



Revista Venezolana de Gerencia

ISSN: 1315-9984

rvgluz@yahoo.es

Universidad del Zulia

Venezuela

Vargas González, Vilma

Mecanismos Flexibilizadores de la Relación Laboral en Hospitales de Maracaibo

Revista Venezolana de Gerencia, vol. 12, núm. 38, abril-junio, 2007, pp. 244-261

Universidad del Zulia

Maracaibo, Venezuela

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=29014472007>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Mecanismos Flexibilizadores de la Relación Laboral en Hospitales de Maracaibo*

Vargas González, Vilma**

Resumen

El presente trabajo tiene por objetivo describir mecanismos flexibilizadores de la relación laboral, utilizados en hospitales de Maracaibo. En los hospitales objeto de estudio, se han insertado una serie de dispositivos que apuntan una estrategia para modificar las relaciones laborales hacia una gestión flexible de recursos humanos. La implementación de estos mecanismos incide en los costos laborales y en la productividad hospitalaria. La investigación se realizó en cuatro hospitales de la ciudad de Maracaibo-Venezuela, correspondientes a los niveles III y IV, representativos de diferentes modelos administrativos. Se efectúa análisis de información documental obtenida en dichos hospitales, y revisión teórica de las reflexiones sobre flexibilización y precariedad de las relaciones laborales planteadas por varios autores, entre ellos: Sotelo (2003, 1999), Castells (1999), Antunes (1997), Collier (1997). Los resultados obtenidos indican que el incremento de la productividad y la disminución de costos, requirió esfuerzos por adecuar el modelo de gestión laboral en la búsqueda de esos escenarios. Con base en el estudio realizado, se concluye que en los hospitales existe búsqueda de eficiencia en la producción del servicio hospitalario y se recurre a varios tipos de flexibilización: numérica, financiera o salarial, de tiempo y externa. Se han dispuesto una serie de mecanismos flexibilizadores de la relación laboral, que afectan los intereses de los trabajadores de la salud.

Palabras clave: Relación Laboral, Costos Laborales, Productividad Hospitalaria, Mecanismos Flexibilizadores, Gestión Flexible.

Recibido: 13-06-06. Aceptado: 15-04-07

* Resultado parcial del Proyecto Sistemas de Información sobre Producción de Servicios de Atención en Salud, financiado por el Consejo de Desarrollo Científico y Humanístico de la Universidad del Zulia.

** Contador Público. Magíster en Gerencia Pública. Acreditada por el Sistema de Promoción al Investigador del Fondo Nacional de Investigaciones Científicas y Tecnológicas (FONACIT), Docente- Investigadora del Centro de Estudios de la Empresa -CEE- Universidad del Zulia.
E-mail: vilma_vargas_hernandez@yahoo.es

Flexibilizing Mechanisms in Labor Relations at Hospitals in Maracaibo

Abstract

The objective of this work is to describe flexibilizing mechanisms for labor relations used at hospitals in Maracaibo. In the hospitals studied, a series of devices have been inserted that focus on a strategy for modifying labor relations, moving toward flexible human resource management. Implementing these mechanisms affects labor costs and hospital productivity. Research was carried out in four hospitals in the city of Maracaibo, Venezuela, corresponding to levels III and IV, representing different administrative models. Analysis of the documentary information obtained from the aforementioned hospitals was carried out along with a theoretical review of reflections on flexibilization and the precariousness of labor relations expressed by various authors including: Sotelo (2003, 1999), Castells (1999), Antunes (1997) and Collier (1997). Results obtained indicated that an increase in productivity and a reduction of costs required effort to adapt the labor management model in search of those scenarios. Based on this study, conclusions are that in these hospitals, a search for efficiency in hospital service production exists and it recurs to various types of flexibilization: numerical, financial or salarial, regarding time and external. A series of mechanisms that flexibilize labor relations have been put into practice, affecting the interests of health workers.

Key words: Labor relation, labor costs, hospital productivity, flexibilizing mechanisms, flexible management.

1. Introducción

El presente trabajo describe mecanismos flexibilizadores de la relación laboral utilizados en hospitales de Maracaibo. La inserción de mecanismos flexibilizadores de la relación laboral, hacia una gestión flexible de recursos humanos, coadyuva la "disminución potencial de costos laborales, los cuales constituyen aproximadamente el 61% de los costos de operación en los hospitales estudiados" (Vargas, 2004: 67), así como, la productividad, variables fundamentales para la toma de decisiones en la prestación del servicio.

Para la realización del trabajo se hizo un esfuerzo de observación participante, a través de pasantías profesionales, en varios hospitales de Maracaibo

entre ellos: Hospital Universitario de Maracaibo (HUM), Hospital General del Sur (HGS) y Hospital Central de Maracaibo (HCM), que permitió al investigador acercarse al objeto de estudio y observar de cerca los procesos y actividades realizadas por los actores laborales en cada hospital, para luego reflexionar sobre los mismos. De igual manera, las pasantías profesionales permiten la obtención de información relevante que de otra manera resulta difícil conseguir. En este sentido, se efectúa revisión de información documental obtenida en los hospitales estudiados, y teórica de las reflexiones sobre flexibilización y precariedad de las relaciones laborales planteadas por varios autores, entre ellos: Sotelo (2003, 1999), Castells (1999), Antunes (1997), Collier (1997).

En el Hospital de Especialidades Pediátricas, se trabajó con entrevistas a personal directivo, médico y administrativo, guiadas por un cuestionario realizado y validado previamente por otros investigadores del área. El cuestionario además nos permitió orientar la búsqueda de información en las instituciones hospitalarias escogidas intencionalmente por su representatividad dentro de la red hospitalaria de la ciudad.

Abordamos la investigación desde la óptica de la relación entre productividad, eficiencia y costos laborales, para luego tocar la externalización de funciones en hospitales de Maracaibo, que ha implicado un modelo de gestión laboral distinto, en el cual se posibilita la inserción de mecanismos flexibilizadores. De igual manera entendimos la necesidad de revisar el modelo de gestión laboral antes de la incorporación de dichos mecanismos.

