

Capítulo 4

EL RIESGO EN UNA ORGANIZACIÓN DE SALUD

El Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela”

4.1. El Hospital de Clínicas en el contexto uruguayo

El segundo caso que abordaremos es el estudio del riesgo en una institución hospitalaria del Uruguay, en el cual analizaremos las lógicas de acción que se desarrollan en un sistema organizado, con actores estructurados que participan de relaciones formalizadas y jerarquizadas en un espacio de acción limitado por la propia organización. El estudio del Hospital de Clínicas se propone el análisis de los riesgos estables y permanentes generados por las rutinas organizacionales y los procesos de trabajo de la institución pública de salud más importante del Uruguay. El Hospital de Clínicas es un gigantesco centro hospitalario, creado en el contexto del desarrollo del Estado de Bienestar Social de nuestro país, y que se enfrenta en los últimos años al agotamiento, deterioro y desmantelamiento de dicho modelo de desarrollo. Siendo el único centro de salud universitario del Uruguay, sus ingresos provienen del presupuesto público que le corresponde a la Universidad de la República. Además de la formación de médicos, enfermeras y demás trabajadores de la salud, el Hospital de Clínicas otorga asistencia médica gratuita a los sectores más desfavorecidos de la sociedad uruguaya.

Como producto de la reducción del gasto público y de los recortes presupuestales decididos en los últimos años, las condiciones de trabajo del Hospital, desde un punto de vista físico, han sufrido un lógico deterioro. La escasez de recursos, tanto físicos como humanos, obliga a continuas adaptaciones de las rutinas organizacionales a los desafíos diarios de la práctica médica, generando distorsiones en los procesos de trabajo específicamente técnicos. Pero también los procesos de trabajo no técnicos están sometidos a exigencias que producen riesgos sistémicos, tanto para los trabajadores como para los pacientes del Hospital. En particular, se detectaron dos zonas de riesgo: el trabajo del Centro de Materiales, que realiza la esterilización del material blanco del Hospital, y el sector de limpieza y recolección de residuos.

Lejos de tener una actitud pasiva, los diferentes grupos de trabajo del Hospital desarrollan estrategias específicas frente al riesgo. Estas estrategias son, en ciertas ocasiones, defensivas, en tanto que en otras oportunidades, los actores construyen respuestas activas frente a la incertidumbre. Se trata de estrategias implícitas que se cristalizan en la construcción de reglas informales y en rutinas cotidianas de trabajo. En particular, el énfasis está puesto en la incapacidad que ha tenido la organización en generar relaciones de confianza que permitan reducir la incertidumbre en los procesos de trabajo del Hospital.

4.2. Metodología de investigación

El estudio se realizó en el marco de las actividades del régimen de Dedicación Total compartido entre la Facultad de Ciencias Sociales y de la Facultad de Derecho de la Universidad de la República. Contó con la colaboración del Departamento de Salud Ocupacional de la Facultad de Medicina, que realizó el seguimiento de la investigación y aportó su experiencia y su conocimiento en el tema.²¹⁴

Los objetivos definidos en el trabajo son los siguientes:

- Analizar los procesos de trabajo en diferentes sectores del Hospital de Clínicas, de acuerdo a los criterios de selección establecidos.
- Analizar la representación del riesgo que se hacían los trabajadores y los niveles jerárquicos de los sectores estudiados.
- Analizar las diferentes actitudes y conductas que se desprendían de las representaciones del riesgo, tanto a nivel individual como colectivo.
- Analizar las reglas implícitas construidas por los trabajadores para dar cuenta de las situaciones de riesgo.
- Analizar los procesos de negociación implícitos y explícitos de los trabajadores con relación a los niveles aceptables de riesgo.

Dado el tamaño y la complejidad de una institución como el Hospital de Clínicas, la metodología desarrollada se planteó un diseño de tipo exploratorio, de carácter cualitativo. En ese sentido, el muestreo que se realizó es teórico y no

²¹⁴ Parte de este capítulo ha sido publicado en Pucci, F., "Situaciones de riesgo y lógica de actores. El caso del Hospital de Clínicas", *Informe de Investigación* N°19, Departamento de Sociología, Facultad de Ciencias Sociales, Montevideo, julio 2000.

estadístico, por lo cual sus conclusiones no son generalizables para todo el Hospital de Clínicas.

La selección de las áreas se realizó en función de los resultados de las entrevistas a diferentes informantes calificados. Los mismos fueron médicos del Hospital de Clínicas, especialmente vinculados a los temas de salud laboral. En las entrevistas se pidió a los informantes que establecieran un orden de los servicios o áreas, de acuerdo a los niveles de riesgo de cada una de ellas. Los informantes tendieron a coincidir en las áreas que se exponen a continuación:

- Centro de Materiales
- Trabajadores de Limpieza
- Trabajadores de Recolección de residuos
- Sector de Enfermería
- Sector de Emergencia
- Centro de Tratamiento Intensivo
- Departamento de Higiene Ambiental
- Departamento de Mantenimiento
- Área de Internación
- Departamento de Nutrición

El orden no implica necesariamente una ordenación por niveles de riesgo; todas las áreas que se exponen fueron mencionadas por los informantes como espacios en los cuales, de alguna manera, existían situaciones de riesgo.

La técnica más utilizada fue la entrevista focalizada. En la misma se incluyeron preguntas que buscaban cumplir con los objetivos reseñados anteriormente. También se dejó un espacio para que los entrevistados pudieran plantear dimensiones no presentes en la pauta de entrevista. Se realizaron más de treinta entrevistas, que incluyeron personal técnico y no técnico de las áreas seleccionadas, así como personal jerárquico y trabajadores en situación de subordinación. Algunas de estas entrevistas fueron colectivas, en particular las desarrolladas con los trabajadores de limpieza y los de recolección de residuos. Las entrevistas fueron realizadas a los médicos que tienen responsabilidades de gestión en el Hospital, a los técnicos y enfermeras encargados de los sectores nombrados precedentemente, a las enfermeras que desempeñan tareas de atención médica en estos sectores, a los trabajadores no calificados del Centro de Materiales y a los trabajadores del área de limpieza y recolección de residuos del Hospital.

Otra de las técnicas utilizadas fue la observación directa de los procesos de trabajo. En concreto, se visitó y observó el funcionamiento del Centro de Mate-

riales, de los trabajadores del sector de limpieza, de los trabajadores de recolección de residuos, y la cocina del Hospital.

También se analizaron documentos y materiales elaborados por el propio Hospital de Clínicas. En particular, se tomaron en cuenta los organigramas y los documentos referentes a la descripción de tareas de los diferentes cargos de la institución.

Por último, se realizaron jornadas de discusión colectiva con trabajadores de algún sector específico, como por ejemplo los ascensoristas del Hospital, de manera de recabar información pertinente para la investigación y devolver a los trabajadores algunos resultados de la misma.

A través de las entrevistas y de la observación directa, recogimos la percepción y valoración que los diferentes segmentos laborales del hospital tienen del riesgo y sus comportamientos explícitos e implícitos con relación al mismo. Para ello, fue necesario reconstruir el proceso de trabajo en cada uno de los sectores y comprender las rutinas laborales que se desarrollan en los mismos. También pudimos reconstruir los procesos colectivos de definición y negociación de los umbrales aceptables de riesgo que se desarrollaron en algunos de los sectores seleccionados, a través del análisis de la acción de los trabajadores y de las respuestas de las autoridades del Hospital.

4.3. El sistema de salud uruguayo

El análisis del riesgo en las organizaciones complejas debe tomar en cuenta los procesos de trabajo, las rutinas organizacionales, las relaciones de poder y de jerarquía y la construcción de relaciones de confianza en contextos de interacción cara a cara entre los actores. Los elementos teóricos reseñados en los capítulos anteriores nos servirán de marco para el análisis del Hospital de Clínicas del Uruguay. Pero previo a esto, resulta necesario contextualizar el caso del Hospital de Clínicas en el marco de los cambios tecnológicos y productivos que se procesan en el sistema económico uruguayo. También resulta importante presentar brevemente el marco de relaciones laborales en el cual se desarrolla la actividad del Hospital, en la medida en que establecen las condiciones generales de funcionamiento de las organizaciones orientadas a la producción y a los servicios.

El proceso de integración global de los sistemas de salud es la causa principal de una creciente incorporación de tecnología médica, sea en el área del diagnóstico o en el de curación. Esta rápida integración de tecnología modificó y complejizó las relaciones de trabajo, al tiempo que también tuvo efectos en la

división del trabajo al interior de los sistemas de salud y en la relación de estos últimos con sus usuarios. También se constata que la eficiencia, tal cual la entendemos, no se mide a través de indicadores externos sino que se construye social y cognitivamente. Esto implica que las transformaciones de las posibilidades en diagnóstico y curación, para ser procesadas cognitivamente por los usuarios, deben serlo también por toda la cadena productiva del sistema de salud. A su vez, la creciente complejidad de dicha cadena supone una reconstrucción de la identidad fenomenológica del “cliente”, lo que implica una transformación en la concepción de la organización, ubicando a este último en el centro de la organización del sistema.

El sistema de salud como sistema complejo no solamente debe dar cuenta de la complejidad del entorno sino también de la suya interna.²¹⁵ La eficiencia productiva del mismo se ve pues sometida a la superación de múltiples fuentes de ineficiencia en distintos lugares y niveles del sistema, aspecto que solamente puede lograrse a través de una nueva construcción social y cognitiva. En la salud, a su vez, los criterios de evaluación de la eficiencia están fuertemente determinados por las pautas culturales y educativas de la población. Sociedades como la uruguaya, con altos niveles de información y educación formal, tendrán niveles de exigencia en cuanto a incorporación tecnológica y calidad del servicio, mayores que otros contextos. Esto explica, en parte, la desproporcionada incorporación de tecnologías de diagnóstico en el sistema de salud uruguayo.²¹⁶

El hecho de que en el sector salud la eficiencia sea construida socialmente, vuelve relevante una investigación comparada que permita establecer en qué medida distintos contextos sociales pueden crear códigos de eficiencia específicos, de difícil traducción²¹⁷ a otro contexto. Así como la transferencia de tecnología no implica la transferencia de saberes determinados social y culturalmente,²¹⁸ también la eficiencia a nivel de los servicios hay que entenderla en un marco de relaciones laborales construido socialmente, que define modelos, estructuras de poder y códigos de evaluación de la eficiencia. Ésta pasa por reconstruir una imagen del cliente en el sentido general, de tipo fenomenológica y unidimensional, superando la desarticulación por especializaciones médicas que tiene como correlato una visión taylorista de la organización del trabajo paramédico. En efecto, la complejidad y la autoreferencia del sistema de salud lleva al usuario a sentirse “no reconocido”. A su vez, aquellos funcionarios (personal de puerta y enfermería) que están en la frontera de los diferentes servicios, están sometidos a una fuerte presión psicológica al tener que dar cuenta de las ineficiencias globales de la

215 Luhmann, N., 1991.

216 Argenti, G.; Fernández, J., 1995.

217 Callon, M., 1992.

218 Ruffier, J., op. cit.

organización. En este sentido, la puesta en relevancia de la relación “proveedor-cliente” en los sistemas de salud es un intento de superar la lógica de división de trabajo taylorista.²¹⁹

Diferentes estudios²²⁰ han señalado que las transformaciones tecnológicas más importantes en el área de salud en Uruguay están localizadas en los servicios de emergencia móviles, los Centros de Tratamiento Intensivo (CTI) y los tratamientos de hemodiálisis. Estos sectores cuentan con equipamiento moderno de primer nivel, básicamente a partir de 1974, lo que ha implicado un mejoramiento en la calidad del tratamiento de toda la población uruguaya. La nueva tecnología ha implicado mayor complejidad en el desarrollo de las tareas, el surgimiento de nuevas especializaciones y la necesidad de contar con personal polifuncional, con la suficiente flexibilidad para desempeñar tareas de diverso tipo. Este nuevo equipamiento muchas veces es subutilizado, ya sea por falta de personal capacitado o por falta de conocimiento de las reales potencialidades del mismo.

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

Se ha destacado²²¹ que la incorporación de nuevas tecnologías se realizó principalmente a impulsos de una racionalidad económica de mercado y no desde una lógica terapéutica, lo que ha implicado problemas de manejo, de control y de acceso a la misma. En este sentido, la ausencia de una política pública orientada a racionalizar la incorporación de maquinaria ha contribuido a aumentar los desequilibrios y las irracionalidades. Ha habido también un profundo cambio en la cultura profesional médica. La segmentación del mercado de trabajo entre los médicos no surge de diferencias de calificación o capacidad como antaño, sino de diferencias en el acceso al capital necesario para adquirir nuevas tecnologías.

Las nuevas tecnologías en el área médica no han traído desocupación, sino que por el contrario parecen haber aumentado la demanda de trabajo. El

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

220 Taller “Las Nuevas Tecnologías en Salud”, Comisión de Nuevas Tecnologías del PIT/CNT, Instituto Cuesta Duarte, FESUR.

221 Grupo Graphes, 1993.

equipamiento moderno no sustituye personal, que se reinserta a nivel de la programación del aparato, en tanto sigue siendo insustituible la necesidad de una relación humana directa con el paciente. Tampoco parece haber un reciclaje generacional en el manejo del nuevo equipamiento, sino una adaptación al mismo de trabajadores experimentados. Otro punto importante es el relativo al aumento del control sobre los trabajadores que apareja la nueva tecnología, en términos de horario y de productividad. Por último, las nuevas tecnologías implican un aumento en la intensidad del trabajo y en el esfuerzo, tanto físico como mental, además de conllevar problemas de salud en términos físicos y visuales.

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

La modernización tecnológica en la salud se puede catalogar como de “asincronía negativa”²²² que se verifica en aquellos casos en los cuales se realizan cambios tecnológicos que no son precedidos ni acompañados de estrategias preparatorias de los recursos humanos y las formas de organización. En términos de convenios colectivos se observa la inadecuación de los mismos a la nueva realidad laboral, en tanto existen nuevas categorías profesionales no contempladas en los mismos. Esta inadecuación dificulta la negociación salarial al tiempo que introduce rigideces que obstaculizan el logro de acuerdos que aseguren una mejor distribución de los beneficios económicos del cambio técnico entre los trabajadores y la empresa.

La inadecuación de las normas laborales y de la organización formal del trabajo pone en un primer plano la importancia del sistema informal de reglas para lograr la eficaz realización del trabajo. Toda actividad laboral cuenta con una organización informal que permite un desarrollo más racional y simple del sistema de producción.²²³ Estas regulaciones juegan un papel clave en la medida que van cubriendo los desajustes y las lagunas que van dejando las normas formales que no acompañan las transformaciones reales de las relaciones entre los actores individuales y colectivos.

²²² Walter, J., 1994.

²²³ Reynaud, J.D., op. cit.

En este sentido adquieren especial relevancia la cultura normativa del grupo acerca de la cooperación y de la autoridad.²²⁴ Existen reglas que no descansan estrictamente sobre la coerción externa²²⁵ ni sobre la internalización de norma²²⁶ sino que se sostienen a sí mismas en la medida en que el cálculo de los intereses individuales coincide con el respeto a la norma. Las normas de cooperación, de decisión común y de autoridad son los mejores ejemplos. La legitimidad de estas normas pasa por establecer puntos de equilibrio obligatorios entre los diferentes intereses en juego. Esta construcción, por parte de los actores, de relaciones y arreglos a nivel micro, adquieren mayor legitimidad que las regulaciones globales a nivel de convenios colectivos o de normas oficiales de la institución.

El sistema de salud está sometido simultáneamente a múltiples códigos que lo ordenan. Las velocidades de transformación del contexto (cambios en la articulación de lo público y lo privado, incorporación rápida de tecnología sofisticada, crecimiento numérico de los usuarios, etc.) generaron una confusión sobre cuál es el código dominante en una circunstancia dada. Históricamente los sistemas de salud articularon códigos de tipo humanista (se crearon para curar) con códigos de tipo capitalista (deben generar ganancia), con códigos de tipo estamental (deben ajustarse a un ordenamiento en donde el médico es omnipresente).²²⁷ En el momento actual, estos códigos no han desaparecido sino que por un lado se complejizaron y por otro cambiaron su orden de prioridades. Esto ocurrió sin que por ello se creara un nuevo orden estable; por el contrario, los sistemas de salud están sufriendo un permanente proceso de recomposición por lo que aparecen en muchas ocasiones como incoherentes, como resultado de estar sometidos a lógicas distintas en distintos lugares del sistema.²²⁸

Aparece prioritario, entonces, enfocar el análisis de los códigos que jerarquizan y articulan la producción de reglas de juego entre los distintos actores sociales para dar cuenta del proceso de trabajo. La construcción de códigos y reglas de juego se puede analizar como un intento de reducir la complejidad del conjunto de las relaciones que establecen los individuos para dar cuenta de las actividades que realizan.²²⁹ Estas relaciones, a su vez, se dan al interior de un sistema que es autoreferente, que en realidad delimita su relación con el entorno pero que toma forma a partir de una referencia a sí mismo. Desde esta perspecti-

224 Reynaud, J.D., op. cit.

225 Durkheim, E., 1982.

226 Parsons, T., op. cit.

227 A conclusiones similares llega una investigación realizada en Francia recientemente. Maurines, B.; Lequay, B.; Bernoux, P., "Hôpital DEBROUSSE. Changement et Participation: la recherche d'un ajustement des logiques", Glysi-Autrement Dit., 1995.

228 Supervielle, M.; Pucci, F., 1996.

229 Luhmann, N., 1991.

va, el entorno no determina al sistema, a lo sumo este último es resonante del entorno; da cuenta de él en sus propias regulaciones internas.

Como sistemas de acción concretos, las organizaciones de salud carecen de poder para controlar las zonas de incertidumbre.²³⁰ Los recursos necesarios para este control: competencia, relaciones y contacto con el entorno, control de las comunicaciones y de los flujos de información, están diluidos en la organización, por lo que las acciones estratégicas de los actores adquieren una relevancia especial.

En este sentido, en estas organizaciones parece predominar una racionalidad estratégica más que una racionalidad paramétrica²³¹ en la toma de decisiones. Cada grupo de poder al interior de la institución intenta imponer su estrategia, debiendo tomar en cuenta los movimientos de los otros, en un juego que se vuelve cada vez más complejo. Estas estrategias deben ir aumentando crecientemente los datos de punto de partida, por lo que los actores no alcanzarán nunca toda la información necesaria. Esto implica que en estos sistemas de acción, los actores también cuentan con una racionalidad limitada. La creciente complejidad de la información requiere de un involucramiento de los actores vinculados a las líneas de producción. La información, a su vez, es construida por los propios actores en función de sus estrategias y se utiliza para negociar las mismas con los demás actores. A su vez, esta información tiene diferentes orígenes y se inscribe en tradiciones de razonamiento muy diferentes (médicos, enfermeros, administrativos, gremialistas, etc.).

Por otra parte, la evaluación en la prestación de los servicios de salud se realiza desde diversas perspectivas. La eficiencia productiva de la empresa requiere necesariamente la traducción de estas perspectivas²³² para la construcción de códigos en común. Los criterios de evaluación de la eficiencia no son objetivos; implican un proceso de construcción social, en el cual intervienen actores, tanto internos como externos. A su vez, la evaluación de la eficiencia se mide por parámetros diferentes de acuerdo a los distintos sistemas; no es lo mismo la eficiencia desde el punto de vista financiero, político, técnico, etc.

Estas características permiten definir al sistema de salud uruguayo como un sistema reflexivo, en la medida en que incorpora pautas propias de la modernidad avanzada para el desempeño de sus funciones y para la resolución de los desafíos que se le presentan. El Hospital de Clínicas de Montevideo participa del sistema de salud uruguayo, por lo que incorpora en su funcionamiento las pautas generales del sistema. Pero, por otro lado, es una organización universitaria,

²³⁰ Crozier, M.; Friedberg, E., op. cit.

²³¹ Elster, J., 1990.

²³² Ruffier, J., op. cit.

lo que hace que las pautas generales del sistema de salud se traduzcan al interior de otro sistema regido por pautas diferentes. El Hospital de Clínicas, en tanto organización hospitalaria, muestra la complejidad de una organización en la cual coexisten diferentes códigos de conducta y diferentes fuentes de legitimidad, lo que dificulta la construcción de un sistema normativo coherente y estable. Para entender este segundo aspecto, es necesario desarrollar brevemente la historia de la construcción y conformación del Hospital de Clínicas.

4.4. Historia del Hospital de Clínicas

El Hospital de Clínicas “Dr. Manuel Quintela” es una organización universitaria, que cumple funciones asistenciales, de docencia y de investigación, y a la que concurren los sectores más carenciados de la población uruguaya. El Hospital fue creado en octubre de 1926, a impulsos de un cirujano de la época, el Dr. Manuel Quintela. Si bien la idea de crear un hospital universitario había sido planteada con anterioridad, Quintela fue el primero que visualizó la idea de un hospital universitario dedicado principalmente a la investigación y a la docencia. Ya en 1910, el Dr. Quintela, junto a otros destacados profesionales de la época, elevaba a la Facultad de Medicina un informe donde se solicitaba la creación de un hospital universitario de quinientas camas. En ese momento, el desarrollo de la medicina en Uruguay era aún incipiente, incubado en la primitiva y modesta Facultad de Medicina de entonces.²³³

La construcción de un hospital universitario implicaba una inversión importante para el gobierno de la época. Por otro lado, el impulso iniciado a instancias de un grupo de profesionales, tuvo una recepción positiva a nivel oficial. En esos momentos, Uruguay se encontraba en pleno proceso de modernización, alentada por una inserción favorable de las exportaciones ganaderas en los mercados internacionales, y por una política redistributiva impulsada desde el Estado por un elenco político profesional liderado por José Batlle y Ordóñez.

Si bien a nivel político y a nivel profesional se aceptaba la concepción de que el Hospital debía tener una orientación autónoma, se planteó la discusión acerca de la dependencia funcional del mismo. Un sector consideraba que el Hospital debía depender del Ministerio de Salud Pública, en tanto el sector de Quintela consideraba que el mismo debía depender de la Facultad de Medicina y de la Universidad de la República. En definitiva, la solución ganadora fue esta última, por lo que el Hospital pasó a formar parte del gobierno universitario.

| 233 Lockhart, J., 1978.

En 1958, como consecuencia del proceso de la reforma universitaria iniciada en Córdoba años atrás, y a raíz de las movilizaciones estudiantiles que se desarrollaron en Uruguay, se aprueba la Ley Orgánica de la Universidad. La misma establece la autonomía de la Universidad respecto de los poderes públicos y el cogobierno de la institución universitaria, con representación de tres órdenes: estudiantil, docente y egresados. La Ley Orgánica de 1958 establece la creación de Consejos para el gobierno de cada Facultad, integrado por los tres órdenes; también se crean los Claustros a nivel de cada Facultad, como órgano de discusión, de elaboración de propuestas y de control de los planes de estudio. A los Claustros, integrados por 15 representantes del orden docente, 10 del orden estudiantil y 10 del orden de egresados, les corresponde la elección de los Decanos de cada Facultad. A nivel central, el organismo rector es el Consejo Directivo Central, en el cual participan los Decanos de las diferentes Facultades y representantes de los tres órdenes. Por último, se establece la creación de una Asamblea General del Claustro donde participan representantes de los tres órdenes de las diferentes Facultades.

El Hospital de Clínicas, en tanto órgano universitario, va a tener, en su Dirección, una integración similar, a los que se agregará posteriormente la representación de los funcionarios del Hospital. De esta manera, se consolida una estructura democrática, pero compleja, caracterizada por la lentitud y la dificultad para tomar decisiones.

La construcción de la infraestructura del Hospital también generó discusiones y polémicas. Las dos grandes tendencias de la época en materia de construcción hospitalaria eran las del monoblock o la de los pabellones separados múltiples. Los pabellones separados de uno o dos pisos, con calles y jardines intermedios, gramillas y árboles, era el modelo de los centros médicos más avanzados de Francia. Por otra parte, los grandes monoblocks de muchos pisos, constituyendo un único centro hospitalario, era el modelo predominante en los Estados Unidos.²³⁴

Los argumentos en favor del monoblock planteaban la posibilidad de establecer una Administración única, una sola Dirección General, la centralización de los servicios, indispensable para la docencia y la investigación, y la concentración en un mismo edificio de la cocina, farmacia, laboratorios, calefacción, lavaderos, etc. La escasez y el precio de los terrenos también eran un factor que inclinaba la balanza en favor del modelo de monoblock. Esta centralización iría acompañada de un Servicio exterior amplio, que incluiría las Policlínicas, la Hemoterapia, la Fisioterapia y un gran Departamento de Emergencia.

| 234 Lockhart, J., op. cit.

Los pabellones múltiples supondrían, en cambio, una inevitable repetición de servicios, médicos, sanitarios, cocinas, etc., con comunicaciones subterráneas que podían ser sustituidos en el caso del block único por sistemas mecánicos. El hecho concreto fue que el hospital de altura fue la modalidad predominante en los años treinta en todo el mundo, incluyendo hospitales franceses como los construidos en Marsella y Lille. De todas maneras, para un pequeño país como Uruguay, la construcción de un hospital de altura no dejaba de ser un gesto de audacia y de optimismo en el futuro.²³⁵

La construcción del Hospital comenzó en 1930 y finalizó en 1953. Se trató de la mayor construcción en América, con excepción de Estados Unidos. Recién treinta años después se construirían en Buenos Aires, San Pablo y Río de Janeiro edificios de similares características. La obra se concretó en un gigantesco edificio de 18.000 toneladas de hormigón armado, que cuenta con 2.015 ambientes, sumando salas generales y salas individuales. Todos los edificios tienen paredes dobles, incombustibles y aisladas de la temperatura exterior. Los pisos se construyeron con planchas que tienen un sistema antiacústico, mientras que las paredes y los tabiques internos están aislados de las estructuras principales con planchas especiales. A su vez, los ventanales que dan al exterior se construyeron con marcos metálicos y vidrios de doble grosor. La circulación vertical se realiza mediante ascensores, montacargas y montaplatos, en tanto las instalaciones electromecánicas están colocadas en ductos especiales, incluyendo las obras sanitarias, la electricidad, la ventilación y la calefacción.

La historia del Hospital de Clínicas muestra la doble impronta del mismo: se trata de una compleja organización de salud inserta en otro sistema del mismo nivel de complejidad: la estructura universitaria del Uruguay. Estos dos elementos se complementan para dificultar la construcción de códigos de acción dominantes y de un sistema normativo coherente y legítimo. La autonomía de los grupos que participan en el funcionamiento de la institución, las luchas de poder y la coexistencia de múltiples y contradictorias fuentes de legitimidad, expresan un contexto marcado por la anomia y las tensiones corporativas. Esta situación se ve agravada por la falta de adecuación de una institución de estas características a la situación económica actual; una enorme infraestructura que responde a criterios antiguos, que no cuenta con los recursos necesarios para asegurar niveles mínimos adecuados de atención médica a un sector de población que carece de recursos para financiarla.

| 235 Ídem.

4.5. La división del trabajo médico y los principales sectores estudiados

La organización del trabajo en el Hospital de Clínicas refleja el modelo de asistencia progresiva, que consiste en planificar la atención médica en diferentes niveles, de manera de agrupar a los enfermos de acuerdo a su grado de enfermedad y a los cuidados que necesitan.²³⁶

De esta manera, se pueden determinar cinco categorías por niveles de asistencia, que son:

- 1) cuidado intensivo
- 2) cuidado intermedio
- 3) autocuidado
- 4) cuidado prolongado
- 5) cuidado en el hogar.

El personal es seleccionado y entrenado de acuerdo a las necesidades de cada nivel. Los equipos y suministros también se organizan de acuerdo a este modelo, aplicado durante varios años. Fundamentalmente, el trabajo abordará los dos primeros niveles, los cuales nos remiten al funcionamiento interno del Hospital de Clínicas en tanto organización.

1) El Centro de Tratamiento Intensivo

El propósito del Centro de Tratamiento Intensivo (CTI), es dar asistencia intensiva, utilizando los métodos de fisiología aplicada, al cuidado clínico de los pacientes con afecciones agudas renales, circulatorias, respiratorias, con problemas de electrolitos o con otras afecciones que requieran la utilización de aquellos procedimientos.

Las ventajas del CTI son las siguientes:

- Asegura asistencia médica inmediata y permanente a los agudamente enfermos.
- Asegura observación constante por enfermeras especialmente entrenadas en la asistencia a estos pacientes.
- Proporciona mayor seguridad al médico, porque sabe que será notificado de cualquier cambio adverso en el estado clínico de sus pacientes.

| 236 Villar, H.; Ibarburu, D.; Porta, L.; De Merli, M.; Nowinsky, A., 1961.

