

# EL CAPITALISMO ORGANIZACIONAL COMO FACTOR DE RIESGO PSICOSOCIAL: EFECTOS PSICOLÓGICOS COLATERALES DE LAS NUEVAS CONDICIONES DE TRABAJO EN HOSPITALES Y UNIVERSIDADES DE NATURALEZA PÚBLICA. RESULTADOS SANTANDER, COLOMBIA

The Organizational Capitalism as a Psychosocial risk factor:  
psychological collateral effects of the new working conditions in hospitals  
and universities of public nature. Results in Santander, Colombia

Johanna Garrido Pinzón\*

*Universidad Pontificia Bolivariana (Colombia)*

Josep María Blanch Ribas\*\*

*Universidad Autónoma de Barcelona (España)*

Ana Fernanda Uribe-Rodríguez\*\*\*

Johana Flórez Acevedo\*\*\*\*

Magda Carolina Pedrozo Sánchez\*\*\*\*\*

*Universidad Pontificia Bolivariana (Colombia)*

Fecha de recepción: 30 de abril de 2011  
Fecha de aceptación: 16 de septiembre de 2011

\*Psicóloga, especialista en Planeación, Gestión y Control del Desarrollo Social.  
Grupos de Investigaciones:

(i) Trabalho no contexto atual: estudos críticos em Psicologia Social da Pontificia Universidade Católica de Campinas -PUCC- (Brasil). (ii) Productividad y Competitividad de la Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga -UPB- (Colombia). Dirección: Rua Catharina Signori Vicentin 34, apto. 01. Campinas, São Paulo, Brasil. Teléfono: (55) (19) 96794803. johannagarrido28@gmail.com. Proyecto financiado por la Dirección General de Investigación (DGI) de la Universidad Pontificia Bolivariana, Código 062-11-08-3100.

\*\*Doctor en Psicología-Universidad de Barcelona-España. Profesor catedrático del Departamento de Psicología Social Aplicada de la Universidad Autónoma de Barcelona, España. josepmaria.blanch@uab.cat.

\*\*\*Doctora en Psicología Clínica y de la Salud-Universidad de Granada-España. Profesora asociada y directora de la Facultad de Psicología de la Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga. Grupo de Investigación de Productividad y Competitividad de la Universidad Pontificia Bolivariana. ana.uribe@gmail.com; anafernanda.uribe@upb.edu.co.

\*\*\*\*Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.

\*\*\*\*\*Psicóloga, Universidad Pontificia Bolivariana, Bucaramanga.

### *Resumen*

En esta investigación se analiza la subjetivación laboral del capitalismo organizacional a partir de las construcciones de significado de los trabajadores de hospitales y universidades públicas desarrolladas según: a) percepciones del entorno laboral, b) experiencia y sentido del trabajo, c) impacto psicosocial percibido en la calidad de vida laboral y el bienestar psicológico, y d) estrategias y prácticas de afrontamiento individual y colectivo de las demandas organizacionales. El estudio se desarrolló a través de una investigación de tipo cualitativo en la que se utilizó el análisis del discurso. Paralelamente, se aplicaron técnicas cuantitativas a efectos de realizar una triangulación de métodos como estrategia de investigación. Se desarrollaron entrevistas sobre las experiencias laborales actuales de los profesionales, acompañadas de la aplicación del Cuestionario de calidad de vida laboral (Blanch, 2008). Algunos resultados destacan como aspectos positivos: el compañerismo y mejoramiento de materiales; y entre los aspectos negativos, la sobrecarga laboral, el tipo de contratación, inestabilidad laboral y baja remuneración salarial. **Palabras claves:** capitalismo organizacional, capitalismo académico, capitalismo sanitario, riesgo psicosocial laboral..

### *Abstract*

This research analyzes the labor subjectification of organizational capitalism, considering the construction of meaning of workers in hospitals and universities in the public sector, developed according to: a) perceptions of the working environment, b) experience and meaning of work, c) perceived psychosocial impact on the quality of working life and psychological well-being, and d) strategies and practices of facing collective and individual organizational requirements. The study was developed through a qualitative research, by using discourse analysis. In parallel, we applied quantitative techniques, performing a triangulation of the methods as a research strategy. We conducted interviews in-depth, about current work experiences of professionals, along with the application of the questionnaire entitled Calidad de Vida Laboral (Blanch, 2008). Some of the results point out positive aspects like fellowship and the improvement of materials, and, as negative aspects, the excessive workload, the type of contract, job instability and wage compensation. **Key words:** organizational capitalism, academic capitalism, health capitalism, psychosocial work risk.

## INTRODUCCIÓN

En los últimos años se ha desarrollado un nuevo esquema del capitalismo que ha ido afectando a universidades y hospitales de naturaleza pública (Aedo, 2000; Du Gay, 2003; Ibarra, 2003; Navarro, 1993, 2002; Osborne & Gaebler, 1994; Slaughter & Leslie, 1997; Ugalde & Homedes, 2005). Instituciones que tradicionalmente han sido percibidas como espacios de ética, de compromiso y de responsabilidad social con la salud, ahora se ven influidas por el denominado *capitalismo organizacional*. Este concepto es el modelo teórico que da cuenta del proceso de implantación del paradigma empresarial en instituciones públicas. Es precisamente el rediseño mercantil de la organización del trabajo en servicios públicos dependientes del Estado (Blanch & Cantera, 2009; Blanch & Stecher, 2009).

El capitalismo organizacional es el resultado de la globalización económica, la innovación tecnológica y, sobre todo, la flexibilización organizacional del trabajo. La globalización ha generado cambios significativos en el ámbito laboral, específicamente, en la economía, mientras que la internacionalización de las empresas ha propiciado un escenario laboral más competitivo, que exige el uso de fuertes presiones a fin de incrementar la productividad y disminuir costos (Antunes & Alves, 2004; Barattini, 2009; Bourdieu, 2000; Useche, 2002). La innovación tecnológica ha llegado a ser una necesidad que contribuye a aumentar la competitividad, por cuanto introduce nuevos cambios y transformaciones y genera mayores retos para las instituciones; el resultado final es un replanteamiento de la forma de concebir el trabajo y la actividad laboral (Antunes, 1995, 2005; Antunes & Alves, 2004; Bauman, 1999, 2006; Beck, 2002; Blanch, 2003; Recio, 1997; Sennet, 2000, 2001, 2006).

Paralelo al desarrollo del entorno organizacional, los riesgos de carácter psicosocial han ido aumentando su relevancia. Este fenómeno se ha acentuado debido a las actuales formas de organización del trabajo caracterizadas por nuevos modelos de desarrollo laboral en donde se impone el trabajo individualizado y sectorizado, estructuras organizativas horizontales, cambios en los modos de empleo mediante la subcontratación y el trabajo temporal; nuevas normas en el horario laboral de acuerdo a la fuerte demanda socioeconómica actual, aumento de la

flexibilidad laboral y de una sociedad orientada al servicio, entre otras (Antunes & Alves, 2004; Blanch, 2003). Esta evolución del mundo laboral ha originado una búsqueda constante de mayor especialización, aumento en el ritmo de trabajo en el desempeño laboral e incremento de la productividad en menoscabo de la calidad de vida del trabajador del siglo XXI (Peiró, 2004).

Muchas disciplinas, incluyendo la Psicología Organizacional, visualizan las nuevas formas de organización laboral como una fuente de crecimiento y desarrollo personal e institucional. Sin embargo, es indispensable detenerse a analizar las consecuencias que subyacen en las nuevas condiciones laborales para los trabajadores del sector público. En Colombia, específicamente en lo que respecta al sector sanitario y educativo, se encuentra que estos son los sistemas que más modificaciones sufren en su reglamentación, estructuración y gerenciamiento. En el sistema sanitario se están perfilando nuevas características organizativas, que no precisamente velan por consolidar el carácter social, público y humano que se le debe otorgar; sino, por el contrario, se está dando lugar al denominado *capitalismo sanitario*, el cual representa el conjunto de las tendencias globales de reestructuración de los hospitales de las redes públicas en el contexto del nuevo escenario económico, político y cultural (Navarro, 1993, 2002; Osborne & Gaebler, 1994; Ugalde & Homedes, 2005).