2. Productividad y Eficiencia: su relación con los costos laborales

Si consideramos la eficiencia como “la cantidad de insumos utilizados para lograr un nivel determinado de producción” (Horngren et al., 1996:237), es entonces, un indicador económico basado en la productividad de los recursos, que se expresa como “la relación entre el volumen de producto obtenido respecto del volumen de (todos o alguno de) los recursos utilizados” (Testa, 1995:102). De lo anterior se desprende que la misma, es un indicador que nos permite comparar los resultados con los insumos utilizados para producirlos.

Por lo tanto, “las medidas más precisas de la eficiencia son los distintos tipos de productividad, la cual establece la proporción (cociente) entre el volumen de la producción y la cantidad o valor de los insumos utilizados. Desde el punto de vista físico, sólo puede calcularse en forma parcial, mientras que en unidades monetarias puede medirse tanto parcial como globalmente” (Gamboa, 1999:19), y dado que, la productividad mide:

“La relación entre los insumos reales y la producción real alcanzada; mientras menores sean los insumos para una serie determinada de producción, o mientras mayor sea la producción para una serie determinada de insumos, mayor es el nivel de productividad. La medición de la productividad se enfoca en dos aspectos de la relación entre insumos y producción. Evalúa: (1) si se han utilizado más insumos que los necesarios para obtener la producción; y (2) si se ha utilizado la mejor mezcla de insumos para obtener la producción” (Horngren et al., 1996:773).

Los recursos productivos utilizados, incluyen materia prima y también “capital, fuerza de trabajo (directa e indirecta), tecnología, logística, equipos. Todos estos factores deben ser medidos para hacer operativos los cálculos de los insumos necesarios para la producción del bien o servicio; el cual igualmente debe ser medido” (Lucena, 2004:157), de esta manera, el vínculo entre productividad y eficiencia estaría dado por la cantidad de recursos productivos que se usen en la producción real alcanzada del bien o servicio.

Dado que la fuerza de trabajo tanto directa como indirecta, es un recurso pro-

ductivo considerado para el cálculo de la productividad, la racionalidad de los gerentes y/o directores de los hospitales, en tanto actores laborales, ejecutores de políticas públicas, pudiera dirigirse a la evaluación de la productividad del trabajo realizado.

La productividad del trabajo es definida "como el cociente entre el volumen de la producción y el número de horas de trabajo, y si no se modifica la dotación anterior en medios de trabajo, si se quiere aumentar la producción se debe contratar más trabajadores, o prolongar la duración de la jornada o simplemente intensificar el trabajo para hacer una economía de tiempo" (Neffa, 1998: 18).

Para medir la productividad y el rendimiento de los trabajadores es necesario diferenciar entre el número de horas contratadas por trabajador y las efectivamente laboradas por éste. Son horas contratadas aquellas por las cuales el trabajador recibe remuneración, sin que necesariamente las haya laborado. Las horas laboradas son exclusivamente aquellas en las que el trabajador se encuentra en su sitio de trabajo, realizando labores propias para las cuales fue contratado, o fuera de este pero realizando labores para las cuales fue contratado.

El Ministerio de Salud de la República de Colombia (1996), entiende como productividad el número de actividades o productos por hora contratada y rendimiento el número de actividades o productos por hora laborada. Entonces, por ejemplo la productividad en consulta externa, estaría dada por la relación: número de consultas dividida por el número de horas médico contratadas.

Si se quiere aumentar la productividad, entonces los gerentes y/o directores de hospitales optaran por cualquiera de las siguientes alternativas: a) aumentar la producción, intensificando el trabajo, b) reducir las horas de trabajo, c) una combinación de las anteriores alternativas y/o d) mantener la producción constante y disminuir horas de trabajo.

En la búsqueda de mayor eficiencia y productividad, los gerentes y/o directores, optaran por las alternativas señaladas para reducir costos laborales. Los autores Jaén y Pérez (1989), Jaramillo (1994), Warner y Luce (1995), Castaño (1998) indican que en salud, los estudios apuntan a una escalada alcista de costos, lo cual afecta indudablemente la eficiencia, puesto que la medida básica de la misma es el costo unitario de cada actividad o el costo por paciente atendido.

El incremento de la productividad y la disminución de costos, requerirá esfuerzos por adecuar el modelo de gestión laboral existente en los hospitales, en la búsqueda de esos escenarios.

Dado que "los principios generales de la administración científica, pueden aplicarse a todo tipo de organizaciones... y aunque Weber parte de un análisis sociológico de las organizaciones se adhiera a esta corriente por el carácter racional de la organización burocrática. Para Weber el tipo ideal de burocracia se caracteriza por los siguientes aspectos: alto nivel de especialización, jerarquía establecida mediante reglas, selección de personal con base en la competencia técnica y separación de la fortuna privada de la pública" Quiroga (1999:99-103), podemos acotar entonces, que la relación laboral

en los hospitales tradicionales¹, se fundamenta en características propias a las del modelo burocrático de gestión laboral, tales como:

Relación salarial orientada a fijar la mano de obra en la empresa, consistente en contratos de trabajo estables, por tiempo indeterminado y a pleno tiempo, y un sistema de remuneraciones, basado primeramente según el rendimiento (Taylor) y luego según el tiempo de trabajo (Ford), previendo su periódica indexación en función de la inflación pasada y del incremento programado de la productividad, para asegurar un nivel elevado de demanda solvente, y organizaciones sindicales que agrupaban al personal asalariado, y negociaban colectivamente con la dirección de las firmas (Neffa: <http://www.clacso.org>).

3. Externalización de funciones en hospitales públicos de Maracaibo

En contrapartida a lo anterior surge al tenor de Tofler (1997:107-108), "la adhocracia, estructuración semejante a una compañía que coordinará el trabajo de numerosas unidades laborales temporáneas, las cuales existirán y dejarán de existir con arreglo al ritmo del cambio en el medio ambiente que rodee a la organización. Las adhocracias requerirán un conjunto de cualidades humanas totalmente distintas de las actuales". Las

adhocracias que señala Tofler, se constituyen en una forma de flexibilización externa de las instituciones para adaptarse al entorno; emerge la subcontratación con terceros, donde una empresa se obliga mediante un contrato, a colocar trabajadores en una empresa usuaria para que efectúen determinadas labores por tiempo definido, sin que estén laboralmente contratados por dicha empresa usuaria.