- Permite un mejor aprovechamiento al concentrar equipos costosos cuya adquisición no puede multiplicarse.
- Concentra médicos especializados en las diversas situaciones de emergencia y en la aplicación de técnicas especializadas.
- Facilita las consultas interprofesionales, asegurando la más alta calidad en los cuidados médicos.
- Asegura que los equipos, suministros y medicamentos estén prontos en todo momento.

El principio de tratamiento intensivo facilita el trabajo en equipo. Fue utilizado, en sus concepciones originales, como consecuencia de la escasez de enfermeras profesionales, de manera de aprovechar los recursos existentes, y luego se extendió como modelo de organización estable de la atención hospitalaria.

El CTI es una unidad centralizada, dentro del grupo de Servicios Clínicos del Hospital. Administrativamente depende directamente de la Dirección del Hospital. El cuerpo médico tiene la responsabilidad de la supervisión técnica y actúa como coordinador en los aspectos médicos, bajo la responsabilidad de un médico internista con entrenamiento y experiencia en procedimientos de fisiología. A su vez, el CTI está bajo la supervisión directa de una enfermera profesional con experiencia clínica, que ha recibido un entrenamiento especial en el manejo de las técnicas de diagnóstico y tratamiento de los pacientes gravemente enfermos.

2) Cuidado Intermedio

En este nivel se ubican los pacientes que deben tener una atención integral moderada. Este sector tiene semejanzas con los servicios médicos o quirúrgicos comunes del Hospital, con la diferencia de que están sometidos a un control sistemático por parte de médicos y enfermeras. A este servicio pueden ingresar los pacientes de cualquiera de las otras unidades o por las vías comunes de acceso al Hospital.

Toda organización funciona a partir de una determinada división del trabajo interna, que especifica las tareas, funciones, responsabilidades y poder de mando de los diferentes individuos que participan en la misma. Las organizaciones hospitalarias no escapan a este principio, que supone el establecimiento de lógicas de funcionamiento y tipos de racionalidades específicos para los diferentes niveles de división del trabajo.

La división del trabajo dentro del Hospital permite, en primer lugar, diferenciar a los médicos, de los trabajadores que brindan servicios médicos directos o indirectos bajo órdenes o supervisiones directas de los médicos: personal médico y paramédico.

i) El médico

El médico es el que determina el tratamiento a seguir, realizándolos por sí mismo o impartiendo instrucciones y supervisando las gestiones de los demás. Además de prevenir que la interacción de la sala dañe su relación con los pacientes, el médico debe lograr que sus órdenes sean obedecidas por el resto del personal. En este plano, lo que resulta más difícil no es lograr el cumplimiento puntual de las órdenes sino transmitir su espíritu. Cuando la filosofía del tratamiento propuesto por el médico contradice el sentido común de los ayudantes y auxiliares o cuando amenaza la organización rutinaria de la sala, tendrá menos posibilidades de ser obedecido. De todos modos, el médico constituye el árbitro final de la práctica médica. Dada la autoridad de su conocimiento, su juicio y su responsabilidad, ejercidos en la división del trabajo médico, el médico tiene una autoridad y una jerarquía de pericia independiente de la jerarquía administrativa del hospital.

A su vez, la división del trabajo paramédico es un sistema estratificado, cuyas ocupaciones están integradas en diferentes grados alrededor del trabajo médico. De acuerdo con estas diferencias de prestigio, es común que la base formativa de aquellos reclutados en las ocupaciones paramédicas sea menor que aquellos reclutados dentro de la medicina. Hay también una jerarquía de autoridad entre los trabajadores paramédicos. Las enfermeras, por ejemplo, se ubican en un punto de la escala superior a los auxiliares y a los técnicos. Las categorías paramédicas también tienden a ser jerarquizadas según la duración y el tipo de educación exigido por la ocupación.²³⁷

En este caso se distinguen diferentes situaciones:

- a) aquellos que atienden directamente al paciente, principalmente enfermeras y personal de guardia, así como “terapistas”;
- b) los que proporcionan servicios técnicos que contribuyen al servicio médico, técnicos de laboratorio y otros;
- c) los trabajadores de servicio que cuidan la planta física del hospital y desarrollan otras tareas relativas al mantenimiento de la planta y la administra-

| 237 Freidson, E., 1978.

- ción de la alimentación, lavandería, y otros servicios necesarios para su supervivencia;
- d) el personal administrativo que prepara, trasmite y archiva las comunicaciones escritas de la institución;
 - e) aquellos cuya tarea consiste en organizar, supervisar y coordinar el trabajo de todos los trabajadores a la luz de los objetivos de la organización misma: los administradores;
 - f) la junta directiva legal de la institución, que no es un grupo permanente;
 - g) los pacientes o clientes, quienes si bien son pasivos y transitorios, también se pueden considerar miembros de la organización.

ii) La enfermera

Sus cualidades profesionales, particularmente en el hospital, dependen de su relación con el médico. Es el agente del médico, lleva a cabo el tratamiento y el cuidado del paciente. Pero también debe llevar la administración diaria de la sala. Debe equilibrar las órdenes de los médicos con las demandas de los pacientes, con un manejo administrativo razonable. En la medida en que es adjunto, tanto del médico, como de la autoridad administrativa, es un foco intenso de perspectivas conflictivas. A diferencia del personal auxiliar, a la enfermera se le atribuye identidad profesional, por lo que se encuentra implicada en un sistema de interacción complejo. En su relación con el médico, uno de sus principales recursos es su conocimiento de primera mano y su evaluación profesional del funcionamiento de la sala a través de su presencia continua. En su trato con el paciente, su principal poder pasa por su acceso al médico, tanto en relación con el contenido de la información, como por la posibilidad de discutir los casos con él.²³⁸

iii) Los auxiliares, ordenanzas y asistentes

Este conjunto de trabajadores tienen en común proceder de las clases bajas, estar mal remunerados y ser inexpertos en materia médica. Su trabajo consiste en manipular el trabajo sucio de las salas, por lo que no se les puede exigir que ejerciten las complejas técnicas de tratamiento propuestas por los profesionales. Esto no implica que no tengan una concepción del tratamiento, en general de orientación represiva, aunque no implique necesariamente reacciones de tipo punitivo. En los casos en que este personal tiene una presencia prolongada en las

| 238 Freidson, E., op. cit.

salas, y al mismo tiempo exista ausencia de personal profesional, se corre el riesgo de que tenga una influencia importante en el tratamiento, a partir de sus perspectivas no profesionales del tratamiento.

Si bien no están capacitados para realizar las complejas técnicas de tratamiento médico, tienen un conocimiento práctico muy desarrollado con relación a las diferentes tareas y servicios que se realizan en el Hospital. En numerosas ocasiones participan de los códigos y valores de la institución médica, desempeñando su tarea en armonía con el personal técnico. Son los sectores más desprotegidos desde el punto de vista de la gestión del riesgo, debido a su escaso poder en la organización y a sus dificultades para adaptarse a situaciones inciertas.

En la organización industrial convencional, los trabajadores cuyos conocimientos son utilizados en la producción industrial se subordinan a la administración. El administrador de la planta no debe tener necesariamente, para obtener y desempeñar satisfactoriamente el cargo, preparación y capacidad para ser un trabajador de la producción. El organigrama de la organización industrial es completamente lógico y simétrico. Cada función es responsable ante administradores equivalentes, quienes a su vez son responsables ante el máximo coordinador o presidente. Existe, por lo tanto, una línea única de autoridad, delegada y diferenciada según la tarea.

Este modelo de organización monocrático es inadecuado cuando se trata de organizaciones de tipo profesional, que desarrollan trabajos complejos, creativos y que requieren conocimientos y habilidades técnicas. En los hospitales no existe una línea única de autoridad sino dos. El médico puede intervenir en numerosas áreas del hospital sobre las que no tiene autoridad o jurisdicción administrativa formal. A diferencia del capataz de la industria, que se encuentra en el medio de la cadena de mando entre sus superiores y los trabajadores de planta, la enfermera del hospital se encuentra frente a dos superiores, el administrativo y el médico. Este último no es su superior burocrático; la enfermera está sometida a las órdenes de su superior burocrático, que es su superior oficial en la jerarquía del hospital, pero también está sujeta a las órdenes del médico involucrado en la atención al paciente, dado su mayor conocimiento y responsabilidad. A su vez, el médico justifica sus demandas aludiendo al bienestar de su paciente, dando órdenes a personal del hospital, aunque no sea su superior definido burocráticamente.²³⁹

A diferencia de los técnicos y profesionales que trabajan en organizaciones industriales, donde apenas tienen posibilidad de desarrollar su trabajo como

| 239 Ídem.

quieren, lo que otorga inmunidad y privilegios especiales al médico es la posibilidad de justificar su intervención sobre la base de una “emergencia médica”, una situación en la que el bienestar del paciente está en serio peligro y en la cual sólo el médico sabe lo que se puede hacer. Es común también en un hospital que el médico califique episodios ambiguos como emergencias para obtener los recursos o la ayuda que considera necesarios.

En general se asume que aquellos que son responsables administrativamente de una organización poseen los recursos para que la misma alcance los objetivos aprobados oficialmente, de manera de que el desempeño real de la institución coincida con los objetivos señalados. Pero esto no siempre es así. En un hospital, aun cuando un objetivo es definido de manera oficial, su prosecución se realiza en un contexto de interacción en el que participan perspectivas diferentes y a veces conflictivas. Por lo menos, se pueden establecer cuatro grandes perspectivas: la del paciente, la del auxiliar no profesional, la de la enfermera profesional y la del médico.

El paciente, debido a la naturaleza de la situación, tiende a tener una perspectiva que entra en conflicto con la del personal. Este dirige su conducta a controlar las conductas que desorganizan la rutina de la sala y a tener en cuenta las necesidades de todos los pacientes, en el contexto del tiempo limitado y de la energía disponible. El paciente, en cambio, se orienta en función de la ansiedad inherente a su situación de enfermo y de su conocimiento más limitado del diagnóstico de su enfermedad, y de la oportunidad y calidad del tratamiento requerido.

Los mecanismos de control que utiliza el personal dependerán de su responsabilidad e ideología, pudiendo apelar a medios físicos (mecánicos, eléctricos, etc.), a métodos pedagógicos o a técnicas de psicoterapia. Estas técnicas de control también están relacionadas a los atributos del paciente: su nivel de incapacidad física, su identidad sociojurídica, su nivel socioeconómico, etc.²⁴⁰

El Hospital de Clínicas se caracteriza, al igual que toda organización de salud, por la existencia de diferentes categorías de profesionales, asistentes y trabajadores, que participan de marcos valorativos diferentes y conflictivos. También existen en el Hospital diferentes líneas de autoridad, que generan normas contradictorias y fuentes de legitimidad contrapuestos. La gestión del riesgo se produce en el marco de este sistema complejo y heterogéneo, el cual ve agravados sus componentes conflictivos debido a la falta de recursos materiales y a su inserción en el sistema universitario del país.

| 240 Ídem.

4.6. La gestión del riesgo en diferentes zonas y espacios

La complejidad institucional del Hospital de Clínicas obliga a realizar una selección de diferentes zonas de riesgo, debido a la imposibilidad de analizar el proceso de trabajo de manera global. Esta selección se realizó a partir de las indicaciones y sugerencias realizadas por informantes calificados, a los cuales se les pidió que jerarquizaran los componentes de riesgo más importantes presentes en el trabajo del Hospital. De todas maneras, el análisis no pretende ser exhaustivo; obedece a un necesario recorte del Hospital por sectores o áreas, lo que permite profundizar el análisis de los mismos, aunque se pierde, en ocasiones, la posibilidad de una visión de la interrelación entre las diferentes partes que componen el sistema global. Sin duda, también escaparon al análisis, sectores que tienen componentes de riesgo importantes en el funcionamiento de la institución. De todas maneras, la presentación de los siguientes casos ofrece, a nuestro juicio, suficiente material para el análisis que nos proponemos.

El trabajo ha priorizado el análisis de los riesgos globales de la organización, de los riesgos de las enfermeras y de los riesgos de los trabajadores no técnicos de la institución: limpiadores, recolectores de residuos, cocineros y trabajadores del Centro de Materiales. No se han tomado en cuenta los riesgos ligados al ejercicio directo de la profesión médica o de profesiones paramédicas de alto nivel técnico. Las razones de esta opción son las siguientes:

- Existe una fuerte relación entre los riesgos de la institución en su conjunto y la actividad de los sectores no técnicos considerados en el trabajo. La actividad de los trabajadores del Centro de Materiales permite que el material médico de la institución esté limpio y esterilizado; los trabajadores de la limpieza deben mantener las condiciones de higiene necesarias para que no se produzcan riesgos de contaminación; los recolectores de residuos se preocupan de la eliminación de los residuos hospitalarios; los cocineros deben alimentar a la población del Hospital con determinados niveles de higiene y calidad; por último, las enfermeras son las que articulan el trabajo médico y el trabajo de los sectores anteriores, además de ser las responsables por excelencia de las condiciones de higiene y salud del Hospital.
- Estos trabajadores son más vulnerables con relación a los riesgos que otros profesionales o grupos laborales al interior del Hospital. La posición que ocupan en el proceso de trabajo los obliga a enfrentarse de manera cotidiana con los riesgos inherentes a la actividad de una institución hospitalaria. Los riesgos no son acontecimientos probables o posibles sino que forman parte de las condiciones de trabajo permanentes en las que se encuentran.

- La posición que ocupan también les otorga un papel estratégico en la gestión del riesgo del hospital. Sus conductas laborales, sus actitudes y sus rutinas de trabajo van a determinar que la producción de riesgos de la institución esté dentro de umbrales aceptables o supere los mismos. A su vez, sus conductas reflejan la estructura de la organización y los problemas de funcionamiento que la misma tiene, por lo que analizar estos sectores implica dar cuenta de la institución en su globalidad.
- La actividad de estos sectores, pese a ser estratégica en la gestión del riesgo, es menos conocida por el público académico y no académico, y ha merecido menos análisis e investigaciones que la actividad de los médicos o de otros profesionales de la salud.

Los riesgos considerados en este trabajo son de diferente orden. En primer lugar, en la actividad del Hospital de Clínicas existen riesgos físicos ligados a las características y a las condiciones en que se realiza el trabajo. Las pésimas condiciones de la infraestructura material del Hospital, la falta de materiales de protección o de tecnología adecuada para el desempeño de las tareas, la calidad de los productos que se utilizan en las diferentes tareas y las condiciones de higiene en que se realizan las mismas, son fuente permanente de riesgos para los trabajadores.

Un segundo tipo de riesgos considerados en el trabajo son los riesgos síquicos, que se producen debido a las tensiones y presiones que se dan en la actividad del Hospital. Este tipo de riesgo está profundamente asociado a la organización del trabajo hospitalario, a las distorsiones en el funcionamiento de la actividad y las demandas contradictorias a las que se ven sometidos los trabajadores en el proceso de trabajo. En todos los sectores del Hospital de Clínicas analizados en este trabajo encontramos formas de organización del trabajo y distorsiones funcionales que generan zonas de riesgo permanente para la organización.

Un tercer tipo de riesgos es el relativo a la adecuación entre los recursos de los que dispone la organización y las demandas a las que se ve sometida. Estos riesgos se expresan en la falta de recursos humanos necesarios para la tarea, el ausentismo crónico, la sobrecarga de trabajo, el aumento en el ritmo de trabajo y la ruptura de las rutinas laborales institucionalizadas. Este riesgo es, a su vez, fuente de posibles riesgos físicos y síquicos.

Por otra parte, los sectores tratados en este estudio no tienen la misma intensidad e importancia en términos de riesgo. En algunos sectores se generaron situaciones de riesgo más complejas y conflictivas que en otros, lo que explica que el tratamiento que le demos en este estudio sea más extenso, recabando informa-

ción sobre las posiciones de los distintos actores involucrados. En otros en cambio, nos remitimos a una descripción de los componentes de riesgo presentes, a partir de las informaciones suministradas en las entrevistas realizadas a las jefaturas de los sectores.

En particular, se destacan dos sectores que contienen situaciones de riesgo complejas: el Centro de Materiales del Hospital, y el Departamento de Higiene y Limpieza. Las tareas prescritas para estos sectores y la posición que ocupan en el sistema de funcionamiento del Hospital, los convierten en espacios clave para la producción de zonas de riesgo del Hospital.

4.7. Las actividades transversales: la circulación y tratamiento del material descartable

Antes de entrar en el análisis de los diferentes sectores del Hospital de Clínicas que tienen importancia para explicar la gestión del riesgo organizacional, haremos una referencia a los riesgos generales que están presentes en la institución. La circulación y tratamiento del material desechable, la circulación de personas, los riesgos vinculados a la infraestructura física y el sistema de evaluación, constituyen los riesgos globales más importantes de la institución.

Una de las zonas de riesgo del Hospital está vinculado a la circulación de personas y objetos. Inicialmente estaba previsto un corredor en el subsuelo para una doble circulación: traslado de cadáveres y de basura por un lado, y traslado de comida por otro. Esta doble circulación se continuaba por ascensores separados. El corredor del subsuelo, desde la construcción del Hospital, nunca funcionó. Esto implicó una adaptación de las rutinas de circulación, cuya consecuencia fue la creación de riesgos sistémicos: para trasladar la comida, por ejemplo, hay que atravesar numerosas salas del Hospital, lo que implica importantes riesgos de contagio. La basura se desciende por los ascensores comunes, donde circula el público, pacientes y funcionarios del Hospital. Se cruzan los carros de basura con los carros que contienen material blanco esterilizado. Lo mismo ocurre con el traslado de cadáveres, que se cruzan con los pacientes, el material esterilizado, etc. Se ha dado el caso de trasladar a un recién operado junto con la bolsa de pórtland o una carretilla de ladrillos o bajar un carro de comidas al lado de un cadáver.²⁴¹

El uso de los ascensores es otra zona de riesgo en el Hospital de Clínicas. En primer lugar, los llamadores de los ascensores no funcionan. Cuando un trabajador del Hospital desea tomar el ascensor, deben asomar la boca por la rendija y

| 241 Entrevista realizada al Director del Departamento de Mantenimiento del Hospital de Clínicas.

pedir a gritos el ascensor. Por otra parte, en el año 1994 se instalaron ascensores automáticos, pero en ese momento se produjo un fenómeno diferente: el personal que maneja los ascensores sintió amenazado su puesto de trabajo y su autonomía en el mismo, por lo que anuló el sistema automático. Esta conducta, en un sistema de circulación vertical como es el Hospital, modificó todo su funcionamiento. El control que ejerce este grupo corporativo sobre los ascensores distorsiona todo el funcionamiento del Hospital. La incapacidad, por parte de la institución, de establecer normas para la utilización de los ascensores, permitió que el grupo de ascensoristas transformara las reglas de uso en normas de funcionamiento: los médicos, trabajadores y pacientes del Hospital aceptan tácitamente las normas construidas e impuestas por el grupo de ascensoristas. Estas normas informales, por otra parte, originan una zona de riesgo en la organización.

Otra zona de riesgo lo constituye la ausencia de normas que prescriban la circulación de personas y objetos en el Hospital: creación de zonas de exclusión, carteles que indiquen los espacios altamente riesgosos para la salud, identificación de las personas, etc. Esto implica una exposición permanente al riesgo para los trabajadores, los pacientes y el público que concurre esporádica o habitualmente al Hospital. También existen numerosas normas y rutinas de seguridad que nunca fueron implementadas en el Hospital. El uso del casco de seguridad, entre otros, nunca fue reglamentado, lo que significa una ausencia sensible en una institución orientada al cuidado y prevención de la salud.²⁴²

En este sentido, parecería haber una doble normativa implícita en el Hospital: la que se refiere al tratamiento médico y al cuidado de los pacientes, y la que refiere a los trabajadores del Hospital no vinculados a las labores médicas. La cuidadosa y elaborada preocupación por las reglas del tratamiento médico deja en un segundo plano la preocupación por las reglas del trabajo no médico. Esta situación, a nuestro juicio, no obedece a un problema de valores o a una omisión en la planificación: en el fondo, refleja el proceso de selección de riesgos que realiza la institución. Dada la complejidad de la organización hospitalaria y la escasez crónica de recursos, los esfuerzos, no sólo materiales sino también normativos, tienen la tendencia a concentrarse en la función central que define los objetivos del Hospital: la atención médica.

Otra zona de riesgo es la referida a las instalaciones contra incendio. Las mangueras hidratantes son de adquisición reciente, lo que indica que durante muchos años el Hospital funcionó sin las debidas precauciones, omisión sin duda importante para un centro de atención médica.²⁴³ El otro tema preocupante en

²⁴² Entrevista realizada a directivos del Hospital de Clínicas

²⁴³ Entrevista realizada al Director de Mantenimiento del Hospital de Clínicas.

términos de riesgo es que las vías de escape en caso de incendio son las escaleras laterales del Hospital, que están bloqueadas por miedo a los robos. En este caso, el riesgo sistémico es producto de decisiones que tienen consecuencias no deseadas en otros planos. Lo que constituye una medida de protección en un registro, se transforma en riesgo para otro registro. También muestra que la valoración y percepción de los riesgos es una construcción social: la organización seleccionó el riesgo inmediato, de robo, como prioritario; dejando en un segundo plano el riesgo mediato, el peligro de un incendio, aunque las consecuencias de este último pueden ser catastróficas, cosa que no ocurre con el primero. Priorizar un riesgo menor pero inmediato a un riesgo mayor pero mediato, refleja también la dificultad que tiene la organización para trascender las demandas urgentes de corto plazo y establecer políticas de largo aliento.

Como se vio en el análisis de la industria de la construcción, la percepción de los riesgos no se corresponde con su mayor o menor gravedad.²⁴⁴ En el caso del Hospital de Clínicas, la “cultura de riesgo” de la institución valoriza más los riesgos inmediatos y visibles que los mediatos e invisibles. Esta prioridad muestra las dificultades de la organización para ir más allá de las demandas urgentes y puntuales, de manera de poder implementar políticas de largo plazo para la reducción de los riesgos.

Otra zona de riesgo lo constituyen los vertidos de aguas que no están tratados y se vierten a la red cloacal, lo que implica un riesgo de contaminación importante para el medio ambiente. Lo mismo ocurre con los desechos de Medicina Nuclear, que son vertidos en la red sin ningún tipo de tratamiento. La ausencia de normativas y de medidas técnicas que permitan filtrar los elementos tóxicos pueden ser explicada, en parte, por las dificultades presupuestales del Hospital, que no tiene recursos para invertir en el tratamiento de los desechos. Esta limitación de los recursos tiene como consecuencia un proceso de selección de riesgos que obedece a los criterios mencionados más arriba: intentar dar cuenta de las demandas inmediatas y diferir las soluciones mediatas, generando de manera secundaria crecientes zonas de riesgo sistémico.

Con relación al tratamiento de la basura, el Hospital parece cumplir con los criterios de envasado definidos por la Intendencia Municipal de Montevideo: bolsas amarillas para la basura infecciosa y bolsas negras para la basura común. Este aspecto será desarrollado más adelante. Sin embargo, no existía hasta la fecha un control de lo que ocurría con la basura mientras estaba depositada esperando ser retirada por los camiones de la Intendencia Municipal de Montevideo. La posibilidad de que los hurgadores llevaran restos de basura contaminada obligó al Hos-

| 244 Ver Ansidei, M., op. cit.

pital a construir un área protegida, cerrada al exterior y con mangueras de lavado. Esta decisión parece contradecir las orientaciones anteriores, en las cuales se priorizaron los riesgos inmediatos con relación a los mediatos. La explicación parece estar en la mayor visibilidad que tiene este riesgo con relación a los anteriores. La presencia de la basura en lugares públicos y el tráfico de la misma que realizan los hurgadores, constituyen elementos que ejercen presión y obligan a destinar recursos para lograr soluciones. Tampoco es ajeno a esta solución la presión de agencias externas al Hospital, como pueden ser las autoridades municipales, encargadas del tratamiento de la basura hospitalaria. Esta presión externa es también consecuencia de la mayor visibilidad de este riesgo específico.

La misma estructura física del Hospital se constituye en factor de riesgo. Hay sectores en los cuales el piso se está hundiendo; los ventanales de los pisos más altos están destruidos o simplemente no existen, lo que implica una zona de riesgo: la posibilidad de caídas o de suicidios. En las tisanerías donde se preparan las comidas, las paredes tienen hongos, lo que afecta la calidad de la comida que se les da a los pacientes.

El Hospital cuenta con un Departamento de Mantenimiento que tiene a su cargo ciento veinte funcionarios que realizan diferentes actividades: electricidad, sanitaria, herrería, carpintería, vidriería, calefacción, mecánica, talleres de reparaciones, entre otros. También se realiza la vigilancia y reparación de diferentes equipos y de las calderas de vapor del Hospital.

*“Sanitaria y electricidad son las que concentran la mayor cantidad de reparaciones. De todas manera, los recursos humanos no son suficientes para resolver los problemas estructurales de la planta física. Las condiciones de trabajo se ven sometidas a un deterioro progresivo y crónico, que obliga a continuas adaptaciones de las rutinas de trabajo. Los propios trabajadores de mantenimiento se ven expuestos a riesgos permanentes. Los trabajadores utilizan zapatos de seguridad, botas y ropa de trabajo especial para la tarea que desempeñan. De todas maneras, los elementos de protección no resultan suficientes. En sanitaria, por ejemplo, la desobstrucción de los caños expone a los trabajadores al riesgo de contaminación, en la medida en que a través de las tuberías circula material contaminado.”*²⁴⁵

Se podría decir que en el Hospital de Clínicas, en los diferentes sectores y áreas de trabajo, se ha desarrollado una verdadera “cultura del deterioro”: las diferentes rutinas de trabajo han institucionalizado las carencias físicas y materiales del Hospital, realizando adaptaciones novedosas que permiten que la institución cumpla con sus objetivos. Por otra parte, esta “cultura del deterioro”

| 245 Entrevista realizada al Director del Departamento de Mantenimiento del Hospital de Clínicas.

tiene un efecto positivo en las rutinas de trabajo, ya que opera reforzando las normas de cooperación y de integración de los grupos de trabajo, condición para enfrentar los desafíos que les impone el medio ambiente de trabajo. Este aspecto será desarrollado más adelante cuando analicemos algunos sectores específicos.

La “cultura del deterioro” sustituye, en el caso del Hospital de Clínicas, a lo que Douglas llama “cultura del riesgo”; implica un conjunto de percepciones, valoraciones y normas, explícitas e implícitas, construidas por los individuos y grupos que trabajan en el Hospital, para adaptarse al contacto y a la exposición de los riesgos sistémicos de la organización. Sin embargo, a diferencia de lo que sería una “cultura de riesgo”, no implica la elaboración de percepciones y normas comunes para toda la organización. La “cultura del deterioro” se expresa en la elaboración de respuestas aisladas, esporádicas, de individuos o grupos, que no llegan a generar una actitud homogénea de todos los integrantes de la institución ni llegan a conformar respuestas comunes frente a los riesgos presentes en las condiciones de trabajo.

Pese a esta realidad, no se constatan accidentes de trabajo o enfermedades importantes en el sector de mantenimiento. Aquí aparece también otro componente positivo de la “cultura del deterioro”: la visibilidad de los riesgos inherentes a la actividad facilita la percepción de los mismos y refuerzan las medidas de precaución personales.

4.8. El riesgo en el Centro de Materiales²⁴⁶

El primer sector que analizaremos es el Centro de Materiales. Este sector ocupa una posición clave en la gestión del riesgo organizacional, en la medida en que se ocupa del lavado y esterilización de todo el equipamiento médico y del material blanco con que trabaja el Hospital.

El Centro de Materiales se encuentra situado en el Piso 18 del Hospital de Clínicas, que constituye el piso inmediato superior al block quirúrgico. Cuenta con 45 funcionarios, 16 auxiliares de enfermería y 29 auxiliares de servicios generales, que cubren veinticuatro horas de servicio. El personal se ha visto reducido en los últimos años, debido a la incorporación de tecnologías que han eliminado diferentes procedimientos de trabajo. La composición del personal del Centro de Materiales muestra que el sexo femenino es mayoritario. El nivel de educación es medio o bajo. La mayoría no tiene doble empleo, como ocurre con la mayoría de

²⁴⁶ Parte de este capítulo fue publicado en Pucci, F., “El riesgo sistémico. La producción de zonas de riesgo en los procesos de trabajo del Hospital de Clínicas del Uruguay”, *Psicología y Organización del Trabajo*, Ediciones Multiplicidades, Colección Trabajo y Capital, Montevideo, abril de 2000.

los trabajadores del Hospital, debido a los problemas físicos o síquicos que adolecen.