Para Waitzkin (2000) el “triunfo del capitalismo” en algunos lugares del mundo coincidió con el deterioro de los resultados en el ámbito de la salud, el desmantelamiento o privatización de la salud pública y los sistemas de salud. Al parecer este sistema no ha sido ajeno a las políticas que se establecen en materia de salud pública en Colombia. Uno de los grandes momentos que ha tenido la historia colombiana, en lo que respecta al sistema de Salud Pública, hace referencia a la Ley 100 aprobada en el año 1993. La reforma del sector salud se inició a través de un proceso de descentralización territorial, que trasladaba los recursos del Ministerio de Salud a los departamentos y municipios, bajo la aprobación de las Leyes 10 de 1990 y 60 de 1993, y del Decreto 77 de 1987. Dicha descentralización de los servicios públicos de salud otorgó total responsabilidad a los alcaldes y los gobernadores para desarrollar acciones relacionadas con la planeación, asignación, evaluación

y seguimiento tanto de recursos como de programas de salud pública. Asimismo para promover y garantizar el aseguramiento contributivo y subsidiado, supervisar la calidad de los servicios, realizar y favorecer la inversión en infraestructura a fin de atender problemáticas de salud, e igualmente, velar por la situación de salud de la población, entre otras (Licha, Moragues & Marín, 2005; Riutort & Cabarcas, 2006; Sáenz, 2001).

Indudablemente este fenómeno modificó las condiciones laborales de los profesionales y también la prestación de los servicios de salud en el ámbito público. Es conveniente resaltar que el objetivo principal de esta reforma es el modelo de aseguramiento único para toda la población, es decir, que ningún colombiano se encuentre fuera del sistema de salud, ya sea del régimen contributivo o del régimen subsidiado. Por ello la reforma de salud se ha planteado (desde el año 1993), con el ánimo de incrementar la productividad, la eficiencia, la calidad de la atención, la cobertura y la equidad de los servicios sanitarios (Cardona, Mejía, Nieto & Restrepo, 2005; Sáenz, 2001; Varela, Carrasquilla, Tono & Samper, 2002; Vargas & Molina, 2009).

Así, como consecuencia del neoliberalismo y de los desafíos de la globalización, emerge el concepto de *capitalismo académico* fundamentado en un profundo proceso contemporáneo de reestructuración de la educación superior (Slaughter & Leslie, 1997). Dicho concepto radica en los cambios organizativos sustanciales de este sector que han conducido a la creación de nuevas formas de organización en el ámbito educativo, asociada a cambios como la apertura, cierre o reorganización de unidades académicas, a la división del trabajo de la docencia y la investigación, que inciden en el establecimiento de proyectos conjuntos con el Gobierno y el sector empresarial (Ibarra, 2003). Para Laval (2004), es posible decantar los resultados del capitalismo en el ámbito académico enfocado en lo que la libertad del mercado ha producido: baja paga, devaluación de la enseñanza, decrecimiento en los beneficios de salud y pensión de los empleados de la academia, menoscabo de la construcción de conocimiento, entre otros. Una de las razones, como Ylijoki (2005) asegura, es que el capitalismo académico promueve una orientación hacia el mercado y hacia a la competencia en la investigación que lleva a una imposición de valores, ideales y prácticas de otra índole en la labor de la academia.

En lo que respecta al servicio de la educación superior en Colombia, la Ley 30 de 1992 establece los parámetros por los cuales toda institución de carácter universitario debe regirse. Es de interés observar por qué la ley no ha mostrado cambios en 17 años, aunque los procesos se caractericen por su constante evolución. Igualmente, el Decreto 1279 de 2002 que establece el actual régimen salarial y prestacional de los docentes de las universidades estatales, es significativamente más extenso que los otros anteriores en la materia; por ejemplo, el Decreto 1444 de 1992 es menos preciso en la asignación de puntajes (que permiten ascender en el escalafón e incrementar su salario) e incluye la participación de otras entidades de orden público en la toma de decisiones administrativas.

Al respecto, Beck (2002) y Peiró (2004) señalan que en pocos años se ha producido un cambio fundamental en cuanto a una nueva concepción empresarial responsable de que los riesgos psicosociales, que ya existían, hayan pasado al primer plano del riesgo laboral. El fenómeno de la globalización ha contribuido a fomentar la aparición de nuevas formas de organización del trabajo a las que las empresas han tenido que adaptarse para no quedar atrás en su interés por mantener su nivel de competitividad (Aedo, 2000; Antunes, 1995, 2005; Antunes & Alves, 2004; Bauman, 1999, 2006; Beck, 2002; Bernardo, 2009; Blanch, 2003; Castells, 2000; Du Gay, 2003; Recio, 1997; Sennet, 2000, 2001, 2006). Por esta razón, y de forma inevitable, las instituciones públicas no escapan a la sumersión en el rediseño capitalista, el cual sigue auspiciando diversas transformaciones del sistema laboral en las organizaciones y sus trabajadores. Esto ha quedado demostrado en la denominación de las instituciones como empresas autosostenibles, de los procesos como contratos de servicios, de los resultados de labores como productos, de los usuarios como clientes, y en el papel de aquellos profesionales, a quienes se les ha delegado la consecución de recursos económicos como una responsabilidad laboral más que deben desarrollar (Aedo, 2000; Blanch & Cantera, 2009; Blanch & Stecher, 2009; Du Gay, 2003; Osborne & Gaebler, 1994; Ugalde & Homedes, 2005).

Es así, como este rediseño organizacional ha obligado a recrear una nueva lógica instaurada en el capitalismo sanitario y académico, que representa la mercantilización de estas instituciones. El concepto de capitalismo organizacional nace como producto de estas transformaciones y se

encuentra directamente relacionado con la gestión empresarial de este trabajo público en función de la economía del mercado. En este orden, Blanch y Cantera (2009) afirman lo siguiente:

La expresión “*capitalismo organizacional*” remite genéricamente a los procesos culturales subyacentes a esta reorganización mercantil del trabajo en servicios como universidades y hospitales. Abarca una doble dimensión: la estructural y la psicosocial. La primera incluye el interjuego manifiesto de las demandas que la organización plantea al personal y de las respuestas que este da a aquellas. La segunda remite al proceso cultural latente en el seno del cual se configuran la experiencia del trabajo y la práctica laboral. Incluye valores y actitudes, creencias y percepciones, normas y roles, compromisos y comportamientos sociales y laborales, identidades e identificaciones organizacionales y ética y deontología profesionales (p. 10).

Dado lo anterior, la actual investigación incorpora una mirada psicosocial que incluye el estudio del paradigma empresarial que impera actualmente y su institucionalización en hospitales y universidades públicas, así como también el estudio del modo en que dicho modelo se naturaliza y conlleva a particulares formas de subjetivación laboral. Igualmente, comprende las complejas dinámicas de superposición entre los procesos de objetivación y subjetivación que, según Blanch y Cantera (2009), caracterizan al capitalismo organizacional.

Como lo afirman los autores (Blanch & Cantera, 2009) la objetivación incluye dos elementos: por una parte, la institucionalización del nuevo escenario laboral y por otra, su naturalización, que es aceptada como una realidad necesaria. La institucionalización se refiere a la materialización operativa por el *New Management* de un conjunto de dispositivos, códigos, normas, procedimientos y prácticas estructurales de la organización. La naturalización es la implementación del discurso gerencial como realidad necesaria e incuestionable del nuevo modelo de organización empresarial.

La subjetivación se refiere a las formas de pensar, sentir y actuar respecto a sí mismo y a los demás en el ámbito laboral, de acuerdo al paradigma imperante (Blanch & Cantera, 2009; Blanch & Stecher, 2009). Esta comprende todo el conjunto de procesos de construcción de subjetividad, por los que la experiencia de la reorganización empresarial en hospitales y universidades da lugar en los trabajadores a particulares formas de pensar, sentir y actuar (Nardi, 2006; Perilleux, 2008; Rose, 2003).

La objetivación y subjetivación son dos procesos del capitalismo organizacional relacionados recursivamente, de tal forma que conducen a una transformación de la experiencia laboral, es decir, del significado y sentido otorgado al trabajo y que dicho cambio en la subjetivación laboral genera una transición psicosocial hacia un pensamiento posmoderno característico de una sociedad de riesgo laboral, fundamentado en el cambio del escenario laboral (Antunes, 1995, 2005; Antunes & Alves, 2004; Bauman, 1999, 2006; Beck, 2002; Blanch, 2003; Blanch & Cantera, 2009; Blanch & Stecher, 2009; Castells, 2000; Recio, 1997; Sennet, 2000, 2001, 2006).