La externalización consiste en "confiar a agentes externos a la organización parte de la producción o de los servicios, aquellos en los que el dominio no es óptimo" Mas Sabaté (2000:1), entre las funciones genéricamente externalizables el mencionado autor señala las funciones de soporte tales como: servicios auxiliares, gestión económica, gestión de recursos humanos y las funciones intensivas en recursos humanos de baja cualificación.

La externalización de funciones posibilita la transformación del modelo burocrático de gestión laboral, de grandes dimensiones básicamente en términos de recurso humano en condiciones de estabilidad, a un modelo de gestión laboral flexible, en este orden de ideas, consideramos de acuerdo con Sotelo que:

"la tercerización empresarial es una forma moderna de precarización del trabajo, en la medida en que fomenta y refuerza el proceso de pérdida de derechos de los trabajadores (eliminando importantes cláusulas en los contratos individuales y colectivos de trabajo) y

1 Por hospitales tradicionales hacemos referencia a aquellos con trayectoria de gestión laboral propia de la burocracia pública y que para Weber en su tipología de la dominación referencia como dominación legal.

coadyuva simultáneamente a reducir los costos de producción y aumentar la tasa de ganancia...Algunos autores caracterizan la tercerización, o subcontratación, como un mecanismo propio de la *flexibilidad externa* que involucra a los trabajadores en la producción de las empresas contratantes, pero sin responsabilidad alguna para ellas" Sotelo, (1999:160).

La subcontratación con terceros, se viabiliza en los hospitales estudiados, mediante la reconversión laboral, mecanismo este, que permite la transformación de los asalariados de los hospitales, en microempresarios; una vez constituidos como microempresarios, estos en virtud de un contrato con un tercero, se obligan a prestar servicios en el hospital, pero ya no como asalariados.

La reconversión laboral en los hospitales se realizó mediante el siguiente procedimiento:

A partir de Agosto de 1999, la Fundación para la Promoción de la Salud del Estado Zulia (Fundasalud-Zulia)² comenzó la puesta en marcha del nuevo modelo de gestión laboral, intrínsecamente relacionado con el nuevo modelo de atención en salud, mediante la organización de microempresas en los hospitales y ambulatorios (vale mencionarlos aun cuando estos no sean objeto de estudio, por estar incluidos en el proceso de

reconversión laboral, y por cuanto cada ambulatorio debe estar adscrito a un hospital de referencia) de la ciudad de Maracaibo, de acuerdo al siguiente esquema:

- Elaboración de los perfiles del recurso humano que debía formar parte del equipo de trabajo adaptado al nuevo modelo de atención.
- Visitas a Corposalud en el Estado Aragua con el propósito de conocer y hacer las comparaciones con el modelo de gestión implantado en dicho Estado.
- Visitas a los ambulatorios Primero de Mayo, San Miguel, Amparo y Cañada Honda del Municipio Maracaibo III para solicitar una relación del personal y sus respectivos cargos.
- Comunicar a los directores los cambios en cuanto a la organización y funciones del establecimiento.
- Organización de talleres sobre microempresas dirigido a directores de varios establecimientos, entre ellos los directores de los ambulatorios seleccionados y los directores del HGS, HUM, y HCM entre otros.

De igual manera, los empleados de los hospitales recibieron talleres de inducción sobre el proceso de reconversión a microempresarios; de dichos talleres, surgió en el caso del Hospital General del Sur, cinco microempresas: Fedel C.A, Gráficas R&J C.A, Indoca, Sersaca, Teliamca, cuyos socios eran antiguos asala-

2 Fundasalud-Zulia: "institución intermediaria entre el gobierno y la sociedad civil organizada a fin de otorgar financiamiento para la adquisición de equipos y suministro de materiales médico-quirúrgicos, infraestructura y funcionamiento de las diferentes instituciones de salud pública" (Rodríguez, 1996).

riados del hospital. Estas microempresas prestan servicios de mantenimiento, papelería y reproducción, refrigeración, saneamiento, técnica de limpieza y ambientación en el hospital, mediante la subcontratación con un tercero.

Por su parte, en el HCM, el Programa de Reconversión Laboral dio origen a la creación de dos microempresas, a saber: Emselim y Seyrca, cuyos socios también eran antiguos trabajadores del Hospital, para la prestación de servicios de limpieza, eléctricos y de refrigeración al HCM, a través de subcontratación con un tercero.

Como puede observarse en los dos casos anteriores, HGS y HCM, la contratación de microempresas de antiguos asalariados se inició por los servicios de apoyo.

La conversión de los asalariados en microempresarios tiene por lo menos tres ventajas para el ente empleador: a) elimina los sindicatos b) reduce costos al eludir el pago de beneficios salariales; y c) crea mecanismos sólidos para asegurar mayor productividad.

Desde el punto de vista de los trabajadores, la experiencia presenta problemas, porque condiciona el valor de la remuneración del trabajo a la capacidad de negociación del grupo inexperto que generalmente constituye la microempresa y representa la pérdida de estabilidad y beneficios laborales del trabajador convertido en microempresario.

Por otra parte, los elementos de la contratación del empleado y obrero, en las mencionadas microempresas, entre ellos, remuneración no superior al salario mínimo, bono adicional por productividad, contrato de trabajo no superior al

año y en algunas microempresas hasta por seis meses, ponen de manifiesto una baja remuneración y una fuerte tendencia a la inestabilidad laboral, lo cual evidencia la precariedad de los empleos generados; de generalizarse esta forma de contratación, conduciría inexorablemente al incremento y reproducción de la pobreza. Debe destacarse que en las microempresas:

“las condiciones de estabilidad y protección laboral y social son precarias basando con señalar que, de acuerdo con la Organización Internacional del Trabajo (OIT), entre el 65 y el 95% de los que trabajan en las microempresas carece de contrato escrito y entre el 65 y el 80 % de los ocupados, no están afiliados a los sistemas de salud, ni gozan de pensión por vejez; laboran por encima de la jornada legal y están expuestos a mayores riesgos por accidentes de trabajo. Se utiliza el trabajo infantil y el trabajo forzoso y se discrimina a las personas, mientras que se niegan los derechos de libre asociación y negociación de los trabajadores” (Sotelo, 1999:155).

