado en esta investigación, se prestan servicios de consulta médica, hospitalización y atención de urgencias de especialidades básicas y subespecialidades tales como: cardiología, neumología, gastroenterología, neurología, dermatología, endocrinología, hematología, psiquiatría, fisiatría, cirugía general, ortopedia, otorrinolaringología, oftalmología, urología, cirugía pediátrica, neurocirugía, cirugía plástica, entre otras.

directamente disponibles. Frente a esto, los autores plantean que las funciones pueden ser reveladas a través de un estudio de la variabilidad. Un acontecimiento puede describirse de diversas formas en la medida en que las funciones varían; cierto tipo de funciones llevarán a cierto tipo de variaciones y tales variaciones se pueden identificar. La variabilidad es tanto un índice de la función, como un índice de las distintas maneras en que se puede fabricar una explicación.

De otro lado, el concepto de construcción tiene varias connotaciones. Por un lado, guía al analista hasta el lugar donde el discurso se articula a partir de recursos lingüísticos preexistentes. Por otro, sugiere que entre los muchos recursos lingüísticos disponibles, unos se utilizarán y otros no. Finalmente, la noción de construcción reitera que el discurso está orientado hacia la acción en la medida en que tiene consecuencias prácticas.

La última herramienta analítica introducida por estos autores es el repertorio interpretativo. La regularidad en el lenguaje no se establece a nivel individual, sino a partir de los patrones discursivos entre los hablantes. De esta forma, las diferencias e inconsistencias en el discurso son diferencias entre unidades lingüísticas, relativamente vinculadas e internamente consistentes, a las que estos autores denominan repertorios interpretativos.

Los repertorios se pueden considerar como los elementos esenciales que los hablantes utilizan para construir versiones de las acciones, los procesos cognitivos y otros fenómenos. Cualquier repertorio determinado está constituida por una restringida gama de términos usados de una manera estilística y gramatical específica. "Normalmente estos términos derivan de una o más metáforas clave, y la presencia de un repertorio a menudo está señalada por ciertos tropos o figuras del discurso" (Potter & Wetherell, p. 66).

Las entrevistas se realizaron a 19 empleados vinculados a la organización a partir de contratos a término indefinido y que llevan más de dos años de estar laborando en la institución. De los participantes en las entrevistas individuales se escogieron dos personas pertenecientes al área administrativa, dos médicos, dos enfermeras y dos funcionarios del nivel directivo. Se realizó un grupo focal en dos sesiones con seis enfermeros/as y el otro grupo focal se realizó con un grupo de cinco médicos

## Resultados

Después de analizar los discursos recogidos en las entrevistas, se encontraron doce repertorios interpretativos, los cuales, a su vez, se agruparon en tres categorías con acuerdo a patrones temáticos: el hospital como empresa versus el hospital como familia, el paciente es el cliente y el sujeto

trabajador. En este sentido se presentarán las categorías con los repertorios interpretativos que las describen, ilustrando este análisis con fragmentos representativos.

### *El hospital como empresa vs. el hospital como familia*

Esta categoría hace referencia a los cambios que está asumiendo el hospital frente a los imperativos que desde la Ley 100 han delineado la transformación del hospital en empresa. Dichos cambios responden a la necesidad de que el hospital sobreviva en un contexto competitivo, y para tal fin sus procesos se han ido transformando de cara a la reducción de costos y el aumento de la eficiencia institucional. Así, el repertorio *incremento de funciones administrativas*, se compone de aquellos cursos que dan cuenta del incremento de procesos administrativos y de control en el hospital, para asegurar su funcionamiento óptimo y eficiente, y cumplir, de esta forma, con las metas económicas.

Resulta que la Ley cien, con todo el montaje administrativo, me acuerdo que había muy pocas personas trabajando en costos y no había jefe de costos y facturación, sólo eran muy poquitos... Y tuvieron que aumentar muchísimo, cierto que había una persona de planeación con su secretaria (...) Entonces la descarga administrativa es muy grande y, lógicamente, todo el trabajo aumenta y hay que colocar mas personal.

Con la Ley 100, la carga administrativa del hospital aumenta y con esto se hace necesario aumentar el número de funcionarios administrativos. El hospital como empresa, en un contexto competitivo, debe buscar los medios para asegurar el cumplimiento de las metas económicas y, por eso, se crean nuevas funciones de control que buscan el seguimiento de las actividades de acuerdo con los planes y programas establecidos desde la dirección. El objetivo de dichos controles es disminuir los riesgos económicos que puedan suceder al desviarse los procedimientos de lo estipulado. El paso hacia una cultura empresarial implica el establecimiento de parámetros definidos desde unos objetivos estratégicos, los cuales deben ser cumplidos para asegurar la rentabilidad económica y social.

En el repertorio *registro de la información*, se hace evidente cómo con el fin de asegurar el cumplimiento de los parámetros definidos, se establecen una serie de procedimientos de registro que buscan transformar las actividades diarias en datos o información a través de los cuales se hagan visibles las acciones ejecutadas por los funcionarios. El sentido de esto es ejercer un control a distancia que permita evidenciar las desviaciones

de la norma y, de esta forma, poder implementar correctivos para reorientar la acción.

Nosotros trabajamos por objetivos, entonces nosotros tenemos que hacer algunas tareas para cumplir con esos objetivos que nos hemos programado, entonces hacemos el diligenciamiento de los formatos de auditorias y de análisis, también de la programación de las reuniones del personal de enfermería.