El Centro de Materiales recibe el material blanco del Hospital, que debe lavar y esterilizar, y el material blanco contaminado, que es sometido a un tratamiento especial de esterilización. El Centro realiza la cobertura de los materiales estériles a todos los centros del hospital (médico, especializado, policlínico y emergencia). Abastece al Hospital de materiales que pasan por el proceso de esterilización y de materiales preparados en el Centro. También se encarga del procesamiento y distribución de materiales que vienen de los laboratorios directamente a los almacenes. Esta actividad se hace en forma semanal, a diferencia de la esterilización de material del Hospital, que se hace a diario. El material que viene de los almacenes es instrumental técnico especializado: macrogoteros, microgoteros, cortantes, sondas, material de punción, etc. El material que se prepara es material blanco, guantes, bandejas, ropa, equipos, y materiales delicados como estetoscopios y plásticos. Es también un centro de producción en lo referente a gasas, compresas, etc.

El Centro de Materiales ocupa una posición estratégica en el Hospital, tanto en términos de control de los riesgos como de funcionamiento organizativo. La limpieza y esterilización del material blanco es una condición imprescindible para el tratamiento médico, y por lo tanto, para el funcionamiento de todo el Hospital. Pese a ello, el reclutamiento del personal asume características peculiares con relación a los restantes servicios del Hospital. Al Centro de Materiales se asigna personal que tiene problemas de salud en columna –hernias de disco, artrosis–, que se le traslada porque es un ámbito laboral que exige menos esfuerzo físico que en otras áreas. También se asigna personal que tiene problemas de salud síquica, para aislarla del contacto directo con los pacientes. Esto le agrega, a los componentes de riesgo específicos del trabajo, que serán detallados más adelante, un componente de riesgo ligado a la peculiar conformación del personal.

Estas decisiones, en términos de asignación de personal, que realiza la organización, muestran nuevamente un proceso de selección de riesgos, en los cuales se priorizan las funciones de atención médica en detrimento de los procesos de trabajo no médico. Una función estratégica del Hospital es desempeñada por personal que es rechazado en los diferentes servicios de atención médica. El potencial de riesgo de las actividades del Centro de Materiales se ve agravado por los valores implícitos que están presentes en las decisiones que seleccionan los riesgos. Las decisiones están orientadas por códigos que establecen prioridades implícitas en la selección de riesgos, en los cuales el trabajo de esterilización y limpieza es considerado de segundo orden, asignándole personal no deseado por otros sectores del Hospital.

El Centro de Materiales recibe el material del Hospital para lavar y esterilizar, y el material contaminado que debe ser sometido a un tratamiento de esterilización especial. El Centro provee el material esterilizado a todos los servicios del hospital (medicina general, especializada, policlínica y urgencias), y de material elaborado por el propio Centro. Está encargado también del tratamiento y la distribución del material que viene directamente de los laboratorios. Esta actividad es hebdomadaria, en tanto la esterilización se hace de manera cotidiana. El material que llega para ser esterilizado está compuesto de instrumentos técnicos especializados: macrogotos, microgoteros, cortantes, sondas, material de punción. El Centro prepara también el material blanco a ser utilizado en el Hospital: guantes, bandejas, vestimentas, objetos delicados como estetoscopios y plásticos, así como gasas y compresas.

“En el Centro se realiza el proceso completo de producción, a diferencia de otros Centros de Materiales donde se compra material blanco ya preparado. Un estudio contable demostró que el costo de la mano de obra del Hospital de Clínicas era menor que en otros hospitales, por lo que la producción interna tenía ventajas comparativas que la institución debía aprovechar. En este sentido, el Centro de Materiales del Hospital de Clínicas constituye un modelo para los demás centros de materiales, en la medida en que es el único que produce su propio material.”²⁴⁷

La planta física del Centro de Materiales es reducida, para las tareas que cumple. A su vez, hay una separación en diferentes áreas, para minimizar los riesgos de la producción. El proceso comienza con la entrada de material, que se clasifica en sucio y contaminado. Esto es otro mecanismo de prevención de riesgos, que se comenzó a implementar con la aparición del SIDA. La entrada se hace a través de una pequeña oficina, que parece un mostrador de recepción común. Se separa el material, y el llamado sucio se lava manualmente en dos piletas comunes, que no tienen ninguna particularidad especial. Por otra parte, el material contaminado se trata en un bidón especial, con un producto especialmente destinado a estos efectos. Este producto emana vapores que contaminan la sala. Para el material endoscópico, que es escaso y costoso, el lavado se hace con otro producto que permite una esterilización más rápida que el proceso anterior.

Una vez lavado, el material se esteriliza en el autoclave que funciona sobre la base de etogás. En esta área, encontramos una superficie cerrada con puerta, que tiene sensores que controlan que no exista en la atmósfera más de 7 partes por millón de etogás, lo que constituye, según los criterios técnicos establecidos, el umbral de riesgo aceptable. El autoclave es una gran máquina que parece un horno, donde se coloca la ropa para ser esterilizada. La misma se coloca manual-

| 247 Entrevista realizada a la Enfermera Jefa del Centro de Materiales.

mente sobre unos carros que tienen bandejas. Sobre estas bandejas se coloca el material, que se traspa al interior del autoclave, cerrándose luego la puerta.

El proceso está totalmente automatizado, y lo realiza personal adiestrado en el uso de la máquina. El personal no requiere de una especialización especial, y se forma a través del contacto directo con la máquina. La máquina tiene 918 litros de capacidad y permite un 95% de esterilización. Para el material que no soporta la temperatura, la esterilización se realiza con etogás. La esterilización con etogás tiene un efecto de durabilidad de seis meses; la que se realiza con autoclave tiene una duración de ocho días.

El material, una vez esterilizado, se dobla y se prepara para la entrega a los diferentes servicios del Hospital que lo requieran. Los guantes se empaquetan de manera especial, numerando de acuerdo a su tamaño a los que van para el Block Quirúrgico. Por otro lado, cierta parte del material esterilizado se almacena como para tener un *stock* preparado para su rápida utilización en casos de desastre colectivo.

La distribución del material ya procesado se hace en cilindros que contienen todo el material blanco ya preparado. El control del *stock* se hace de manera manual; no existe una base de datos informatizada que permita llevar el control en tiempo real. La distribución constituye una carga pesada para el Centro de Materiales, ya que además del material específico que lavan y esterilizan, también depositan y distribuyen material técnico que el área de Almacenes del Hospital de Clínicas les delega. La razón de esta delegación de trabajo es que el sector de Almacenes reconoció no tener la suficiente capacitación técnica ni los conocimientos necesarios como para hacer un manejo adecuado del material. La decisión de delegar el traslado de materiales del área de Almacenes, al Centro de Materiales, ha sido una fuente de conflictos permanente entre ambos servicios. Otra salida del material es su traslado directo al block quirúrgico, que se realiza a través de un montacargas situado al costado del sector de esterilización. Este mecanismo de envío directo permite evitar contactos físicos o intromisiones indebidas en el block quirúrgico, garantizando celeridad y seguridad.

El Centro de Materiales no sólo lava y esteriliza material blanco, sino que también lo fabrica. La gasa llega en bruto y el algodón en mantas. En el Centro se hacen los “colchones” de gasa y algodón, que luego se cortan en distintos tamaños según su uso (corte, quemados, etc.). El material luego se envuelve, se sella, se esteriliza y sale. Esta actividad se realiza primero en dos pequeños cuartos, con poca ventilación aunque bien iluminados. La materia prima consiste en algodón y gasa. La primera actividad consiste en formar “colchones” compuestos de una capa de gasa y otra de algodón acomodadas sucesivamente. Esta actividad

la realiza una sola persona. Requiere rapidez manual aunque no una capacitación específica. El contacto con el algodón produce efectos negativos en el sistema respiratorio del trabajador.

Luego de formados los “colchones”, estos se trasladan a un cuarto contiguo, donde se pasa a cortarlos para formar los apósitos que luego serán utilizados en la actividad médica. El corte de los “colchones” lo realiza una sola persona, utilizando una sierra de corte especial. El trabajador realiza la actividad solo, lo que le permite concentrarse y minimizar los riesgos de corte con la sierra. Se trata de un trabajo más especializado, aunque la capacitación se realiza directamente en el trabajo. Los cortes se realizan de diferente manera, de acuerdo a los diferentes tipos de apósitos utilizados en la práctica médica. Estos luego se distribuyen en cilindros tal como se realiza con el resto del material.

El proceso de trabajo en el Centro de Materiales es de tipo manual. El único sector automatizado es la esterilización. El lavado se hace en piletas y a mano. En el pasado existían lavadoras, pero se rompieron y no se repusieron por falta de repuestos. El lavado se hace en piletones; previamente se ponen en remojo el material sucio y el material contaminado en un producto químico. En este proceso hay riesgos de corte y de infección, como veremos más adelante. El trabajo se hace con guantes, aunque el personal no siempre los utiliza.

El personal rota en las tareas. Algunos no pueden desempeñar todas las tareas debido a problemas de salud, por lo que sustituyen las tareas manuales por tareas de observación. En otros casos, los trabajadores realizan de mañana una tarea y de tarde otra, de manera de combatir la monotonía del trabajo y mejorar el rendimiento. La capacitación del personal se realiza básicamente en el propio trabajo, aunque esporádicamente se realizan cursos de actualización con personal previamente seleccionado.

La estructura de calificaciones dispone de dos categorías: auxiliar de enfermería y auxiliar de servicios generales. Esta diferencia se asocia al salario, pero no a las tareas que deben desempeñar, que son iguales. La única diferencia es que el personal de enfermería no hace la tarea de limpieza, que la realiza sólo el personal de servicios generales. Esta duplicación de tareas se constituye en una fuente productora de riesgo, debido al posible traslado de material contaminado que se realiza en este proceso. Hay también importantes carencias de material para desarrollar las actividades que el Hospital demanda al Centro de Materiales. Faltan guantes, material de esterilización, instrumental, equipos de suero, material blanco, etc.

Un factor de riesgo importante en el Centro de Materiales no se refiere al proceso de trabajo estrictamente, sino al producto utilizado para la esterilización. El etogás²⁴⁸ funciona a través de ampollas que se introducen en el aparato. Estas ampollas son altamente riesgosas si se las agujerea. El riesgo consiste en la posibilidad de que algún integrante del personal del Centro puncione una ampolla, lo que generaría una explosión de altas proporciones. Es un riesgo real si se considera que en el Centro de Materiales trabaja personal con problemas psicológicos. Si bien los trabajadores con ese tipo de problemas no están en contacto con el equipo automatizado, el riesgo subsiste. Una explosión podría afectar todo el piso del Hospital y aún más. Este material de alto riesgo se guarda en un depósito cerrado con llave, y se coloca junto a una ventana que también se puede cerrar. Pese a estas precauciones, el sitio a todas luces es inapropiado para depositar un material tan peligroso. No es un depósito especial, y el acondicionamiento realizado para guardar las ampollas, aunque cuidadoso e ingenioso, no deja de ser una adaptación doméstica realizada por personal no técnico en la materia. Un incendio en el depósito podría originar una explosión en todo el edificio. También se ha señalado la posibilidad de sabotaje o de acciones desviadas por parte del personal del Centro de Materiales, muchos de los cuales sufren, como se mencionó, trastornos psiquiátricos importantes.

Existe en los trabajadores del Centro de Materiales una percepción clara de los riesgos inherentes al proceso de trabajo, lo que ha originado reclamos y movilizaciones de diferente envergadura. Los trabajadores son muy críticos con la institución, cuentan con fuertes liderazgos internos para impulsar sus reivindicaciones y se han opuesto numerosas veces a las medidas tomadas por la jefatura. Los líderes se reclutan entre el personal más sano desde el punto de vista mental. Por otro lado, las autoridades del Hospital no prestan mucha atención a la actividad del Centro de Materiales, debido a la situación de aislamiento tanto geográfica como institucional a la que aludíamos anteriormente. Uno de ellos realiza el siguiente comentario:

*“En la esterilización el riesgo más importante es la posibilidad de rotura de una ampolla de etogás. A mí se me ha caído una y no se rompió.”*²⁴⁹

Otro trabajador señala:

*“Las ampollas son un riesgo muy grande; al ponerlas se corre el riesgo de romperlas y ocasionar pérdidas de gas o explosiones.”*²⁵⁰

248 Óxido de Etileno.

249 Entrevista realizada a una enfermera del Centro de Materiales.

250 Ídem.

Un tercer trabajador precisa el riesgo permanente de las ampollas, más allá del riesgo de explosión:

“También las ampollas de etogás son riesgosas. Cuando están guardadas siempre hay pequeñas salidas de gas que contaminan el medio ambiente.”²⁵¹

Esta situación muestra una zona de exposición al riesgo que puede tener efectos catastróficos sobre la organización. La falta de acondicionamiento adecuado, que no necesariamente debería ser costoso, y la ubicación de las ampollas en un ámbito laboral donde se derivan personas con enfermedades siquiátricas, dan cuenta de la escasa valoración que hace la organización de este riesgo potencial. Esto tiene que ver, a nuestro juicio, con la situación de aislamiento e insularidad que parece sufrir el Centro de Materiales con relación al conjunto de la institución. El hecho de que la actividad del Centro de Materiales se pueda realizar en condiciones de exterioridad con relación a la práctica asistencial del Hospital, tiene el efecto no deseado de transformarlo en una actividad residual, a la cual se derivan aquellos que no están aptos para cumplir las funciones primordiales del Hospital. El aislamiento institucional y geográfico del Centro de Materiales lo transforman en una verdadera zona de riesgo, que escapa a las normas y rutinas organizacionales.

Los trabajadores, a su vez, están expuestos a diferentes riesgos físicos. El personal entrevistado tiene una antigüedad media de quince años en el Centro de Materiales. Algunos provienen del sector enfermería del Hospital de Clínicas, en tanto otros han tenido experiencia laboral previa en otras instituciones. La mayoría ha realizado todas las tareas del Centro de Materiales: esterilización, lavado, etc., con excepción del corte. Algunos no realizan el trabajo de esterilización por problemas de columna o de disco. Todos aprendieron el trabajo en el propio Centro de Materiales.

Los riesgos físicos más importantes son las infecciones, la contaminación de una enfermedad infectocontagiosa presente en el material contaminado, los cortes de tijera, bisturí o máquina cortadora y las quemaduras debido al vapor que actúa a 134 grados centígrados. A su vez, las afecciones que se manifiestan con más frecuencia son las irritaciones vinculadas al manejo de sustancias tóxicas. Otro riesgo es adquirir enfermedades respiratorias, debido al polvillo del talco o del material que se trabaja. Los alérgicos y asmáticos están eximidos de esa tarea.

Existen también riesgos ergonómicos que derivan de las posturas al hacer las tareas, y de la duración de la actividad laboral: hay personal que pasa cinco o

| 251 Ídem.

seis horas diarias sentado, parado o mitad y mitad. En el área de los autoclaves, además, se requiere cierto esfuerzo para empujar los carros, lo que puede traducirse en enfermedades de columna. Otro riesgo son los golpes inherentes a toda tarea de trabajo. Si bien el espacio de trabajo es iluminado en general, algunas tareas requieren trabajar con luz artificial. También existe un turno nocturno que trabaja obviamente con luz artificial.

La tarea más riesgosa es el lavado y manejo del material contaminado. El contacto físico directo con el material contaminado y las posibilidades de cortes con materiales punzantes determinan que esta tarea sea la más expuesta en términos de riesgo. Por otra parte, existen prácticas que implican riesgos potenciales, como la falta de uso de material de protección, como pueden ser los guantes y las botas.

El etogás no es el único riesgo percibido por los trabajadores del Centro de Materiales. Existen otros riesgos en el proceso de trabajo. Uno de los más importantes es el manejo de material contaminado y la posibilidad de cortes o heridas con material punzante que no fue debidamente descartado. En el Centro de Materiales, en la medida que constituye un centro neurálgico para el funcionamiento de todo el Hospital, confluyen las consecuencias de las deficiencias, errores o descuidos en los procesos de trabajo del resto de los sectores del Hospital.

“Todas las tareas implican riesgos para la salud. El otro día, por error de alguna enfermera, vino una hoja de bisturí mezclada con el material. Otras veces se recibe material contaminado sin los rótulos y la envoltura que lo identifica. Esto ocurre por errores del personal que recibe el material y que no lo prepara bien. También en el lavado los riesgos de contaminación son altísimos. Los espejuelos, por ejemplo, contienen muchas veces materia contaminada. También corremos el riesgo de pincharnos con alguna aguja, aunque se utilice material de protección.”²⁵²

Otra trabajadora señala:

“Estuve enferma por entrar en contacto con material contaminado. Pedimos que no nos pongan los riñones en los cilindros pero a veces están. Hay compañeros de trabajo que están enfermos por el contacto con el etogás. Contraje hace un año y medio el virus de la hepatitis C lavando y por punzarme con material en el proceso de esterilización. La DUS²⁵³ ofreció trasladarme a otro lugar, pero yo decidí quedarme. Pedí una tarea que pudiera hacer y me pusieron a entalcar y envolver guantes.”²⁵⁴

252 Entrevista realizada a una trabajadora del Centro de Materiales.

253 División Universitaria de Salud.

254 Ídem.

El lavado de material contaminado es otro de los factores de riesgo más percibido por los trabajadores. En las piletas de lavado, a los riesgos de contaminación se le suman los riesgos de corte con material punzante. La organización del trabajo, la ausencia de tecnologías adecuadas para el lavado, o incluso de las mínimas imprescindibles, como pueden ser los lavarropas automáticos de tipo casero, y la escasa presencia de elementos de protección, genera una exposición al riesgo permanente.

“Las piletas de lavado deben contener millones de microbios. El sistema es totalmente manual, el agua queda estancada durante veinticuatro horas, es un caldo de microbios. En el material de odontología hay piezas muy punzantes, que debía limpiar. Pasaba el cepillo pieza por pieza y en varias oportunidades me lastimé. Me sacaba un poco de sangre, me lavaba, me ponía de nuevo los guantes y continuaba. Ese fue el origen de la infección. Antes nos pinchábamos todos los días con las agujas. Ahora se eliminaron, pero sigue habiendo materiales punzantes y el proceso de trabajo no ha cambiado. Ahora se lava previamente todo el material quirúrgico, pero los problemas se mantienen. Hay mucha negligencia de parte del personal que trabaja en el piso, que mandan el material sin clasificar.”²⁵⁵

También se señalan otros riesgos físicos en el proceso de trabajo. Uno de los más percibidos son las dolencias de columna vertebral producidos por el esfuerzo físico de empujar los carros cargados de ropa hacia los autoclaves. En este sentido, si bien el esfuerzo físico persiste, los trabajadores perciben ciertas mejoras en las condiciones de trabajo.

“El trabajo origina problemas de columna, sobre todo por el esfuerzo de empujar los carros con ropa en dirección a los autoclaves. Los carros actuales son más livianos, porque son de aluminio, lo mismo que las puertas de los autoclaves, pero igual exigen esfuerzos físicos importantes.”²⁵⁶

Las contracturas también aparecen como riesgos físicos. Estas son producidas por las posturas en el proceso de trabajo; los trabajadores pasan mucho tiempo sentados en sillas que no fueron diseñadas para el trabajo concreto, o pasan mucho tiempo parados, realizando las tareas.

“También las contracturas son brutales. Las sillas no han sido diseñadas para este trabajo. Mucha gente tiene problemas de columna, artrosis. Otras tienen problemas de hígado debido al etogás. El riesgo mayor antes eran las agujas, aunque eso ahora mejoró

²⁵⁵ Ídem.

²⁵⁶ Entrevista realizada a una trabajadora del Centro de Materiales

*con las agujas descartables. Acá todas las tareas son riesgosas. En el corte te podés rebanar un dedo. El recibo de material contaminado es muy peligroso.*²⁵⁷

Si bien la percepción y evaluación de los riesgos no son homogéneas entre los trabajadores del Centro de Materiales, reconocen la presencia de riesgos variados y diversos, ligados a las condiciones en que se realizan las tareas, tanto en el propio Centro, como en otros sectores del Hospital. La falta de tecnología adecuada y de materiales de protección implica la presencia de condiciones de trabajo en las cuales la exposición al riesgo es permanente. La presencia de materiales cortantes indebidamente descartados o de material contaminado que no ha sido identificado, también constituye un riesgo sistémico de la organización del trabajo del Hospital. Si bien existen procedimientos formalmente establecidos de identificación y descarte de material riesgoso, los mismos no funcionan de manera adecuada por la falta de cumplimiento de las normas prescriptas. Este es un indicador de la ausencia de una verdadera “cultura de riesgo” en la organización, expresada en un comportamiento laboral que provoca riesgos permanentes en la institución, y en la falta de control que realizan las autoridades para el respeto de las rutinas laborales establecidas.

Pese a las críticas que los trabajadores realizan de las condiciones de trabajo en el Centro de Materiales, reconocen la existencia de progresos y mejoras importantes en los últimos años. Las mejoras en el equipamiento tecnológico, la utilización de jeringas descartables que evitan los pinchazos y la mejora en términos de higiene, limpieza y ventilación son los elementos más destacados. Otro factor destacado por los entrevistados es la sensación de protección que tuvieron cuando la División Universitaria de Salud del Hospital (DUS) realizó inspecciones y controles médicos a los trabajadores. Este componente de protección contrarresta en parte la sensación de inseguridad manifestada con relación a las autoridades y jefaturas directas del Hospital

*“El trabajo se ha especializado y está mucho mejor que hace cuatro años. Se empezaron a utilizar jeringas y guantes descartables, eliminando los pinchazos y la contaminación. Por otro lado, se limpió todo el Centro, se pintó, se compraron ventiladores. Subsisten algunos problemas con los carros que llevan la ropa a esterilizar, pero de todas maneras son mejores que los que había antes. Nos sentimos más protegidos porque vino la DUS y controló los aspectos médicos del personal. Hay muchos trabajadores con problemas de columna o alérgicas que no pueden trabajar con el etogás.”*²⁵⁸

| 257 Ídem.

| 258 Entrevista realizada a un trabajador del Centro de Materiales.

En el Centro de Materiales existe un conjunto de normas de seguridad, que incluye la utilización de material de protección. Sin embargo, en la rutina cotidiana, muchas de estas normas de protección no se cumplen. En algunos casos, existe una contradicción entre la percepción de los riesgos y el comportamiento con relación a los mismos. La alta valoración de los riesgos que hacen los trabajadores choca con otros valores implícitos en las actitudes cotidianas, como por ejemplo, la comodidad en el desempeño de la tarea.

Un trabajador señala:

*“Si bien usamos guantes, a veces son muy grandes e incómodos para trabajar. Por este motivo muchas veces trabajo sin guantes, con el riesgo permanente de la contaminación. El tacho para descontaminar el material me parece que no sirve para nada.”*²⁵⁹

Junto a la constatación de que las normas de seguridad no siempre se cumplen y de que los elementos de protección no siempre se utilizan, los trabajadores reclaman por mejoras en los materiales utilizados, como por ejemplo los uniformes de trabajo:

*“No todos utilizan los elementos de protección. Algunos van a la pileta de lavado sin guantes, otros no usan los tapabocas. En el lavado no hay más pinchaduras de agujas, pero sí con las tijeras o pinzas que a veces se dejan olvidadas. Antes se lavaba con agua fría, ahora hay agua caliente, lo que constituye un avance, porque mata mejor los microbios. Nos dan un uniforme nuevo cada dos años. El que tenemos lo lavamos cada cuatro días.”*²⁶⁰

Por otra parte, existe la percepción global de que la costumbre de no utilizar material de protección se da en aspectos puntuales, al tiempo que existe un consenso sobre la necesidad de cumplir con las normas:

*“En general se cumplen las normas de protección. A veces el personal que recibe el material no se pone los guantes, pero en general el personal toma las precauciones necesarias.”*²⁶¹

Esta disociación entre la percepción del riesgo, la valoración de los elementos de protección y las rutinas cotidianas, constituye un factor permanente de riesgo. Por un lado, es un indicador, como lo señalábamos más arriba, de la ausencia de una cultura de riesgo en la organización. Por otro lado, remite a la ausencia de pautas de culturas de trabajo en un conjunto de trabajadores desca-

259 Ídem.

260 Ídem.

261 Ídem.

lificados, que aprendieron su tarea en la práctica cotidiana y que internalizaron, de manera más o menos consciente, comportamientos que se contradicen con sus orientaciones cognitivas. No existe un aprendizaje organizacional específico que dote a los trabajadores de pautas de orientación que les permitan un adecuado manejo de las situaciones de riesgo en la actividad laboral.

La falta de recursos humanos es otro elemento que genera distorsiones en el proceso de trabajo. Por un lado, agrava la carga física de trabajo, ya que la misma tarea debe ser asumida por menos personas. Por otra parte, el ausentismo crónico que padece el sector, como ocurre en casi todo el Hospital de Clínicas, obliga a continuas rotaciones de tareas y sustituciones de trabajadores.

“Tenemos problemas por falta de personal. Éramos alrededor de catorce personas que teníamos horas extra, ahora quitaron las horas extra y se redujo el personal por jubilaciones, etc. Si a eso le agregamos el personal que está limitado en sus funciones por problemas de salud, la carga de trabajo aumenta para las pocas personas sanas que están quedando.”

Las distorsiones en el normal funcionamiento de la actividad del Centro de Materiales debido al ausentismo crónico agravan las condiciones de riesgo presentes en el sector. Pero esta situación no es exclusiva del Centro de Materiales. El ausentismo crónico es un fenómeno que se repite, de manera permanente, en los diferentes servicios del Hospital que hemos analizado: su extensión y perdurabilidad lo convierten en un factor de riesgo sistémico para la organización.

Si bien los trabajadores tienen una clara percepción de los riesgos, nunca han desarrollado acciones de tipo sindical para mejorar las condiciones de trabajo. Esta ausencia de acción sindical parece ligada a una actitud de desconfianza del sector con relación al sindicato.

“Los problemas de riesgo laboral nunca se han planteado a nivel sindical. Tal vez no se le tiene mucha confianza al sindicato. En general los planteos se hacen frente a la jefatura.”²⁶²

La función del Centro de Materiales en la estructura global del Hospital es otra de las razones que se invocan para explicar la ausencia de acciones sindicales.

“Con relación a los riesgos laborales, el sindicato ha peleado; los de la basura han conseguido cosas, también los de la cocina, el lavadero, etc. Pero el Centro de Materiales, como es el corazón del Hospital, no puede parar nunca.”²⁶³

²⁶² Entrevista realizada a trabajadores del Centro de Materiales.

²⁶³ Ídem.

Frente a la autoridad formal de la institución, existe en los trabajadores una actitud ambivalente. Por un lado se sienten desamparados por la jefatura, tal como se expresó más arriba. Por otra parte, reconocen que no plantearon los problemas de trabajo a nivel sindical para no generar relaciones de hostilidad hacia la jefatura del Centro de Materiales.

*“No hemos planteado este tema a nivel sindical, quizás para no ir contra nuestra jefatura. La jefa es una nurse que ha luchado mucho por nosotros, es muy humana.”*²⁶⁴

Esta ambivalencia es un elemento que ha frenado el desarrollo de acciones sindicales, en la medida en que pueden tener como consecuencia que la institución haga responsable a la nurse jefa, situación que los trabajadores rechazan. La ambivalencia en la actitud de los trabajadores es otro indicador de la “cultura de deterioro”, que implica actitudes y respuestas frente al riesgo, aisladas y con escaso nivel de institucionalización. La legitimidad de las autoridades es un elemento de peso en las decisiones de los trabajadores. En este caso encontramos una ausencia de legitimidad en las autoridades del Hospital, en tanto que las autoridades del sector cuentan con un grado de legitimidad más elevada. Esta ruptura en la legitimidad de la cadena de autoridad genera espacios para la movilización local y puntual, pero, al mismo tiempo, frena el desarrollo de acciones más profundas desde el punto de vista sindical.

El clima de trabajo es un componente importante del proceso de trabajo. Las relaciones informales de cooperación o los conflictos personales afectan el desempeño de las tareas laborales. En el caso del Centro de Materiales, la peculiaridad está dada por la presencia de trabajadores con problemas psiquiátricos derivados de otras dependencias del Hospital. En diferentes sectores del Hospital existe una percepción difusa de que en el Centro de Materiales el clima de trabajo es tenso y difícil debido a esta característica. Las entrevistas realizadas muestran diferentes percepciones al respecto, que van desde las más negativas a otras positivas.

Un trabajador señala:

*“El peor riesgo para mí es el clima de trabajo, la tensión permanente con que hacemos el mismo. Soy diabética e hipertensa, cuando hago horas extra termino exhausta. Pedí cambio de sector debido al stress. Cuando salí de licencia estaba bien, luego que volví a trabajar me descompensé de la diabetes y de la hipertensión. Me involucro mucho en los problemas del trabajo.”*²⁶⁵

²⁶⁴ Ídem.

²⁶⁵ Entrevista realizada a trabajadores del Centro de Materiales.