Es preciso señalar que en estas microempresas la productividad del trabajo es mayor, en tanto al trabajador se le induce por medio de sanciones a adoptar una forma de comportamiento; en este caso, el miedo a la posibilidad cierta de que su contrato de trabajo, no será renovado si no se adapta a las especificaciones de realización del trabajo para el cual fue contratado, tales como: horario de trabajo, rendimiento, etc.

Para el caso de los ambulatorios la reconversión laboral se inició en los ambulatorios Primero de Mayo, San Miguel, Amparo y Cañada Honda del Municipio

Maracaibo III. Los mismos fueron escogidos por la Dirección Regional de Salud y Fundasalud-Zulia en un equipo conjunto.

Los cambios en la gestión laboral para los ambulatorios, incluyen la reconversión como microempresarios, al personal médico, paramédico y de apoyo diagnóstico, en un 80 porciento del total del personal; el 20 porciento restante seguiría dependiendo del Sistema Regional de Salud, con los beneficios de contratación a término indefinido propios del modelo burocrático.

Los nuevos microempresarios, agrupados por profesión, cobran por servicio prestado en el ambulatorio; sin los beneficios laborales de contratación, estabilidad, prestaciones sociales, sindicalización, etc. Por supuesto los ingresos de los microempresarios, resultan del cobro a los usuarios por los servicios prestados y corresponden al 70 porciento del valor pagado por cada usuario del servicio. El 30 porciento restante es utilizado, entre otros, para gastos de funcionamiento de la microempresa. En otras palabras el nuevo modelo de gestión laboral, posibilita una incipiente privatización de los servicios públicos de salud.

La externalización de funciones tiene por objetivo alcanzar "mayores niveles de eficiencia, más flexibilidad, menor componente de costos fijos o una combinación de estos" Mas Sabaté (2000:4) y permite la introducción de mecanismos flexibilizadores de la relación laboral.

4. Gestión laboral flexible

Para Ragini y Sabel citados por Coller (1997:43), "la flexibilidad es la capacidad que tienen las empresas de

adaptación rápida a la creciente inestabilidad del mercado o, para ser más precisos, una capacidad de utilizar máquinas y trabajadores en diferentes combinaciones para hacer frente a los cambios en el nivel y la composición de la demanda", y por supuesto, para hacer frente a crisis y problemas generados por un entorno cambiante.

Desde el punto de vista sindical, para Albizu (1997) la flexibilidad laboral, es una manera de reducir o suprimir derechos y conquistas sociales, así como las obligaciones legales que tienen las empresas en relación con toda una serie de cuestiones laborales que están normativamente reguladas,... y desde el punto de vista de la gestión empresarial, sería el modo de adecuar eficientemente los recursos humanos disponibles, y la organización del trabajo, a las variaciones de la demanda de productos y servicios en -cantidad y calidad-. En este marco, la flexibilidad laboral habrá de considerar simultáneamente varios tipos de flexibilización, ya sea externa, de tiempo o práctica de alargar o reducir la jornada laboral y la interna, en la cual encontramos: numérica, funcional y financiera. En este sentido, el autor arriba citado, considera que:

"la flexibilidad numérica consiste en el ajuste continuado, al mínimo coste, del número de empleados, horas de trabajo contratadas que permitan a la empresa hacer frente rápidamente a las fluctuaciones que se producen en el nivel de producto/servicio demandado...la funcional reside en la capacidad de adecuar constantemente las competencias de los trabajadores para adaptarse a los cambios tecnológicos, a la polivalencia exigida por los moder-

nos sistemas productivos y la financiera se deriva de un doble efecto: la variación de los costes laborales por el ajuste realizado sobre los contratos y las horas trabajadas, y el establecimiento de una estructura salarial que esté más relacionada con el desempeño y con los resultados obtenidos por la empresa" Albizu (1997:19-20).

Dentro de los proyectos modernizadores de la salud desarrollados por la gobernación a través de Fundasalud-Zulia, se encuentra la consolidación del proyecto Hospital de Especialidades Pediátricas (HEP), el cual se inaugura el 24 de Agosto de 1999, con una infraestructura hospitalaria de cinco módulos: a) hospitalización con capacidad para 300 camas, b) Consulta Externa, c) Emergencia con área quirúrgica, d) Servicios, y e) Docencia. De igual manera cuenta con tres parques infantiles y un helipuerto. El hospital ofrece cobertura de servicios en la atención de casos de alta complejidad, a la población pediátrica y adolescente del Estado Zulia, Venezuela, Centroamérica y el Caribe.

El proyecto Hospital de Especialidades Pediátricas, se consolida con una inversión de cinco mil millones de bolíva- res, del Fondo Intergubernamental para la Descentralización del Estado (FIDES) y la Ley de Asignaciones Económicas Es- peciales (LAEE), para la culminación de la edificación en detalles y acabados, área externa y mantenimiento, suministro de calderas, tanques neumáticos, sub - estación eléctrica, central telefónica, aire acondicionado, equipos de detección de incendios, dotación de equipos científicos (Fundasalud Zulia, 1999). La ejecu- ción presupuestaria de la obra para el pe- ríodo 1998-1999 se señala en la Tabla 1.

El HEP, con un nuevo modelo de atención en salud que incluye una gestión laboral flexible, subcontrata los servicios de vigilancia, saneamiento, manteni- miento, aseo, entre otros, de acuerdo a los requerimientos del hospital con em- presas especialistas en cada una de es- tas áreas. "Sencillamente no existen obreros en la institución sino una empre- sa contratada para brindar ese servicio" (Parodi, 2002). Se externalizan funciones que no se corresponden con su objetivo principal (prestar servicios de salud), es- pecíficamente aquellas consideradas de soporte, con lo cual se busca mayor efi- ciencia y productividad.