Como se ilustra en este fragmento, las actividades se desarrollan de acuerdo con un plan establecido, y la autonomía del trabajador se delimita dentro de los marcos que establece la institución. Las acciones deben ser reguladas a través del cumplimiento de la norma, disminuyendo de esta forma la heterogeneidad y la espontaneidad de la acción. De igual manera, las intervenciones y acciones que se hacen sobre el paciente deben estar registradas y sistematizadas:

Luego el paciente pasa hacia la ventanilla a la apertura de la historia clínica y ellos abren la historia clínica, miran en el sistema qué seguridad social tienen y abren el registro de historia clínica de urgencias. De allí, él médico encargado atiende la consulta de acuerdo con las prioridades si son rojo, amarillo o verde, y pasan los pacientes de acuerdo con la clasificación.

Todas las acciones sobre el paciente están mediadas por la clasificación que se hace de éste a través del registro en el sistema (si pertenece a la EPS, ARS, o si es vinculado), clasificación que permite certificar la existencia del paciente a través de la identificación de la entidad responsable del pago del servicio prestado. El paciente es traducido en códigos (datos) que posibilitan su manipulación a través del sistema. Este sistema es alimentado de acuerdo con las intervenciones que se le hacen al paciente y, finalmente, toda esta información debe arrojar la inversión total que ha hecho el hospital en el paciente, la cual debe ser recuperada a través de la factura. Es decir, todo este proceso de sistematización y registro permite justificar el proceso de cobro (facturación). Sin embargo, frente a la ausencia de sistemas de información, estos registros deben hacerse manualmente, lo que implica una mayor inversión de tiempo en actividades de registro en detrimento del tiempo que se le dedica al paciente.

Porque al médico le dan 15 minutos para atender a su paciente en consulta llenando una serie de registros que van a formar parte del pago de la cuenta y que si no lo llena le toca pagar. Es decir, tiene que establecerse un responsable, porque se trata de un detrimento al patrimonio, entonces ya nos estamos yendo es para el otro lado; lo que se trata es de que haya rentabilidad financiera pero también con rentabilidad social.

La inconsistencia en los procesos de facturación y el rechazo de la factura por las entidades pagadoras representan pérdidas para el hospital, ya que efectivamente el hospital invierte recursos en la prestación de servicios que debe recuperar a través de la factura. Por eso es tan importante el registro de la información de los procedimientos que se efectúan en torno al paciente. Se podría, entonces, decir que todo este proceso de clasificación del paciente y registro de las intervenciones lleva a que el paciente sea transformado en cifras. Sin embargo, paradójicamente, la rentabilidad financiera que determina los registros se da a costa del tiempo que se le quita a la atención al paciente (rentabilidad social).

Los anteriores repertorios contrastan con el repertorio del hospital como organización informal y familiar. En este repertorio se identifican aquellos discursos que contradicen la lógica empresarial:

Muchas veces esa comunicación de los demás servicios se logra pero ya es por la empatía o la relación que tú puedas tener con los demás. De pronto yo soy amigo del doctor, y entonces yo le digo “allá estamos haciendo tal cosa” y él me dice lo que están haciendo allá (...) No hay canales formales, son todos canales informales (...) Muchas veces se presenta algo y dicen: “oiga, ustedes hacen eso, por qué no se pronuncia para todos”. Por lo general cada departamento es una isla, uno trata como de cuidar su ranchito, como dicen, su pedacito y aquí y allí.

Como en una organización familiar, los intercambios entre áreas se dan de manera espontánea y más a través del uso de los vínculos afectivos que por canales formalmente establecidos. Se observa un contraste entre la necesidad de formalización de procesos para incrementar los controles y, por otro lado, la informalidad que existe en las actividades que implican coordinación del trabajo. En este repertorio también se ubican aquellos discursos que dan cuenta de los lazos afectivos que vinculan a los empleados con la institución.

Es mi familia, mi segunda familia, el hospital es como la casa de uno, como mi casa, el hospital es una institución que a mí me ha brindado muchísimas cosas en mi vida personal y profesional, yo quiero el hospital, me duele que hablen mal del hospital, me duele.

Yo estoy tan comprometida con la institución y quiero tanto a la institución de verdad honestamente, honestamente, no sólo porque representa para mí como billete, como el empleo. Es para mí como mi segunda casa, entonces, si yo quiero tener mi puesto bonito, porque es que es mi lugar mi casa, y yo quiero tener los pisos bonitos y todo arregladito porque es que es mi casa, entonces, y quiero que mis compañeros y todos estén bien porque es que es mi casa, entonces yo siento, o sea,

tengo tanto compromiso con la institución que a la final a mí si me toca comprar un esfero, pues que una que otra vez reniega, “caramba pero es que acá en la institución no hay nada, no le dan a uno nunca nada”, y uno pelea, ¿cierto?, pero son cosas que pasan y que todos los años hemos vivido, o sea a partir de la descentralización, todas esas vainas que hemos vivido, entonces ya como que nos acostumbramos, ¿cierto?. Entonces, en vez de renegar, pues nos toca ser recursivos, porque qué hacemos.