De todas maneras, las tensiones no parecen provenir de la presencia de personas con problemas psiquiátricos, sino más bien de las condiciones de trabajo y de las relaciones laborales específicas:

“El clima de trabajo es relativamente bueno, pese a la existencia de personal con problemas de tipo psiquiátrico. Todos se adaptan al trabajo y se trata de convivir entre todos. Esto afecta el desempeño del trabajo, porque todos debemos estar atentos y actuar con rapidez. De todas maneras, hay personas que no trabajan bien en equipo pero que solas lo hacen bien. Las tensiones sólo aparecen cuando hay problemas graves. Un ejemplo de esto fue el recorte de horas extra que se dio hace un tiempo. Los problemas con el etogás también tensionaron el ambiente.”²⁶⁶

La presencia de trabajadores con enfermedades siquiátricas parece ser más un factor cohesivo que tensionante. Por un lado, el grupo parece adaptarse a esta realidad, tanto con relación a los vínculos informales y afectivos como en el desempeño de las tareas. Por otra parte, parece ser un factor generador de solidaridades básicas que permiten mantener, entre otras cosas, la continuidad de la tarea. Los elementos tensionantes en el clima de trabajo provienen básicamente de la percepción de los riesgos vinculados específicamente al proceso de trabajo, tanto en lo relativo a la organización del trabajo como a las condiciones del mismo, y no de la presencia, en la interacción grupal, de individuos con trastornos psicológicos.

4.9. La negociación de los umbrales aceptables de riesgo

La discusión y negociación de los umbrales de riesgo aceptables con relación al manejo del etogás es uno de los conflictos centrales en el Centro de Materiales. Este problema nos muestra las dificultades de la organización para manejar la incertidumbre asociada a la introducción de nuevas tecnologías en el proceso de trabajo. En particular, se ven las dificultades que ha tenido la organización para construir relaciones de confianza con relación al manejo de la tecnología de esterilización.

Los riesgos mayores derivados de la utilización de óxido de etileno utilizado en la esterilización, son la toxicidad misma y la posibilidad de contaminación en caso de que el material no quede suficientemente estéril. Con relación a la primera situación, existen sensores que miden y controlan la toxicidad del medio ambiente. Con relación a la segunda situación, las autoclaves cuentan con computadoras que controlan todos los pasos de la esterilización. También existe el riesgo de que se contamine el equipamiento, y con ello, el material. Para evitarlo, se

| 266 Ídem.

realizan controles biológicos para detectar infecciones o contaminación del equipo. A su vez, el equipo, que tiene una computadora con visor, controla si el material está estéril.

“Existen dos autoclaves de última generación que realizan la esterilización. El equipamiento funciona bien; las dificultades de funcionamiento surgen cuando no hay vapor en el Hospital y no se pueden utilizar las autoclaves. Por otra parte, el autoclave es manejado por trabajadores que no tienen los problemas síquicos o físicos que tienen la mayoría de los trabajadores del Centro de Materiales, lo que constituye un elemento de prevención de riesgos importante.”²⁶⁷

En términos de control, hay alarmas en el autoclave que suenan cuando existe alguna falla en el proceso. El sector más sensible es el del etogás, que tiene sensores más finos, dentro y fuera de la cámara. Pese a estos componentes de control técnico, los trabajadores no tienen confianza en el funcionamiento correcto de los sensores, aspecto que motivó importantes conflictos, como veremos más adelante.

Un trabajador señala:

“El etogás tiene mucho riesgo. Debemos trabajar con tapabocas, gorro, antifaz, botas y guantes de goma. El mayor riesgo se presenta al sacar el material que se descontamina, cuando aún está el gas.”²⁶⁸

Uno de los aspectos centrales para la construcción de actitudes de confianza con relación al instrumental tecnológico, es la confianza que surge de la práctica cotidiana. En este sentido, los aparatos de medición que marcan los niveles de seguridad son un componente central en la construcción de la confianza práctica. Se podrían considerar, siguiendo a Giddens,²⁶⁹ que los sensores constituyen uno de los puntos de acceso al sistema tecnológico. Con relación a los aparatos de medición, la percepción que tienen los trabajadores de los mismos no está basada precisamente en una actitud de confianza:

“Los sensores no brindan seguridad. Muchas veces marcan el máximo, otras veces suenan cuando no corresponde. Si marcan niveles superiores a los permitidos no nos enteramos. Según la nurse, el problema es nuestro, porque no entendemos el funcionamiento del aparato. Lo que nosotros entendemos es que los niveles más peligrosos no son marcados por el sensor.”²⁷⁰

267 Ídem.

268 Ídem.

269 Ver Giddens, A., op. cit.

270 Ídem.

La desconfianza no sólo está centrada en los aparatos de medición, sino que también existe con relación a los equipos de protección y a las rutinas de emergencia que se deben implementar en caso de fallas del aparato.

“En caso de emergencia, las pautas que nos marcaron es que salgamos corriendo, llamemos a la empresa y dejemos la zona cerrada... El aparato de etogás actual es nuevo, tiene mayor seguridad, pero no estamos tranquilos tampoco, sobre todo por el problema de los sensores. Los proveedores dicen que las máscaras que usamos no tienen carbón activado, por lo que no sirven para nada, es como tener papel higiénico en la boca.”²⁷¹

Otro trabajador señala:

“Los que vendieron el aparato explicaron los mecanismos de seguridad. Hablaron de la protección, una túnica con carbón, un tapabocas especial, la gorra, botas y una máscara especial para cuando hubiera fuga. Los compañeros cumplen con las indicaciones, pero hace poco vinieron y dijeron que los tapabocas era como usar papel higiénico.”²⁷²

Pero las autoridades del Hospital no prestan mucha atención a las actividades del Centro de Materiales, dada la situación de aislamiento geográfica e institucional en la que se encuentra el mismo. La percepción del riesgo que tienen los trabajadores es cuestionada por las autoridades directas del Centro de Materiales.

“El personal jerárquico inmediato subestima nuestra capacidad y nuestro conocimiento. Dicen que no tenemos neuronas, nos tratan como ignorantes porque somos de servicios generales. Sin embargo, siempre estamos buscando capacitación. Nosotros preparamos las bandejas para el block quirúrgico y hemos pedido hace años que nos capaciten para saber en qué orden colocar los materiales. Jamás hicieron un curso o establecieron un instructivo para la tarea. Acá cada uno lo hace como quiere.”²⁷³

Existe en este caso un doble proceso. Por un lado, los aparatos de medición y los elementos de protección que definen los umbrales de riesgo aceptable no cuentan con la confianza de los trabajadores. Al mismo tiempo, la percepción del riesgo que tienen los trabajadores resulta cuestionada y deslegitimada por el nivel superior jerárquico. En la discusión, aparecen en pugna dos niveles de conocimiento diferentes: el conocimiento técnico y el conocimiento práctico. Este caso específico parece reforzar la perspectiva de Giddens,²⁷⁴ en el sentido de que el componente práctico es decisivo para la construcción de actitudes de confianza.

²⁷¹ Ídem.

²⁷² Ídem.

²⁷³ Ídem.

²⁷⁴ Ver Giddens, A., op. cit.

Por otra parte, tal como señala Karpik,²⁷⁵ la construcción de relaciones de confianza pasa por un período previo de confrontación y negociación. En este proceso son centrales, tanto la relación que los trabajadores establecen con el equipamiento técnico, como las relaciones que se establecen entre trabajadores y mandos jerárquicos. La confianza en relación al equipamiento técnico aparece fuertemente ligada a la legitimidad de los mandos superiores. Esta legitimidad aparece cuestionada, tanto por la falta de transparencia en la información, como por la ausencia de apoyo que transmiten a los trabajadores.

“El tema del etogás tampoco se ha resuelto de manera de dar tranquilidad al personal. Cuando se compró el aparato se dieron charlas y se preparó al personal. Nos dieron elementos de protección, pero otra empresa nos dijo que los tapabocas que usábamos no servían para nada. Tampoco obtenemos respuestas ni información por parte de la jefatura del Centro. Tengo la impresión de que la jefatura quiere apoyarnos, pero sólo dentro de ciertos límites, que creo se definen a nivel de la Dirección del Hospital.”²⁷⁶

Los trabajadores perciben que la ausencia de apoyo no proviene específicamente de la jefatura directa, sino de la Dirección del Hospital. Sin embargo, sienten que la jefatura directa del Centro de Materiales tiene una actitud ambivalente, en función de la presión contradictoria de la Dirección, por un lado, y los trabajadores, por otro. Esta actitud ambivalente es una fuente de incertidumbre, que obstruye la posibilidad de construir relaciones de confianza en el proceso de trabajo.

“No se puede matar a la gente gratuitamente sin decir la verdad. La empresa miente. La jefatura del Centro de Materiales está enterada, y estamos esperando que venga a decirnos lo que pasa. La Dirección dice que no tiene recursos, pero no puede hacer funcionar el Hospital a costa de la salud de los trabajadores. Sentimos que no tenemos ningún respaldo.”²⁷⁷

Otro trabajador señala:

“Con esta dirección no nos sentimos amparados. Muchas veces se protege al que falta más o al que menos trabaja. No se estimula al que trabaja más; los beneficios son para todos, hagan lo que hagan. Las evaluaciones no premian a los que trabajan más, sino todo lo contrario.”²⁷⁸

Sin embargo, como en todo proceso social, el sentimiento de desconfianza hacia los autoclaves y hacia el personal jerárquico no es unánime. Otro trabajador señala:

²⁷⁵ Ver Karpik, L., op. cit.

²⁷⁶ Ídem.

²⁷⁷ Ídem.

²⁷⁸ Ídem.

“El Centro de Materiales sufre la contaminación de todos los pisos, además del que proviene del etogás. Si hay un escape hay que salir corriendo. Alguna vez ha sonado la alarma de los sensores cuando estamos haciendo limpieza. Desde mi punto de vista los sensores son confiables. También se utilizan elementos de protección personal. Otro indicador es la puerta; cuando no abre bien, es porque la situación no es normal.”²⁷⁹

También hay trabajadores que no perciben el tema del etogás como riesgoso. Un trabajador señala:

“Ahora estoy en esterilización. También me gusta el trabajo. Se atiende al público, atiendo los autoclaves nuevos, con los cuales se trabaja de otra manera. Por ejemplo, es necesario apilar los materiales para que no se caigan. Yo recojo el material para ser esterilizado, tanto el que viene por ventanilla como el que viene del block quirúrgico. Estos ya vienen lavados, pero no esterilizados, puede ser material contaminado que viene separado, por ejemplo espéculos de ginecología, de puerta de emergencia, que se consideran contaminados. Lo recojo y lo pongo en el Endoxine. El manejo del autoclave es sencillo, se marca, se mete el carro y se activa el autoclave por 50 minutos. No existen riesgos. El lavado es cansador pero tampoco es riesgoso. El tema del riesgo aparece en las charlas cotidianas, sobre todo vinculado al etogás. Hemos cambiado opiniones y hemos pedido reuniones para aclarar el tema. Yo no he percibido tensiones por el tema del etogás. Cuando hace falta información se busca y con eso se disminuye la tensión. Si fallan están los sensores para avisar. Al principio le tenía miedo al trabajo, pero después me acostumbré.”²⁸⁰

La noción de riesgo aceptable es indisociable de la determinación de medidas que establecen la frontera entre lo aceptable y lo inaceptable. Pero las decisiones que dan lugar a la determinación de los criterios que definen qué es aceptable y qué no es aceptable, no son el producto de una negociación donde los actores que participan en la gestión del riesgo establecen claramente cuáles son sus intereses y sus expectativas. Los umbrales de aceptación son construidos a lo largo de un proceso implícito, como resultado de las interacciones y de las relaciones que los actores logran establecer entre sí, a partir de sus relaciones de fuerza y en función de las condiciones objetivas en las que se desarrolla la acción.

En el Centro de Materiales, la negociación de los niveles aceptables de riesgo se desarrolló de manera pragmática a través de las decisiones que los actores fueron tomando, a través del ejercicio de sus percepciones y de sus evaluaciones.²⁸¹ La discusión giró en torno a definir los umbrales mínimos aceptables de óxido etileno que pueden estar presentes en el ambiente. La percepción de los trabajadores acerca del riesgo de contaminación fue sustancialmente diferente

²⁷⁹ Ídem.

²⁸⁰ Ídem.

²⁸¹ Ver Godard, O., op. cit.

que la percepción de las autoridades del Hospital. Para los trabajadores, el riesgo es un componente sistémico de su situación laboral. Las autoridades del Hospital, en cambio, mostraron resistencia a admitir este riesgo sistémico, atribuyendo los incidentes a la responsabilidad individual o a las características psicológicas de los trabajadores, minimizando el carácter organizacional e institucional de la exposición al riesgo. Esta tendencia a admitir la existencia de riesgos sistémicos, que Piaget²⁸² denomina ilusión caracterológica, se traduce en una sobreestimación de las variables psicológicas y una subestimación de las variables estructurales o situacionales. La constante referencia que las autoridades realizan con relación a la presencia de individuos con perturbaciones psicológicas en el Centro de Materiales, y la escasa atención que se le presta a las condiciones objetivas de trabajo, expresan esta tendencia. En las entrevistas, los trabajadores expresaron que la presencia de individuos con problemas psicológicos no sólo no es una fuente de tensión en el trabajo, sino que constituye un factor de cohesión grupal. La fuente de tensión es la situación objetiva de riesgo en la cual se desarrolla la actividad laboral.

La aceptabilidad del riesgo está fuertemente ligada al desarrollo de relaciones de confianza entre los actores involucrados en su gestión. Pero, tal como afirman los trabajos del Laboratorio Printemps,²⁸³ la confianza no se decreta; su desarrollo implica la puesta en marcha de dispositivos de promesa y de dispositivos de juicio.²⁸⁴ En el caso del Centro de Materiales, ninguno de estos dispositivos funcionó de manera adecuada. Los dispositivos de promesa, en el caso que nos ocupa, están relacionados con la capacidad de la institución de obtener el comportamiento conforme de los trabajadores con relación a la utilización de la nueva tecnología de esterilización. Esta capacidad se vio obstruida por la falta de legitimidad que tienen las autoridades de la institución frente a los trabajadores; la posibilidad de construir normas de conducta compartidas está fuertemente determinada por los fundamentos de legitimidad de las relaciones de autoridad²⁸⁵ de la institución. Tal como señalamos más arriba, coexisten diferentes fuentes de legitimidad en Hospital; la legitimidad técnica, la legitimidad jerárquica y la legitimidad del conocimiento cotidiano. Los dispositivos de promesa se fundamentaron en criterios de legitimidad técnica, que contrastaban con el conocimiento cotidiano que tenían los trabajadores respecto al funcionamiento de las nuevas tecnologías. La coexistencia de diferentes fuentes de legitimidad y la imposibilidad de hacer prevalecer un criterio con relación a otro, impidieron la elaboración de normas compartidas y el desarrollo de rutinas basadas en la confianza. La imposibilidad de traducir los criterios del “mundo científico” de los médicos y

282 Op. cit.

283 Op. cit.

284 Ver Karpik, L., op. cit.

técnicos, al “mundo práctico” de los trabajadores, dificultó la construcción de niveles mínimos aceptables de riesgo para todas las partes involucradas. La incapacidad de establecer dispositivos de promesa impidió, obviamente, el desarrollo de dispositivos de juicio, en la medida en que estos se construyen para evaluar a los primeros.

La construcción de relaciones de confianza es un aprendizaje organizacional que modifica la gestión de las situaciones y las situaciones en sí mismas.²⁸⁶ La organización evoluciona de un contexto de incertidumbre, en el cual las posibilidades son exógenas al decisor, a un contexto en el que las posibilidades son construidas por los actores que deciden no solamente cuál es la mejor opción sino cuál es la lista de opciones posibles. En el caso del Centro de Materiales, el aprendizaje organizacional de la gestión del riesgo es aún incipiente; los trabajadores perciben el riesgo como un componente exógeno, que debe ser resistido y criticado; las autoridades se resisten a admitir su existencia, atribuyéndolo a las características individuales de los trabajadores: ignorancia, temores injustificados, problemas psicológicos. En este contexto, no existe adquisición de nuevos conocimientos ni modificación de rutinas, reglas de acción o representaciones; lo que existe es un aprendizaje organizacional restringido, basado en el desarrollo de “rutinas defensivas”, que fijan los comportamientos individuales y colectivos, sin corregir las representaciones que guían las estrategias de acción; estas “rutinas defensivas” no modifican la gestión del riesgo sino que, por el contrario, generan nuevos disfuncionamientos en la institución y nuevas zonas de riesgo.

Otro elemento de riesgo percibido por los trabajadores es la contaminación a largo plazo producido por la actividad de los autoclaves. Esto se traduce en una percepción crítica, por parte de los trabajadores, respecto a la ubicación física de los autoclaves. Los mismos están instalados en medio de la planta de producción del Centro de Materiales. Sin duda, la falta de espacio en el Hospital es un elemento determinante. No existe un espacio físico externo al Centro de Materiales que pueda ser utilizado para colocar los autoclaves.

“El etogás se inauguró en abril, por lo que no podemos saber si ha producido contaminación en el largo plazo. Yo trabajo de mañana y pongo las ampollas, pero el trabajo más riesgoso es para el personal que saca el material para la cuarentena, pues están más expuestos al gas en el momento en que se abre el autoclave. Los autoclaves y el etogás deberían haber sido colocados en otro lugar, lejos del contacto con el resto del personal del Centro de Materiales. Pero esas decisiones se tomaron a nivel de Dirección y acá no se pudo hacer nada.”²⁸⁷

285 Ver Reynaud, J.D., op. cit.

286 Ver Argiiris, C., op. cit.

287 Entrevista realizada a trabajadores del Centro de Materiales.

Por otra parte, cuando comparan los actuales autoclaves con la tecnología que se utilizaba anteriormente, los trabajadores perciben una mejora sustancial de su situación. La tecnología anterior generaba más situaciones de riesgo y accidentes que los actuales autoclaves.

“En el sistema anterior de esterilización muchas veces había fugas de gas. Vivíamos con náuseas y dolores de cabeza. Un día hubo un escape grande, me sentí muy mal y me desvanecí. Me hicieron controles y encontraron cantidades importantes de etileno en el cuerpo. Los nuevos autoclaves son aparentemente muy seguros, pero ha habido muchos problemas. Los sensores marcan sólo niveles muy altos, las alarmas suenan en cualquier momento. Los técnicos no nos informan con claridad y exactitud qué es lo que pasa.”²⁸⁸

“Antes era común quemarse con los autoclaves de aquella época. El esfuerzo físico era muy grande llevando los carros. Los actuales son más livianos aunque se descarrilan. Antes los carros salían hirviendo o se caía material caliente que generaba quemaduras importantes entre los trabajadores. Algunas de estas tareas se siguen haciendo pero se intenta trasladar el mayor peso en distancias cortas.”²⁸⁹

Otro trabajador señala:

“Ha habido compañeras con problemas de salud, náuseas, cefaleas, dos compañeras tuvieron abortos espontáneos, etc. Esto ocurrió con las autoclaves anteriores, por lo que se comenzó a esterilizar fuera del Hospital. En ese período lo curioso fue que el material volvía a las veinticuatro horas, cuando se nos había dicho que el tiempo de aireación del material es de cuarenta y ocho horas.”²⁹⁰

Sin duda, en la percepción del riesgo incide de manera significativa la comparación entre la situación anterior y la actual, teniendo en cuenta que la gran mayoría de los trabajadores cuenta con una fuerte antigüedad en el trabajo. El conocimiento práctico que surge de la comparación de la experiencia anterior con la actual permite moderar y equilibrar la valoración que hacen los trabajadores de los riesgos. De todas maneras, la inversión que hizo la organización para mejorar la situación no cristalizó, por todos los factores señalados más arriba, en una solución negociada, entre los trabajadores y la Dirección, sobre los umbrales aceptables de riesgo.

“Nosotros nos movimos por el tema del etogás. Han venido técnicos, médicos de salud laboral, químicos, etc. Pero lo siguen estudiando, no nos dan respuestas concretas.”²⁹¹

288 Ídem.

289 Ídem.

290 Ídem.

291 Ídem.

Algunos trabajadores tuvieron experiencias laborales en Centros de Materiales de otros Hospitales, tanto públicos como privados. Cuando lo comparan con el trabajo que realizan en el Centro de Materiales del Hospital de Clínicas, aparecen diferencias importantes. Con relación a la actividad privada, el trabajo del Hospital de Clínicas es considerado más riesgoso. En cambio, con relación al trabajo que se realiza en los centros de materiales de otros centros asistenciales de carácter público o benéfico, el trabajo que se desarrolla en el Centro de Materiales del Hospital de Clínicas es considerado como menos riesgoso.

Un trabajador señala:

“Yo he trabajado en el Centro de Materiales de XXX y en ZZZ. En XXX el trabajo en el Centro de Materiales era altamente especializado, se corrían menos riesgos y operaba personal con alta capacitación. Por lo contrario, en ZZZ el riesgo era mayor que aquí. No había autoclaves sino que se trabajaba con calderas antiguas. Nos quemábamos con los tambores de apósitos cuando sacábamos la ropa.”²⁹²

La percepción y valoración del riesgo parece depender de una multiplicidad de factores difíciles de determinar. Similares relaciones laborales, experiencias de trabajo y relación con la autoridad generan diferentes percepciones de los riesgos. La existencia de percepciones diferenciadas e individuales es una expresión de la “cultura del deterioro” de la institución: cada grupo o individuo elabora sus percepciones y respuestas, de manera implícita, sin que exista homogeneidad en las mismas ni traducción en acciones colectivas comunes. Esto implica que la “cultura del deterioro” que hemos señalado no es una verdadera “cultura del riesgo” ya que carece de componentes comunes para toda la organización. En el caso del Hospital de Clínicas, no parece existir, a nivel organizacional, una “cultura del riesgo” que unifique acciones, percepciones y respuestas. Sin duda, la ausencia de esta “cultura del riesgo” no es un fenómeno que se explique sólo por los componentes específicos de la organización, sino que remite a pautas culturales generales de la sociedad uruguaya, en la cual el tema del riesgo no ocupa el lugar que lo hace en otras sociedades. Debido a la ausencia de una “cultura del riesgo”, las rutinas cotidianas que se desarrollan en el proceso de trabajo constituyen la única base para la construcción de una confianza ontológica que permita la continuidad de las tareas en la organización.

| 292 Ídem.

4.10. La percepción del riesgo en un medio de trabajo no calificado: el caso del sector de Higiene y Limpieza

El segundo sector que analizaremos es el de Higiene y Limpieza. Este sector juega un papel importante en la gestión del riesgo organizacional, en la medida en que debe asegurar niveles de higiene y limpieza compatibles con la actividad de atención a la salud que se desarrolla en un hospital.

La Dirección de Higiene Ambiental del Hospital de Clínicas tiene a su cargo las tareas de higiene y limpieza, cobertura que realiza los 365 días del año las veinticuatro horas. Su directora es una enfermera profesional desde el año 1988. Originariamente el Departamento se encargaba también del control de los ascensores, vigilancia, mantenimiento, fumigación y prevención de incendios. A partir del año noventa se separaron estas funciones y se mantuvieron en funcionamiento las áreas de higiene, limpieza, control de roedores, fumigación y prevención de incendios a cargo de la Dirección.

La escala de jerarquías comprende los capataces generales, responsables de la distribución de las tareas; los capataces supervisores de área y responsables del control directo de los recursos humanos; y los trabajadores que integran el rubro de servicios generales. La mayor dotación de personal está asignada al sector limpieza, en tanto la recolección de residuos la realiza un grupo pequeño de trabajadores. El área de residuos trabaja los turnos matutino y vespertino, en tanto la limpieza está asignada en cuatro turnos. Hay áreas cerradas, que tienen personal propio asignado a limpieza: Centro quirúrgico, Centro de Materiales, recuperación, etc. Hay otros sectores que pertenecen a la Facultad de Medicina que tampoco están bajo la órbita de la Dirección de Higiene Ambiental. El personal de las diferentes áreas hace su primer escalón en el sector limpieza, y luego, como promoción, es trasladado para realizar tareas de limpieza en algunas salas especiales.

Una de las dificultades más importantes que tiene el sector de Higiene Ambiental es la falta de suficiente personal como para cumplir con las tareas estipuladas. Según estimaciones de los responsables jerárquicos,²⁹³ se requeriría un 20% más del personal que tienen en la actualidad para cumplir cabalmente con las funciones que el sector tiene asignadas. La ausencia de personal tiene consecuencias importantes con relación a la organización del trabajo, como veremos más adelante.

La antigüedad de los trabajadores de limpieza es variable, pero se encuentra en un promedio de cinco años. La mayoría sólo trabaja en el Hospital. Los porcen-

| 293 Entrevista realizada a la Dirección del Departamento de Higiene Ambiental.

tajes de personal femenino son sensiblemente mayores que los del personal masculino. La carga horaria también es variable, la mayoría hace seis días y uno de descanso con cinco horas de trabajo diarias. Se hace también el régimen de guardia para compensar la falta de personal. Los trabajadores de limpieza no gozan de los beneficios que tienen otros sectores, como medicina nuclear o nefrología, que tienen licencias especiales por el carácter insalubre del trabajo. Incluso si el personal de limpieza es trasladado a alguno de estos sectores especiales, no recibe los mismos derechos que tiene el resto de los trabajadores del sector.

El trabajo de limpieza tiene tres modalidades: limpieza de salas colectivas, limpieza de salas individuales y limpieza de escaleras. Cada funcionario de limpieza tiene asignada dos salas, que debe cubrir en las cinco horas de trabajo. Cada sala tiene doce camas, dispuestas en hileras, seis de un lado y seis del otro. Sucesivamente, el trabajador un día realiza la limpieza de toda la sala, incluyendo la limpieza debajo de las camas, y el otro día sólo realiza la limpieza del piso, sin tocar las camas. La limpieza debajo de las camas es una tarea engorrosa. La mayoría de los pacientes son personas humildes, que vienen del Interior de la República, acompañados de sus familiares. Alrededor de cada cama se organiza un verdadero campamento, con bolsos, sacos de dormir, etc. La limpieza obliga a mover todo ese contingente, molestar a los pacientes y familiares, etc., aunque, en general, los familiares colaboran con el personal de limpieza; existen pocos conflictos en ese aspecto.

En lo que tiene que ver con los procedimientos de trabajo, los responsables de la limpieza distinguen básicamente dos tipos de sala: la sala con tabiques y la sala sin tabiques. La primera ofrece dificultades adicionales al trabajador, en la medida en que dificulta el manejo del lampazo y la movilidad. La distribución de los trabajadores y de las cargas de trabajo toma en cuenta este factor como elemento organizador.

Con relación a las salas individuales, la limpieza se hace una vez al día. Consiste en el barrido y en el baldeo del piso. Cuando el paciente de la sala fallece, es trasladado, o le dan de alta, se hace una limpieza a fondo de la sala. Uno de los riesgos señalados en la limpieza de las salas individuales es que el trabajador no sabe si se trata de un paciente que tiene una enfermedad contagiosa o está contaminado. Los trabajadores han demandado que les informen cuando un paciente está contaminado, para tomar las precauciones del caso. Pidieron la colocación de avisos con barras de colores en los cuartos, para marcar las zonas peligrosas, demanda que no obtuvo respuestas positivas por parte de la jefatura del sector. Cuando el paciente está contaminado, la limpieza es total y el trabajador utiliza guantes, tapaboca y sobretúnica. El riesgo no es sólo para el trabajador sino tam-

bién para el medio ambiente, en la medida en que la limpieza es un vehículo de traslado de microbios o material contaminado.

En relación a la limpieza de escaleras, un trabajador se dedica a limpiar las escaleras de planta baja al piso 11, y otro hace del 12 al 20. El sistema de limpieza consiste en el barrido diario, y el baldeo que se hace un día sí y un día no. Debido al alto ausentismo y a la falta de personal, esta tarea no se hace con la regularidad deseada, por lo que muchas veces la basura se acumula generando dificultades importantes.

El limpiador tiene tareas concretas y tiene un área limitada, que puede ser el piso de un Hospital. Esto diferencia, entre otras cosas, el trabajo del limpiador del de la enfermera. Los trabajadores de limpieza disponen de carros especiales de limpieza. Cuentan con dos baldes, uno de agua sucia y otro de enjuague, que se colocan a la altura de la cadera. Tienen asimismo un lampazo con un mango largo, que les permite trabajar sin tener que agacharse, y cuentan también con todos los productos necesarios para la limpieza.