De esta manera, las nuevas condiciones empresariales implantadas en estas instituciones de carácter social, junto con las gestiones de sus trabajadores, constituyen un solo proceso integral que se mantiene constantemente; es decir, estas instituciones no solo establecen el nuevo escenario laboral, sino que también obedecen a las prácticas que puedan desarrollar los mismos actores involucrados. Así, como lo plantean Blanch y Cantera (2009), “el “*capitalismo organizacional*” integra el proceso total de las interacciones organización-personal trabajador, cuyas respectivas dinámicas se retroalimentan recíprocamente, de modo que la *agencia* conformista fortalece el funcionamiento organizacional, mientras que la resistente lo debilita” (p. 10).

Por esta razón, el presente estudio tiene como objetivo central analizar la subjetivación laboral del capitalismo organizacional, conforme las construcciones de significado de los trabajadores de hospitales y universidades públicas de Santander, Colombia. Esta investigación nace de un macroproyecto internacional que hace parte de una red de investigación llamada coLABORando, dirigida por el profesor Josep María Blanch Ribas, catedrático de la Universidad Autónoma de Barcelona. En dicho proyecto participaron diferentes investigadores de España, Brasil, Colombia, Chile, Venezuela, Argentina, Paraguay, Uruguay y Perú, quienes desearon indagar las consecuencias sociales, psicológicas y culturales que trae consigo el rediseño organizacional en los profesionales de hospitales y universidades públicas; pues visualizaron esta transformación económica como un riesgo psicosocial para los trabajadores actuales, el cual, a su vez, repercute no solo en la calidad de vida laboral de los profesionales, sino también en el servicio que prestan las diversas instituciones a la sociedad (Blanch, 2007).



## MÉTODOLOGÍA

Debido a la naturaleza del objeto de estudio, la actual investigación se desarrolló principalmente desde lo cualitativo, con el fin de aproximarse a la comprensión de los fenómenos sociales y del significado que le atribuyen sus actores. El método utilizado fue Análisis del discurso, que estudia los intercambios lingüísticos para identificar la construcción de realidades como acciones discursivas; es tal su interés en los detalles de los pasajes del discurso, que va desde lo fragmentado y contradictorio hasta lo que está dicho o escrito (Potter & Wetherell, 1996).

Adicionalmente, aludiendo a la triangulación de métodos se consideró pertinente aplicar técnicas cuantitativas con el propósito de recaudar mayor información que contrastara los resultados cualitativos y cuantitativos a medida que se van analizando las coincidencias y diferencias encontradas. Aun cuando la triangulación no es un método definido, sí hace referencia a una estrategia de investigación basada en métodos científicos comprobados y cuyo objetivo es adecuarse a determinadas realidades. Esto para aumentar el conocimiento investigado y atender integralmente los propósitos que se desean alcanzar (Minayo, Gonçalves & Ramos, 2010).

### Participantes

El grupo fue integrado por 30 profesionales: 15 docentes, 10 médicos y 5 enfermeros pertenecientes a instituciones hospitalarias y académicas de la red pública de Santander, Colombia. Para la selección de los participantes se tuvieron en cuenta criterios como: sexo, profesión, antigüedad en el cargo, antigüedad institucional y situación contractual.

### Criterios de inclusión

Trabajadores profesionales de hospitales y universidades no lucrativas de naturaleza pública del Área Metropolitana de Bucaramanga; profesionales titulados contratados para ejercer cargos de docente, médico o enfermero; empleados con contrato de trabajo temporal, fijo o indefinido; de sexo masculino o femenino.

## Instrumento

La investigación se desarrolló con el *Cuestionario calidad de vida laboral* diseñado para el macroproyecto (Blanch, 2008) en tres partes: la primera consta de nueve series de preguntas cerradas con respuestas numéricas que indagan la perspectiva de los participantes sobre su experiencia laboral; la segunda parte la integran nueve preguntas abiertas con las que se realizan entrevistas a profundidad, semiestructuradas sobre experiencias personales que refieren a calidad de vida laboral; y la última la componen catorce preguntas cerradas, que corresponden a los datos censales de los participantes: género, edad, convivencia actual, número de personas dependientes a cargo, nivel de responsabilidad en las tareas domésticas, sustento familiar, nivel de vida, cargo actual, nivel jerárquico del cargo actual, antigüedad en el cargo, antigüedad en la institución, carácter de la institución, tipo de contratación y responsabilidades directivas actuales.

El cuestionario contenía el guión para realizar las entrevistas semiestructuradas a los profesionales participantes según las cuatro categorías de análisis durante el estudio del proceso de subjetivación laboral del capitalismo organizacional. Se desarrollaron entrevistas a profundidad de 60 minutos en promedio estimado de duración con las que se indagaron las representaciones de los profesionales respecto a sus condiciones de trabajo, ambiente social, actual mundo laboral, aspectos que consideran intolerables de su organización, cambios en la institución que afectan su identidad profesional, novedades que afectan la identificación con la institución, acontecimientos recientes de fuerte impacto en su calidad de vida laboral, componentes éticos de su profesión, la percepción esperanzadora e inquietante de su futuro mundo laboral, las acciones que consideran podrían realizar en su condición de trabajadores para mejorar su actual entorno laboral, y lo que la institución tiene a su alcance como acción de cambio y lo que recibe de otras instancias ante la modificación de políticas generales.

Continuando con el estudio de su experiencia laboral, los participantes así mismo puntuaron las diferentes escalas ubicadas en la primera parte del cuestionario con las cuales se confirmaba la información obtenida inicialmente en las entrevistas. Esta primera parte del cuestionario está compuesta por ocho escalas y un inventario; su denominación es la

siguiente: condiciones de trabajo (CT), clima social del trabajo (CST), política organizativa (PO), satisfacción con la organización (SO), adaptación a la organización (AO), ideología gerencialista (IG), bienestar laboral (BL), valores personales (VP) y evolución laboral (EL). El análisis factorial que le ha realizado al instrumento confirma la estructura, y presenta un análisis de confiabilidad con un alfa de cronbach 0,98.

Cabe señalar que para el estudio del proceso de subjetivación laboral del capitalismo organizacional se requirió organizar la información obtenida del cuestionario, en función de sus categorías de análisis, con base en la siguiente estructura:

*a) Percepciones del entorno laboral:*

*Entrevista:* preguntas 10, 11, 12 y 17.

*Escalas:* condiciones de trabajo (CT: 14 factores), clima social del trabajo (CST: 9 factores), política organizativa (PO: 9 factores), satisfacción con la organización (SO: 15 factores) y, evolución laboral (EL: 21 factores).

*b) Experiencia y sentido del trabajo:*

*Entrevista:* preguntas 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18.

*Escalas:* satisfacción con la organización (SO: 15 factores), adaptación a la organización (AO: 7 factores), ideología gerencialista (IG: 13 factores), bienestar laboral (BL: 22 factores), valores personales (VP: 9 factores) y, evolución laboral (EL: 21 factores).

*c) Impacto psicosocial percibido en la calidad de vida laboral y el bienestar psicológico:*

*Entrevista:* preguntas 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 18.

*Escalas:* satisfacción con la organización (SO: 15 factores), adaptación a la organización (AO: 7 factores), bienestar laboral (BL: 22 factores) y, evolución laboral (EL: 21 factores).

*d) Estrategias y prácticas de afrontamiento individual y colectivo de las demandas organizacionales:*

*Entrevista:* preguntas 15, 16 y 18.

*Escalas:* adaptación a la organización (AO: 7 factores) e ideología gerencialista (IG: 13 factores).

## Procedimiento

La investigación se realizó a través de las siguientes etapas: socialización y vinculación formal de las diferentes instituciones públicas de orden hospitalario y académico que participaron en el proyecto. Selección de los participantes para el estudio, según criterios de inclusión. Desarrollo de las entrevistas a profundidad, y aplicación del cuestionario a los profesionales que decidieron participar del estudio por voluntad propia. Procesamiento de la información recolectada con los programas Atlas Ti y SPSS, a fin de otorgar categorías numéricas y en letras a cada una de las preguntas de tipo cuantitativo, y la manera de organizar la información; seguidamente se procede a la tabulación con los programas, lo que, por un lado, presenta las medidas de tendencia central, y, por otro, la categorización de la información. Análisis de resultados del estudio, el cual constó del desarrollo de la exploración de los resultados arrojados por los programas a manera de cuadros comparativos y escritos argumentativos que contrastaban la teoría con la realidad. Es importante mencionar que si en un primer momento los resultados se estudiaron de forma independiente, a nivel metodológico, después fueron integrados con el fin de analizar las similitudes y diferencias halladas. El análisis de la información se realizó en cuatro categorías: a) percepciones del entorno laboral, b) experiencia y sentido del trabajo, c) impacto psicosocial percibido en la calidad de vida laboral y el bienestar psicológico, d) estrategias y prácticas de afrontamiento individual y colectivo de las demandas organizacionales.