El hospital se considera como la segunda familia; se genera un sentido de pertenencia y un compromiso con el hospital hasta el punto en que se toma como un asunto personal cuando se habla del hospital. Los funcionarios aportan lo que hace falta y lo hacen por el compromiso y cariño que sienten hacia la entidad. Así, ante la insuficiencia de recursos, una de las competencias que el trabajador debe tener es la recursividad, las personas deben buscar alternativas, muchas de las cuales pueden provenir del bolsillo del mismo funcionario en la medida en que, además de ser recursivo, es un trabajador comprometido. Al final, como ocurre con la familia, se termina aceptando las carencias, y entregando más allá del límite de las obligaciones laborales. No obstante, esos vínculos afectivos eran aún más sólidos antes de la reforma:

Antes de ser descentralizados, no, pues la machera, todos nos llamábamos, pues éramos todos tan colaboradores, tan queridos, nos queríamos mucho. El gerente era un amor con nosotros, la semana cultural, si sé mas, vivíamos, pues, a pesar de tener tanto trabajo para nosotros era muy rico estar en la institución, porque se manejaba un ambiente como de compañerismo, de, ¿cómo se dice?, de hermandad, de colaboración, hasta tal punto que, en el caso de la enfermeras, aunque ahora pues también se hace, pero antes como que era con más gusto, que, por ejemplo, “no es que tengo cinco pacientes”, “no pues, fresca, y yo le cojo uno” y así... sin necesidad de que la jefe le dijera, “no, es que usted tiene que tener cinco pacientes y usted cuatro” pacientes, ¿cierto? Pero ahora yo no sé; el ambiente, la cuestión, tantos problemas han... dio como que cada uno por su lado, entonces eso se ha perdido muchísimo...

En este momento los cargos intermedios o ejecutivos desaparecieron. Hay como unas 15 o 20 personas en el aire, que tienen que ser ubicadas de alguna forma. Eso crea un clima de desasosiego, la gente no se interesa por el hospital, están es interesados en su pellejo, o estamos en nuestro pellejo, pues porque estamos mirando nuestro futuro

El proceso de cambio del hospital hacia una empresa financieramente sostenible ha llevado a un ambiente de incertidumbre e inestabilidad. Las empresas funcionan desde la lógica de la productividad, el control y la

eficiencia, lógica que puede entrar en contradicción con una cultura familiar donde predomina la lógica de la colaboración, la confianza y la afectividad. En ese sentido, los lazos de afecto que antes predominaban empiezan a debilitarse, ya que un contexto de incertidumbre lleva a que “la gente se interese por su propio pellejo”. En los siguientes fragmentos se evidencian discursos de resistencia frente a los cambios que se están implementando a raíz de la reforma, cambios que, de acuerdo con los fragmentos, están en contravía de la lógica empresarial que se busca consolidar y que, por el contrario, reafirman la informalidad, la improvisación y la ineficiencia.

Cuando se montó la Ley 100 se consideró que nosotros teníamos toda la infraestructura para manejar la Ley. Se empezaron a montar todo lo que son las oficinas administrativas, la de control interno, la de control disciplinario, la de facturación sin un conocimiento, sin una infraestructura para el manejo... No contamos con gente capacitada ni preparada para la atención de todas esas oficinas, se ha improvisado desde que montamos las nuevas estructuras.

Es que veo es una burocracia, una rosca impresionante, una mano de gente en la parte administrativa, en las oficinas repletas, y usted ve gente, gente haciendo filas, dan la vuelta al hospital. Entonces, yo digo, pero dónde está toda esa parte administrativa si hay tantos funcionarios, qué pasa que hay una fila que llega casi a la mitad del hospital.

No hay ninguna continuidad en los proyectos. Lo que ellos están diciendo es muy cierto, entonces, precisamente por esa rotación de la gerencia y la parte administrativa, que por lo general es cada tres años, entonces cada persona viene con su grupo, de pronto no están de acuerdo con lo que se estaba haciendo. Se cambian las reglas de juego y muchas veces, indirectamente, nosotros somos los golpeados, porque muchas veces esas personas vienen con una información errada de lo que es cada persona que labora en la institución. Entonces, lo único que crean es una tensión y una presión de que lo que se ha hecho no ha servido para nada, entonces volvemos a partir de cero.

### ***El paciente es el cliente***

En la segunda categoría están incluidos los repertorios interpretativos relacionados con los roles e interacciones que se establecen en torno al cliente y las implicaciones que tiene la reforma en el servicio que se presta. De esta manera, el primer repertorio interpretativo se denomina *el paciente es lo más importante*:

Pues es la persona más importante para nosotros, porque gracias a ellos nosotros nos enriquecemos mucho, es el tema principal y más importante para nosotros.

Un servicio significa satisfacer al usuario con un producto, con un producto brindado lo mejor posible, es decir, no solamente la orientación sino con el valor agregado, es la orientación con calidez, entendiendo a esa persona como un todo, y siempre dándole algo más....

El cliente numero uno es el usuario, es la persona a quien yo debo responderle para que satisfaga una serie de necesidades que tiene y expectativas que tiene frente a mis respuestas, frente a mi orientación, a la ayuda que yo le voy a brindar. Eso es para mí un usuario, una persona con necesidades.

El discurso del cliente empieza a ser parte importante en el proceso de transformación del hospital en empresa de servicio. Ello implica reconocer las necesidades del usuario para brindarle una atención de acuerdo con sus condiciones. Además de la intervención clínica, es importante una orientación *cálida* (valor agregado), buscando ponerse en el lugar del cliente. Ante las necesidades de éste, el personal asistencial debe orientarlo y darle respuesta; en ese sentido, el papel del cliente-paciente es receptivo-pasivo.