Pese a contar con este equipamiento, los trabajadores de limpieza tienen una carga física de trabajo importante. Los instrumentos de trabajo que tienen son viejos y están obsoletos. Los carros para barrer, por ejemplo, en su mayoría, son viejos, o están rotos, lo que hace que la mayoría de las veces no sean utilizados. También son pesados, altos e incómodos para transportar. Esto hace que los trabajadores, en numerosas ocasiones, en lugar de llevar los dos baldes como corresponde, lleven solamente uno. Por otra parte, en la limpieza de pisos muchas veces el carro no es el instrumento más adecuado para el transporte de material.

Los trabajadores se capacitan en el mismo Hospital. Pasan por un período de adiestramiento, donde les enseñan a manejar el lampazo y a lavar de acuerdo a determinados criterios. Cada trabajador tiene asignados 500 metros de superficie diarias, que debe limpiar de acuerdo a los procedimientos definidos por el Departamento. Esto implica que deben manejar el lampazo de manera de evitar tener que agacharse o doblar la espalda. Pese a estas normas, muchos trabajadores tienen problemas de columna. La mayoría tiene menos de 50 años y desde los 30 años empiezan a sufrir esta afección.

“Para ingresar al sector de limpieza, no se requiere tener experiencia previa. En épocas anteriores, se realizaban cursos de capacitación donde se orientaba a los trabajadores, se les enseñaba técnicas de limpieza, se les daba información sobre las diferentes enfermedades que podían ser transmitidas y, fundamentalmente, se valorizaba su trabajo. De esta manera se obtenían una serie de beneficios: una mayor valoración del trabajo por parte del colectivo de trabajadores y de parte del resto del Hospital, la jerarquización de la

tarea que el trabajador realizaba con relación a él mismo y a los demás trabajadores y el mejoramiento de la técnica con la consiguiente disminución de la carga física del trabajo. La ausencia, en la actualidad, de esta capacitación, redundando en el empobrecimiento de la técnica y en la desvalorización institucional del trabajo de limpieza."²⁹⁴

Si bien no hay un entrenamiento específico para trabajar en la limpieza del Hospital, asesorado y guiado por los capataces el trabajador aprende, en la práctica, que en la limpieza hay procedimientos lógicos a los cuales debe responder de manera precisa. Sin embargo, pese al proceso de aprendizaje práctico que los trabajadores realizan, no existe un ajuste entre las normas de procedimiento prescriptas para la tarea y el comportamiento real. Muchos trabajadores no aplican adecuadamente las técnicas de limpieza, por ejemplo en el manejo del lampazo. Tampoco se cumplen las normas referentes a las posturas corporales que se deben tener en el proceso de trabajo. Esta situación es más común en las mujeres, que tienden a prolongar los hábitos domésticos en el trabajo de limpieza del Hospital.

Uno de los temas centrales para explicar el comportamiento de los trabajadores de limpieza es el sentimiento de desvalorización que sienten con relación a los trabajadores, enfermeras, médicos y pacientes del Hospital. El contacto diario con las enfermeras parece contribuir de manera decisiva en este sentimiento de desvalorización. Esto se puede percibir a través de actitudes y frases aparentemente triviales, pero que refuerzan el contexto de desvalorización. Por ejemplo, en el comedor se escucha muchas veces decir a las enfermeras "este comedor es nuestro", lo que hace que los trabajadores de limpieza se retiren. También se sienten desvalorizados por la institución; este sentimiento se expresa, entre otros aspectos, por la falta de vestuarios donde cambiarse la ropa.

"No resultan claras las razones del comportamiento señalado de las enfermeras. Puede obedecer al ejercicio de la autoridad que emana de la especificación del cargo, o al rol histórico que se le ha asignado a la enfermera. En el Hospital de Clínicas existió la tendencia histórica de hacer depender los servicios de limpieza del sector de enfermería. En la actualidad estas dos actividades se desligaron al crearse el Departamento de Higiene, pero se mantienen los perfiles y los roles históricamente definidos. También puede estar asociada a la imagen construida socialmente de la enfermera y al género femenino. La enfermera va asociada a la imagen del ama de casa, mujer, que asume la responsabilidad del funcionamiento de la casa, del orden y de la limpieza. Por otra parte, se mantienen resabios históricos de esta relación, expresados en el hecho de que sea una enfermera la que dirige el Departamento de Higiene, aunque este Departamento depende directamente de la Dirección del Hospital y no de Enfermería."²⁹⁵

| 294 Ídem.

| 295 Ídem.

Los limpiadores expresan esta relación conflictiva evitando las órdenes de las enfermeras. Se quejan de que las enfermeras no los respetan y les dirigen la palabra sólo para dar órdenes. Tampoco tienen un relacionamiento fluido con otros sectores, como por ejemplo, los médicos. Por otra parte, los trabajadores de limpieza critican fuertemente a las enfermeras porque no les indican el contenido preciso de las bolsas de basura y porque no depositan la basura en los lugares correspondientes. Esto es una fuente de tensión muy importante para los trabajadores de la limpieza. El hecho de ignorar qué tipo de basura están manipulando o qué enfermedades tienen los pacientes cercanos o vinculados a las tareas de limpieza, les genera un fuerte sentimiento de inseguridad y de temor. Los limpiadores tienen la percepción de que sistemáticamente el sector de enfermería les oculta información sobre los diferentes componentes sanitarios que rodean su trabajo, lo que les impide tomar las actitudes de protección necesarias, más allá del cumplimiento del procedimiento prescrito.

La falta de información con relación a los pacientes es una fuente de riesgo que está presente en la rutina laboral del trabajador de limpieza. La falta de comunicación con otros sectores es visualizada por el trabajador de limpieza como un indicador de la escasa valoración que otros sectores tienen hacia su trabajo, al mismo tiempo que constituye una fuente permanente de riesgos. La misma obstruye las posibilidades de desarrollo de una confianza práctica en los trabajadores de limpieza, que reduzca los niveles de incertidumbre con relación a los riesgos laborales.

“Además uno está limpiando un corredor y no sabe si el lugar está contaminado, tenemos una rutina que no nos permite saber si donde vamos a limpiar hay contaminación o no. Enfermería debería informar dónde hay pacientes o material contaminado, aspecto que desconocemos o del cual nos enteramos una vez terminada la tarea. Yo he entrado a salas y me he encontrado con pacientes delicados. Nadie me informó previamente. El limpiador es alguien que parece ajeno a la institución, nadie le comunica nada, no nos guardan respeto, a nadie le importa nada, te ven limpiando y de todas maneras pasan por arriba.”²⁹⁶

Los problemas de comunicación de los trabajadores de limpieza pasan también por la relación con los estudiantes de medicina que realizan prácticas en el Hospital. La percepción de los trabajadores de limpieza es que el comportamiento de los estudiantes, definido por ellos como “irresponsable”, y la ausencia de sistemas de control y vigilancia son otra fuente de riesgo sistémico. Esta relación aparece claramente expresada en el sector de emergencia del Hospital.

| 296 Entrevista colectiva realizada a trabajadores del Sector de Limpieza.

“En emergencia tenemos problemas con los estudiantes de medicina, nadie les explica nada. Cuando hacen la práctica dejan las cosas en el piso, yo ya me pinché dos veces. Además tenemos que acarrear la basura muy lejos, con bolsas que contienen sueros no vaciados. La bolsa la vamos arrastrando, se desgasta, se engancha o se rompe y se corre el riesgo de desparramar material contaminado.”²⁹⁷

En especial, la relación con el sector de enfermería y con los sectores no médicos es la que se visualiza de manera más conflictiva. Hay una relación inversa entre distancia social, jerarquía organizacional y conflicto potencial. En los niveles más lejanos en términos jerárquicos y sociales, como los médicos, los trabajadores de limpieza perciben mayor respeto y consideración que en los niveles inmediatamente superiores, como las enfermeras, o que en los trabajadores de similar nivel, como los funcionarios no técnicos.

“Otro problema es la falta de consideración de otros sectores, en especial con relación a las agujas. Nuestro material de trabajo lo guardamos junto con la ropa que vamos a utilizar. Muchos riesgos se podrían evitar si se mejorara la relación con los demás servicios, particularmente con enfermería. En algunos pisos no envasan las agujas como se debe, hay lugares de alto riesgo como el piso 14, el 16, el piso 8 donde está hematología y la sala de emergencia. Los médicos nos respetan más que los practicantes y que nuestros pares.”²⁹⁸

Los trabajadores de limpieza perciben la desvalorización de su trabajo por parte de otros sectores, como una fuente de riesgo. La relación conflictiva entre trabajadores de limpieza y enfermeras es un factor negativo para la construcción, en las rutinas laborales, de un sentimiento de confianza y seguridad ontológica en los trabajadores de limpieza. La falta de información es un factor clave en este proceso. La misma se constituye en una fuente de incertidumbre y genera una zona de riesgo sistémico para los trabajadores de limpieza.

Los trabajadores de limpieza perciben la desvalorización de su trabajo no sólo por las relaciones funcionales y personales que establecen con otros sectores, sino también por las diferencias en términos de beneficios laborales. Tienen la percepción de que su sector ha sido postergado, en tanto otros sectores del mismo nivel social y jerárquico han obtenido beneficios que ellos no tienen.

“Ganamos salarios miserables; en limpieza hay muchas mujeres que son jefas de familia que solo vienen con un mate cocido como desayuno. Nos tendrían que dar el desayuno, incentivar a la gente que después tiene que ir a trabajar en limpieza fuera del

| 297 Ídem.

| 298 Ídem.

*Hospital. Hay otros sectores que tienen ese beneficio, como por ejemplo el sector de recolección de residuos. Nosotros tenemos más contacto con la basura que ellos y no tenemos ese beneficio.*²⁹⁹

Otro elemento que confirma este sentimiento de desvalorización es la percepción de que la División de Salud del Hospital no les brinda protección y apoyo necesario en términos de seguimiento y controles médicos.

*“Tampoco tenemos controles médicos por parte de la DUS. Cuando vamos a certificarnos, nos miran con mala cara para darnos un día.”*³⁰⁰

Otro aspecto a resaltar en los trabajadores de limpieza es el efecto negativo que produce en el sector la ausencia de autoridad y de normas legítimas en lo referente a la organización del trabajo. El personal de limpieza tiene, en muchos sentidos, más puntos en común con el personal de una empresa fabril que con el de una institución hospitalaria. Requiere de un mando vertical claramente estructurado en la figura del capataz, que le ordene el trabajo y lo oriente en la tarea. En el Hospital de Clínicas esta estructura jerárquica, si bien existe formalmente, no parece cumplir con las funciones exigidas. Existe una tendencia a la ausencia de controles y de seguimiento concreto de la tarea. Este aspecto es considerado negativo por los mismos trabajadores, que han reclamado a las autoridades del Hospital un mando más responsable, que los oriente mejor y que tenga niveles de exigencia similares para todos los trabajadores.

Los trabajadores de limpieza perciben que la cadena de mando vertical no cumple las funciones de control, vigilancia y orientación que debe desempeñar. Los aspectos que más resaltan los trabajadores son los temas del control y de la discrecionalidad en el ejercicio de la autoridad. Existe el sentimiento, entre los trabajadores de limpieza, de que las tareas no se reparten de manera equitativa y no se aplican los mismos criterios para todos los trabajadores.

*“De las jefaturas no hemos encontrado apoyo. Hay enfrentamientos de los trabajadores con la jefatura, también hay enfrentamientos entre los propios trabajadores. Eso pasa por no saber dirigir. Otro tema es que el trabajo no se reparte de la misma manera entre todos los funcionarios. Hay muchos trabajadores que tienen tareas livianas y otros que tienen sobrecarga de trabajo. Eso es una falla de los mandos medios, que no organizan ni dirigen bien el trabajo. La mala administración y la falta de personal lleva a que las cosas se hagan mal.”*³⁰¹

299 Ídem.

300 Ídem.

301 Ídem.

Pese a este contexto de desvalorización, no deja de existir entre los trabajadores de limpieza la percepción de que su trabajo es útil y necesario para el funcionamiento del Hospital, más allá de los bajos salarios que perciben por su trabajo. Existen, por otra parte, mecanismos de solidaridad y de apoyo intragrupal que generan un sentimiento de pertenencia y de grupo muy fuerte.

Este sentimiento de grupo es una reacción a las malas condiciones de trabajo, tanto desde el punto de vista síquico (sentimiento de desvalorización), como del punto de vista físico (que detallaremos a continuación). Forma parte de la “cultura del deterioro” que mencionamos más arriba. Tal como analiza el Laboratorio Printemps³⁰² existen, en toda organización, actitudes individuales o grupales que se desarrollan como respuesta a las situaciones de riesgo. La cohesión grupal, el desarrollo de fuertes identidades sectoriales o estamentales y la elaboración de normas internas del grupo son la respuesta colectiva de este conjunto de trabajadores frente a las situaciones de riesgo estructural con la cual conviven a diario. Estos componentes afectivos y normativos permiten que la tarea se cumpla, pese a las condiciones en que se realiza, y que se asegure la continuidad y estabilidad del grupo de trabajadores. Constituye una adaptación colectiva al riesgo sistémico que no puede ser resuelto por la organización.

Si bien los trabajadores de limpieza realizan su trabajo en un contexto de deterioro y con altos riesgos físicos, no tienen una clara percepción de todos los riesgos presentes en la organización. Por ejemplo, no tienen muy claros los riesgos de contagio inherentes a la ejecución de sus tareas. En general, consideran que la utilización de guantes durante el trabajo alcanza para protegerse contra todos los riesgos. A diferencia de lo que ocurre en el Centro de Materiales, la no utilización de los materiales de protección adecuados no constituye una opción individual, sino la consecuencia de la falta de percepción de determinados riesgos.

Uno de los riesgos más importantes para los trabajadores de la limpieza es el pinchazo con jeringas. Este es un riesgo sistémico, vinculado a la organización del trabajo en la institución: el Hospital no cuenta con un buen sistema descartable del material punzo/cortante. Este riesgo disminuyó en la medida en que las enfermeras cambiaron sus rutinas laborales. Ya no arrojan las jeringas directamente a la basura, sino que las colocan en recipientes y las arrojan dentro del mismo. Sin embargo, subsiste el riesgo en las jeringas de suero, que son más resistentes y traspasan los materiales de protección.

Otro riesgo son las alergias. El producto principal que se utiliza en la limpieza es el hipoclorito, que tiene un nivel de concentración mayor que el que se

| 302 Op. cit.

vende a nivel comercial. Cada trabajador maneja diariamente un litro, que debe dosificar de acuerdo a las tareas. Es un producto efectivo, barato y estable, pero a la vez es fuente de alergias para el personal. Otro riesgo para la salud es el látex de los guantes aunado a la humedad permanente de las manos, que genera afecciones a la piel. Por otra parte, el carro que lleva los elementos de limpieza es muy alto, y en él se traslada normalmente algún abrasivo, lo que constituye una fuente potencial de riesgo.

La contaminación por el contacto con materiales, cuando no se utilizan los guantes, es otro factor de riesgo relevante. Los trabajadores de limpieza no tienen contacto con los pacientes ni lavan sus enseres, como en otras instituciones de salud, lo que disminuye el riesgo. Esas tareas están descritas en el cargo de enfermera. En algunas áreas el personal de limpieza debe utilizar tapabocas y sobretúnicas, tanto para protección personal como para protección del paciente. El material de protección es suministrado por el Departamento de Enfermería.

En relación a los riesgos físicos, los trabajadores perciben problemas a nivel de columna, debido a las cargas físicas que deben transportar. La humedad permanente forma parte de la rutina de trabajo, lo que genera problemas en los huesos y en las articulaciones.

“Uno de los principales problemas son los de columna; es un lugar donde no se debería estar más de tres años. Existen también problemas respiratorios a raíz del hipoclorito. Hay también problemas de tendones al retorcer los paños de piso, casi todos hemos estado enyesados un par de meses por este problema. La basura se embolsa en enfermería y se traslada hasta una de las dos puntas del piso, donde se encuentra el depósito. Son bolsas de 40 kg. de peso que se arrastran por el piso, que contiene material contaminado. Esto también genera problemas de columna.”³⁰³

También se destacan, como se ha visto, los problemas respiratorios debido a la utilización de hipoclorito:

“El hipoclorito provoca dolores en los huesos. También tenemos hongos en las manos por la humedad permanente. A veces los guantes son peores, las manos quedan cuarteada. Yo trabajo en la entrega de material a mis compañeros. Reparto los carros de limpieza y preparo 20 litros de hipoclorito diarios. El manejo de hipoclorito es altamente contaminante cuando uno lo hace a diario durante tres o cuatro horas.”³⁰⁴

Al igual que en el Centro de Materiales, la percepción que tienen los limpiadores de los riesgos no es homogénea. Los riesgos tangibles e inmediatos, como

³⁰³ Entrevista colectiva realizada a trabajadores del Sector Limpieza.

³⁰⁴ Ídem.

una pinchadura o un dolor físico, no sólo son claramente percibidos, sino que los trabajadores tienen un conocimiento preciso de sus causas; en cambio, los riesgos mediatos, como un contagio, que pueden tener consecuencias más graves, ni siquiera son percibidos. El ejemplo muestra, nuevamente, que existe poca relación entre la percepción de los riesgos y su existencia real; la conciencia parece fijarse más en los riesgos precisos que en la probabilidad futura de daño.³⁰⁵

La falta de una adecuada infraestructura física en el Hospital es un factor que agrava la carga física del trabajo.

“En emergencia hay seis baños que no tienen cisterna, damos una vueltita y tiramos un balde de agua a cada rato, hacés trabajo de cisterna, y eso el físico lo va notando.”³⁰⁶

También se perciben los riesgos que emanan de la infraestructura física. Las inundaciones y los problemas de la instalación eléctrica parecen ser los que generan mayor incertidumbre e inseguridad entre los trabajadores.

“Hay muchas cosas que no se ven, zonas que se inundan, problemas de instalación e inseguridad eléctrica, en muchos lugares no hay puertas, en realidad no hay control de nada, cuando llueve hay problemas serios, en fin problema con la ropa en condiciones, además la parte edilicia que no ayuda nada.”³⁰⁷

La infraestructura física, además de agravar la carga física y generar riesgos, no cumple con las mínimas condiciones de confort e higiene. Tampoco cuentan con el equipamiento necesario para realizar la tarea.

“Después de haber hecho la limpieza no tenemos un lugar para bañarnos, dejamos la ropa en nuestro locart” y al otro día volvemos y nos ponemos la misma ropa. Otro riesgo es el uso de los propios materiales y la falta de higiene en nuestra ropa. También los materiales que hay en las bolsas de desperdicio, sabemos que no podemos aplastar las bolsas. Las dosificaciones del hipoclorito son siempre diferentes, también los problemas de columna.”³⁰⁸

Existen riesgos que provienen de factores externos de difícil control. Uno de ellos es la atención que debe brindar el Hospital a los reclusos o a las personas que fueron detenidas por la policía. Este aspecto, aunque circunstancial y relativamente poco frecuente, es también percibido como un riesgo por parte de los trabajadores de limpieza del Sector de Emergencia.

305 Ansidei, M., op. cit.

306 Entrevista colectiva realizada a trabajadores del Sector Limpieza.

307 Ídem.

308 Ídem. *Locker (ingl): casillero.

“Otro tema es con respecto a los presos que traen a la emergencia; es gravísimo, vienen seis o siete policías alrededor de ellos, hay un clima de tensión muy grande. Una vez tomaron de rehén a un funcionario. Aquí sólo hay salas generales, no hay especiales para presos.”³⁰⁹

El contacto permanente con una estructura de atención médica deteriorada, con múltiples problemas de infraestructura y de funcionamiento, tiene repercusiones indudables en términos síquicos. Este aspecto también es resaltado por los trabajadores de limpieza, que si bien no participan directamente de la labor médica, sufren las consecuencias de esta situación.

“Otro riesgo que no se ve es el riesgo psíquico. En el Hospital suceden cosas inadmisibles, pacientes que son maltratados. A eso hay que sumarle el aspecto anímico, quien ve las cosas que se viven en el Hospital, sufre un desgaste permanente desde el punto de vista anímico.”³¹⁰

La conciencia de los riesgos síquicos presentes en las condiciones de trabajo muestra, entre los limpiadores, un nivel de percepción de los riesgos relativamente elaborado, en la medida en que trasciende la experiencia inmediata y tangible. Si bien, como decíamos más arriba, no tienen una clara percepción de los riesgos futuros y probables, tampoco limitan su percepción a los riesgos evidentes. De todas maneras, la abrumadora realidad de las graves condiciones de deterioro de la infraestructura física y material del Hospital de Clínicas vuelve lógico el hecho de que los trabajadores prioricen y destaquen los riesgos inmediatos y tangibles provenientes de esta situación.

Tal como planteamos más arriba, la percepción y evaluación de los riesgos están determinadas por la experiencia de los trabajadores y la comparación con situaciones pasadas. En este sentido, la representación del riesgo siempre es relativa; depende del contexto en el que se desarrolle la situación, de la experiencia acumulada con relación a las mismas y de los valores de adhesión que se ponen en juego.³¹¹ Comparando el trabajo actual con el que se realizaba en épocas anteriores, no existen percepciones homogéneas entre los trabajadores de limpieza. Algunos perciben mejoras a lo largo del tiempo, como la implementación del sistema de bolsas de diferentes colores, la mayor calidad en los materiales, etc.

“A pesar de todo se ha avanzado en algunos aspectos desde que ingresé al Hospital. Ahora tenemos bolsas de diferentes colores, precintos, trapos de mejor calidad. Subsisten

309 Ídem.

310 Ídem.

311 Ver Giraud, C., op. cit.

*problemas con el mantenimiento de los carros, que no se hace como debería hacerse. Son carros viejos y muchas veces no funcionan de manera adecuada.*³¹²

Otros, en cambio, consideran que no ha habido mejoras sustantivas en el trabajo.

*“El trabajo de limpieza se hace igual a cuando se inauguró el Hospital de Clínicas, no existe ningún avance en la materia.”*³¹³

Esta falta de homogeneidad en las representaciones, aspecto que también encontramos en el Centro de Materiales, muestra que la representación del riesgo se construye en relación a situaciones dinámicas, donde la interpretación individual juega un rol central.³¹⁴ La falta de homogeneidad en las representaciones del riesgo también inhibe el desarrollo de acciones colectivas, como puede ser una acción sindical de defensa y mejora de las condiciones de trabajo.

Los trabajadores de limpieza tienen una percepción negativa acerca de las posibilidades de defender sus derechos y mejorar su situación laboral a través de la acción sindical. Por un lado, reconocen la capacidad de movilización que tiene el sector para reclamar mejoras globales del Hospital.

*“El Departamento de Higiene es uno de los departamentos que más ha afrontado los problemas gremiales de la Universidad. Si bien es un lugar de trabajo que funciona como filtro, porque la gente llega y sigue hacia otros sectores o se va, siempre ha sido de los que han estado al frente de las luchas gremiales. Eso pasa sobre todo en el turno de la tarde, donde hay más unión.”*³¹⁵

Por otro lado, tienen una percepción negativa de la acción del sindicato en el cogobierno del Hospital. En opinión de los mismos, los resultados de las movilizaciones y de las reivindicaciones tuvieron un efecto inverso, ya que terminaron en propuestas de tercerización y privatización del sector.

*“El sindicato del Hospital ha planteado reivindicaciones en relación a los problemas de higiene ambiental. Sin embargo, el resultado es que la limpieza va a quedar en manos de empresas privadas. El sector limpieza ha perdido mucho terreno en el cogobierno de la Universidad, es un espacio muy valioso que no hemos sabido aprovechar. Nadie sabe encarar la Dirección del Hospital.”*³¹⁶

312 Entrevista colectiva realizada a trabajadores del Sector Limpieza.

313 Ídem.

314 Ver Giraud, C., op. cit.

315 Entrevista colectiva realizada a trabajadores del Sector Limpieza.

316 Ídem.

La incapacidad sindical para mejorar las condiciones de trabajo es, en parte, resultado de las dificultades de los trabajadores para construir una representación homogénea del riesgo. Si bien una mejora profunda de las condiciones de trabajo depende de un aumento del presupuesto universitario, el cambio de determinadas conductas o actitudes –como por ejemplo la buena utilización de los materiales de protección, o cambios relativamente simples de las formas de organización del trabajo, como un buen sistema de desechos de materiales contaminantes o punzantes–, puede reducir las probabilidades de riesgo. Sin embargo, ni el sindicato ni los trabajadores en sus rutinas laborales, desarrollan acciones colectivas para mejorar componentes organizativos que no tienen altos costos económicos.

Pese a la percepción de la situación de riesgo permanente en que se encuentran, los trabajadores de limpieza reconocen la ausencia de accidentes de trabajo o de enfermedades profesionales importantes en el sector.

“En general no he conocido a ningún compañero que haya tenido una hepatitis B; o nos protege Dios o hemos tenido suerte, los problemas mayores y más habituales son los problemas de columna, tendinitis; es raro, esas cosas más complicadas no nos han pasado..., es raro. Tampoco ha habido muchos accidentes de trabajo, más allá de algún pinchazo. Hace poco una compañera se resbaló y se fracturó el coxis; eso pasó por no tener zapatos adecuados para el trabajo. La ropa sucia también es un riesgo, nadie sabe si está infectada.”³¹⁷

La percepción y valoración que tienen los trabajadores de los riesgos de su situación de trabajo no se corresponden con los daños que efectivamente han experimentado; el riesgo potencial no se traduce en daños reales importantes, por lo menos para la mayoría de los trabajadores. Tal como afirma Giddens,³¹⁸ el riesgo y el daño están estrechamente ligados, pero no son idénticos; el riesgo presupone el daño, pero no necesariamente la conciencia del daño. Percibir el riesgo es ser consciente de las amenazas asociadas a la elección de una actitud específica, pero puede ocurrir que los individuos estén ubicados en situaciones riesgosas sin que sean conscientes de la importancia de esos riesgos. En este caso, la conciencia de los riesgos es anterior a la ocurrencia de algún daño, lo que implica que su percepción está relativamente desarrollada.

También señalan la ausencia de capacitación para el desempeño del trabajo. El aprendizaje se realiza de manera informal, en el propio proceso de trabajo, en contacto con los compañeros de tarea.

³¹⁷ Ídem.

³¹⁸ Op. cit.

“Nadie nos capacitó para el trabajo. Sabemos que hay formas de agacharse para prevenir problemas de columna, pero no nos enseñaron. Son los propios compañeros que te enseñan.”³¹⁹

La pérdida de la formación especializada que se daba en épocas anteriores para las tareas de limpieza, es considerada como un factor negativo, tanto por las autoridades del Hospital como por los trabajadores. Esta ausencia marca un retroceso en el proceso de aprendizaje organizacional que el Hospital venía desarrollando, que se traduce en un deterioro en los conocimientos y capacidades que la organización puede poner en práctica para reducir las posibilidades de riesgo. Otra consecuencia de la ausencia de una formación especializada es que los trabajadores tienden a valorizar más el conocimiento práctico que el conocimiento técnico, lo que genera dificultades para integrar puntos de vista a partir de marcos cognitivos comunes.

Los problemas de comunicación, el sentimiento de desvalorización y la ausencia de confianza en sus capacidades, impide el desarrollo de operaciones de traducción entre los limpiadores y los demás sectores que participan de las rutinas de trabajo (enfermeras, estudiantes, sindicato, etc.). Las dificultades de traducir la lógica práctica y doméstica de los trabajadores y la lógica técnica y científica de las autoridades del Hospital y de los sectores profesionales dificulta la construcción de rutinas de trabajo que minimicen las probabilidades de riesgo para los trabajadores. La suspensión de los cursos de formación especializada que realizaba la institución inhibe la posibilidad de desarrollo de un espacio de traducción de estas diferentes perspectivas, agravando las dificultades de comunicación.

Las relaciones de poder implícitas o explícitas que están presentes en las relaciones entre el grupo de limpiadores y otros grupos del Hospital, como las enfermeras o los estudiantes de medicina, son también un obstáculo para la integración de una perspectiva unificada en torno al riesgo. El sentimiento de desvalorización es la expresión de relaciones de poder marcadas por fuertes desequilibrios y por la ausencia de criterios de legitimidad compartidos por todos los grupos del Hospital. El predominio de una lógica de poder corporativa, explica la falta de transparencia en la información relativa a los riesgos, que existe entre enfermeras y limpiadores; la ausencia de una autoridad formal legítima explica la falta de obediencia a las normas institucionales. En este contexto, la cooperación en el trabajo es sustituida por la desconfianza, los conflictos implícitos o explícitos entre los diferentes grupos laborales y la inseguridad en relación a los riesgos sistémicos.

| 319 Ídem.

4.11. Riesgo y rutinas de trabajo: el Sector de Recolección de residuos

El tercer sector que analizaremos es el de Recolección de residuos. Este sector es el encargado de la circulación y evacuación de la basura y del material contaminado del Hospital, lo que le da un rol estratégico en la gestión del riesgo organizacional.