## RESULTADOS

Para el análisis de la subjetivación laboral del capitalismo organizacional se estudiaron los resultados de orden cualitativo y cuantitativo. Para la comprensión de la información cualitativa se utilizó el Análisis del discurso. De igual forma para el procesamiento de esta información se implementó el programa ATLAS Ti para las respuestas textuales obtenidas en las entrevistas.

Por otro lado, para la tabulación de las respuestas numéricas se utilizó el programa estadístico SPSS enfocado a realizar medidas de tendencia central de las escalas y los factores del *Cuestionario de calidad de vida laboral*,

ante lo cual se consideró llevar a cabo un análisis inferencial de variables por medio del test de Anova.

La presentación de los siguientes resultados se realizó en tres partes: la primera, que hace referencia al análisis de la información cualitativa, desde las cuatro categorías estudiadas. La segunda, al análisis de la información cuantitativa; se realizó teniendo en cuenta las nueve escalas que conforman la primera parte del cuestionario trabajado en la investigación. Finalmente, la tercera corresponde a la síntesis de las informaciones cualitativa y cuantitativa en las dos poblaciones, hospitalaria y académica, donde se condensan aspectos relevantes del estudio, relacionados con la similitud entre poblaciones y metodologías desarrolladas.

### **Análisis de la información cualitativa**

Los hallazgos del estudio permiten conocer la nueva subjetivación laboral del capitalismo organizacional, teniendo en cuenta a las construcciones de significado de los trabajadores profesionales de hospitales y universidades no lucrativas de naturaleza pública del Área Metropolitana de Bucaramanga, y que se desarrolla en un cuádruple plano: a) las percepciones del entorno laboral, b) experiencia y sentido del trabajo, c) impacto psicosocial percibido y d) estrategias y prácticas de afrontamiento, las cuales se describen a continuación. El desarrollo de este análisis se esboza a la luz de los objetivos de la investigación inicialmente propuestos a los que se integran las dos poblaciones participantes: la hospitalaria y la académica.

#### *a) Percepciones del entorno laboral*

En lo que respecta a las condiciones de trabajo dentro del ambiente laboral de las dos poblaciones y en especial de las instituciones hospitalarias, existe un incremento en la adquisición de recursos a nivel técnico, materiales e insumos. De igual manera se advierte la inversión de recursos en la infraestructura de los hospitales, en la consecución de nuevos enseres, y en programas sistematizados para el archivo y la tramitología sanitaria, todo lo cual favorece la eficacia y un mejor espacio en donde los trabajadores pueden desarrollar sus labores.

*“Mejores materiales y técnicas, o sea, insumos, infraestructura”.*

*“Ha mejorado la investigación general de todos los procesos que hacemos, ha [habido una mayor concientización] en el cuidado directo de las personas, se ha enfatizado mucho en la realización de los protocolos”.*

Dentro de las condiciones de trabajo que se dan para ambas poblaciones, los aspectos que han empeorado son: el tipo de contratación que se establece, la inestabilidad laboral y la remuneración salarial. Consecuentemente, aparecen señalamientos como el injusto reconocimiento del desempeño de los trabajadores, de su esfuerzo y conocimiento.

*“El tipo de contratación y, además, los salarios, el reconocimiento del trabajo académico”.*

*“(…), Los vicios siguen, la contratación inadecuada existe”.*

*“Se ha perdido la mística; somos promovidos a través de cooperativas que usufructúan el trabajo que nosotros hacemos”.*

*“El salario que tenemos actualmente no es un salario justo para nuestra profesión [ni] para el [tipo de] trabajo que nosotros realizamos”.*

*“(…) Uno sabe que está aquí, pero no sabe en qué momento se quede sin trabajo, por el tipo de contratación que se maneja ahora”.*

*“La administración que hacen los intermediarios; (...) no quiero mucho las operadoras del régimen subsidiado y las cooperativas, [puesto] que son intermediarios que terminan quedándose con los recursos”.*

*“La gente que no está de planta está por outsourcing y ellos reciben un salario mucho más bajo de lo que se merecen porque las empresas intermediarias de contratación intermediaria se quedan con un gran porcentaje del dinero de ellos”.*

#### *b) Experiencia y sentido del trabajo*

Se menciona ampliamente el trabajo en equipo, mayormente en el área asistencial, el colegaje, y las relaciones amables, cordiales, respetuosas y

afables entre el personal sanitario. Señalan su afabilidad con el trabajo; a pesar de las divergencias e inconsistencias, les gusta lo que hacen y desean trabajar para seguir fortaleciendo los aspectos positivos con que cuentan las instituciones en ambas poblaciones. Reconocen que son ellos quienes deben procurar el buen funcionamiento de las instituciones y garantizar siempre la calidad de los servicios tanto hospitalarios como académicos que se prestan a la comunidad.

*“La relación es excelente con colegas y usuarios”.*

*“Esa relación de colegaje a pesar de todo se sigue preservando”.*

*“La eficiencia no debe entrar en discordancia con la parte social y eso es lo que me tiene todavía aquí”.*

*“Soy una persona que hago mi trabajo no porque busque algo, sino porque me gusta hacerlo, me gusta estar ocupado”.*

*“Mantengo constancia y esfuerzo en la realización de mis funciones”.*

Por otra parte, para las dos poblaciones, las relaciones con los directivos son distantes, carecen de asertividad, no se generan en sentido directo, sino que se delega un vocero o representante que habla por todos los integrantes de determinada área. Se mencionan inconformidades con los directivos, y desacuerdos ideológicos y conceptuales, pero que no existen espacios ni tiempos adecuados para discutirlos o consensuarlos.

*“(...) Tenemos un vocero que es [nuestro] el coordinador y es el que se mantiene en relación con las directivas, pero de resto ni idea; es más, no sé quién es el gerente”.*

*“Siempre la parte administrativa marca una distancia significativa entre el personal asistente y utiliza intermediarios para llegar a ellos, que dejan vacíos unos espacios muy importantes [porque] no están en comunicación continua para ver las necesidades del servicio”.*

*“Las relaciones a otros niveles más elevados o administrativos o que corresponden a otras facultades yo diría que con ellos [se da] la típica relación empresarial”.*

*c) Impacto psicosocial percibido en la calidad de vida laboral y el bienestar Psicológico*

Dentro de los aspectos funcionales que se están perdiendo en las poblaciones hospitalaria y académica, mencionan el sentido de pertenencia; esto lo relacionan con su tipo de contratación. Asimismo se encuentra la pérdida de sensibilización que supone el desarrollo de trabajos mecanicistas. Esto puede obedecer, en gran medida, al enorme volumen de pacientes y estudiantes a los que hay que atender diariamente; comparándolo con décadas anteriores, el número actual de afiliados es mucho mayor, y la ley así lo ampara desde la propuesta de cobertura universal. Igualmente se señalan aspectos negativos como las actitudes no éticas, la tendencia al estancamiento, la comercialización de la investigación. Finalmente, los dos grupos expresan una marcada sobrecarga laboral; hay una saturación de rol ante el imperativo de trabajar más en un tiempo cada vez más corto e intenso.

*“El ambiente laboral es muy tenso por la sensación de que nadie pertenece a la institución, el tipo de contrato marca la relación”.*

*“Esto hace que el rendimiento físico y mental disminuya. Las condiciones económicas se convierten en una preocupación [que] interfiere con las actividades de tu actuar diario; [hay] insatisfacción laboral”.*

*“Las condiciones actuales desde el punto de vista laboral [van para atrás] en vez de mejorar la calidad del trabajo o la remuneración la calidad de trabajo del empleado”.*

*“El salario se nos redujo; eso fue impactante no [solo] para mí [sino] para todo el mundo”.*

*“Un profesor que está trabajando como docente catedrático no puede aspirar actualmente a ocupar una plaza porque no la abren; tiene que esperar a que [alguno] se muera y [cuando] se muere o se pensiona [ese otro], ya no lo contratan a uno”.*

*“Que nos sobrecargan con trabajo cuando contratan con la alcaldía el Plan de Salud Pública, porque para obtener más ganancias distribuyen las actividades entre nosotros mismos, contratan lo que es estrictamente necesario, entonces eso es una sobrecarga de trabajo”.*



*“Cada vez me cuesta más trabajo porque el volumen de estudiantes es tan grande [ya que no puedo] conocerlos por el nombre, que no es un número”.*

*d) Estrategias y prácticas de afrontamiento individual y colectivo de las demandas organizacionales*

Tanto en la población hospitalaria como en la población académica existen dos claras vertientes: las estrategias y prácticas de afrontamiento personales y las que se cree deben ser adoptadas por la institución. Dentro de la primera se acentúa trabajar con eficiencia, compromiso y responsabilidad, desarrollar los valores éticos y proporcionar un servicio de alta calidad a medida que se brinda el conocimiento y esfuerzo a quienes lo necesitan. Así mismo, se señala el trabajo integral, mantener las relaciones cordiales entre compañeros de trabajo, aportar sugerencias a los altos directivos y buscar la participación en espacios que conciernen al establecimiento de las políticas organizativas.