En el repertorio *el paciente representa el ingreso económico*, se observa cómo la importancia del paciente está relacionada con la connotación económica que éste tiene, lo que a su vez configura una nueva forma de relación con él:

Yo tengo que identificar muy bien ese usuario, porque ese habitante de calle me lo pagan al 100%, ese es un usuario consentido, lo mismo que el desplazado, lo mismo que el reinsertado, lo mismo que el desmovilizado... Lo que ese usuario habitante de calle le representa para el hospital, es tan importante porque está pagando nuestro sueldo, es como la conciencia de tu negocio.

En este fragmento una de las trabajadoras sociales que tiene el rol de clasificar al paciente para identificar la entidad pagadora, señala la importancia de éste en términos económicos. El paciente representa el ingreso económico para el hospital, sobre todo el que es vinculado (habitantes de la calle, desplazados). Los usuarios habitantes de la calle son fundamentales, ya que el pago de la factura de esta población le corresponde al Fondo Financiero Distrital de Salud, entidad del gobierno que paga el 100% de la factura del servicio prestado. En ese sentido, esta población es consentida ya que prácticamente está pagando el sueldo. Esto da cuenta de la resignificación del usuario, quien no sólo es el paciente sino que representa el ingreso para el hospital; por eso es fundamental una gestión administrativa (clasificación del paciente en el sistema, registros) que permita generar la información, la cual servirá de soporte para la factura final.

El paciente representa los ingresos económicos del hospital y por eso entre más pacientes se atiendan mayor

rentabilidad. La prestación del servicio debe hacerse de manera eficiente. Por eso, con la reforma de la Ley 100 se empieza a reglamentar el tiempo de atención del paciente.

El paciente llega con una situación que no es realmente la que él tiene, él tiene otra de fondo. Él llega a contarle a uno muchas más cosas aparte de un dolor, como las de una situación que en este momento está viviendo. Entonces, eso cambió muchísimo, no, ahora es “¿qué tiene señor?, váyase”. Ni siquiera le mira la cara y adiós. Se convirtió en un artículo de comercio... A uno no le interesaba que el paciente viniera a las 10 y se fuera a las 11. Pues, obviamente que el que estaba afuera tenía que esperar, pero no importaba, hoy en día, pues es un producto al cual uno debe atender y facturar porque existe de por medio el signo pesos.

El hospital funciona en un marco donde la salud se ha convertido en un negocio, y en un ambiente mercantil las relaciones tienden a enfriarse. No obstante, en el contexto de competencia neoliberal, la seducción del cliente es la que hace la diferencia entre una empresa competitiva y otra que no lo es y, frente a esto, se supone que el cliente siempre tiene la razón. Pero en el contexto de la salud, el cliente debe ajustarse y resignarse a una atención rápida y despersonalizada; parece ser que el cliente no tiene la razón y de esto son concientes los trabajadores. Los siguientes fragmentos hacen parte del repertorio, *nos volvimos más inhumanos*:

Yo pienso que nos volvimos más inhumanos. Vemos al paciente como alguien que debemos facturarle cada 20 minutos, no lo escuchamos, no le damos una solución a tiempo, lo regañamos, estamos siempre pendientes pues si factura o no factura (...) Entonces, que tiene un dolor lumbar, “ay, mijita tómese un Voltarem y vaya que le hagan allá 10 sesiones de terapia”. Realmente se perdió eso, se perdió ese interactuar uno con el usuario.

Los médicos señalan en estos fragmentos los cambios que ha tenido la relación con el paciente en un contexto donde la salud se convierte en un bien de oferta y consumo. En el contexto del mercado, la oferta del producto debe estar enmarcada dentro de criterios de eficiencia para que los costos del mismo sean competitivos. Sin embargo, la apuesta por la eficiencia y la rentabilidad pone en riesgo la calidad en la atención. Se evidencia entonces un conflicto: economía y rentabilidad vs. bienestar y salud del paciente (calidad):

Entonces, uno dice “eso es lo que hay que hacerle al paciente” y no lo puedo dejar de hacer. Entonces, me dicen, el auditor me dice, eso no se lo puedo pagar, lo siento. A mí todavía no me cabe en la cabeza eso, desde el punto de vista ético, está mal, está uno faltando gravemente; desde el punto de vista legal, está faltando gravemente, pero estamos

evaluando lo económico, no entiendo cómo pasa eso, y entonces uno va perdiendo, y el hospital va teniendo pérdida, y eso obviamente a mí no me conviene porque yo soy empleado de este hospital, y a mí me conviene que este hospital sea prestante económicamente, pero vamos perdiendo.

Desde el punto de vista médico se atiende al paciente y se interviene para estabilizar su salud, pero en ocasiones esta intervención, que desde el criterio clínico es necesaria, no lo es desde el punto de vista económico y entonces puede convertirse en factura rechazada por su no pertinencia desde el punto de vista administrativo, lo que representa una pérdida para el hospital. El sistema, entonces, presenta contradicciones internas en la medida en que el criterio clínico está subordinado al criterio económico-administrativo. Aquí es pertinente introducir otro repertorio interpretativo, *criterio médico vs. criterio económico-administrativo*, el cual incluye diferentes elementos además del referente a la interacción médico-paciente.

Se llena mucha papelería. Los médicos que están en la consulta o en urgencias, se quejan mucho del diligenciamiento de papeles, entonces, es más el diligenciamiento de papeles. Entonces, es más el tiempo que uno necesita para diligenciar el papel que el que uno requiere para mirar el paciente, por un lado; por el otro, en cuanto a medicamentos, pues uno formulaba al paciente, el paciente lo adquirió o no lo adquirió, porque económicamente no podía, al hospital llegaban los medicamentos pero ahora... los clasifican en POS y no POS; que se utilizan los genéricos, que tenemos que hacer un comité dentro del comité de farmacia, un comité para que el médico justifique la utilización de ese medicamento que el pobre paciente lo pueda... Cuando se hace ya todo eso, el pobre paciente se ha complicado más.