De acuerdo con Malagón-Londoño (2000:475) "cada vez se impone más la conveniencia de contratar servicios que an- taño formaban parte del quehacer hospita- lario; actividades como la alimentación, se-

Tabla 1
Hospital de Especialidades
Pediatricas

Ejecución Presupuestaria
de la Obra 1998-1999

Financiamiento	Monto en miles de Bolíva- res
Infraestructura LAEE,1998	754.538
Equipamiento FIDES, 1998	1.280.863
Equipamiento LAEE, 1998	1.142.683
Equipamiento LAEE, 1999	1.970.273
TOTAL	5.148.357

Fuente: Memoria y Cuenta Fundasalud –Zulia. Perío- dos: 1997-1998 y 1998-1999.

guros, aseo, seguridad, contabilidad, sistemas, etc, son contratadas con inmensas ventajas de especialización, independencia, calidad y asesoría, etc. Esta nueva tendencia especialmente requiere de un esfuerzo de contratos distintos”.

En la búsqueda de la eficiencia, a través de la reducción de costos laborales, el HEP consigue su máxima expresión, en tanto conjuga varios mecanismos flexibilizadores de la relación laboral, como son: contratación temporal a tiempo parcial, pago por servicios prestados, contratación de prestación de servicios a través de intermediarios, selección de personal a través de suministradora de mano de obra.

Con dichos mecanismos los derechos del trabajador son flexibilizados y desregulados, en función de la consecución de objetivos de mercado y competitividad. “Derechos y conquistas históricas de los trabajadores son sustituidos y eliminados” Antunes (1997:14), con sus consiguientes consecuencias sociales, como son el deterioro de la estabilidad laboral y salarial de los trabajadores. Estos mecanismos los discutiremos a continuación:

4.1. Contratación temporal

En la reducción de costos laborales, juega un papel fundamental el Estado: “Tanto los cambios en el empleo, el salario, la calificación y la subcontratación, deben cristalizar en legislaciones apropiadas a esos efectos, para que puedan rendir todos sus frutos; es decir, para que sean funcionales” (Sotelo, 1999:163).

En Venezuela, la Ley Orgánica del Trabajo (LOT), promulgada en Junio de 1997, establece en su artículo 108: “Des-

pués del tercer mes ininterrumpido de servicio, el trabajador tendrá derecho a una prestación de antigüedad equivalente a cinco (5) días de salario por cada mes...”, y en su capítulo VII, relacionado con la estabilidad en el trabajo al hablar de la prohibición de despido sin causa justa, a trabajadores que tengan más de tres meses al servicio de un patrono (artículos 112, 114 y 115); trabajadores temporeros; y trabajadores eventuales u ocasionales, subyace a la aplicación de estos artículos, que algunas empresas, observen la práctica de realizar contratos por fracción de año no superior a tres meses, es decir abre las puertas a la contratación temporal.

De acuerdo con Albizu, la introducción de los contratos temporales ha supuesto, el cambio institucional más importante relativo a la flexibilidad del trabajo, y supone para la gestión empresarial dos novedades:

“por un lado, algunos de los contratos temporales rompen con el principio de causalidad, es decir, se permite la contratación temporal para realizar actividades de naturaleza no temporal. Esto permite a la empresa sustituir paulatinamente empleo indefinido por empleo temporal y por otra parte, con los contratos temporales aparece una ventaja sustancial en la reducción de los costos laborales, derivados de la disminución de costos explícitos -costos salariales y cotizaciones a la seguridad social- y de los costos contingentes- costos derivados de los despidos-” Albizu (1997:27).

El requisito primario de la flexibilidad laboral de acuerdo con Gamboa (1999:56) es “la sustitución de los sistemas de contratación por tiempo indeter-

minado y el ascenso por antigüedad, propios de la burocracia pública, por sistemas de contratación precaria, por períodos fijos, a tiempo parcial y contratación de personal utilizando suministradoras de mano de obra o microempresas formadas por los anteriores asalariados”.

En ese sentido, Castells (1999: 97) expresa: “cuando los observadores critican la «precariedad» de las relaciones laborales suelen hacer referencia al proceso de individualización del trabajo y a la inestabilidad que induce en las pautas del empleo”. Cuestiones que se evidencian, con mayor o menor intensidad, en los hospitales públicos estudiados, sobre todo para el personal obrero.

Con la contratación precaria, el patrono (en este caso el Estado) ahorra costos laborales y el trabajador pierde estabilidad y beneficios laborales; se potencia la individualización en las relaciones de trabajo y en consecuencia la intensificación de la competencia entre los trabajadores por el puesto de trabajo.

La individualización del trabajo es entendida por Castells (1999: 97-188), como “el proceso por el cual la contribución laboral a la producción se define de forma específica para cada trabajador y para cada una de sus aportaciones, ya sea en forma de trabajo autónomo o asalariado contratado individualmente y en

buena parte no reglamentado...la individualización del trabajo deja solo a cada uno de los trabajadores para negociar su destino frente a unas fuerzas del mercado en cambio constante”.

Así, el HEP, contrata su personal médico y paramédico a través de la Fundación³ Hospital de Especialidades Pediátricas, mediante contratos por períodos de prueba; según los resultados, posteriormente realizan contrato por un año, el pago es por servicio prestado y la selección se realiza a través de una suministradora de personal. De igual manera, la Fundación Hospital Universitario de Maracaibo (FHUM), contrataba hasta primeros meses de 2004 personal médico, paramédico y administrativo, para cada una de las unidades de gestión⁴ que la conformaban, mediante la figura de contratación temporal a tiempo parcial. Es bueno acotar que hubo un proceso de reestructuración del HUM a comienzos del 2004 y no hemos tenido acceso a la información necesaria que nos permita afirmar si aún esta figura persiste.

4.2. Bonos de productividad.

¿Incentivos al rendimiento o distorsión de la gratuidad?

El HEP constituye hoy un modelo de gestión flexible de personal, basado en la productividad (Parodi, 2002); el personal

3 Fundación: Persona jurídica, la cual sólo podrá crearse con un objeto de utilidad general: artístico, científico, literario, benéfico o social (Código Civil, artículo 20).

4 Unidad de gestión: la unidad de gestión es definida como “la unidad operativa que depende jerárquicamente de la Fundación; con suficiente autonomía de gestión para los asuntos relacionados con el buen funcionamiento del servicio y/o servicios que la constituyan” (SAHUM, 2001:36).

contratado cobra de acuerdo al servicio prestado. Desde el 2004 los médicos pediatras especialistas, cobran por consulta y cirugías realizadas. En este caso se tiene, mayores resultados con igual o menor volumen de recursos utilizados y disminución de los conflictos laborales.