*“Procurando ser eficiente y capaz en mi trabajo, [aplicar la] ética [en] mi cumplimiento”.*

*“Yo creo que lo que hacemos todos los días, es decir, se generan unas relaciones buenas para la gente; mejorar, es decir, transmitir lo que yo creo que debe ser esto a los que tengo cerca”.*

*“A mí me parece que los profesionales de la salud no debemos negociar las creencias, la ética, no son negociables, y debemos buscar espacios en donde uno pueda pelear y pueda influir en las políticas públicas sociales en salud”.*

*“La institución puede de pronto buscar estrategias para mejorar los tipos de contratación, como garantizarle a la gente un óptimo manejo y adecuar la institución a las necesidades de los usuarios, facilitando las herramientas de trabajo”.*

*“Lo más importante es como la organización, a nivel organizativo, la parte que administra la universidad no la vea como un negocio”.*

*“La institución tiene que ganar autonomía, la institución tiene que orientarse por los principios del conocimiento y de discusión académica”.*

*“Se tome conciencia a nivel de las altas esferas políticas, el ministerio de la protección social que se quite ese manto de que el hospital tiene que ser rentable”.*

### **Análisis de la información cuantitativa**

Para el estudio de los resultados cuantitativos se utilizaron estadísticas descriptivas para analizar medias y desviaciones estándar. Se halló conveniente llevar a cabo un análisis inferencial de variables por medio del test de Anova. Los resultados que se han obtenido a través del procesamiento de la información, son presentados de acuerdo al orden de las escalas establecido en el *Cuestionario de calidad de vida laboral* trabajado en la investigación.

Con relación al análisis univariado se presentan las medias y desviaciones típicas de las escalas evaluadas en función del tipo de muestra (ver tabla 1). El análisis realizado indica diferencias significativas en función del tipo de muestra para las escalas condiciones de trabajo (CT), clima social de trabajo (CST), política organizativa (PO), satisfacción con la organización (SO), adaptación con la organización (AO) y evolución laboral (EL). En la tabla 2 se presentan los resultados del análisis realizado, el cual indica diferencias significativas en función del tipo de muestra en las siguientes escalas: condiciones de trabajo (CT)  $F(1,28)=10,938$ ;  $MSE=3,718$ ;  $p<0,003$ , clima social de trabajo (CST)  $F(1,28)=12,878$ ;  $MSE=4,561$ ;  $p<0,001$ , política organizativa (PO)  $F(1,28)=13,736$ ;  $MSE=3,078$ ;  $p<0,000$ , satisfacción con la organización (SO)  $F(1,28)=10,849$ ;  $MSE=2,509$ ;  $p<0,003$ , adaptación con la organización (AO)  $F(1,28)=13,671$ ;  $MSE=2,244$ ;  $p<0,000$  y evolución laboral (EL)  $F(1,28)=10,058$ ;  $MSE=2,864$ ;  $p<0,004$ .

**Tabla 1.** Medias y desviaciones estándar de las escalas del cuestionario de calidad de vida en función del tipo de muestra

Escalas y rangos de puntuación. Descripción global	Tipo de muestra			
	Hospitalaria		Académica	
	M	D.T	M	D.T
CT (0-10)	5,99	2,01	6,86	2,19
CST (0-10)	7,79	1,95	7,43	1,98
PO (0-10)	7,39	1,69	7,20	1,90

*Continúa...*

SO (1-7)	5,36	1,13	4,91	1,53
AO (1-7)	5,57	1,16	5,36	1,32
IG (1-7)	4,32	1,65	3,49	1,85
BL (1-7)	5,04	1,80	5,27	1,64
VP (0-10)	6,71	2,52	6,56	1,97
EL (1-7)	5,45	1,33	5,13	1,60

**Tabla 2.** Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel significancia de las escalas del cuestionario de calidad de vida en función del tipo de muestra

Escalas Descripción global	gl	Media cuadrática	F	Sig.
CT	1 (28)	40,670 (3,718)	10,938	0,003*
CST	1	58,745 (4,561)	12,878	0,001*
PO	1	54,026 (3,933)	13,736	0,000*
SO	1	27,219 (2,509)	10,849	0,003*
AO	1	30,677 (2,244)	13,671	0,000*
IG	1	16,200 (3,773)	4,294	0,048
BL	1	27,387 (3,665)	7,473	0,011
VP	1	44,829 (5,816)	7,708	0,010
EL	1	28,810 (2,864)	10,058	0,004*

Nota: \*  $p < 0.05$

De la misma manera se presentan las medias y desviaciones típicas de los factores de máxima puntuación de cada una de las escalas evaluadas en función del tipo de muestra, según análisis univariado (véase tabla 3). El análisis realizado indica diferencias significativas en función del tipo de muestra para los factores de máxima puntuación de las escalas: clima social de trabajo (CST), satisfacción con la organización (SO), adaptación con la organización (AO), valores personales (VP) y evolución laboral

(EL). La tabla 4 se presenta los resultados del análisis realizado, el cual indica diferencias significativas en función del tipo de muestra en los factores de máxima puntuación de las siguientes escalas: clima social de trabajo (CST)  $F(1,28)= 25,328$ ;  $MSE=2,991$ ;  $p<0,000$ , satisfacción con la organización (SO)  $F(1,28)=10,963$ ;  $MSE=3,201$ ;  $p<0,003$ , adaptación con la organización (AO)  $F(1,28)=20,973$ ;  $MSE=1,841$ ;  $p<0,000$ , valores personales (VP)  $F(1,28)=38,659$ ;  $MSE=2,287$ ;  $p<0,000$  y evolución laboral (EL)  $F(1,28)=13,467$ ;  $MSE=2,698$ ;  $p<0,001$ .

**Tabla 3.** Medias y desviaciones estándar de los factores de máxima puntuación en cada escala del cuestionario de calidad de vida en función del tipo de muestra

Escalas	Factor de máxima puntuación	Muestra hospitalaria		Factor de máxima puntuación	Muestra académica	
		M	D.T		M	D.T
CT	Autonomía en la toma de decisiones profesionales.	8,33	1,87	Carga de trabajo.	7,33	1,71
CST	Autonomía en el ejercicio profesional.	8,93	1,10	Autonomía en el ejercicio profesional.	8,40	1,54
PO	Productividad.	8,13	1,06	Competitividad.	7,93	1,38
SO	Me hace sentir útil.	6,07	1,16	Me hace sentir útil.	5,67	1,63
AO	Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados.	6,13	0,83	Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados.	6,20	0,77
IG	Urge abandonar las prácticas ineficientes.	6,27	0,79	Hay que adaptarse a la flexibilización laboral.	4,60	1,50
BL	Capacidad.	5,87	1,59	Satisfacción.	5,67	1,44
VP	Familia.	9,27	1,16	Familia.	9,47	0,91
EL	Compromiso con el trabajo.	6,27	0,79	Compromiso con el trabajo.	5,67	1,54

**Tabla 4.** Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel significancia de los factores de máxima puntuación en cada escala del cuestionario de calidad de vida en función del tipo de muestra

Escalas	Factor de máxima puntuación	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
CST	Autonomía en el ejercicio profesional.	1 (28)	75,752 (2,991)	25,328	0,000*
SO	Me hace sentir útil.	1	35,097 (3,201)	10,963	0,003*

*Continúa...*

AO	Me ajusto a los tiempos y ritmos de trabajo fijados.	1	38,608 (1,841)	20,973	0,000*
VP	Familia.	1	88,407 (2,287)	38,659	0,000*
EL	Compromiso con el trabajo.	1	36,331 (2,698)	13,467	0,001*

Nota: \*  $p < 0.05$

Finalmente, según el análisis univariado, se muestran las medias y desviaciones típicas de los factores de mínima puntuación de cada una de las escalas evaluadas en función del tipo de muestra (ver tabla 5). El análisis realizado indica que existen diferencias significativas en función del tipo de muestra para el factor de mínima puntuación de la escala de clima social del trabajo (CST)  $F(1,28)=9,567$ ;  $MSE=4,463$ ;  $p<0,004$ , tal como se presentan los resultados en la tabla 6.