Además de la mayor inversión del tiempo en funciones administrativas en detrimento del tiempo que se dedica a las actividades asistenciales, en este fragmento se hace referencia al tema de los medicamentos y la racionalización del uso de éstos para la intervención del paciente. De acuerdo con el tipo de medicamentos (genéricos o no), éstos son clasificados a su vez en medicamentos POS y no POS. En ese sentido, un paciente que esté en POS sólo tendría acceso a ciertos medicamentos y, cuando la situación lo amerita, se llevaría a un comité para la autorización de medicamentos más costosos, pero este procedimiento administrativo lleva un tiempo que puede ser crítico para el estado del paciente. Es decir, la justificación de la utilización de medicamentos no se hace únicamente desde criterios médicos sino desde el criterio económico, pues de lo contrario el médico sería más autónomo para tomar este tipo de decisiones:

Delimitan abiertamente la posibilidad de ordenar imágenes diagnósticas, de ordenar... medicaciones fuera del POS. Delimitan si desea ordenar laboratorio clínico, delimitan la posibilidad de remitir especialistas. Eso se lo dicen a uno de frente, "doctor, no puede, no aquí en el hospital no, en el sistema de seguridad social, doctor no puede".

El sistema de seguridad social delimita el servicio que se presta al paciente de acuerdo con la clasificación de éste. De esa manera se evita la posibilidad de ordenar imágenes diagnósticas, de ordenar medicaciones fuera del POS, de remitir a especialistas. La calidad de la atención está determinada por la capacidad de pago del paciente, lo que se contradice con el principio de equidad que predica la ley. La salud, según la ley, es un derecho que debe ser garantizado a todos de manera equitativa. Sin embargo, la diferencia en la atención determinada por la capacidad económica del paciente lleva a que no haya garantía en la prestación del servicio de salud a los pacientes que están en POS. La salud en el sistema del mercado es un bien de consumo y la calidad del servicio depende de la capacidad adquisitiva del consumidor. Además, los médicos se sienten restringidos en la atención porque el sistema los obliga a limitar la atención de acuerdo con el nivel desde donde se esté prestando el servicio. Si está en un hospital de nivel uno, el médico debe limitarse a esta atención. En ese sentido, la atención no la determina la necesidad del paciente sino la pertinencia de la problemática con respecto al nivel del hospital:

El paciente por incapacidad hospitalaria debe ser trasladado, entonces, frecuentemente uno ve pacientes muy graves pasando días, o muchas horas, mientras que uno tiene que sacar toda la pericia que uno tiene para mantener viva a esa persona, en la mejor condición posible. Pero resulta que uno se estrella con "¡ah!, ese no es procedimiento de este nivel...". A uno lo limitan, hay procedimientos que no son de este nivel, entonces no se puede dejar hacer, en consecuencia, lo que uno puede hacer por un paciente muchas veces es poco.

El hospital, según la clasificación que se hace de éste por su nivel de complejidad y capacidad, debe restringir la atención a lo que es pertinente según esta clasificación. Entonces, mientras que se hace el traslado del paciente al hospital que corresponde al tipo de cuadro que presenta, el hospital debe limitarse a la atención que le corresponde pues los procedimientos que exceden estas limitaciones, y que son necesarios para mantener con vida al paciente, no son pertinentes desde el punto de vista administrativo y, por lo tanto, no son reconocidos por las entidades pagadoras.

### *El sujeto trabajador*

Esta última categoría hace referencia a la forma como se construyen los sujetos en el trabajo, que implica la manera como configuran su rol e identidad laboral. El primer repertorio interpretativo, *el trabajo como fuente de aprendizaje vs. el trabajo como fuente de frustración*, hace referencia a los significados contradictorios que se construyen alrededor de lo que representa el trabajo para los trabajadores del sector de la salud.

Yo le agradezco de verdad al hospital porque he aprendido muchas cosas, porque he estado en muchos cursos y aprendí a valorar esa parte, esa parte que a nosotras las enfermeras nos fascina estar es allá con el paciente, que hacer de todo esa parte que para mí era lo mas bonito... Afortunadamente, cada ocho días estoy en la parte asistencial, o sea, no dejé de lado la parte asistencial, pero aprendí a organizar, aprendí a manejar un programa y a tener en cuenta desde el momento que yo llego al hospital, yo ya sé qué va pasar en ocho días, y hacer como un cronograma de todas mis actividades. He logrado muchas cosas en esta área.

Aquí se muestra cómo el trabajador se construye en el trabajo, pues el espacio laboral le proporciona herramientas para crecer; las nuevas dimensiones del trabajo en el hospital, es decir, las actividades administrativas, han posibilitado al trabajador aprender cosas referentes a la organización y la planeación. Estos aprendizajes, tanto del lado del trabajo asistencial como del lado del trabajo administrativo, construyen al trabajador. Las personas cambian sus formas de hacer y de pensar a raíz de las experiencias que les brinda el trabajo. El trabajo no sólo es fuente de aprendizaje, sino que posibilita el sustento para vivir.

El trabajo representa la cuchara, esto es un medio de vida. Es una manera de crecer día a día, ¿no?... Si uno no estudia, si uno no se prepara, no se actualiza, se pierde el tiempo, está condenado a desaparecer...