En los últimos años, la creciente utilización de material descartable ha aumentado considerablemente los volúmenes de basura que se manejan en el Hospital. En la actualidad se embolsan, como promedio, siete mil kilos de basura por día. Por otra parte, el Hospital no cuenta con los recursos necesarios para comprar contenedores de paredes rígidas para depósito de la basura. En épocas anteriores los residuos se juntaban en tanques de gasoil sin tapa, donde también se colocaba la basura contaminada. En la actualidad, se han desarrollado procedimientos técnicos más elaborados: utilización de bolsas especiales, ascensores especiales para traslado, etc.

La recolección de residuos se realiza, en su mayor parte, en horas de la mañana. Esto se debe a que, en ese horario, la actividad del Hospital disminuye notoriamente, lo que facilita la actividad. La concentración del trabajo en ese horario implicó una modificación en los horarios de trabajo, cambio que fue resistido inicialmente por los trabajadores. Luego de numerosas discusiones y reuniones, los trabajadores aceptaron la conveniencia del nuevo sistema.

La organización del trabajo y las rutinas cotidianas constituyen una de las principales fuentes de riesgo de este sector. Tal como señala Perrow,³²⁰ la estructura de ciertas organizaciones, expresada en reglas de conducta y en rutinas laborales, induce la presencia inevitable de riesgos. Otra fuente de riesgo es la distancia entre las normas prescriptas para el trabajo y el comportamiento real de los individuos. Estos dos componentes están presentes en el trabajo de recolección de residuos.

En el sector se percibe que las pautas de recolección de residuos no se cumplen de manera sistemática, lo que constituye una zona de riesgo sistémico. En numerosas ocasiones la basura se arrastra por los pisos sin tener en cuenta las posibilidades de contagio que conlleva. La clasificación de la basura tampoco se realiza de forma correcta. No siempre se coloca en las bolsas amarillas el material contaminado; esto se debe a que las bolsas amarillas son más resistentes y por tanto más codiciadas para embolsar la basura, por lo que se llenan también con residuos no contaminantes. Si bien las bolsas deberían ser depuradas antes de

| 320 Op. cit.

embolsar, esa tarea es demasiado riesgosa, por lo que los responsables de la tarea de recoger la basura no la realizan.

“Los trabajadores de recolección de residuos están expuestos a las pinchaduras, particularmente en las manos. La rutina recomendada por las jefaturas del Hospital, y que parece haber disminuido la cantidad de pinchazos, es evitar aplastar la basura con las manos. Otro práctica recomendada es realizar la denuncia correspondiente ante las autoridades del Hospital cuando se producen pinchazos, de manera de identificar la procedencia de las agujas. Esta segunda práctica es menos frecuente; si bien existe una obligación formal de denunciar, esta norma no siempre se cumple.”³²¹

Existen un conjunto de prácticas inadecuadas que se utilizan en la recolección de basura, que aumentan la exposición a los riesgos. Para no acarrear los tanques de basura, los trabajadores trasvasan la basura a las bolsas en los pisos, aumentando el riesgo de contaminación. Las bolsas de basura se bajan cerradas; sin embargo, el cierre de las bolsas amarillas ofrece dificultades. Para ello se compraron precintos especiales, pero los mismos no siempre se utilizan. Esto da como resultado que muchas veces se trasladen las bolsas amarillas con material contaminado, abiertas, lo que implica una exposición permanente a los riesgos de contaminación por parte del trabajador y por parte del medio ambiente.

Una práctica que podría minimizar el riesgo es arrastrar la basura con medios de transporte adecuados, pero el Hospital no cuenta con los mismos. Un mecanismo optativo sería reducir el tamaño de las bolsas, pero ello implicaría tener más personal para dar cobertura las veinticuatro horas dando cumplimiento al servicio, lo que se traduce en un aumento de costos que el Hospital no puede absorber.

Tampoco se cumplen los tiempos y los ritmos de la recolección de residuos, que están claramente especificados en las rutinas de trabajo. Es posible encontrar, de manera frecuente, bolsas tiradas por el piso, tanto dentro como fuera del Hospital. También es frecuente que se demore varios días en recoger la basura.

Otra práctica cotidiana, que constituye una zona de exposición de riesgos para el medio ambiente, se produce en el momento en que se depositan las bolsas en el camión de recolección de residuos de la Intendencia Municipal. Los residuos, como ya hemos mencionado, se separan en bolsas amarillas, que contienen material contaminado, y bolsas negras, que contienen basura común. Sin embargo, en el camión compactador de la Intendencia se mezclan los diferentes tipos de basura para ser quemadas posteriormente. La culminación del proceso termi-

| 321 Entrevista realizada a la Dirección de Higiene Ambiental.

na borrando todas las prevenciones realizadas en el embolsado de residuos, generando una zona de exposición al riesgo.

Una norma no escrita de los trabajadores, que forma parte de su rutina laboral, es terminar el trabajo lo más rápido posible. Un trabajo programado para realizarse en cinco horas, se culmina al cabo de tres horas, de manera que los trabajadores descansan las restantes dos horas. Esta práctica es la más perniciosa en términos de salud y de riesgos, porque exige mayor esfuerzo y el trabajador coloca menor atención en la tarea. Hay un desajuste entre las normas prescriptas y el comportamiento productivo. Este desajuste está asociado a numerosos factores, como la pérdida de la mística del trabajo en el Hospital, los bajos sueldos, el multiempleo y la desvalorización de la función pública. El ausentismo y la falta de motivación para desempeñar de manera adecuada las tareas son consecuencia de estos procesos.

El trabajo de recolección de residuos tiene un componente de carga física importante. La utilización de ascensores para el transporte de la basura supuso una mejora en este aspecto. Los trabajadores del sector de recolección de residuos cuentan actualmente con un ascensor propio para transportar los residuos, que es controlado por el propio grupo. El embolsado de la basura es realizado por los trabajadores de limpieza, en tanto el sector de recolección de residuos los traslada desde los diferentes pisos hasta la planta baja, donde lo carga y lo transporta el camión de recolección de residuos que envía la Intendencia Municipal de Montevideo.

Un trabajador expresa:

“Se cargan un promedio de diez bolsas por piso, a veces cambia. Tratamos que la basura de veinticuatro horas se saque en el día. En una época no había ascensor, andábamos arrastrando la basura por todo el hospital. Ahora se arregló uno que utilizamos sólo nosotros. Nosotros no embolsamos la basura, eso lo hace el sector de limpieza.”³²²

La incorporación de los ascensores supuso un cambio en la organización del trabajo que disminuyó la carga física pero que generó nuevas zonas de riesgos. Si bien cuentan con ascensores propios, en ocasiones, para transportar los residuos, los trabajadores deben atravesar las salas de internación, exponiendo a los enfermos y a las visitas, transformando el sistema de circulación de los residuos hospitalarios en una zona de riesgo.

“A veces hay que transitar por áreas asistenciales por el tema del ascensor, en el piso

| 322 Entrevista colectiva realizada a los trabajadores del Sector de Recolección de Residuos.

16 ó el 11, para nosotros allí no hay riesgo, el riesgo es para el paciente, por ejemplo en el piso 17; pero el problema mayor es con los coches, cuando uno se rompe y hay que usar otro y después lavarlo.”³²³

Los ascensores (coches) no se utilizan sólo para la recolección de residuos. También son utilizados por otros servicios, para tareas asistenciales o de diverso tipo. Esta polifuncionalidad se constituye también en un factor de riesgo, pese a las prevenciones que toman los trabajadores en términos de limpieza.

“Cuando se usa un ascensor se lava todo, se apronta y se deja para ser utilizado por el servicio que precise el ascensor. Antes trabajábamos con tanques, ahora se saca la basura en bolsas. La basura de comida va en otro camión.”³²⁴

Existe, en los trabajadores de recolección de residuos, una clara percepción de los riesgos del trabajo. Por un lado, hay una percepción de los riesgos difusos ligados al trabajo en una institución hospitalaria.

“Acá la contaminación está en el aire, los riesgos más o menos los sabemos, decimos que hay que usar tapabocas, túnica, pero no nos dejan entrar para no contaminar a los pacientes.”³²⁵

Por otra parte, existe una percepción de los riesgos específicos ligados al trabajo. Los elementos de riesgo más importantes están asociados a la manipulación de las bolsas de residuos y a la posibilidad de que las mismas se rompan, aunque los trabajadores perciben este suceso como improbable.

“Estamos expuestos todos los días, hay bolsas que no sabemos qué traen, hay bolsas que traen frascos contaminados y se pueden romper, uno tiene que ser muy cauteloso. Hay que tener precauciones con los desechos. Ahora enfermería desecha las agujas. Algunos compañeros se han lastimado, pero es difícil que se rompa una bolsa.”³²⁶

La percepción de los riesgos parece más homogénea entre los trabajadores del sector de recolección de residuos que la que existía entre los trabajadores del Centro de Materiales y en el sector de Limpieza. Esta mayor homogeneidad parece asociada, como veremos más adelante, a una fuerte cohesión grupal y a una mayor legitimidad de las autoridades directas del sector.

Otra fuente de riesgo está asociada al descuido o errores en el trabajo que realizan otros sectores del Hospital. En particular, los trabajadores de recolec-

323 Ídem.

324 Ídem.

325 Ídem.

326 Ídem.

ción de residuos realizan fuertes críticas a los trabajadores de limpieza, que son los encargados de embolsar y precintar las bolsas de basura. Por otra parte, los trabajadores de recolección de residuos adquirieron, a través del aprendizaje laboral, un conocimiento práctico altamente sensible que les permite prevenirse de los descuidos en el sellado de las bolsas.

“Tenemos que vigilar que las bolsas queden precintadas, en eso ponemos mucho cuidado, a veces le ponen leuco a las bolsas, a veces se nota que hay un poco de descuido, todos los días detectamos lugares donde no ponen todo el cuidado que hay que poner. Cuando agarrás una bolsa ya sabés lo que tiene adentro, si es sólo volumen o si hay otro material, con el tiempo sabemos bien, esa es nuestra experiencia; lo que sabemos es que todo residuo contaminante es el que tenemos que sacar enseguida, por ejemplo el material que viene de block quirúrgico o sala de parto, donde hay sangre.”³²⁷

Como ocurre en el Centro de Materiales, el sector de recolección de residuos sufre todas las deficiencias estructurales en las formas de organización del trabajo de la institución. Esta sobrecarga se ve compensada por el desarrollo de una capacidad práctica que les permite detectar los componentes de riesgo presentes en su trabajo.

La circulación de los residuos se cierra con la carga en el camión de la Intendencia que los traslada fuera del Hospital para su eliminación. Se trata de un camión especialmente diseñado para transporte de basura hospitalaria. Los trabajadores manifiestan que, de forma frecuente, el camión no pasa a retirar la basura en el día y hora previstos, lo que significa que la misma se amontone y se deteriore. También existen conflictos relacionados con el proceso de carga de residuos en el camión, que teóricamente le corresponde realizar a la Intendencia. Con frecuencia en el camión sólo viene el chofer sin los peones de carga, lo que obliga a los trabajadores de recolección de residuos del Hospital de Clínicas a realizar la carga de la basura, tarea que no les corresponde.

“Tenemos problemas con el camión de la Intendencia, nosotros ya lo hablamos con el director, no sabemos si le están haciendo el caldo gordo para privatizar el sector..., eso lo sabe la jefa del sector y es así, es complicado el tema con la Intendencia, antes había contenedores y mandaban el chofer con dos peones, ahora que sacaron los contenedores y no sabemos porqué, ahora mandan sólo un chofer y nosotros tenemos que andar atrás de ellos, para que vengan y saquen la basura, es todo un problema porque si el camión no tiene esa basura queda amontonada y es trabajo doble. Es un camión especial de recolección de residuos hospitalarios, a veces el problema es nuestro, hay compañeros que a veces

| 327 Ídem.

*cuando llega el camión tarde se niegan a cargarlo, eso también pasa. Son camiones que compactan la basura, el mismo chofer va a verificar que la basura quede prensada.*³²⁸

La sobrecarga de trabajo es un factor que aumenta los riesgos, aunque en este caso la misma es relativa. Los trabajadores de recolección de residuos, pese a sus quejas, tienen una carga de trabajo relativamente liviana, lo que facilita la prevención de los riesgos.

Pese a los riesgos del trabajo, no existe en los trabajadores la percepción de que se produzcan en el sector enfermedades profesionales importantes. Las únicas menciones se vinculan a la posibilidad de contraer resfríos debido a las malas condiciones de la estructura física.

*“No ha habido traslado de trabajadores por problemas de salud, los elencos son estables. Aunque acá es donde nos bañamos cuando salimos de trabajar y acá corre un viento bárbaro y allí nos podemos enfermar. Acá se nos hizo un baño, a pedido nuestro..., y puede haber algún problema, pero hay que poner voluntad..., acá el problema es la falta de plata y uno sabe lo que tiene que hacer.”*³²⁹

Esta situación es similar a la que ya vimos en el Centro de Materiales y en el sector limpieza. La percepción de los riesgos está disociada de los daños sufridos por los trabajadores, lo que implica que existe una conciencia relativamente desarrollada de los mismos.

La capacitación se realiza en el proceso de trabajo, a través del intercambio de conocimientos con otros trabajadores. El manejo de las situaciones de riesgo forma parte de esta capacitación, en la cual el trabajador aprende a tomar las precauciones necesarias y a medir el ritmo de trabajo.

*“Yo aprendí a trabajar en el equipo, no tuve capacitación previa. Antes estaba en limpieza, acá estoy mejor. Hay que hacer más esfuerzo físico, aunque menos que en la época de los tanques.”*³³⁰

A diferencia de lo que ocurre en el sector de limpieza, la falta de formación específica para la tarea no es considerada por los trabajadores como una carencia importante; la formación práctica se considera suficiente para la prevención de los riesgos. Esta diferencia en la evaluación de la formación está asociada a la relación con las jerarquías directas del sector. En el caso del sector limpieza, la

328 Ídem.

329 Ídem.

330 Ídem.

falta de autoridad y de mando genera una situación de inseguridad en los trabajadores en relación a su comportamiento frente a las situaciones de riesgo. La formación es vista como una compensación a esta inseguridad, que tiene su origen y fundamento en la organización del trabajo. En el sector de recolección de residuos, en cambio, las relaciones informales en el grupo de trabajo son positivas. Hay espíritu de equipo y no existen conflictos importantes en relación al trabajo. La relación con las jerarquías inmediatas también es positiva. Sienten respeto hacia la figura del capataz, que les brinda apoyo y colaboración más allá de las funciones específicas del cargo.

“Las relaciones entre los trabajadores son buenas. Con las jerarquías también, acá hay que venir a cumplir la tarea y se acabó, cumpliendo con el horario y la tarea no hay problema. También el tema es que falta gente. A veces veo que a la dirección se le complica cubrir áreas porque no tienen gente, acá en el Clínicas se ha ido mucha gente y es imposible cubrirlo. Acá la comunicación es buena, sabemos por donde andamos, cinchamos los cuatro parejo, acá el capataz que tendría que estar en otra, viene y nos ayuda, aunque sería bueno tener intercomunicadores internos, por ejemplo si una puerta quedó mal cerrada y poder avisar, eso lo precisaríamos..., sería muy bueno estar comunicados, incluso un teléfono adentro del coche. Además como estamos en las puntas donde no pasa nadie, si nos quedamos trancados nadie se entera.”³³¹

La legitimidad de la autoridad jerárquica inmediata y los vínculos formales e informales que se establecen entre los jefes y los trabajadores condicionan la actitud de todo el grupo de trabajo frente al riesgo. La legitimidad de las normas de autoridad permite la construcción de relaciones de confianza, reduciendo las posibilidades de riesgo.

El sector de recolección de residuos se caracteriza por una fuerte rotación del personal. Al igual que en otros sectores del Hospital de Clínicas, existe un rápido proceso inicial de selección. Los que soportan el esfuerzo físico y las condiciones de trabajo se mantienen como personal estable durante mucho tiempo. Los que no lo hacen abandonan, el sector rápidamente.

“En un año pasaron treinta y dos personas por este servicio. La gente no se habituaba, muchos faltaban o no hacían el trabajo en los tiempos requeridos. El trabajo de limpieza es más valorado que el nuestro, se nota por la falta de interés en venir a trabajar acá. Este no es un lugar buscado por otros trabajadores. En un momento me pidieron que yo fuera a otro servicio y trajeron gente nueva y pudimos ver que nadie se quedaba, la gente no se habituaba y se iba, en un año pasaron treinta y dos personas, gente muy faltadora, sin voluntad de trabajo, que dejan acumular dos o tres días y después es un laburo muy

| 331 Ídem.

*pesado y se terminó armando lío y se tuvo que volver a armar un equipo de trabajo que fuera más consciente.*³³²

La frecuente rotación del personal no favorece el desarrollo de rutinas de prevención de riesgos, ya que los recién llegados están más expuestos en virtud de su falta de experiencia y de conocimiento. Curiosamente, los trabajadores de recolección de residuos consideran que su trabajo es menos valorado que el de limpieza, en tanto éstos perciben la situación de manera opuesta. La autovaloración de estos dos sectores es baja, aspecto que no parece depender sólo de la mirada de los otros.

*“La limpieza es más valorada porque es más visto que el nuestro y además los trabajadores no demuestran mucho interés por trabajar acá. La gente no valora mucho nuestro trabajo, pero la gente observa, se dan cuenta cuando la basura desaparece, el tema acá es formar buenos equipos.”*³³³

Al igual que en el sector limpieza, el sentimiento de desvalorización de los recolectores de residuos impide que se establezcan relaciones intensas y positivas con otros sectores de la institución. Estas dificultades de comunicación bloquean el desarrollo de conocimientos y actitudes que contribuyan positivamente a desarrollar aprendizajes organizacionales que mejoren la gestión del riesgo en la institución.

La fuerte legitimidad de los jefes engendra espacios de confianza, que se oponen a los componentes de desvalorización marcados con anterioridad. La actitud de los trabajadores frente a las situaciones de riesgo parece ser el resultado, para este sector, de un balance entre los componentes positivos como la legitimidad de la autoridad y la construcción de espacios de confianza, y los componentes negativos como el sentimiento de desvalorización y la frecuente rotación del personal.

La ausencia de formación especializada es compensada por un conocimiento práctico que genera actitudes de protección, pero que es insuficiente para generar rutinas estables que den cuenta de los riesgos inherentes al trabajo. Las rutinas cotidianas, construidas de manera autónoma por los trabajadores, que fijan su ritmo de trabajo y sus prácticas, es una fuente de riesgos sistémicos para la organización. La legitimidad de la autoridad de los jefes directos se expresa en el desarrollo de normas compartidas de trabajo, pero estas normas autónomas³³⁴

332 Ídem.

333 Ídem.

334 Ver Reynaud, J. D., op. cit.

tienen como efecto aumentar la exposición al riesgo. Esta situación muestra las dificultades que tiene la institución de generar aprendizajes organizacionales que minimicen las posibilidades de riesgo, aun en contextos marcados por la confianza y la legitimidad de las relaciones de poder. A diferencia del sector de limpieza y del Centro de Materiales, en los cuales la falta de legitimidad de la autoridad era una fuente de riesgo, en este caso la fuente de riesgo está en la organización global del trabajo en el Hospital y en la ausencia de normas generales que prescriban las rutinas de trabajo. La autonomía de los trabajadores no se traduce en respuestas positivas frente al riesgo sino que, por el contrario, reproduce las condiciones de riesgo estructural de la institución.

4.12. El Sector de Emergencia³³⁵

El cuarto sector que analizaremos es el de Urgencias. Este sector, a diferencia de los que hemos visto hasta ahora, no tiene un papel estratégico en la gestión interna del riesgo. Sin embargo, este sector establece un nexo central entre la institución y la comunidad, por lo que juega un rol importante en la gestión de los riesgos que provienen del exterior de la organización.

El sector de emergencia cuenta con treinta auxiliares de enfermería y cinco licenciadas, que trabajan las veinticuatro horas. Es la mitad del personal que se necesita en el sector. Por turno hay cinco auxiliares y una nurse para cubrir las áreas de consultorio, el área de intermedio y el box. A su vez, el sector de emergencia cuenta sólo con ocho camas, cuando el número necesario para atender las demandas diarias es de cuarenta. En el sector, la mayoría de las auxiliares tiene dos empleos.

En el sector de emergencia existe una fuerte discordancia entre el trabajo real de las nurses y el estipulado en la descripción de tareas del cargo. Las nurses deben dedicarse a la asistencia médica, desempeñan funciones administrativas, deben coordinar los estudios clínicos, los traslados, administrar la medicación y realizar muchas tareas que le corresponden a las auxiliares de enfermería. Si bien las nurses intentan preservar sus rutinas de trabajo y sus ritmos, la superpoblación y la falta de recursos humanos lo impiden de manera permanente.

El trabajo de auxiliar de enfermería de la puerta de emergencia, a su vez, incluye el trabajo asistencial de enfermería, la aplicación de inyectables, el cuida-

335 Parte de este capítulo ha sido publicado en Pucci, F., "Rutinas organizacionales y riesgo sistémico. Análisis del sector de emergencia del Hospital de Clínicas", *Revista de Ciencias Sociales* N°17, Departamento de Sociología, Montevideo, setiembre 2000.

do de la higiene y del confort del paciente, etc. El trabajo real de las auxiliares de enfermería también dista mucho del estipulado en la descripción de tareas. Por la escasa dotación de nurses con las que cuenta el sector, las auxiliares de enfermería deben realizar de manera frecuente tareas administrativas que no les corresponden, lo que implica una duplicación de la carga de trabajo y distorsiones en las rutinas de trabajo.

“También ocurre que, frecuentemente, no se cuente con personal para cumplir con el servicio de mensajería, por lo que las enfermeras deben trasladar por sus propios medios a los pacientes a otros pisos o al block quirúrgico. Los pacientes deben movilizarse con todos los aparatos de medicación, en camillas con rodados deficientes. Muchas veces, incluso, hay que llevarlos en peso. Este trabajo es cumplido, en su mayor parte, por mujeres. Por otro lado, la estructura física no está diseñada de manera funcional para realizar tareas de emergencia, lo que dificulta la movilización y el traslado de los pacientes.”³³⁶

La ruptura de las rutinas y de los ritmos de trabajo es una fuente de riesgos sistémicos. Las enfermeras deben trabajar a un ritmo más rápido que el requerido para la tarea, lo que les impide tomar los cuidados y las precauciones necesarias. El ritmo acelerado de trabajo y la diversidad de tareas que deben abordar obligan a las enfermeras a realizar su trabajo sin poder cumplir de manera cabal con los procedimientos establecidos para el tratamiento médico. La consecuencia de no poder cumplir con los procedimientos adecuados es exponerse de manera permanente a los riesgos vinculados a la tarea médica. La gran mayoría de accidentes de trabajo que tuvo el sector se produjeron por trabajar de manera apresurada, sin tomar las precauciones correspondientes.

Tal como indicamos en la reflexión teórica inicial, la organización del trabajo, la delimitación de competencias y las reglas de procedimiento establecidas en una institución para resolver los problemas de funcionamiento, pueden ser inapropiadas cuando las condiciones del entorno se transforman y la institución no tiene la capacidad ni los recursos para adaptarse a las nuevas situaciones. Estas distorsiones de funcionamiento son también creadoras de zonas de riesgo.³³⁷

Un ejemplo de estas deficiencias es el caso de la sala de urgencias, destinada al tratamiento de pacientes que necesitan atención de manera inmediata, debido a la gravedad de su situación. Una distorsión importante en el funcionamiento cotidiano de la sala de emergencia es que la misma cumple con frecuencia funciones de internación o de CTI, por la falta de camas que adolecen estos sectores. En numerosas ocasiones hay más pacientes “ventilados” en el CTI que en el sec-

³³⁶ Entrevista realizada a la Dirección del Sector de Emergencia.

³³⁷ Ver Laboratorio Printemps, op. cit.

tor de emergencia. La norma establecida es que el paciente, una vez que ha recibido el tratamiento de emergencia, debe ser llevado a las salas de internación de donde supuestamente no debe volver a emergencia. En la rutina cotidiana del sector de emergencia ocurre lo contrario; debido a la ausencia de camas que tienen los servicios de internación, los pacientes graves quedan internados durante prolongados períodos de tiempo en el sector de emergencia. Lo mismo ocurre, por la escasez de camas que tiene el Hospital, con el CTI y con los sectores intermedios; el sector de emergencia cumple funciones de CTI o de cuidados intermedios, para las que no cuenta con los recursos materiales y humanos necesarios. La estadía de los pacientes puede llegar a ser de un mes, mientras que la sala de emergencia está diseñada y pensada para una atención rápida con alta circulación de pacientes.

Esta distorsión en el funcionamiento y en las tareas que cumple la sala de emergencia es una zona de riesgo sistémico. Es frecuente que un paciente que está internado un mes en emergencia tenga una enfermedad contagiosa y que las enfermeras se enteren con posterioridad, cuando llegan los exámenes clínicos. La sala de emergencia tampoco cuenta con los recursos necesarios como para realizar las medidas de aislamiento correspondientes, lo que genera una zona de exposición permanente a los riesgos.

Otra consecuencia de la distorsión de funcionamiento señalada es que la sala de emergencia termina saturada de pacientes, lo que dificulta el cumplimiento de las tareas y absorbe los escasos recursos con que cuenta la sala para el desempeño de las funciones que le son propias. Esta saturación, a su vez, agudiza la dificultad ya señalada de cumplir las rutinas y los ritmos de trabajo estipulados, lo que agrava esta zona de riesgo.

Las distorsiones de funcionamiento son una fuente permanente de tensiones para las enfermeras del sector de emergencia. Pero también hay otras. Una fuente de tensión es el enfrentamiento permanente con los médicos, que protestan porque no hay suficientes camas ni recursos adecuados para atender a los pacientes. En estos casos, se da la paradoja de que los médicos responsabilizan de esta situación a las propias enfermeras, cuando las mismas son víctimas de las distorsiones en la organización del trabajo y de la falta de recursos del Hospital.

Otra fuente de tensión son los rechazos que enfrentan las enfermeras cuando transportan un paciente a los pisos de internación y se encuentran con que todas las camas están ocupadas. En esos casos, deben volver a trasladar al paciente a la sala de emergencia, donde muchas veces también se volvieron a ocupar las camas. Estas situaciones en las cuales las enfermeras se ven sometidas a presiones cruzadas generan un desgaste psíquico permanente. También hay ten-

siones entre los diferentes turnos de enfermería derivados de las distorsiones en el funcionamiento de la sala de emergencia. Esto ocurre cuando un turno, debido a la sobrecarga de trabajo y a la falta de recursos humanos, no consigue completar su trabajo y deja tareas pendientes para el otro turno.

Las distorsiones de funcionamiento se traducen en una sobrecarga de trabajo para el sector y en dificultades para utilizar de manera adecuada los recursos de los que dispone. El sector cuenta con tres auxiliares para atender a cuarenta pacientes; una sola enfermera realiza el trabajo que deberían estar desempeñando cuatro. Las consecuencias son el cansancio extremo y un gran desgaste psíquico debido a las tensiones y conflictos que se generan.

Las demandas contradictorias que deben enfrentar las enfermeras del sector de parte de los médicos, de los parientes de los enfermos y del resto de los servicios del Hospital constituyen una situación de doble mensaje como las señaladas por el Laboratorio Printemps.³³⁸ Esta situación marcada por la presencia de mensajes contradictorios, no se traduce en una parálisis en términos de respuestas laborales por parte de las trabajadoras. Las soluciones pasan más bien por la fabricación de respuestas autónomas en relación a las órdenes y a las rutinas laborales. Las enfermeras deben tomar decisiones por sí mismas, para mantener la continuidad en la atención al paciente, pese a las rotaciones de los médicos, o para equilibrar las órdenes, frecuentemente contradictorias o imposibles de ser llevadas a la práctica, de los médicos. Por otra parte, deben fabricar rutinas laborales y capacidades que les permitan atender de manera razonable el desborde de trabajo existente. Una de estas rutinas es la capacidad de aprender y retener de memoria las diferentes historias médicas de los pacientes, ante la falta de tiempo para detenerse a leer los registros escritos de los mismos. Las enfermeras desarrollan una especie de “cultura oral” a través de la cual, en el ritmo apurado de las rutinas, van reteniendo y memorizando lo necesario para poder atender de manera razonable a los diferentes pacientes.

Las enfermeras cargan con la responsabilidad de hacer funcionar el sector. Para ello, deben realizar las tareas más diversas, desde el mantenimiento y arreglo de la infraestructura física hasta la búsqueda de la medicación necesaria o de camas para instalar a los pacientes. Las deficiencias de funcionamiento de otros sectores, como el sector de mantenimiento y el asistencial, sobrecargan el trabajo de las enfermeras. En este sentido, las enfermeras se encuentran atrapadas en un círculo de hierro. Si no resuelven los problemas desbordando sus funciones, el aumento de la carga del trabajo será mayor para ellas.

| 338 Op. cit.