**Tabla 5.** Medias y desviaciones estándar de los factores de mínima puntuación en cada escala del cuestionario de calidad de vida en función del tipo de muestra

Escalas	Factor de mínima puntuación	Muestra hospitalaria		Factor de mínima puntuación	Muestra académica	
		M	D.T		M	D.T
CT	Vías de promoción laboral.	5,47	3,07	Participación en las decisiones organizacionales.	5,60	3,04
CST	Justicia en la contratación, la remuneración y la promoción.	6,53	2,23	Justicia en la contratación, la remuneración y la promoción.	6,40	2,44
PO	Espíritu de negocio privado.	5,60	2,74	Calidad de vida laboral del personal empleado.	6,33	1,44
SO	Satisface mis intereses.	4,93	1,03	Facilita que mis méritos sean valorados con justicia.	4,27	1,53
AO	Acepto que me digan cómo debo hacer mi trabajo.	4,67	1,83	Me identifico con el espíritu de los cambios propuestos.	5,00	1,51
IG	Solo nos cabe trabajar más duro por menos dinero.	2,27	1,62	Solo nos cabe trabajar más duro por menos dinero.	2,27	1,79
BL	Intolerancia.	4,87	1,84	Justicia.	4,80	1,61
VP	Política.	5,20	3,05	Religión.	4,60	3,35
EL	Mi participación en las decisiones de la organización.	4,40	2,06	Mi participación en las decisiones de la organización.	4,33	1,63

**Tabla 6.** Grados de libertad, media cuadrática, F y nivel significancia de los factores de mínima puntuación en cada escala del cuestionario de calidad de vida en función del tipo de muestra

Escalas	Factor de mínima puntuación	gl	Media Cuadrática	F	Sig.
CST	Justicia en la contratación, la remuneración y la promoción.	1 (28)	42,700 (4,463)	9,567	0,004*
IG	Solo nos cabe trabajar más duro por menos dinero.	1	5,953 (3,614)	1,647	0,210
EL	Mi participación en las decisiones de la organización.	1	19,854 (4,150)	4,784	0,04

Nota: \*  $p < 0.05$

### Síntesis de las informaciones cualitativa y cuantitativa en las dos poblaciones

Adicionalmente al análisis descriptivo del estudio desarrollado anteriormente se desprenden las siguientes observaciones, que recogen, combinan, contrastan y condensan la información obtenida de las poblaciones hospitalaria y académica. Esto fue realizado a través de la triangulación de métodos (cualitativo y cuantitativo) como complemento de los resultados, y en donde se observan las siguientes similitudes:

El personal sanitario valora con una media de 5,99 sus *condiciones de trabajo*, mientras que el personal docente con una media de 6,86. En ambas muestras (sanitaria: 7,33 y académica: 6,93) se valoran por encima de la media los *recursos materiales y técnicos*, aspectos igualmente obtenidos en la información textual; aquí sobresalen afirmaciones relacionadas con el incremento y mejora de dichos *recursos físicos, materiales y técnicos*. Por otra parte, la muestra hospitalaria presenta el factor de máxima puntuación la *autonomía en la toma de decisiones profesionales* con 8,33, mientras que en la muestra académica lo obtiene el factor de *carga de trabajo* con 7,33. Este último aspecto entra en concordancia con los resultados obtenidos por debajo de la media de factores relacionados con el *tiempo de trabajo* (sanitaria: 5,53 y académica: 6,60) y otras condiciones tales como su *retribución económica* (sanitaria: 5,00 y académica: 5,80) y la *calidad del contrato laboral* (sanitaria: 5,33 y académica: 6,93). Lo anterior, tanto en las dos poblaciones como en los dos tipos de análisis de información, cuantitativa y cualitativa.

En la escala *clima social de trabajo*, la media del personal sanitario es de 7,79 y del profesorado es de 7,43. Ambos grupos valoran más las interacciones horizontales entre colegas y no tanto las relaciones verticales que establecen con los directivos de sus respectivas organizaciones. La *autonomía en el ejercicio profesional* es el factor mejor puntuado en ambas muestras. Por otra parte, el ítem de menor puntuación que poseen ambas muestras (sanitaria, 6,53 y académica, 6,40) es *justicia en la contratación, la remuneración y la promoción*.

En la escala de *política organizativa* aparece una media en el personal sanitario de 7,39 y en el académico de 7,20. Los ítems con las puntuaciones más altas en los dos grupos son: en la muestra hospitalaria, el factor de *productividad* con 8,13 y en la académica, el factor de *competitividad* con 7,93. Se confirma así lo obtenido en el análisis de la información textual, donde los participantes de ambos colectivos señalan que sus instituciones no deben priorizar la *rentabilidad económica*, sino *el sentido social y humano*, ideologías que deben caracterizar a sus instituciones y que ahora son mudadas por prácticas que aluden a la productividad y competitividad.

La escala de *satisfacción con la organización*, obtiene en la muestra hospitalaria una media de 5,36 y en el profesorado una media de 4,91. El ítem *satisface mis intereses* puntúa con una media de 4,93 en la muestra sanitaria, es el más bajo en esta escala. Probablemente se encuentra relacionado con el sentido de inequidad percibido por los participantes dadas las diferentes formas de subcontratación existentes en sus organizaciones (cooperativas de trabajo asociado, contratos temporales, prestación de servicios profesionales, etc.).

Las dos poblaciones tanto en la escala de *Adaptación a la Organización* como en sus respuestas abiertas coinciden en que deben *ajustarse a los ritmos y normas de trabajo* (6,13: hospitalaria y 6,20: docente), factores que presentan las más altas puntuaciones de dicha escala, la cual, a su vez, posee una media en el personal sanitario de 5,57 y en el docente de 5,36. También señalan una práctica de afrontamiento que la mayoría de profesionales combina con *su compromiso con el trabajo* factor que puntuó 6,27 (sanitaria) y 5,67 (docente). Dicho factor, que sobresale por su alto puntaje en las dos muestras, hace parte de la escala de *evolución laboral*, donde el personal sanitario obtuvo una media de 5,45 y el profesorado una media de 5,13. Estos resultados están directamente relacionados con

la información textual, donde los participantes mencionan su *compromiso y sentido ético en sus funciones laborales*.

Finalmente, otro factor importante en la escala de *evolución laboral* que coincide, tanto en las dos poblaciones como en los dos tipos de recolección de información, es la escasa *participación de los profesionales en la toma de decisiones organizacionales*. Es, en el caso de los datos cuantitativos, una de las medias con menor puntaje: 4,40 en la muestra hospitalaria y 4,33 en el profesorado.

## DISCUSIÓN

El presente estudio analizó la subjetivación laboral del capitalismo organizacional, teniendo en cuenta las construcciones de significado de los trabajadores de hospitales y universidades públicas de Bucaramanga, Colombia. Dentro de dicho proceso de subjetivación del capitalismo organizacional, un considerable número de los trabajadores entrevistados, tanto en el sector hospitalario como en el educativo, expresan mantener actualmente su satisfacción laboral por el servicio social prestado, así como también mayores relaciones cordiales entre colegas. También manifiestan que existen elementos positivos como la intensificación de los vínculos laborales entre colegas y la adquisición de mejores materiales, equipos e insumos para el desempeño de las funciones básicas del trabajador. Por otro lado, los aspectos negativos introducidos en ambos sectores, son más numerosos y significativos: pérdida del sentido social de la institución; detrimento de la situación contractual y remuneración salarial; reducción del personal e inestabilidad laboral; sentimiento de inequidad por la gran diferencia entre los tipos de contratación; relaciones distantes con los directivos; poca o nula participación de los profesionales en las decisiones sobre las políticas organizacionales; prevalencia de la cantidad sobre la calidad, en cuanto al servicio prestado se refiere; sobrecarga de trabajo generada por el aumento en la cobertura poblacional exigida; y, por supuesto, estrés, acompañado de agotamiento físico y mental.