En este fragmento es evidente que el hospital, como una organización de servicios basados en conocimientos médicos, obliga a las personas que prestan dichos servicios a estar actualizados permanentemente. El trabajo es un medio de vida, pero en el contexto del mundo del trabajo basado en el servicio y el conocimiento, el trabajador debe estar en una tónica de constante aprendizaje y capacitación, de lo contrario está “condenado a desaparecer”.

De otro lado, las transformaciones que ha venido teniendo el trabajo en el sector de la salud llevan a que discursos que articulan sentimientos de frustración circulen en el contexto del hospital:

Entonces la gente se cansa mucho. Los profesionales nos cansamos muchísimo y el comentario de

la gente es “ay, cuándo será que se llega la pensión, cuando será que se llega la pensión...”. Uno quisiera a estas alturas salir porque ya está uno muy cansado de tanta presión, además porque a nosotros nos investigan por qué hacemos, se nos investiga por qué no hacemos, porque además las “IAS”<sup>4</sup> tienen que justificar su trabajo, y ellos siempre están pendientes a ver qué hace uno y qué deja de hacer, pero nunca se miran con qué lo hacen y en qué circunstancia lo hacen.

En este fragmento extraído de entrevistas hechas a médicos, se ve cómo las nuevas condiciones de trabajo han llevado a que los trabajadores, especialmente los médicos, no se sientan satisfechos en este nuevo entorno que emerge a raíz de los cambios de la Ley 100. El trabajo en las nuevas condiciones, caracterizadas por el control (contraloría, auditoría, y demás “ías”), lleva a que los trabajadores se sientan presionados. El trabajo ya no significa lo mismo, lo que se refleja en el servicio que se presta al paciente:

Todas esas cosas son importantes siempre tratarlas, porque esto influye en la atención al usuario. Si yo estoy estresado, tengo 50 pacientes, no los puedo saludar, y tengo a todo el mundo encima y no puedo ir a almorzar. Yo creo que eso afecta la atención al usuario.

Para caracterizar los cambios que ha tenido el trabajo en el nuevo contexto del hospital, se introduce el repertorio interpretativo, *precarización del trabajo*.

Lo que pasa es que ahora, con la atención médica, pues también se han sumando otras cosas administrativas, que nosotros ahora nos toca meternos en eso. Antes no, nosotros era nuestro acto médico y pare de contar. No nos interesaba si el paciente tenía afiliación a una EPS o un seguro, no nos competía. Entonces, se nos han sumado una serie de cosas a nosotros de aquí, que antes no eran, atender un paciente y mirar su enfermedad, pero ahora se nos suman una serie de cosas que le quitan espacio a la atención.

El rol de los médicos como el de las enfermeras se ha redefinido en el contexto de la transformación del hospital en empresa, ya que ahora, adicional a las actividades asistenciales, los trabajadores deben cumplir una serie de responsabilidades que se enmarcan dentro los procesos administrativos. El tiempo que antes era invertido exclusivamente para la atención al paciente debe distribuirse entre otras actividades establecidas para la reducción de costos (planeación, organización) y para la

<sup>4</sup> IAS se refiere al término que utilizan en el hospital para designar las instancias de control como las contralorías o auditorías.

obtención de ganancias (registros para los procesos de facturación). Frente a estos cambios los trabajadores de la salud, manifiestan su inconformidad.

Si yo hago 20 cosas bien no me dicen nada, pero una que la embarra y ahí mismo me caen todas. Entonces, eso no me gusta, o sea, igual yo pienso que no es por eso que yo tenga que estar cometiendo errores todo el tiempo, pero, pero pues yo pienso que no deberían ser a veces como tan duros.

Los trabajadores perciben que en el hospital se destacan más los errores que el esfuerzo y la dedicación a su trabajo, no hay reconocimiento por el trabajo y esfuerzo diario y, por el contrario, los errores se visibilizan, gracias al incremento de controles. De otro lado, uno más de los aspectos que ha cambiado como consecuencia de la política de reducción de costos, es la nueva forma de contratación.

Estar por contrato es una desgracia. Duré dos años intentado comprar carro y hasta que tuve un contrato estable no lo puede comprar, porque no importa cuánta plata usted pueda demostrar que gana; simplemente, como es un médico, usted no es objeto de crédito... Y he pasado por periodos que me han provocado mandar esto al carajo y me preocupa mucho el futuro, el de mi carrera, es eso, el seguir enganchado con esto uno no se puede quedar quieto, porque el futuro para los médicos en Colombia, no sé, no sé qué va pasar, con la nueva reforma, qué va a ser de la Ley 100.

Aquí se observa cómo las nuevas formas de contratación apuntan a la configuración de un trabajo más incierto. Las políticas de contratación flexibles se establecen con el objetivo de reducir los riesgos de pérdidas económicas para las empresas, riesgos que son desplazados para ser asumidos por los trabajadores. Las nuevas circunstancias exigen trabajadores móviles y fluidos, que entren y salgan del mercado laboral de acuerdo con las necesidades de las empresas. Adicionalmente, las nuevas formas de contratación (tiempos parciales), y la insuficiencia de ingresos económicos, obligan a los trabajadores a trabajar en varias instituciones, circunstancia que contribuye a la precarización del "nivel de vida":

Y mira que todos tenemos, yo creo que eso sí lo han percibido, y que a todos y a cada uno de nosotros le gustaría trabajar en un solo sitio, saber que llegué aquí y estoy tranquilo, bien remunerado, no me estoy estresando. Es decir, el nivel de vida, porque es que otra de las cosas es el nivel de vida que tú te puedas dar, yo creo que así seríamos más productivos.