“La organización del trabajo médico no colabora para superar estas situaciones de sobrecarga de trabajo. En primer lugar, hay una desproporción entre la cantidad de médicos que trabajan en urgencia y la cantidad de auxiliares de enfermería disponibles. Hay muchos médicos dando órdenes al escaso personal de enfermería que tiene el sector. Por otra parte, hay una excesiva rotación de médicos, que impide desarrollar una buena planificación del trabajo y mantener un contacto estable con las enfermeras.”³³⁹

Los médicos transmiten conocimientos a las enfermeras, las cuales, debido a su mayor permanencia en el sector, terminan detentando el monopolio del saber y asegurando la continuidad del mismo. Se produce una inversión de roles, a partir de la cual las enfermeras terminan orientando a los médicos internos recién llegados en sus tareas técnicas asistenciales. Aunque el control del conocimiento es una fuente de poder para las enfermeras, también constituye una carga adicional de trabajo que se suma a las anteriormente expuestas.

Si bien las enfermeras aprenden de los médicos y terminan siendo las que aseguran la transmisión de los conocimientos en este contexto de alta rotación, en la práctica cotidiana tienen grandes dificultades de comunicación con los propios médicos. Es común que las enfermeras no estén enteradas de aspectos relevantes de las patologías de los pacientes. También es común que los médicos realicen las visitas a los pacientes sin la presencia de las enfermeras. Por otra parte, el intenso ritmo de trabajo impide que las enfermeras tengan tiempo de leer las historias médicas. Esto las obligó a desarrollar una gran habilidad para el registro oral de órdenes e historias, lo que les permite desempeñar rápidamente el trabajo que se requiere. Esta habilidad y entrenamiento compensa la falta de tiempo que, por razones de sobrecarga de trabajo, le dedican a la lectura de los registros médicos.

La organización del trabajo del sector de urgencias se ve desbordada por las demandas e insuficiencias de otros sectores de la institución. La falta de comunicación entre enfermeras y médicos tampoco contribuye, como hemos señalado para los sectores de limpieza y recolección de residuos, al desarrollo de aprendizajes organizacionales que disminuyan los riesgos sistémicos. Por otra parte, en los últimos años se produjeron cambios tecnológicos importantes en el sector de emergencia. Se introdujeron las bombas de infusión, la aspiración centralizada, las alarmas de atención, etc. Sin embargo, la percepción que tienen las enfermeras de mayor antigüedad en el sector, es que, en el pasado, con menos personal, menos tecnología y más pacientes, el tiempo alcanzaba para cumplir la tarea. En la actualidad, si bien las consultas descendieron, se produjeron innovaciones tecnológicas importantes y la duración de las internaciones es menor, el tiempo no

| 339 Entrevista realizada a la Dirección del Sector de Emergencia.

alcanza para cubrir la demanda. El apoyo tecnológico alivia un poco la presión, pero la sensación percibida es la de un aumento global de la demanda y una incapacidad crónica para dar cuenta de la misma. En esta percepción, inciden, indudablemente, los elementos reseñados anteriormente.

“La demanda de pacientes que atiende el sector de emergencia es variable, alternando momentos en que el trabajo es liviano y momentos en que el sector se ve saturado. Esta variabilidad es común en todos los turnos, incluso en el nocturno. En el largo plazo, el sector de emergencia muestra, en los últimos años, un descenso en el número de consultas anuales.”³⁴⁰

Las razones de esta disminución no son claras. Entre otros factores, se destaca la amplia cobertura que han tenido los seguros médicos privados. Hay pacientes que sólo vienen cuando no pueden pagar el *ticket* mutual del seguro médico. Estos pacientes tienen un perfil educativo y cultural superior a la del clásico paciente del Hospital de Clínicas. Son más exigentes con el tratamiento y tiene una actitud más crítica hacia la atención pública. Por otra parte, los clásicos pacientes del sector público llegan en condiciones económicas y sociales más agudas que en otras épocas, lo que aumenta la intensidad del tratamiento. Los dos perfiles de pacientes, expresión de la creciente polarización de la sociedad uruguaya, tienen un efecto paradójico en relación al trabajo del sector de emergencia: pese al descenso del número anual de consultas, las enfermeras consideran que aumentó considerablemente la carga de trabajo diaria.

En el aumento de la carga de trabajo, pese a la disminución del número de consultas, también confluyen otros elementos. Por un lado, también descendió, de manera concomitante, el número de enfermeras. Por otra parte, las enfermeras perciben que la formación de los médicos ha disminuido relativamente, en calidad y cantidad. Esto se traduce en una trasmisión de responsabilidades y conocimientos de los médicos hacia las enfermeras, las cuales deben cubrir mayores áreas asistenciales que anteriormente.

Las tensiones y los riesgos síquicos presentes en el proceso de trabajo del sector de urgencias tienen como consecuencia el fortalecimiento de los vínculos grupales y el desarrollo de normas de conducta internas que permiten el desempeño de las tareas pese a las condiciones de riesgo que la misma presenta. Existen rituales grupales, informales, que aseguran la cohesión interna del equipo y la superación de las angustias y sufrimientos inherentes al trabajo médico. Un ejemplo de estos rituales es la costumbre de que, cuando un paciente niño muere, lo amortaja una enfermera que no tenga hijos. El humor es otro mecanismo utiliza-

| 340 Ídem.

do para combatir las tensiones del trabajo. Estos componentes también explican la falta de ausentismo en el sector de emergencia, que resulta la expresión del código de reglas informales creadas por el grupo. Por ejemplo, la regla que dice que faltar tiene como consecuencia recargar de trabajo a los compañeros.

Las enfermeras señalan la escasez de material de protección para el trabajo. Por ejemplo, para el manejo de un paciente con BK, los tapabocas con que cuenta el Hospital son de tela muy fina, lo que resulta inadecuado para tratamientos de pacientes infectados. Tampoco se cuenta con los guantes adecuados para tratar pacientes con HIV. Para el tratamiento de pacientes con meningitis, el Hospital cuenta con pocas túnicas. Frente a esta situación de escasez, las enfermeras, o bien deben pelear para conseguir túnicas, o bien deben rotarse para la utilización de una única camisa. Tampoco son suficientes los guantes; una vez que los materiales o agujas se descartan, no se reponen.

La formación del personal de enfermería se realiza en el propio sector de emergencia. Las relaciones entre las nurses y las auxiliares de enfermería son generalmente positivas. Existe un sentimiento de equipo que permite sobrellevar la tarea. Esto genera estabilidad e interés por el trabajo, más allá de las condiciones en las cuales se desarrolla el mismo. Como en otros sectores del Hospital de Clínicas, en emergencia se produce un proceso de selección temprana. Aquellos que no soportan el trabajo, se van de inmediato; los que superan las primeras experiencias, se vuelven permanentes y adquieren satisfacción hacia el trabajo. La estabilidad y permanencia del grupo de enfermeras es la que asegura, a su vez, la continuidad del funcionamiento del sector de emergencia. El sentimiento de grupo también permite alcanzar niveles de satisfacción con la tarea que aseguran la estabilidad del equipo.

Más allá de las difíciles condiciones de trabajo, las enfermeras resaltan, como aspecto positivo de la tarea, las posibilidades de aprendizaje permanente que la misma brinda. La capacitación que adquieren en el trabajo del Hospital de Clínicas las habilita para desempeñarse en cualquier otro trabajo profesional de enfermería. Sin embargo, este argumento se contradice con la estabilidad señalada del personal de enfermería. Partiendo de la premisa de una racionalidad utilitaria, lo lógico sería que existiera una permanente rotación en el sector. Una vez aprendido el oficio, la actitud más racional sería cambiarlo por otro mejor remunerado y en el cual se trabaje en condiciones más favorables. ¿Por qué no ocurre esto? Hay dos explicaciones posibles. Una es la creciente restricción del mercado de trabajo de las enfermeras, aspecto que sin duda incide, pero que no parece un factor determinante. Otra explicación es la satisfacción que se obtiene en el trabajo del Hospital de Clínicas, que no se logra en trabajos similares del sector privado. Esta satisfacción pasa, desde nuestro punto de vista, por tres aspectos:

- a) la autonomía que tienen las enfermeras en su trabajo, que es notoriamente mayor que la pueden conseguir en el sector privado;
- b) la complejidad de la tarea, que más que un factor de parálisis o de inseguridad ontológica, se transforma en un desafío diario, que pone en juego las capacidades cognitivas y afectivas de las trabajadoras;
- c) los mecanismos informales de cohesión grupal, que generan un sentimiento de pertenencia y una identidad profesional que se impone en relación a la racionalidad utilitaria.

Una zona de riesgo importante en la sala de emergencia es la ausencia de sistemas de control que obliguen al cumplimiento de las normas de funcionamiento y de organización por parte de los médicos, internos, leucos y familiares de los pacientes. Es común que los médicos que atienden las policlínicas citen a sus pacientes a la sala de emergencia los días de menor trabajo, para realizarle las curaciones pertinentes o para discutir los diagnósticos. Si bien existen normas de procedimientos que regulan los horarios y los lugares adecuados para el tratamiento médico, estas normas en general no se cumplen. Esta situación de anomia general agrava y profundiza las distorsiones de funcionamiento ya señaladas.

Ocurre lo mismo con los internos y con los leucos, para los cuales existen normas estrictas que marcan sus competencias y los límites de su trabajo profesional. Sin embargo, es común que estos límites sean trasgredidos y que tanto internos como leucos realicen tratamientos o consultas médicas para los cuales no están autorizados. Esto constituye una zona de riesgo para los pacientes que concurren a atenderse al Hospital. También constituye una tarea adicional para las enfermeras, que deben controlar de manera permanente a los estudiantes de medicina y a los leucos, que si bien en términos de organización del trabajo, están bajo la responsabilidad del interno y sólo pueden participar observando los procedimientos, de manera frecuente se dedican a revisar enfermos personalmente o a dar indicaciones médicas.

Tampoco existe ningún sistema de control de la circulación de personas y familiares en la sala de emergencia, lo que constituye una fuente de riesgos permanente, desde los hurtos hasta las posibilidades de contagios, etc. Existe una cultura institucional fuertemente impregnada por estos componentes anómicos que se traducen en zonas de riesgo para la organización. Las enfermeras también deben enfrentar las presiones de los familiares, que muchas veces también exigen recursos y tiempos que no están disponibles. Las demandas contradictorias a que se ven sometidas las enfermeras del sector de emergencia, provenientes de

los médicos, los familiares y los restantes servicios del Hospital, conforman la situación de doble mensaje señalada por el Laboratorio Printemps.³⁴¹

Para la limpieza del área de emergencia, la dotación de personal es insuficiente. El trabajo de limpieza se realiza por las mañanas, aunque en la tarde el local está nuevamente sucio. Las enfermeras del sector de emergencia sienten que hay una desvalorización general del trabajo que hacen los limpiadores, coincidiendo con la percepción que éstos manifestaron más atrás. También destacan la falta de control y de supervisión sobre los trabajadores de limpieza, aspecto que coincide con lo señalado anteriormente.

El relacionamiento del sector de emergencia con los otros servicios del Hospital es, en líneas generales, fluido. Los mayores conflictos que tienen las enfermeras del sector de emergencia son con el sector de laboratorio y con el de rayos. Las enfermeras manifiestan que estos sectores demoran demasiado para hacer los análisis, o en ocasiones pierden o rompen las muestras, etc. Esto obliga a las enfermeras a asumir frente a los pacientes la responsabilidad de los errores o demoras de estos sectores, los que las ubica en una posición contradictoria, tal como se señaló más arriba. En cambio, parece existir un buen relacionamiento del sector con las estructuras jerárquicas del Hospital.

En el sector de Urgencias podemos encontrar dos tendencias contradictorias: por un lado las distorsiones de funcionamiento, la existencia de normas contradictorias y la situación de anomia son componentes permanentes del proceso de trabajo en el sector y fuentes de riesgo sistémico. Por otro lado, la regulación autónoma que se produce en el grupo de enfermeras permite el desarrollo de rutinas que compensan las dificultades anteriores y que reducen las posibilidades de riesgo. A diferencia del sector de recolección de residuos, en este caso el desarrollo de normas autónomas que se realiza en el grupo de trabajo se transforma en un elemento positivo en términos de gestión del riesgo. Estas soluciones locales,³⁴² basadas en un conocimiento colectivo invisible e informal, para convertirse en un aprendizaje organizacional, deben ser valorizados y capitalizados por la institución. En la medida en que esto no sucede en la organización en su conjunto, se mantienen como respuestas autónomas aisladas que resuelven determinados problemas pero no alcanzan para generar rutinas consolidadas que mejoren la gestión organizacional del riesgo.

| 341 Op. cit.

| 342 Ver Laboratorio Printemps, op. cit.

4.13. Las consecuencias de la ausencia de autoridad formal: el Departamento de Nutrición

El Departamento de Nutrición es el quinto sector que analizaremos en este trabajo. La importancia de este sector para la gestión del riesgo organizacional es que debe asegurar los niveles adecuados de higiene y calidad de los alimentos de todo el Hospital. En la conformación de la estructura de funcionamiento del Departamento de Nutrición encontramos un jefe de recursos humanos, un jefe de producción y alimentos y un jefe de departamento. Luego tenemos los jefes de departamento, de sección y por último las nutricionistas. A su vez, las nutricionistas tienen personal a su cargo. Dentro del personal no calificado encontramos a los auxiliares de servicio y los tisaneros. En las unidades de internación, el tisanero es el que se dedica a la atención de los pacientes, debe interpretar las dietas indicadas y servir la comida a los internados. Este proceso se realiza para los desayunos, almuerzo, merienda y cena de cada día.

El proceso de trabajo en la cocina tiene diferentes dimensiones. Una de ellas la constituye la atención al paciente hospitalizado, que lo realiza tanto el personal calificado como no calificado. Otra área es el sector de producción. En la cocina se transforman los productos, frutas y verduras, carne, leche, etc. En algunos casos se procesan tres veces por semana y en otros, todos los días. El ritmo de trabajo está fijado en función del tipo de dieta y de las recetas que se aplican. Las nutricionistas indican las recetas de acuerdo a las necesidades y a las diferentes patologías de los pacientes. Por otra parte, la variedad de recetas no es infinita; las necesidades de producción obligan a realizar un proceso de estandarización de las mismas para poder cumplir con el trabajo.

El sector cocina tiene una estructura centralizada que debe cubrir todo el Hospital. La atención al paciente está organizada por piso y por alas. Se atiende en nueve pisos. El servicio cuenta con veintiséis tisaneros en la mañana y veintinueve tisaneros en la tarde. El personal es muy heterogéneo, con diferentes orígenes sociales. Predomina el sexo femenino, aunque en el sector producción la mayoría son hombres. Es una de las cocinas más grandes del sector de salud del Uruguay. En la mañana, cuando se prepara la comida, es el momento en que la cocina cuenta con más personal; se pueden encontrar alrededor de dieciocho funcionarios, de los cuales la mayoría debe trabajar como cocinero.

El sector es un depósito de personal con dificultades de conducta, que fue trasladado a la cocina como mecanismo de castigo. Sin embargo, la conducta de los trabajadores no constituye una dificultad seria para el sector. Existe un estricto control jerárquico que permite regular la conducta de los trabajadores en el proceso productivo. Tanto el trabajo del cocinero como el de tisanería están bajo man-

dos directos. El tisanero, por ejemplo, está bajo el mando del nutricionista. Debe estar atento no sólo a la dieta, sino a los casos que tienen dietas especiales; la atención y el seguimiento constante que se debe prestar a las actividades laborales operan también como mecanismos de control de la conducta del personal. A diferencia de la autonomía con la que cuentan los trabajadores en otros sectores del hospital, en el sector cocina existe una especie de “taylorización” del trabajo, que opera, a su vez, como mecanismo de disciplinamiento de la mano de obra. El carácter “taylorista” del proceso de trabajo del sector de cocina es, sin duda, la razón que explica el traslado de personal con problemas de conducta al sector cocina. El traslado opera como mecanismo de castigo para los trabajadores y como mecanismo de control y disciplinamiento para las autoridades del Hospital.

Sin embargo, pese a este componente taylorista que está en presente el diseño del proceso de trabajo, en el sector cocina existen distorsiones importantes en el funcionamiento organizacional que generan exposiciones permanentes al riesgo. En este caso, las distorsiones son generadas por dos factores: el ausentismo crónico y la ausencia de una autoridad formal que establezca normas de cooperación en el trabajo.

Uno de los mayores problemas del sector, que repite pautas ya señaladas en otros sectores del Hospital, es la escasez de personal y la inestabilidad del mismo. El ausentismo y la escasez de trabajadores generan las dificultades obvias de funcionamiento, además de sobrecargar el trabajo de los pocos que lo hacen. Si bien la dotación del personal es suficiente, el régimen de licencias médicas, licencias por estudios y todos los beneficios con que cuentan los trabajadores de Clínicas, estimulan el ausentismo crónico y obligan a las jefaturas a preocuparse a diario para suplir las faltas. Esto también ocurre en la producción. A su vez, el ausentismo es diferente en cada sector, lo que obliga a complicadas soluciones para cubrir los recursos humanos necesarios. El ausentismo es una fuente de conflictos y de tensiones permanente.

La cocina no cuenta con capataces que distribuyan las tareas. El cargo se perdió tiempo atrás por falta de presupuesto; el sector cuenta con una dietista que cumple las funciones de distribución y regulación de las tareas, pero en definitiva fueron los trabajadores los que debieron crear su propio sistema de distribución de tareas. Estos, por acuerdo interno y no por órdenes de la jefatura, establecieron un sistema de rotación de manera de contrarrestar la monotonía del trabajo y de equilibrar el desgaste físico. En verano la temperatura es muy alta cerca de los hornos, por lo que la rotación asegura que se distribuya el costo de las condiciones de trabajo negativas entre los diferentes trabajadores. El trabajo en los hornos también produce quemaduras, debido a la vetustez y a las dificultades de manejo de los mismos. La fritura de comida y la plancha tampoco son

tareas deseadas, debido a las altas temperaturas y a los riesgos de quemaduras. Tal como afirman los trabajadores, si las tareas mencionadas las realizaran siempre los mismos funcionarios, daría la impresión de que los mismos están sometidos a un castigo o una penitencia.

Este sistema es una fuente de desgaste y de conflictos internos para los trabajadores. En general los que tienen más antigüedad se colocan en la cocina, lo que genera en los más jóvenes disconformidad y cuestionamientos a la legitimidad de la autoridad de los más viejos. Es un hecho frecuente que los más jóvenes se nieguen a realizar las tareas que les encomiendan los de mayor antigüedad, en un contexto en el cual no existe ninguna autoridad que los pueda obligar.

Las relaciones con la jerarquía se han deteriorado mucho. Uno de los puntos de conflicto es el tema de la ausencia de capataz. Los trabajadores sienten que la Dirección no manifiesta interés ni ha realizado esfuerzos para cubrir esa vacante. Otro punto de conflicto es la sobrecarga de trabajo debido al ausentismo. Los trabajadores se oponen a cubrir los puestos de los ausentes, situación que se reitera con gran frecuencia.

“Las jerarquías no se responsabilizan por estos problemas. El sector requeriría alrededor de sesenta cargos de cocinero, que se fueron perdiendo a lo largo del tiempo. Por otra parte, se ha producido una disminución en el número de dietas, que pasó de 600 diarias a 450 en los últimos años.”³⁴³

Otro punto de conflicto es el relativo a los concursos y a los ascensos del personal. Muchos cargos concursados que tienen sus ganadores no fueron cubiertos. Esto genera conflictos de roles laborales: con frecuencia, cuando falta un cocinero, colocan a un trabajador de limpieza a realizar las tareas de cocina. Lo que ocurre es que, posteriormente, el trabajador no quiere volver a su puesto de limpiador. Por otra parte, si se equivoca en su trabajo y es llamado a responsabilidad, alega que no es cocinero. La falta de definición de las funciones es una fuente permanente de conflictos entre cocineros y limpiadores. Por su parte, los limpiadores no tienen capataces, lo que redundaría en una ausencia de planificación y de control del trabajo.

Los conflictos con los superiores jerárquicos impiden una buena traducción de las perspectivas de la dirección y de los trabajadores, y desarrolla un espacio de anomia muy fuerte, lo que tiene como consecuencia la ausencia de definiciones claras en relación a las funciones de los trabajadores, la planificación y el control del trabajo. Estos componentes agravan las dificultades de la organiza-

| 343 Entrevista realizada a un trabajador del Sector de Nutrición.

ción para dar cuenta de los riesgos inherentes a las condiciones de trabajo del sector.

La limpieza es uno de los temas centrales que no han sido resueltos de manera satisfactoria en el sector de cocina. En épocas anteriores la misma se realizaba en horario nocturno. Esta práctica se suspendió por la escasez de personal que adolecía el sector. Actualmente, es frecuente que, cuando falta un cocinero, se traslade al trabajo de cocina a un trabajador asignado a la limpieza. La escasez de personal y los frecuentes traslados para cumplir tareas de cocina, impiden que el trabajo de limpieza se realice de manera eficiente y con la cobertura necesaria. Si bien se entrena a los trabajadores de limpieza y se les orienta en el desempeño de sus tareas, como manera de mejorar el servicio, las dificultades señaladas más arriba conspiran contra la realización de los objetivos planteados.

El trabajo de producción es muy exigente desde el punto de vista físico: manejo de marmitas de mucho peso, almacenamiento de grandes cantidades de comida, etc. El esfuerzo físico que deben realizar los trabajadores para el transporte de los carros de comida es intenso. Son carros pesados, que muchas veces son arrastrados por mujeres. A su vez, la tarea de transportar los carros y de cubrir las comidas del turno, que está prevista para dos personas, con frecuencia, debido al ausentismo, la realiza un solo trabajador, lo que agrava el esfuerzo físico. Los trabajadores de cocina también deben transportar pesos importantes desde el sector almacenamiento, como la carne, cajas de verdura, etc.

El proceso de trabajo en la cocina comienza a las 6.30 de la mañana. Primero se cocina la verdura, luego los trabajadores desayunan, y después se cocinan las carnes y el pescado. A las 11 horas salen los carros de comidas para los pisos, lo que constituye el fin de la jornada de trabajo. En un día se pueden llegar a hervir 120 kg. de papas. Las reducciones de personal y la restricción presupuestal para realizar extensiones horarias dificultan el desarrollo del trabajo y el cumplimiento de las funciones. La extensión de la jornada de trabajo, que se limita a cinco horas, resulta corta para cumplir con las tareas asignadas. Las nutricionistas, por ejemplo, trabajan de lunes a viernes y los fines de semana lo hacen en régimen de guardia. Habitualmente trabajan entre ocho o diez personas en el área de producción, aunque debido al ausentismo, es frecuente que un solo cocinero tenga la responsabilidad de sacar toda la producción.

La instalación y funcionamiento de los aparatos de cocina adolece de fallas en todos los aspectos. Los hornos y la plancha son vetustos, las marmitas tienen pérdidas, etc. Otro riesgo importante es el piso de la cocina, que es muy resbaladizo. La grasa se cae frecuentemente y no hay suficiente personal de limpieza para mantenerlo limpio en todo momento. El Hospital de Clínicas entrega a los

trabajadores botas antideslizantes, aunque muchas veces no las utilizan porque son frías y pesadas.

La cocina no cuenta con picadores de verdura ni con ralladores; todo el trabajo de cortado y picado de la verdura se realiza manualmente, con un cuchillo. Esta tarea insume un promedio de dos horas diarias en una jornada de trabajo de seis. Además de enlentecer el procedimiento y de aumentar la carga física, existen riesgos de cortes.

“Años atrás el Hospital de Clínicas remodeló la cocina y entregó una cocina nueva en perfecto estado. Desde esa época, la cocina ha sufrido un deterioro constante, que la dejó en una situación calamitosa. En el momento de la entrega, había seis extractores que funcionaban bien; en la actualidad ninguno funciona. La ventilación es mala, los vidrios están rotos y los sistemas de apertura de las ventanas no funcionan. En invierno hay más frío en la cocina que afuera y en verano ocurre lo mismo con el calor.”³⁴⁴

La estructura de la planta física de la cocina tiene un diseño que resulta funcional para las necesidades del servicio. La distribución de los lugares es muy adecuada, aunque las distancias son muy grandes. Los proveedores pueden entrar directamente a la zona de almacenamiento sin interferir con las tareas asistenciales ni con las de cocina. Sin embargo, la infraestructura física tiene serios problemas de humedad, debido a que los extractores no funcionan. Tampoco cuenta con los niveles de higiene apropiados, debido a que el sector de almacenamiento es al mismo tiempo el sector donde se desechan los residuos de la cocina.

“En determinados momentos, la cocina sufrió la inundación de aguas servidas y la proliferación de roedores, que posteriormente se logró expulsar. Pese a estas dificultades, la producción no se detuvo; se debió simplificar el menú como solución de emergencia, pero se lograron mantener los niveles de calidad y de higiene en la preparación de las comidas. El personal afrontó las dificultades con decisión y energía y logró sacar adelante el trabajo en condiciones por demás adversas.”³⁴⁵

Uno de los riesgos más importantes para la salud de los trabajadores del sector cocina es la temperatura ambiental, que varía de muy fría en invierno a muy calurosa en verano. También hay fuertes corrientes de aire que perjudican la salud, debido a la falta de vidrios en las ventanas y la rotura de los cierres de hierro. Los trabajadores deben entrar y salir de manera frecuente de las cámaras de frío donde se almacena la carne, la verdura y los lácteos.

³⁴⁴ Entrevista realizada a la Dirección del Sector de Nutrición.

³⁴⁵ Ídem.

Los accidentes más comunes son quemaduras graves al abrir la llave de paso de los hornos, caídas y cortes. Este riesgo se agrava con el ausentismo, que recarga las tareas, y con el carácter obsoleto de los instrumentos de trabajo. Las papas se cocinan en canastos hirviendo que pesan 40 kg. y que, por falta de mantenimiento, no tienen asas de donde agarrarlos. Las caídas se deben al estado resbaladizo del piso, lo que se acentúa con la grasa que cae de las hornallas. La mayoría de los trabajadores han sufrido caídas y golpes por esa causa. A su vez, el corte de la verdura y de la carne se hace en forma manual, lo que aumenta el riesgo de accidentes. La política que intenta implementar la jefatura del sector es la compra de verdura y carne semiprocesada, como mecanismo de reducción de los accidentes de corte. Otro beneficio de adquirir comida semiprocesada es el alivio de la carga física en el proceso de almacenamiento y transporte de alimentos. Estas propuestas aún no han tenido respuestas favorables.

En su relación con los diferentes sectores del Hospital de Clínicas, los mayores conflictos del sector de cocina se producen con el sector de mantenimiento. Las quejas del sector de cocina pasan por la falta de disposición al trabajo que parecen tener los trabajadores de mantenimiento. Este sector adolece también de falta de personal, aspectos que se traducen en la ausencia de un mantenimiento adecuado de los equipamientos de cocina y de la infraestructura física. Este mantenimiento se vuelve imprescindible para el funcionamiento de la cocina, dada la vetustez del equipamiento existente y la restricción presupuestaria que impide la compra de nuevos equipamientos. La dependencia que tiene el sector cocina respecto a la actividad de mantenimiento explica la relación particularmente conflictiva que se da entre estos dos sectores. Esta relación difícil, de dependencia y de conflictos permanentes, entre el sector de cocina y el sector de mantenimiento, conforma una zona de riesgo, ya que las posibilidades de accidentes en el sector de cocina estarán en función del desarrollo de esta relación.

La formación de cocinero se realiza en el trabajo, en contacto con trabajadores de mayor experiencia. Los trabajadores han pedido cursos de capacitación, pero la ausencia de recursos y el hecho de que la actividad de cocina no sea prioritaria han determinado que las demandas no prosperen. La ausencia de formación agrava la situación de anomia y las distorsiones de funcionamiento señaladas en el sector.

La satisfacción con el trabajo parece asociado, en el caso del sector de Nutrición, con la libertad e independencia que tienen al desempeñar la tarea. Esta percepción la tienen, en particular, las dietistas. En el Hospital de Clínicas, en tanto institución pública universitaria, las dietistas sienten que tienen más autonomía en el trabajo que en el sector privado. No existen las presiones ni el control de los médicos ni de los pacientes que se encuentra en el área privada. Mientras

el médico de una mutualista privada pasa visita tres veces por día, en el Hospital de Clínicas los médicos sólo hacen visitas por la mañana. Por otra parte, siempre realizan consultas o solicitan la presencia de las dietistas con las cuales discuten todo lo concerniente a las dietas.