A través de las vivencias de los trabajadores, el análisis de la subjetivación laboral permite conocer las implicaciones del capitalismo organizacional, como son: la flexibilidad y precarización laboral, ejemplificada con



el desarrollo de la tercerización, el constante cambio de políticas y la adaptación rápida a ellas, la culpabilización de los trabajadores por su “incapacidad” tanto para ejercer sus labores en los ritmos establecidos como para acatar los permanentes cambios, el control de sus funciones, la multifuncionalidad ejercida en sus cargos, la competencia entre colegas, la sujeción a las diversas normas y mandatos, la gestión de su trabajo bajo condiciones precarias por el miedo a la pérdida del mismo y la inestabilidad e inseguridad laboral.

Por otra parte, se resalta a grandes rasgos lo que es considerado por varios autores como una de las principales consecuencias del esquema de productividad implantado por el capitalismo organizacional: las poblaciones sanitaria y académica se han visto obligadas a distanciarse paulatinamente del escenario social para adentrarse cada vez más en el terreno económico (Blanch & Cantera, 2009; Blanch & Stecher, 2009; Bourdieu, 2000; Fairclough, 2000; Ibarra, 2003; Navarro, 2002; Osborne & Gaebler, 1994; Ugalde & Homedes, 2005). Los trabajadores del sector hospitalario deben usar los recursos de manera “eficiente” y “razonable”, y así también la población académica, la cual se ha visto abocada, además, a la consecución autónoma de ingresos. Estos elementos han llevado a un deterioro de las condiciones laborales y sitúan al capitalismo sanitario y académico como un importante factor de riesgo psicosocial en la población bajo estudio, tal cual lo evidencian no solo los efectos colaterales arriba mencionados, sino también diversos estudios realizados en el campo de la salud laboral (Blanch & Stecher, 2009; Contreras, Barbosa, Juárez, Uribe, & Mejía, 2009; Marrau, 2004; Martín, Luceño, Jaén & Rubio, 2007; Martínez & Preciado, 2009; Pando, Aranda, Aldrete, Flores & Pozos, 2006; Rojas, Zapata & Grisales, 2008; Tomás, Taboada & Toledo, 2004; Uribe, Garrido & Rodríguez, 2011). Cabe señalar que entre los dos grupos estudiados, el de los docentes es el que presenta mayor grado de afectación, debido principalmente al hecho de que la carga laboral aumenta paralelamente a la disminución de la calidad de las condiciones contractuales. Por un lado, el número de estudiantes por profesor se incrementa semestre a semestre y, por otro, las exigencias de investigación son cada vez mayores.

Todo lo anterior entra en concordancia con las tesis erigidas por Birgin (1999), Castells (2000), Ibarra (2003), Laval (2004), Slaughter y Leslie (1997), Ylijoki (2005), entre otros, acerca de los efectos del capitalismo

académico en instituciones de carácter no lucrativo. A fin de cumplir con el factor sostenibilidad y la competencia en los mercados globales se empieza a comercializar la docencia y la investigación en la universidad pública, para responder a los cánones de cantidad y calidad para los inversionistas de la industria privada. Esto es desaprobado por la gran mayoría del personal docente entrevistado en la medida en que consideran que esto ninguna ayuda ofrece en la solución de problemas sociales. A pesar de que existe claramente un fomento de la cooperación entre la industria y las universidades para sobrellevar la crisis de recursos, existe al mismo tiempo una pérdida de la libertad y autonomía académica en el nuevo entorno organizacional. El profesor tiende aún más a actuar como un empresario que produce clases adaptadas al gusto del consumidor, con lo que se aparta cada vez más de su función original de proporcionar un servicio constructivo y formativo a la sociedad. En este sentido el capitalismo académico convierte lo que fue una “institución de la sociedad” en una “organización del mercado” (Ibarra, 2003).

La gran mayoría de la población académica entrevistada concuerda en que el mercado ha ido transformando en los últimos años un espacio libre y autorregulado de reflexión, autonomía, diálogo y discusión en una gran superficie comercial de compraventa de productos académicos, que son especialmente diseñados para la solución rápida y eficaz de problemas puntuales que afecten a los potenciales consumidores (estudiantes-clientes) (Birgin, 1999; Blanch & Cantera, 2009; Blanch & Stecher, 2009; Ibarra, 2003; Slaughter & Leslie, 1997, 2001; Slaughter & Rhoades, 2005).

Un fenómeno similar al mencionado anteriormente se da en el sector hospitalario. Tal vez el caso más importante del capitalismo sanitario en Santander es evidenciado en el año 2004, cuando el hospital público universitario de la región pasa a convertirse en una Empresa Social del Estado como única fórmula para poner fin a la crisis económica que experimentaba. Desde ese entonces empezó a funcionar en calidad de entidad descentralizada del orden departamental, con personería jurídica, patrimonio propio, autonomía administrativa y adscrita a la Secretaría de Salud del Departamento (Cardona, Mejía, Nieto & Restrepo, 2005; Licha, Moragues & Marín, 2005; Riutort & Cabarcas, 2006; Sáenz, 2001).

En este proceso, muchos empleados directos del hospital fueron liquidados y recontratados mediante el sistema de prestación de servicios, por lo que perdieron sus derechos, antigüedad y condiciones generales del trabajo. Un número significativo de ellos, que formaron parte de la presente investigación, concuerdan en que este hecho ha sido uno de los principales causantes de que el hospital haya ido perdiendo su carácter social. Esto se debe en gran medida a la incursión de empresas intermediarias privadas que han introducido un sentido de rentabilidad económica antes que social en las instituciones públicas (Aedo, 2000; Du Gay, 2003; Osborne & Gaebler, 1994; Sáenz, 2001; Ugalde & Homedes, 2005). En lo que respecta a los funcionarios temporales, por una parte, las condiciones laborales se han tornado muy desiguales, en comparación con los empleados directos o de planta, y conllevan a la pérdida del sentido de pertenencia otorgado al trabajo y a la institución como tal. Por otra parte, la subcontratación (o contratación no directa con los hospitales) ha menguado considerablemente los derechos que tenían antiguamente los trabajadores (vacaciones, prestaciones sociales, pago oportuno del salario, etc.). Por tal motivo, se puede concluir que el nivel de afectación que han experimentado los profesionales del sector público hospitalario es considerable, y el estudio efectuado aquí confirma que son numerosos y determinantes los efectos colaterales acarreados por el capitalismo organizacional, el cual, en sí mismo, puede considerarse como un factor de riesgo psicosocial.

La versión neoliberal de la autonomía del sistema sanitario y académico induce a la reducción de toda institución hospitalaria o universitaria de carácter público al estatus de una empresa mercantil que compite con otros centros privados y públicos, según las normas del libre comercio. Este cambio organizacional hace que los elementos fundamentales que definen su cultura entren en conflicto, y que afloran las consiguientes tensiones entre los nuevos principios gerenciales y las antiguas tradiciones profesionales (Bauman, 1999, 2006; Beck, 2002; Blanch & Cantera, 2009; Blanch & Stecher, 2009; Bourdieu, 2000; Du Gay, 2003; Osborne & Gaebler, 1994; Sennet, 2000, 2001, 2006). Dichas tensiones se traducen finalmente en factores de riesgo psicosocial que permean de forma negativa a los empleados de tales organizaciones, así como afectan significativamente la subjetivación laboral, según lo muestra el

escenario de efectos colaterales en los trabajadores que participaron en esta investigación.

El estudio de los riesgos psicosociales y de sus correspondientes efectos colaterales tiene una gran relevancia en la medida en que se dan a conocer las principales secuelas que la globalización del mercado laboral ha generado en la calidad de vida de los trabajadores (Antunes, 1995, 2005; Antunes & Alves, 2004; Bauman, 1999, 2006; Beck, 2002; Blanch, 2003; Blanch & Cantera, 2009; Blanch & Stecher, 2009; Bourdieu, 2000; Peiró, 2004; Sennet, 2000, 2001, 2006). La medición del grado de afectación por la precarización del trabajo y la subsecuente transformación de la subjetividad laboral son elementos importantes de esta investigación que arrojan perspectivas interesantes a estudios posteriores acerca de la definición de estrategias para el mejoramiento de la situación actual de los profesionales trabajadores del sector público.

### Agradecimientos

Los autores agradecen a las instituciones que favorecieron el desarrollo del presente estudio: Universidad Autónoma de Barcelona, en especial a la Red coLABORando y Universidad Pontificia Bolivariana de Bucaramanga. Además, J. G-P agradece al Dr. Javier Ramos Caro y a la Dra. Marcia Hespanhol Bernardo por sus invaluable aportes y discusiones; así como también a todos los profesionales de la salud y de la academia por su activa participación y contribución.