Finalmente, se observa cómo la transformación del trabajo acentúa el individualismo, que a su vez afecta las relaciones interpersonales:

En este momento los cargos intermedios o ejecutivos desaparecieron, hay como unas 15 o 20 personas en el aire, que tiene que ser ubicadas de alguna forma eso crea un clima de desasosiego, la gente no se interesa por el hospital, están interesados en su pellejo, estamos en nuestro pellejo, pues por que estamos mirando nuestro futuro

### Discusión

Desde los años noventa se ha producido en Colombia un cambio en el discurso sobre la salud. Estos cambios ocurren en el marco de un modelo hegemónico neoliberal, el cual parte del supuesto de que las relaciones entre los ciudadanos y las autoridades (políticas, económicas y sociales) se regulan de manera racional y eficiente a través del mercado libre (Rose, 1997). Es decir, son los consumidores (ciudadanos), con su poder de elegir la mejor oferta, quienes regulan el mercado. Así, las diferentes entidades públicas o privadas que ofertan servicios deben autorregularse con el fin de ofrecer productos que se ajusten a las demandas y condiciones de los clientes. En este contexto, la salud se resignifica como un bien de consumo, lo que implica para los hospitales la incorporación de nuevas prácticas y discursos (cliente, control, información, eficiencia) de acuerdo con la lógica de mercado que los atraviesa.

Las indagaciones hechas en este trabajo permiten considerar cómo las organizaciones están atravesadas por los discursos hegemónicos del contexto en donde éstas están inmersas. La "empresarización" del hospital implica la incorporación de nuevas formas de hacer las cosas y nuevos discursos importados del contexto, los que a su vez construyen nuevas subjetividades laborales. Por ejemplo, el incremento de los controles que suponen una vigilancia y visibilización de las actividades con consecuencias negativas frente a la evidencia de errores ha generado un clima de individualismo en el que cada quien se preocupa por lo suyo. En ese sentido, las nuevas prácticas incorporadas en el hospital tienen impacto en la forma como las personas piensan y hablan. Estos pensamientos y discursos, en la medida en que se van volviendo naturales, se constituyen en la nueva realidad organizacional (Alvesson & Deetz, 1995).

Los controles implementados para asegurar el cumplimiento de los objetivos económicos se empiezan a configurar como prácticas que transforman la realidad organizacional en la medida en que cambian los roles y las relaciones laborales. Dichos controles responden a la lógica empresarial que confiere poder a los regímenes calculadores de contabilidad y gestión financiera, en tanto generadores de "saberes". De acuerdo a Rose (1997) y Deleuze (1995), la sociedad capitalista

contemporánea se caracteriza por la generación de nuevas formas de control, propias de la lógica empresarial, que apuntan a la transformación de las acciones en información susceptible de ser controlada a distancia. Estos nuevos saberes a través de cifras, indicadores, datos, transforman las actividades diarias en visibilidades relacionadas con la conducta de las organizaciones y de sus miembros (Rose, 1997).

Según Deleuze (1995), los nuevos controles característicos de la sociedad de control, sociedad correspondiente al neoliberalismo, apuntan a la generación de cifras (indicadores, datos), que permiten controlar el riesgo a distancia. Los pacientes, a través del sistema de registro, se transforman en datos y cifras que permiten manejar los riesgos de glosas<sup>5</sup>, y por lo tanto asegurar el cobro de la factura. En esta misma idea Rose señala cómo, entre las nuevas estrategias de control, la auditoría se convierte en un mecanismo clave para la gestión del riesgo:

el riesgo pasa a ser algo manejable mediante nuevas relaciones distanciadas de control entre los centros políticos de decisión y los procedimientos dispositivos y aparatos “no políticos” –tales como escuelas, hospitales o empresa- sobre los que recae de nuevo la responsabilidad de la salud, la riqueza y la felicidad. (1997, p. 35)

En ese sentido, las entidades se transforman para ser auditadas, traduciendo sus actividades a través de registros minuciosos, en términos de dinero contable (Rose, 1997). La empresarización del hospital implica entonces la implementación de sistemas de información que permitan a los centros de decisión tomar las medidas correspondientes en aras de asegurar la rentabilidad y sostenibilidad financiera.

La transformación del paciente en cifra y dinero tiene efectos en la forma como éste se concibe. Estos efectos son ambiguos ya que por un lado el paciente como cliente se convierte en el factor fundamental de la supervivencia de la empresa, y como tal es importante desarrollar estrategias para seducirlo y asegurar su fidelidad; pero, por otra parte, la mercantilización del paciente implica la invisibilización de su humanidad, lo que a su vez tiene efectos en la interacción con éste. Desde la lógica del mercado, la interacción con el cliente y la intervención sobre él se empieza a regular: menos tiempo de interacción, limitación de medicamentos, limitación de la intervención de acuerdo con la clasificación del paciente y la clasificación del hospital. Estos cambios en la atención, aunque permiten la racionalización de recur-

sos, repercuten en la calidad de la atención y los pacientes, ante la falta de opciones, deben resignarse a lo que el sistema les ofrece.