Como conclusión, podemos decir que en este sector, la ausencia de autoridad formal genera un espacio de regulación autónoma que se convierte en una fuente de tensiones y de distorsiones de funcionamiento en las rutinas de trabajo, agravando la exposición al riesgo que sufren los trabajadores. El grupo de trabajo se mostró incapaz de resolver autónomamente la situación de anomia institucional; por el contrario, la regulación autónoma agravó las tensiones existentes por la falta de autoridad formal aumentando los componentes de riesgo sistémico en el sector. La ausencia de una autoridad formal ha obligado al grupo de trabajadores del sector de cocina a establecer normas autónomas de cooperación en el trabajo. Esta actividad de regulación no implica, en este caso, un aprendizaje organizacional que se traduzca en una mejor gestión del riesgo en las condiciones de trabajo. Por el contrario, el sector ha mostrado una incapacidad para establecer normas de cooperación internas que tengan legitimidad al interior del grupo. La ausencia de autoridad ha sido un espacio de elaboración de respuestas autónomas, pero que no han generado la suficiente legitimidad y confianza entre los trabajadores. Por el contrario, se constituyeron en un factor de anomia y de conflicto permanente y en una fuente de riesgo sistémico.

4.14. La función de la antigüedad: el Sector de Policlínicas

El análisis del Sector de Policlínicas nos muestra uno de los sectores que más se ven afectados por las condiciones de la infraestructura material del Hospital. La jefatura del área debe coordinar el trabajo de un equipo de auxiliares y licenciadas en enfermería del primer y séptimo piso del Hospital, que comprende clínica psiquiátrica, neurológica, urológica, odontológica, tres policlínicas quirúrgicas, tres clínicas médicas, dermatología, cardiología y clínica de anestesia. El sector cuenta con cuatro licenciadas de enfermería y treinta y siete auxiliares de enfermería. También participan estudiantes de medicina, psicología, administración, etc.

Como vimos en el Sector de Urgencias, en las enfermeras de este sector existe una tendencia a realizar un trabajo más administrativo que asistencial, debido a la complejidad creciente que impone el manejo del personal. Si bien el sector se planteó como objetivo desarrollar una política asistencial que tomara al paciente como ser integral –trabajando con los familiares y con el medio social–, las insu-

ficiencias presupuestales del Hospital impidieron cristalizarla. El desborde de trabajo lleva a que el personal de enfermería supla otras tareas: limpieza, mensajería, confección de registros médicos, etc. Esto conduce a una duplicación de tareas que también es una fuente de riesgo.

En el trabajo aparecen diferentes zonas de riesgo. La primera está vinculada a la infraestructura física y a las condiciones de trabajo. El sector parece ser uno de los que está en peores condiciones en el Hospital. Las cañerías se tapan y obliga, los días de lluvia, a trabajar con el agua por arriba de los pies. También se desbordan las aguas servidas, la luz es deficitaria, se corren riesgos de cortocircuitos, etc. Por otra parte, debido a la cantidad de pacientes que tiene el sector no se pueden cancelar las consultas cuando hay problemas de infraestructura. Esto implica que resulte normal que pacientes deprimidos, con trastornos psiquiátricos, sean atendidos en lugares lúgubres, sin luz, con entradas de agua, etc. Algunas clínicas están en condiciones relativamente más favorables, porque reciben el sol.

La limpieza es otra zona de riesgo, debido al escaso personal con que cuenta y a las dificultades para desarrollar la tarea. Otro riesgo es la colocación de catéteres bajo pantalla, lo que genera radiaciones nocivas a la salud. En estos momentos se están instrumentando medidas de protección, en tanto al personal se le controla la medición de radiación. Por otra parte, es un riesgo que no se conoce con claridad.

Pese a las deplorables condiciones de trabajo del sector, los niveles de ausentismo son menores que en otros sectores. El sector se compone de trabajadores que han sido trasladados de otros sectores por problemas de conducta. Sin embargo, el enfrentar condiciones de trabajo adversas parece generar un clima de trabajo y un vínculo emocional especial. Las dificultades se enfrentan con humor y buena voluntad. La antigüedad se constituye también en un factor positivo para el desempeño del trabajo, en la medida en que las generaciones más viejas tienen más internalizada que las actuales la mística del Hospital de Clínicas, donde prevalece la imagen de una institución que cumple una función social relevante en términos asistenciales y formativos. El desarrollo de esta mística está asociada a los procesos ideológicos y políticos que tuvieron su mayor expresión en los años sesenta y principios de los setenta, por lo que resulta obvio que esté presente con mayor fuerza en los trabajadores de mayor antigüedad.

“La antigüedad de los funcionarios es un factor que incide positivamente en el desempeño de la tarea. A diferencia de otros espacios de trabajo, donde existe una tendencia a que el personal de más antigüedad y menor nivel de calificación sea desplazado por personal más joven y con niveles más altos de calificación, en este sector, el rendimiento

de los trabajadores que tienen años de trabajo hospitalario es mayor que el de los jóvenes, pese a las diferencias de niveles educativos."³⁴⁶

Esta paradoja se explica, en parte, por las difíciles condiciones de trabajo que deben enfrentar los trabajadores del sector. La internalización de estas condiciones en términos de pautas de conducta cotidiana, que disminuyan los niveles de riesgo presentes en el trabajo, es un proceso de largo plazo. No resulta extraño, entonces, que sean los trabajadores de mayor antigüedad, que incorporaron las rutinas específicas del trabajo, los que se desempeñen mejor, frente a aquellos que tienen las habilidades generales internalizadas en el proceso educativo pero no las adaptaciones específicas a las condiciones de trabajo existentes.

En este sector, al igual que en el sector de Urgencias, el desarrollo de fuertes culturas grupales y la internalización de las pautas de conducta desarrolladas en condiciones de trabajo riesgosas y en un contexto material y físico completamente deteriorado, permite la construcción de rutinas laborales que ayudan a enfrentar y a gestionar los componentes de riesgo sistémico presentes en la organización. El ejemplo muestra que la formación especializada, reclamada en otros sectores por los trabajadores, no constituye necesariamente un factor positivo frente a las situaciones de riesgo. Por el contrario, la experiencia y la adhesión a las normas grupales pueden constituirse en factores de aprendizaje organizacional de la gestión del riesgo, más allá de la formación especializada.

4.15. Ausentismo y sobrecarga de trabajo como factor de riesgo en los Servicios de Hospitalización Quirúrgica y en el Centro de Tratamiento Intensivo

Por último, el sector de Hospitalización Quirúrgica y el Centro de Cuidados Intensivos son los que más se ven afectados por los problemas de organización del trabajo y el ausentismo crónico de los trabajadores.

La actividad de internación quirúrgica es concretamente asistencial, y se realiza en un piso quirúrgico con cinco áreas de internación y tres áreas de atención: cirugía de otorrinolaringología, cirugía en general y cirugía oftalmológica, que constituyen tres clínicas complejas en términos de funcionamiento. El número de internados es alto, lo que implica que muchas veces la sala no permita más ingresos y que en ocasiones se restrinja las operaciones por falta de personal. Las operaciones que se realizan de manera más frecuente en el área de otorrinolaringología son los neoplasmas; con menor frecuencia se realizan operaciones de oídos y

| 346 Entrevista realizada a la Dirección del Sector de Policlínicas.

de narinas. También se tratan pacientes en radioterapia y en ocasiones se realizan operaciones de bocio o traumatismo. En el área de oftalmología se realizan procedimientos de rutina como cataratas y glaucoma.

La nurse jefe es la responsable de la asignación de los recursos humanos en los diferentes turnos. La dotación de funcionarios es baja: hay veintitrés auxiliares de enfermería y seis licenciadas cuando el sector precisaría alrededor de quince. Las tareas de la jefatura incluyen tareas de asistencia y administración: vigilar que se cubran todos los turnos, ocuparse de los problemas de la planta física, controlar que se administre la medicación de los pacientes, coordinar los diferentes estudios, etc.

En el sector existe un riesgo de carácter psíquico debido a la presión a la que están sometidas las enfermeras por la ausencia de personal. Frecuentemente las demandas superan las posibilidades en términos de recursos humanos. También hay fuertes presiones por parte de los familiares, que exigen niveles de calidad de atención que el servicio no puede brindar. Los riesgos físicos son menores, debido a que las enfermeras cumplen con los procedimientos técnicos adecuados y toman las precauciones indicadas. De todas maneras, existen ocasionalmente accidentes, entre los cuales el más común es el pinchazo con sangre contaminada.

Existen procedimientos para descartar la basura, y en especial las jeringas, que reducen los riesgos de accidentes. La jeringa, una vez usada, se tira a la basura, en tanto la aguja se desecha en el recipiente adecuado. Esta rutina se cumple de manera cuidadosa, sobre todo por las enfermeras, en las cuales los médicos delegan la responsabilidad.

“El manejo de medicación también es un riesgo, aunque en el centro no se manejan fármacos de alto riesgo, como los citostácticos. Las zonas de radiación exigen un cuidado especial: se debe prevenir que la radiación no alcance a niños en situación de lactancia o a mujeres embarazadas, que es la población de riesgo en este tipo de situaciones. En términos de infraestructura, la situación más deficitaria es la mala calidad de la iluminación por la falta de bombitas de luz. El personal debe llevar linternas en los bolsillos si debe realizar actividades de asistencia como la colocación de una vía venosa. En ocasiones hay que trasladar el carro de medicación a un lugar que cuente con luz apropiada. También se sellaron las ventanas por falta de vidrios.”³⁴⁷

Sólo los baños de dos de las salas están en condiciones de ser utilizados. Por su parte, los pacientes no sólo los usan como baños sino también como basureros. Los baños quedan tapados y no pueden ser utilizados por el personal para las

| 347 Entrevista realizada a la Dirección de Hospitalización Quirúrgica.

tareas asistenciales. Esta situación es un factor de riesgo en la medida en que en ese estado, los baños son un factor permanente de generación de gérmenes.

La limpieza es muy deficitaria debido a la falta de personal. En numerosas ocasiones hay una sola funcionaria para hacer la limpieza diaria de toda el área. Por otra parte, la limpieza del piso es una tarea compleja, debido a las diferentes especialidades quirúrgicas que se desarrollan. El personal de limpieza es estable y realiza esfuerzos que van más allá de lo prescripto en su tarea, cuando la situación lo requiere.

“La relación informal entre los trabajadores de limpieza y las enfermeras es positiva. En este sector las enfermeras no tienen una actitud de desvalorización hacia el trabajador de limpieza como se vio en otros sectores del Hospital. Por el contrario, existe un sentimiento de equipo, que resulta útil y funcional para afrontar las complejidades de la tarea que se desarrolla en el sector. Las relaciones de trabajo entre licenciadas y las auxiliares de enfermería también son positivas. Las dificultades pasan por el fuerte ausentismo que se verifica entre las auxiliares de enfermería. La mayoría tiene doble o triple empleo, lo que se traduce en una excesiva carga física y mental que explica las altas tasas de ausentismo.”³⁴⁸

La Dirección del Hospital se ha mostrado receptiva frente a diferentes demandas que ha planteado el sector, en términos de equipamiento, mantenimiento, etc. Las dificultades mayores se plantean por la ausencia, debido a los concursos implementados en el Hospital, de un supervisor inmediato a la jefatura del sector. Esto hace que las demandas del sector deban plantearse directamente ante la Dirección del Hospital, lo que constituye un procedimiento más lento y más complejo, que exige más esfuerzo y dedicación a las encargadas del sector.

En lo que concierne al CTI, el sector cuenta con aproximadamente cuarenta auxiliares de enfermería, nueve licenciadas y ocho auxiliares de enfermería. Desde el punto de vista material cuenta con sólo ocho camas divididas en dos áreas. Las mayores dificultades del sector están relacionadas, como se analizó en otros sectores del Hospital, a la falta de personal y al ausentismo crónico. Como ocurre en todo el Hospital, el ausentismo se agrava por las facilidades relativas que brinda el Hospital de Clínicas, como institución pública y universitaria, frente a otras instituciones. Cuando hay que faltar, el personal, que en su mayoría tiene doble o triple empleo, lo hace en el Hospital, porque es donde se pagan los salarios más bajos y porque es donde existen más beneficios y facilidades para hacerlo. En numerosas ocasiones las jefas pierden toda la mañana buscando suplentes para ocupar el lugar de los que faltaron.

| 348 Ídem.

“El hecho de trabajar bajo presión permanente es un factor de riesgo constante. El ritmo de trabajo apurado que impone la urgencia aumenta los riesgos de lesiones, pinchazos, etc. El sector tiene carencia de materiales como jeringas, guantes, agujas, etc. Cuando precisa este tipo de material, debe pedirlo a otros sectores, con las distorsiones y tensiones que este proceso conlleva.”³⁴⁹

Las dificultades con el equipamiento son un problema permanente del sector. Los equipos son viejos y el costo del mantenimiento impide que se mantengan en buen estado. Este hecho provoca mucha tensión entre las enfermeras y el personal de asistencia.

“La política de compras del Hospital no parece haber tenido buenos resultados. En el momento en que el Hospital compró los respiradores, decidió adquirir, por razones financieras, los más baratos; en la actualidad se encuentran todos fuera de funcionamiento. El deterioro de la planta física también es consecuencia de la falta de mantenimiento. Las canillas se tapan, las ventanas no tienen cortinas y los pacientes están expuestos al sol en pleno verano. Las enfermeras intentan remediar la situación colocando papeles o trapos para contener el sol, pero de todas maneras, en pleno verano, la temperatura de las habitaciones es muy alta.”³⁵⁰

La higiene del local tampoco cuenta con los niveles deseados. Las demandas de los médicos y los problemas para conseguir camas generan mucha presión sobre el trabajador de limpieza, que en numerosas ocasiones se ve atrapado en la confusión del ritmo acelerado del trabajo, y pierde control sobre su propio trabajo.

La ausencia de camas es un factor de distorsión en el funcionamiento del CTI. Hay pacientes que se quedan en el sector más tiempo del necesario por la falta de camas, cuando el mismo está pensado para una atención rápida. También se producen tensiones entre las enfermeras y los médicos, debido a que éstos utilizan el Hospital para desarrollar nuevas técnicas de tratamiento sin tener en cuenta los recursos materiales y humanos disponibles. El trabajo de la enfermera de CTI implica un desgaste emocional muy fuerte, debido al fuerte involucramiento que se produce en el personal con el paciente y con su trabajo. Este involucramiento es un factor positivo en términos de desempeño de la tarea, pero también es al mismo tiempo una fuente de desgaste emocional muy fuerte.

Las distorsiones de funcionamiento y el ausentismo crónico son un factor de riesgo sistémico en toda la actividad del Hospital de Clínicas. Las malas condi-

³⁴⁹ Entrevista realizada a la Dirección del Centro de Tratamientos Intensivos.

³⁵⁰ Ídem.

ciones de trabajo presionan para que el trabajador no se sienta satisfecho con el mismo, faltando más de lo normal, o a que busque otros empleos complementarios fuera del Hospital, en los que pone más interés y dedicación, relegando la actividad del Hospital a una ocupación secundaria. Esta situación agrava la carga de aquellos que sienten más compromiso con su tarea o que desarrollan valores en los cuales se priorizan el servicio y la atención de salud a la comunidad, más allá de cualquier situación laboral. El ausentismo crónico tiene, en este sentido, un efecto contradictorio. Por un lado agrava las posibilidades de riesgo debido al aumento en la carga del trabajo de los que se comprometen con su labor. Por otro lado, actúa como factor de cohesión y de fortalecimiento grupal de aquellos que desarrollan un vínculo positivo con la tarea. Tal como ha sido señalado más arriba, las condiciones de riesgo sistémico del Hospital de Clínicas generan un proceso de selección muy veloz; aquellos que no logran adaptarse a estas condiciones, abandonan el trabajo, cuando pueden, o bien desarrollan conductas ausentistas que muestran la escasa valoración que le dan a la actividad del Hospital. Los que se adaptan, desarrollan valores grupales y normas de conducta que permiten compensar las deficientes condiciones de trabajo y construir respuestas colectivas para enfrentar las situaciones de riesgo.

CONCLUSIONES DEL SEGUNDO CASO

El trabajo intentó mostrar cómo una organización compleja como el Hospital de Clínicas, institución hospitalaria universitaria, produce necesariamente zonas de riesgo permanentes, debido a la imposibilidad, dada su complejidad, de lograr una adaptación ajustada a las diferentes y contradictorias necesidades que le exige, tanto el medio interno, como el externo. La presencia de riesgos sistémicos obliga a que exista, en el Hospital, un proceso permanente de selección de riesgos, a partir de la aceptación implícita de la imposibilidad de alcanzar un nivel de riesgo cero. La selección de riesgos se constituye en un proceso de construcción social implícito, donde intervienen los códigos dominantes en la institución y los diferentes intereses y valores de los grupos y segmentos laborales presentes en el Hospital.

Una de las primeras dificultades que muestra el análisis es que, debido a las transformaciones que se produjeron en el sistema de salud uruguayo, en el Hospital no existen códigos dominantes, sino que coexisten, al igual que en la rama de la construcción, diferentes “mundos”: el “mundo” científico, representado por

el segmento médico; el “mundo” industrial, representado por los sectores administrativos; y el “mundo” doméstico, representado por los trabajadores. Esta coexistencia de “mundos” regidos por principios diferentes, impiden que exista un código común que oriente las conductas de los individuos.

Como consecuencia de la coexistencia de diferentes mundos, en el Hospital parecen coexistir diferentes fuentes de legitimidad: la estructura formal, el conocimiento técnico, el conocimiento práctico, etc. La presencia de estas diferentes fuentes de legitimidad parece tener múltiples consecuencias: en algunos casos implica una constante negociación de las reglas de cooperación en el trabajo, lo que se traduce en la existencia, en algunos sectores, de demandas contradictorias, en la medida en que no se logran construir reglas de funcionamiento consensuales. Por otro lado, la ausencia de un sistema de autoridad claramente establecido, sobre el cual se asiente la legitimidad de las reglas de cooperación y de autoridad, genera procesos de regulación autónoma entre los trabajadores. Las normas de funcionamiento y las rutinas laborales son creadas y sostenidas, en numerosas ocasiones, por los propios trabajadores, creando espacios de regulación que guardan importantes grados de autonomía en relación a las normas establecidas del Hospital. Estos espacios de regulación autónoma permiten que el trabajo del Hospital, pese a su complejidad, se realice; pero son, al mismo tiempo, un espacio que genera zonas de riesgo permanentes.

La existencia de demandas contradictorias, aspecto que se da especialmente en el trabajo de las enfermeras, generan en los trabajadores respuestas autónomas, que desbordan las normas técnicas establecidas para el trabajo asistencial y que construyen espacios regulados por normas establecidas por los propios actores laborales. En otros casos, la falta de legitimidad en la autoridad formal genera también espacios en los cuales los trabajadores regulan las normas de cooperación en la tarea, lo que se traduce en conflictos permanentes y produce un fuerte desgaste en el grupo. Los espacios de autonomía se transforman en una carga que los propios trabajadores asumen por necesidad, pero que rechazan como mecanismo permanente del proceso de trabajo. El interés, en apariencia contradictorio, que tienen los trabajadores en establecer una escala de jerarquías estable, se funda en este permanente estado de conflicto que se da en los espacios de regulación autónoma.

Pero el desarrollo de espacios de regulación autónoma también tiene aspectos positivos: la autonomía que tienen, está profundamente asociada a la satisfacción en el trabajo que se encontró entre los trabajadores del Hospital. Pese a las pésimas condiciones de trabajo y a los bajos salarios, la presencia de desafíos permanentes en el proceso de trabajo, no prescritos por las rutinas de éste, es una fuente de motivación y de cohesión grupal. La elaboración de fuertes valores

de solidaridad y de culturas grupales específicas, que mantienen la cohesión interna, son condiciones imprescindibles para mantener la continuidad de la tarea y para enfrentar los riesgos permanentes que están presentes en la institución. Estas culturas de grupo suplen las carencias materiales, organizacionales y cognitivas de los trabajadores, generando las condiciones para establecer relaciones de confianza en las rutinas cotidianas del Hospital.

Otra consecuencia de la laxitud de las normas de funcionamiento de la institución es el continuo balance entre ausentismo y sobretrabajo que se verifican en las actividades laborales del Hospital. La presencia de normas legales, que dan derechos y beneficios especiales en materia de licencias, la estabilidad laboral debido al carácter público de la actividad y la ausencia de controles rigurosos, explican el fuerte ausentismo del Hospital. Por otra parte, el creciente aumento de las exigencias, la falta de recursos y el propio ausentismo, tienen como consecuencia el sobretrabajo para la mayoría de los trabajadores. Este desequilibrio entre ausentismo y sobretrabajo se ve, en parte, compensado por la elaboración de normas grupales que castigan de manera informal al trabajador que falta, haciendo recaer el trabajo en los demás. Por otra parte, el sistema de evaluación, por lo menos a través de lo que se ha manifestado en las entrevistas realizadas, no parece constituirse en un factor de premio o castigo en relación a este tema.

El desequilibrio entre ausentismo y sobretrabajo es un factor de riesgo permanente en la institución, en diferentes dimensiones. Por un lado, el sobretrabajo aumenta las posibilidades de accidentes debido al aumento en la intensidad del ritmo de trabajo y a la fatiga que provoca. Por otra parte, la ausencia de un sistema claro de castigos y recompensas debilitan la confianza de los trabajadores en las normas institucionales y en las autoridades que las implementan y aumenta la incertidumbre acerca de cuál es el comportamiento deseable. La incertidumbre y la desconfianza en las normas institucionales son, también, fuentes de riesgo permanente, en la medida en que vuelven cada vez menos predecibles los comportamientos de los individuos en los procesos de trabajo.

Al mismo tiempo, el ausentismo crónico es un factor de desarrollo de normas y valores grupales que compensan esta deficiencia estructural y aseguran la cohesión del grupo y la posibilidad de cumplir con las tareas. Este conjunto de normas y valores elaborado autónomamente por los grupos de trabajo del Hospital permite el desarrollo de respuestas colectivas que reducen los componentes de riesgo sistémico presentes en la organización.

La falta de formación especializada para los trabajadores de los diferentes servicios considerados es también un obstáculo al desarrollo de rutinas laborales que reduzcan el riesgo sistémico. Esta ausencia de formación es valorada como

negativa por todos los sectores del Hospital; sin embargo, la experiencia laboral y la adhesión a las normas grupales pueden compensar esta falta de formación y constituirse en factores de aprendizaje de la gestión del riesgo.

Los trabajadores del Hospital de Clínicas tienen una conciencia bastante desarrollada de los riesgos inherentes a su actividad laboral, con independencia de la ocurrencia de daños concretos a la salud de los mismos. Sin embargo, pese a ese nivel de desarrollo, la percepción y representación del riesgo no es homogénea entre los trabajadores de un mismo sector o actividad, y menos aún entre trabajadores de diferentes sectores. La percepción del riesgo parece depender de diferentes factores, entre los cuales podemos remarcar la mayor o menor visibilidad de los mismos y su carácter inmediato o mediato.

Esta falta de homogeneidad muestra el escaso desarrollo de una “cultura de riesgo” compartida por los integrantes de la organización, que permita el desarrollo de acciones colectivas para mejorar las condiciones de trabajo. Por el contrario, la “cultura de riesgo” es sustituida por lo que hemos denominado como “cultura del deterioro”, marcada por reacciones y actitudes aisladas y poco institucionalizadas en relación a las condiciones de riesgo en el trabajo. La coexistencia de diferentes códigos y de diferentes fuentes de legitimidad en el Hospital, requiere de un proceso de traducción para lograr establecer criterios y normas de comportamiento consensuales, pero este proceso de traducción se ve obstaculizado por la incapacidad de los actores de establecer niveles de confianza mínimos que permitan alcanzar relaciones de comunicación adecuadas para el desarrollo de este proceso.

En el caso del Centro de Materiales del Hospital de Clínicas, la definición y negociación de los umbrales aceptables de riesgo se constituyó en un proceso implícito, en el cual la falta de confianza presente en las relaciones de autoridad impidió eliminar la incertidumbre y la inseguridad frente al riesgo impuesto por la incorporación de equipamiento tecnológico más avanzado. La existencia de equipamiento técnico sofisticado para la medición de los umbrales de riesgo aceptables no fue suficiente para crear relaciones de confianza en el personal del Centro de Materiales en relación a la utilización de la nueva tecnología. La construcción de relaciones de confianza parece estar asociada a procesos más complejos, que no se reducen a la construcción o aplicación de útiles de medición o de gestión, sino que se inscriben en contenidos sociales profundos, que requieren de un proceso de aprendizaje organizacional largo y complejo, marcado por el conflicto y la negociación, hasta lograr un comportamiento ajustado a normas consensuadas.

El caso del Centro de Materiales mostró también la resistencia de las autoridades del Hospital a reconocer la existencia de riesgos sistémicos en la organización. Esta resistencia impide que la institución aproveche las respuestas autónomas de los trabajadores y la actividad de regulación desarrollada por los mismos. El desarrollo de culturas locales basado en un conocimiento cotidiano de las condiciones de riesgo no ha sido capitalizado por la organización ni incorporado como parte de un proceso de aprendizaje organizacional de gestión del riesgo que tome en cuenta este conocimiento colectivo e invisible de los trabajadores. Los procesos de regulación autónoma constituyen respuestas aisladas y puntuales que no se plasman en rutinas cotidianas que aseguren la confianza necesaria para reducir los componentes de riesgo sistémico de la organización.

La falta de comunicación, la ausencia de confianza y de una “cultura de riesgo” plenamente elaborada dificultan la traducción entre la lógica técnica de las autoridades del Hospital y la lógica práctica de los trabajadores. Las relaciones de poder implícitas o explícitas presentes en la institución, marcadas por la existencia de fuertes desequilibrios, conflictos permanentes entre grupos corporativos, falta de transparencia en la información y ausencia de autoridad legítima, obstaculizan el desarrollo de una perspectiva común en torno al riesgo.

Como consecuencia de estas condiciones, el aprendizaje organizacional de la gestión del riesgo es aún incipiente; los trabajadores perciben el riesgo como un componente exógeno, que debe ser resistido y criticado; las autoridades se resisten a admitir su existencia, atribuyéndolo a las características individuales de los trabajadores: ignorancia, temores injustificados, problemas psicológicos. En este contexto, no existe adquisición de nuevos conocimientos ni modificación de rutinas, reglas de acción o representaciones; lo que existe es un aprendizaje organizacional restringido, basado en el desarrollo de “rutinas defensivas”, que fijan los comportamientos individuales y colectivos, sin corregir las representaciones que guían las estrategias de acción; estas “rutinas defensivas” no modifican la gestión del riesgo sino que, por el contrario, generan nuevos disfuncionamientos en la institución y nuevas zonas de riesgo.

La “cultura del deterioro” presente en la actividad del Hospital de Clínicas se constituye en el conjunto de “rutinas defensivas” elaboradas de manera autónoma por los trabajadores del Hospital para dar respuesta a los riesgos sistémicos de la organización. Pero las respuestas conducen a nuevos riesgos, sin que la institución logre desarrollar una gestión del riesgo que institucionalice las soluciones aisladas y locales implementadas por los trabajadores en sus diferentes ámbitos de trabajo.

En síntesis, el análisis del funcionamiento de la gestión del riesgo en un sistema organizado, como lo constituye el Hospital de Clínicas, muestra la ausencia de una “cultura de riesgo” plenamente elaborada que establezca los códigos de conducta dominantes para la orientación de la acción de los actores. Tampoco existen las condiciones de confianza, en relaciones cara a cara, que permitan establecer y consolidar rutinas organizacionales frente al riesgo sistémico. La actividad de regulación de los diferentes actores involucrados es abundante, pero no desemboca en el establecimiento de reglas informales que contribuyan a reducir los espacios de riesgo sistémico. Se trata más bien de una regulación compensatoria, que establece rutinas defensivas frente al riesgo, pero que no configuran soluciones estables y de larga duración.

En este contexto, la definición de los umbrales aceptables de riesgo es prácticamente inexistente. Si bien estamos en presencia de un sistema con actores claramente constituidos, en un sistema formalizado y jerarquizado, la ausencia de autoridad legítima y de códigos de conducta compartidos, impide el establecimiento de acuerdos mínimos que definan niveles de riesgo aceptables. Al igual que en el caso anterior, estamos en presencia de un sistema experto que produce riesgos sistémicos, pero en el cual la presencia de nuevas lógicas de acción es muy incipiente. La racionalidad estratégica y la lucha de posiciones siguen siendo las lógicas prevalecientes; las nuevas formas de acción se desarrollan de manera esporádica y puntual, compensando los vacíos de una institucionalidad formal con bajos niveles de legitimidad, pero sin constituirse en lógicas alternativas de acción.