Los pagos por productividad están contemplados en el artículo 137 de la LOT cuando establece que los aumentos de productividad en una empresa y la mejora de la producción causarán una más alta remuneración para los trabajadores. A estos fines, la empresa y sus trabajadores acordarán, en relación a los procesos de producción en un departamento, sección o puesto de trabajo, planes y programas orientados a mejorar tanto la calidad del producto como la productividad y en ellos considerarán los incentivos para los participantes según su contribución.

La modalidad de pagos por productividad, se comienza a manejar en el HUM, mediante la figura de los Bonos Balón pagados a los médicos de planta del hospital, a través de la Fundación; los médicos realizaban intervenciones quirúrgicas, de acuerdo a su especialidad, en jornadas especiales los fines de semana, y recibían por esta actividad como incentivo, bonos de acuerdo a los procedimientos quirúrgicos realizados.

Las cirugías se programaban en jornadas realizadas los fines de semana, esto propendía por la utilización de capacidad ociosa instalada; "En el HUM, HGS

y HCM para el periodo 1996-2002, en promedio, existía un 35, 53 y 65% de camas presupuestadas desocupadas que generaban costo fijo a dichas instituciones, dado que cada cama presupuestada recibe recursos del Estado para su funcionamiento" (Vargas, 2004:59). Además, la programación de cirugías en fines de semana, aumenta tanto el rendimiento y productividad hospitalaria, como los ingresos del personal involucrado en las intervenciones quirúrgicas; la realización de las mismas se le pagaba al personal médico y paramédico, mediante los mencionados bonos de acuerdo a un baremo establecido para cada especialidad.

Por supuesto, el incentivo monetario a los profesionales, contribuye al aumento del rendimiento y por ende posibilita el incremento de los ingresos hospitalarios, vía cobro de servicios, por venta a los usuarios "Sistema de Recuperación de Costos"; en este sentido, el cobro de servicios provoca distorsiones a la garantía de gratuidad. En el Gráfico 1, podemos observar con claridad la distribución de los ingresos por cobro de servicio en el año 2001, percibidos por la Fundación Hospital Universitario de Maracaibo (FHUM).

Los Ingresos por venta de servicios del año en referencia, están distribuidos de la siguiente manera: 35,66% en gastos de personal por bono de productividad al personal médico-asistencial, 16,74% en material y suministros, 14,43% en activos reales⁵, 15,64% en gastos de personal ad-

5 Los activos reales corresponde a una cuenta de egresos y al código 4.04 del Plan Único de Cuentas de la Nación y comprende los gastos por compra de maquinarias y equipos nuevos y sus adiciones y reparaciones mayores realizados por los organismos con terceros... (Onapre, 2004).

ministrativo y un 17,63% en servicios no personales (FHUM, 2001:20).

La anterior distribución evidencia que el más alto porcentaje (36%) es destinado al pago de bonos de productividad “bono balón” al personal médico-asistencial; el denominado “bono balón” intenta incentivar la productividad hospitalaria y el rendimiento del personal médico en tanto se aumenta la remuneración con base en su desempeño; sin embargo, es bueno acotar que en un ambiente de remuneración con base en la productividad, de acuerdo con Castaño (1998:8) “... el peligro radica en que la mayor producción se logra a expensas de la calidad”; es decir el médico podría atender más pacientes disminuyendo el tiempo de atención por paciente, para aumentar sus ingresos.

Por otra parte, es bueno aclarar que existe diferencia entre salario por productividad y bono por productividad; en el primero el salario percibido está en función del volumen de pacientes atendidos. Se condiciona la remuneración salarial a la productividad del trabajador y a su vez la permanencia en la institución al cumplimiento de la meta de productividad especificada por la institución, caso jornadas en clínicas móvil; en el segundo el personal percibe un salario fijo, el cual se incrementa en función del número de pacientes atendidos en horario fuera de su jornada laboral, caso HUM.

En el Cuadro 1 sintetizamos los mecanismos flexibilizadores de la relación laboral descritos, con los tipos de flexibilización, a fin de precisar los mecanismos aplicados en cada hospital y su correspondencia con uno u otro tipo de flexibilización. En cada uno de los mecanismos señalados, se utiliza la flexibilización

laboral, ya sea interna, externa o de tiempo; sin embargo, la flexibilidad numérica externa para facilitar el ingreso y salida de los trabajadores, es la más utilizada en los hospitales estudiados.

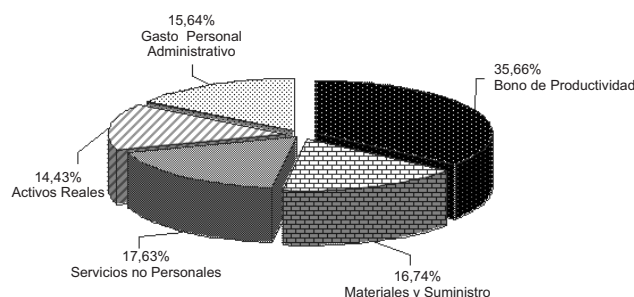
La lógica en la que se fundamenta el cambio en los elementos del modelo de gestión laboral propios de la burocracia pública a un modelo de gestión laboral flexible, se encuentra en la utilización de “una mano de obra desechable que puede ser... contratada, despedida, externalizada, según la demanda del mercado y los costos laborales” (Castells, 1999: 302).

En el Cuadro 2, podemos observar las variables de la relación laboral, que han sufrido mayor impacto con el modelo de gestión laboral flexible. Establecemos una comparación entre variables, considerando el enfoque de gestión laboral en el HEP y el enfoque de gestión en los hospitales tradicionales, a fin de revisar los cambios ocurridos.

Es bueno acotar que, los trabajadores contratados por tiempo definido se encuentran amparados por lo dispuesto en la LOT, en sus artículos 108, 110 y 112, entre otros. De igual manera cuando los contratos a término definido se renuevan consecutivamente período tras período, automáticamente adquieren la categoría de contratos a término indefinido y los trabajadores así contratados gozarán de los beneficios de esta forma de contrato. El problema para el trabajador, básicamente se encuentra cuando el contrato no se le renueva automáticamente para el siguiente período, en detrimento de su estabilidad laboral.