En esa medida, el supuesto del libre mercado con relación a la libre elección que tienen los consumidores en un contexto de diversas opciones disponibles no se aplica en el ámbito de la salud. Según Rose (1997), en el neoliberalismo, la mercantilización se convierte en un mecanismo de regulación de las relaciones entre autoridades y ciudadanos, no a través de la obligatoriedad sino a través de la libre elección en medio de la competencia. De esta manera, este mecanismo opera exigiendo a las autoridades responsabilizarse frente a las demandas del cliente de quien depende su supervivencia. Es decir, en la mercantilización, el poder se devuelve hacia “abajo”. Pero en el caso de la salud, a pesar de adoptarse en el lenguaje los términos de cliente, usuario, valor agregado, el poder no lo tiene el cliente.

La empresarización implica relaciones más flexibles con los trabajadores; los lazos afectivos que caracterizan a la organización familiar se van debilitando en tanto los procesos se van desplazando hacia objetivos que apuntan a la reducción de costos (procesos de reestructuración, nuevas formas de contratación, nuevos controles). Las empresas en el contexto neoliberal se enfrentan a un contexto más incierto y competitivo y en esa medida deben asumir mayores riesgos para sobrevivir. Por eso, es necesario el incremento de controles que permita a la empresa manejar dichos riesgos. Sin embargo, de acuerdo con Urrea (1999), parte de esos riesgos logran desplazarse hacia el trabajador, a través de la implementación de las políticas de contratación flexibles. En ese sentido, el trabajo es cada vez más incierto y el trabajador debe moverse y responsabilizarse por su propia supervivencia y asegurar el desarrollo de competencias que le “garanticen” un lugar en el mundo del trabajo. En la medida en que el trabajador debe autogestionar su propio proyecto de vida en un contexto de mayor incertidumbre, los vínculos afectivos con la organización se debilitan evidenciándose un proceso de mayor individualización (Bauman, 2002), que lleva al incremento de relaciones laborales competitivas.

De otro lado, los cambios en el rol laboral, por ejemplo con el incremento de la carga laboral (administrativa), la menor interacción con los clientes, o la subordinación de la acción a los controles administrativos, llevan a que el trabajo no sea considerado una fuente de satisfacción. La precarización de las condiciones laborales, en un contexto histórico en el que trabajo se constituye en eje articulador de la identidad (Peiró, 1996), genera sentimientos de alienación. Las personas se construyen a través de la actividad laboral no sólo porque invierten gran parte del tiempo en el trabajo, sino por la

<sup>5</sup> Las glosas se entienden en el contexto hospitalario como aquellas facturas que presentan cualquier tipo de inconsistencia y, por tal motivo, son rechazadas por las entidades pagadoras (EPS o ARP).

centralidad que tiene el trabajo en la vida de las personas en el contexto capitalista. Esta centralidad empieza a ser problemática en un entorno laboral cada vez más precario e incierto.

Finalmente, en el contexto de la transformación del hospital en empresa, los trabajadores se han incorporado de manera discontinua al orden que implica este cambio. No obstante, las voces de resistencia en contra de los cambios que implican la lógica empresarial evidencian que el nuevo orden no se ha vuelto hegemónico y, por el contrario, existen voces de frustración y nostalgia que se siguen adhiriendo a un orden anterior que representaba estabilidad laboral, una visión menos mercantil de la salud, y una satisfacción con la labor en sí.

### Referencias

- Alvesson, M. & Deetz, S. (1995). Critical Theory and Postmodernism Approaches to Organizational Studies. En *Handbook of organization Studies* (pp. 191-217). London: Sage.
- Bauman, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Castro, S. (s. f.). *Althusser, los estudios culturales y el concepto de ideología*. Recuperado el 3 de febrero de 2005, de: <http://www.campus-oei.org/salactsi/castro3.htm>
- Deleuze, G. (1995). Post-scriptum sobre las sociedades de control. En G. Deleuze. *Conversaciones: 1972-1990*. Valencia: Pretextos.
- Fortuna, J., Almenar, M. & Machado, M. (1996). *La administración gerencial en Iberoamérica: equilibrando eficiencia con calidad*. Ponencia presentada por Uruguay a la I Conferencia Iberoamericana de Ministros de Administración Pública y Reforma del Estado, La Habana, Cuba.
- García, C. (2006). Una aproximación al concepto de cultura organizacional. *Universitas Psicológica*, 5 (1), 163-174
- Laclau, E. (1998). *Hegemonías y alternativas políticas en América Latina*. México: Siglo Veintiuno Editores
- Mumby, K. (1997). The Problem of Hegemony: Re-reading Gramsci for Organizational Communication Studies. *Western Journal of Communication*, 61, (4), 343.
- Peiró, J. M. (1996). *Tratado de psicología del trabajo*. Madrid: Síntesis.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1996). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En A. López & J. Linaza (Comps.). *Psicologías, discursos y poder* (pp. 63-78). Madrid: Aprendizaje Visor.
- Rose, N. (1997). El gobierno en las democracias liberales "avanzadas": del liberalismo al neoliberalismo. *Cuadernos de Crítica de la Cultura*, 29, 25-40.
- Rose, N. (1998). *Inventing Ourselves: Psychology, Power and Personhood* (1a Ed.). London: Cambridge University Press.
- Smircich, L. (1983). Concepts of Culture and Organizational Analysis. *Administrative Science Quarterly*, 28, 339-358.
- Urrea, F. (1999). Globalización, subcontratación y desregulación laboral. En L. G. Arango y C. López (Comps.). *Globalización, apertura económica y relaciones industriales en América Latina*. Bogotá: Universidad Nacional, Facultad de Ciencias Humanas.