Así, “Las experiencias de desempeño productivo estable, a pesar de la crisis

Gráfico 1
Fundacion Hospital Universitario de Maracaibo
Utilización de los Ingresos obtenidos por
“Sistema de Recuperación de Costos”



Fuente: Elaborado a partir de datos suministrados por (FHUM, 2001: 20).

del conjunto de la economía, invitan a considerar que existen segmentos del aparato productivo que han desarrollado una capacidad de adaptación al nuevo marco" (Lucena, 1999:56), capacidad de adaptación que se observa en los hospitales públicos donde convergen relaciones de trabajo estables con relaciones de trabajo inestables producto de la flexibilización externa e interna que se da en estas instituciones.

En otro orden de ideas, el HEP ahorra en costos pues solo paga a los médicos por el trabajo efectivamente realizado, en contraposición a las instituciones hospitalarias tradicionales que pagan los salarios de acuerdo al número de horas contratadas, según categoría y jornada, más no de acuerdo al número de horas efectivamente laboradas, y además, en instituciones como el HUM se observa el pago de bonos por productividad como incentivo a una mayor productividad.

En lo que respecta al poder de negociación en los hospitales tradicionales la negociación es colectiva a través de los sindicatos y de los gremios. El artículo 507 de la LOT define la convención colectiva de trabajo como aquella que se celebra entre uno o varios sindicatos o federaciones o confederaciones sindicales de trabajadores, de una parte, y uno o varios patronos o sindicatos o asociaciones de patronos, de la otra, para establecer las condiciones conforme a las cuales se debe prestar el trabajo y los derechos y obligaciones que correspondan a cada una de las partes.

En el HEP, las condiciones conforme a las cuales el trabajador debe realizar el trabajo y los derechos y obligaciones que correspondan a cada una de las partes es individualizado para cada trabajador, y podríamos decir casi sin poder de negociación. La flexibilización laboral no admite los sindicatos como institucio-

Cuadro 1
Mecanismos Flexibilizadores de la Relación Laboral

Hospital	Mecanismos	Tipo de Flexibilización
Hospital Universitario de Maracaibo	- Contratación a termino definido (trabajadores de la fundación) - Pago de bonos de productividad	- Numérica y Financiera o salarial - Financiera o salarial y de Tiempo
Hospital General del Sur	- Reconversión laboral - Contratación de servicios a microempresas creadas	- Externa y Numérica - Externa y Numérica
Hospital Central de Maracaibo	- Reconversión laboral - Contratación de servicios a microempresas creadas	- Externa y Numérica - Externa y Numérica
Hospital de Especialidades Pediátricas	- Contratación a termino definido y pago por servicio prestado (personal médico y paramédico) - Contratación de servicios a suministradora especializada - Selección de personal a través de suministradora de mano de obra	- Numérica y financiera o salarial - Externa, Numérica y financiera o salarial - Externa

Fuente: Elaboración propia.

nes validas para la negociación de la relación laboral, en tanto lo que importa es adecuarla a las necesidades de la empresa y no a la de los trabajadores.

Ahora bien, el punto focal de la gestión flexible en el HEP, se encuentra en la flexibilización externa mediante la subcontratación con terceros, debido a que con esta se evita costos potenciales de pago de prestaciones, y reconocer derechos y conquistas sociales, que de por sí, están reguladas en la normativa legal.

Al finalizar la lectura del Cuadro 2, observamos que la aplicación de dispositivos flexibilizadores de la relación laboral, en los hospitales tradicionales, propició la coexistencia de aspectos propios del modelo burocrático con los menciona-

dos dispositivos, gracias al desarrollo de una capacidad de adaptación.

5. Conclusiones

Entre los aspectos fundamentales de la modernización de la gestión pública en salud, se encuentra la búsqueda de eficiencia mediante la reducción de costos laborales y en esta búsqueda se propicia una clara tendencia a la flexibilidad laboral.

La flexibilidad laboral utiliza los mecanismos de creación de microempresas de antiguos asalariados, contratos temporales y pago por servicios prestados. Estos mecanismos generan ventajas para el ente empleador: a) eliminan los sindicatos b) reducen costos al eludir el pago de be-

Cuadro 2
Cambios en la Gestión Laboral en Hospitales Tradicionales

Variables	Hospitales Tradicionales (Gestión laboral antes del cambio)	Hospital de Especialidades Pediátricas (Nuevo modelo de gestión laboral)	Hospitales Tradicionales (Gestión laboral después del cambio
Duración del Contrato	Término Indefinido	Término Definido (tiempo determinado)	Término Indefinido y Definido
Jornada	Tiempo Completo	Tiempo Parcial	Tiempo Completo y Tiempo Parcial
Relación Laboral- Estabilidad	Directa- Estable	Con intermediario- Inestable	Directa y con intermediarios
Salario	Según categoría y jornada	De acuerdo al servicio prestado y por productividad	Según categoría y jornada e incentivos a la productividad
Poder de Negociación	Sindicatos y Gremios (negociación colectiva)	Individual- Sin poder de Negociación	Cada vez más individualizado
Formación	Posibilidad de becas de especialización	Especialización previa al ingreso (educación formal)	Posibilidad de becas de especialización

Fuente: Elaboración propia.

neficios salariales; y c) crean mecanismos para asegurar mayor productividad.

Los mecanismos flexibilizadores de la relación laboral se están transmitiendo e implementando paulatinamente en los hospitales y ambulatorios de la ciudad, siguiendo el nuevo modelo de gestión laboral y de atención en salud desarrollado por la gobernación a través de Fundasalud-Zulia e implementado en el Hospital de Especialidades Pediátricas y de acuerdo al proceso de conversión de asalariados en microempresarios en los Hospitales Tradicionales.

Su implementación contribuye a mejoras en la productividad hospitalaria y reducción potencial de costos laborales, vía externalización de funciones que en otro tiempo hacían parte del quehacer hospitalario y ajustando los contratos la-

borales al tiempo realmente trabajado, donde el salario se relaciona con los resultados obtenidos en la actividad hospitalaria.

De esta manera, además de disminuir costos laborales y resolver problemas inherentes a la organización del trabajo, éste se intensifica y se individualiza a través de mecanismos tales como: reconversión laboral, subcontratación, contratación temporal, pago por servicios prestados, entre otros, que se convierten en auténticos dispositivos que pudieran ser lesivos a los intereses de los trabajadores hospitalarios en tanto conlleven: a) inestabilidad y desprotección laboral; b) baja e inestable remuneración; y por ende c) mantenimiento y reproducción de la pobreza.

Se generan cambios en la relación laboral con la implementación de los mencionados mecanismos en los hospitales tradicionales, atendiendo al modelo de gestión instaurado en el HEP, constituyéndose un "híbrido" entre el viejo y el nuevo modelo en las relaciones laborales del sector salud.

Referencias Bibliográficas

- Albizu, Eneka (1997). **Flexibilidad Laboral y Gestión de los Recursos Humanos**. Ariel Sociedad Económica. Editorial Ariel, S.A, Barcelona.
- Antunes, Ricardo (1997). **¿Adiós al Trabajo? Ensayo sobre las Metamorfosis y el Rol Central del Mundo del Trabajo**. Editorial Piedra Azul.
- Castaño Yepes, Ramón (1998). **El Crecimiento de los Costos en Salud: Fenómeno Mundial**. Revista Vía Salud No. 3 Santafé de Bogotá.
- Castells, Manuel (1999). **La Era de la Información: Economía, sociedad y cultura**. Volumen I La Sociedad Red. Alianza Editorial.
- Castells, Manuel (1999). **La Era de la Información: Economía, sociedad y cultura**. Volumen III. Siglo Veintiuno Editores.
- Congreso de la República de Venezuela (1997). **Ley Orgánica del Trabajo**.
- Coller, Xavier (1997). **La Empresa Flexible**. Estudio sociológico del impacto de la flexibilidad en el proceso de trabajo Siglo XXI Editores, S.A España.
- FHUM (2001). **Informe de Gestión**. Fundación Hospital Universitario de Maracaibo.
- Fundasalud – Zulia (1999). **Memoria y Cuenta Periodo Octubre 1997- Septiembre 1998**. Maracaibo, Venezuela.
- Gamboa Cáceres, Teresa (1999). **Condiciones multilaterales a la reforma venezolana en salud**. Revista Venezolana de Gerencia, Año 4, Nº 7, Maracaibo.
- Horngren, Charles; Foster, George y Datar, Srikant (1996). **Contabilidad de Costos**. Un enfoque gerencial. Prentice Hall, México.
- Jaramillo Pérez, Iván (1994). **El futuro de la salud en Colombia**. Ley 100 de 1993 Política. Social, Mercado y Descentralización. Fescol, Bogotá.
- Jaén, María Helena y Pérez, Austriela (1989). **Descentralización de la Salud**. En COPRE-PNUD. Rafael de la Cruz, Compilador.
- Lucena, Héctor (2004). **Relaciones de Trabajo en el Nuevo Siglo**. Fondo Editorial Tropycos. Caracas.
- Lucena, Héctor (1999). **Modernización Productiva y Negociaciones Colectivas**. Ediciones Universidad de Carabobo. ILDIS. Valencia, Venezuela.
- Malagón-Londoño (2000). **Administración de hospitales**. Editorial Médica Panamericana. Colombia.
- Mas Sabaté, Jordi (2000). **Gestión Privada de Servicios Públicos: La externalización (Outsourcing) en la Administración Pública**. Ponencia presentada en V Congreso Internacional del CLAD sobre la Reforma del Estado y de la Administración Pública. Santo Domingo, República Dominicana.
- Ministerio de Salud de la República de Colombia (1996). **Control Integrado de Gestión**. Programa de Mejoramiento de los servicios de Salud en Colombia. Módulo 6.
- Neffa, Julio César (1998). **Los Paradigmas Productivos Taylorista y Fordista y su Crisis**. Una Contribución a su estudio desde la teoría de la regulación. Conicet.
- Neffa, Julio César (1998). **Crisis y Emergencia de Nuevos Modelos Productivos**. www. Clacso. org. Biblioteca Virtual.

- ONAPRE (2004). **Plan Único de Cuentas.** Oficina Nacional de Presupuesto. Ministerio de Finanzas, República Bolivariana de Venezuela.
- Parodi, Luis (2002). **Hospital de Especialidades Pediátricas: Paradigma de la Prestación del Servicio de Salud.** Entrevista Televisiva, Programa A PUNTO, Moderador, Juan Fernández. Maracaibo.
- Quiroga, Gustavo (1999). **Administración Pública.** Editorial Trillas. México.
- Rodríguez Iturbe, Bernardo (1996). Fundasalud – Zulia: **Hacia un novedoso modelo de administración de salud.** Entrevista en Diario Panorama Noviembre 13 de 1996. Maracaibo, Venezuela.
- Sotelo Valencia, Adrián (1999). **Globalización y Precariedad del Trabajo en México.** Ediciones El Caballito S.A. México D.F.
- Sotelo Valencia, Adrián (2003). **La reestructuración del Mundo del Trabajo.** Superexplotación y nuevos paradigmas de la organización del trabajo. Editorial Itaca.
- SAHUM (2001). Informes de Gestión. Servicio Autónomo Hospital Universitario de Maracaibo. Maracaibo, Venezuela.
- Testa, Mario (1995). **Pensamiento Estratégico y Lógica de Programación** (El caso de la Salud). Lugar Editorial S.A. Buenos Aires, Argentina.
- Toffler, Alvin (1997). *La Empresa Flexible.* Plaza y Janes Editores, S.A. Barcelona, España.
- Vargas, Vilma (2004). **Sistemas de Costos de los Servicios Básicos de Salud en Hospitales Públicos de Maracaibo.** Trabajo para optar a clasificación como profesor ordinario. Universidad del Zulia.
- Warner, Kenneth y Luce, Bryan (1995). **Análisis de costo- beneficio y costo-eficiencia de la atención en salud.** Biblioteca de salud. México.