### Referencias

- Aedo, C. (2000). Las reformas de la salud en Chile. En F. Larraín y R. Vergara, *La Transformación económica de Chile*. Santiago: CEP.
- Antunes, R. (1995). *Adens ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho*. Campinas: Cortez.
- Antunes, R. (2005), *Los sentidos del trabajo. Ensayos sobre la afirmación y la negación del trabajo*. Buenos Aires: Herramienta ediciones y TEL.
- Antunes, R. & Alves, G. (2004). As mutações no mundo do trabalho na era da mundialização do capital. *Educação & Sociedade*, 25 (87), 335-351.
- Barattini, M. (2009). El trabajo precario en la era de la globalización. ¿Es posible la organización? *Polis, Revista de la Universidad Bolivariana*, 8 (24), 1-14.
- Bauman, Z. (1999), *La globalización. Consecuencias humanas*. México, D.F.: Fondo de Cultura Económica.

- Bauman, Z. (2006). *Vida líquida*. Barcelona: Paidós.
- Beck, U. (2002). *La sociedad del riesgo global*. Madrid: Siglo XXI.
- Bernardo, M. H. (2009). *Trabalho duro, discurso flexível: uma análise das contradições do toyotismo a partir da vivência de trabalhadores*. São Paulo: Editora Expressão Popular.
- Birgin, A. (1999). *El trabajo de enseñar. Entre la vocación y el trabajo: las nuevas reglas del juego*. Buenos Aires: Troquel.
- Blanch, J. M. (Coord.) (2003). *Teoría de las relaciones laborales. Fundamentos*. Barcelona: Editorial UOC.
- Blanch, J. M. (Coord.) (2007). *El capitalismo organizacional como factor de riesgo psicosocial: efectos psicológicos colaterales de las nuevas condiciones de trabajo dictadas por el capitalismo académico y sanitario implantado en universidades y hospitales no lucrativos de la red pública*. Proyecto de investigación internacional presentado y aprobado por el Ministerio de Educación y Ciencia de España.
- Blanch, J. M. (2008). *Cuestionario de calidad de vida laboral*. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- Blanch, J. M. & Cantera, L. (2009). La doble cara de la mercantilización de los servicios universitarios y hospitalarios. En J.L. Álvaro (Ed.), *Psicología Social del Trabajo y de las Organizaciones* (En prensa).
- Blanch J. M. & Stecher, A. (2009) La empresarización de servicios públicos y sus efectos colaterales. Implicaciones psicosociales de la colonización de universidades y hospitales por la cultura del nuevo capitalismo. En T. Wittke y P. Melogno (Comps.), *Psicología y organización del trabajo. Producción de subjetividad en la organización del trabajo*. (191-209). Montevideo: Psicolibros.
- Bourdieu, P. (2000). *Contrafuegos: reflexiones para servir a la resistencia contra la invasión neoliberal*. Barcelona: Anagrama.
- Cardona, A., Mejía, L. M., Nieto, E. & Restrepo, R. (2005). Temas críticos en la reforma de la Ley de Seguridad Social de Colombia en el capítulo de salud. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 23 (1), 117-133.
- Castells, M. (2000). *La era de la información. Volumen. I: la sociedad red*. Madrid: Alianza.
- Contreras, F., Barbosa, D., Juárez, F., Uribe, A. & Mejía, C. (2009). Estilos de liderazgo, clima organizacional y riesgos psicosociales en entidades del sector salud. Un estudio comparativo. *Acta Colombiana de Psicología*, 12 (2), 13-26.
- Du Gay, P. (2003). Organización de la identidad: gobierno empresarial y gestión pública. En S. Hall y P. Du Gay, *Cuestiones de identidad cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fairclough, N. (2000). Language and Neo-Liberalism. *Discourse & Society*, 11 (2), 147-148.
- Ibarra, E. (2003). Capitalismo académico y globalización: la universidad reinventada. *Educação & Sociedade*, 24 (84), 1059-1067.
- Laval, C. (2004). *La escuela no es una empresa. El ataque neoliberal a la enseñanza pública*. Barcelona: Paidós.

- Licha, M., Moragues, A. & Marín, J. M. (2005). Descentralización de la cooperación técnica de la Organización Panamericana de la Salud: informe del estudio de casos de cooperación técnica descentralizada (CTD). *Organización Panamericana de la Salud*, 3, 1-83.
- Marrau, C. M. (2004). El síndrome de Burnout y sus posibles consecuencias en el trabajador docente. *Fundamentos en Humanidades*, 5, 53-68.
- Martín, J., Luceño, L., Jaén, M. & Rubio, S. (2007). Relación entre factores psicosociales adversos, evaluados a través del cuestionario multidimensional Decore, y salud laboral deficiente. *Psicothema*, 19, 95-101.
- Martínez, S. & Preciado, M. L. (2009). Consecuencias de las políticas neoliberales sobre el trabajo y la salud de académicos universitarios: el *burnout* como fenómeno emergente. *Psicología y Salud*, 19 (2), 197-206.
- Minayo, M.C., Gonçalves S. & Ramos E. (Org.) (2010). *Avaliação por triangulação de métodos: abordagem de programas sociais*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Nardi, E. (2006). *Ética, Trabalho e Subjetividade*. Porto Alegre: UFRGS.
- Navarro, V. (1993). *Dangerous to Your Health: Capitalism in Health Care*. New York: Monthly Review.
- Navarro, V. (Ed.) (2002). *The Political Economy of Social Inequalities: Consequences for Health & Quality of Life*. Amityville, NY: Baywood.
- Osborne, D. & Gaebler, T. (1994). *La reinención del Gobierno: la influencia del espíritu empresarial en el sector público*. Barcelona: Paidós.
- Pando, M., Aranda, A., Aldrete, M. G., Flores, E. E. & Pozos, E. (2006). Factores psicosociales y *burnout* en docentes del centro universitario de ciencias de la salud. *Investigación en Salud*, VIII, 173-177.
- Peiró, J. M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicaciones para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Universitas Psychologica*, 3 (2), 179-186.
- Perilleux, T. (2008). La subjetivación frente a la prueba del trabajo flexible. En A. Soto (Ed.), *Flexibilidad laboral y subjetividades. Hacia una comprensión psicosocial del empleo contemporáneo*. Santiago: LOM.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1996). El análisis del discurso y la identificación de los repertorios interpretativos. En A. Gordo & J. Linaza, *Psicología, discursos y poder*. Madrid: Aprendizaje Visor.
- Recio, A. (1997). *Trabajo, personas, mercados. Cuaderno de economía laboral*. Icaria: España.
- Riutort, M. & Cabarcas, F. (2006). Descentralización y equidad: una revisión de la literatura latinoamericana. *Gerencia y Políticas de Salud*, 5 (11), 22-36.
- Rojas, M. L., Zapata, J. A. & Grisales, H. (2008). Síndrome de Burnout y satisfacción laboral en docentes de una institución de educación superior, Medellín, 2008. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 27 (2), 198-210.
- Rose, N. (2003). Identidad, genealogía, historia. En S. Hall & P. Du Gay (Comps.), *Cuestiones de identidad cultural*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Sáenz, L. (2001). Modernización de la gestión hospitalaria colombiana: lecciones

- aprendidas de la transformación de los hospitales en empresas sociales del Estado. *Iniciativa Reforma Sector Salud*, 46, 1-69.
- Sennet, R. (2000). *La corrosión del carácter. Las consecuencias personales del trabajo en el nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Sennet, R. (2001). La flexibilidad: aparato ideológico y dispositivo disciplinario. *Archipiélago*, 48, 29-36.
- Sennett, R. (2006). *La cultura del nuevo capitalismo*. Barcelona: Anagrama.
- Slaughter, S. & Leslie, L. L. (1997). *Academic Capitalism. Politics, Policies and the Entrepreneurial University*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Slaughter, S. & Leslie, L. L. (2001). Expanding and Elaborating the Concept of *Academic Capitalism*. *Organization*, 8 (2), 154-161.
- Slaughter, S. & Rhoades, G. (2005). From endless frontier to basic science for use: Social contracts between science and society. *Science, Technology and Human Values*, 30, 4, 1-37.
- Tomás, M. M., Taboada, M. A. & Toledo, M. D. (2004). Las condiciones y medio ambiente de trabajo en empresas estatales y sus efectos sobre la salud de la población. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 22, 339-357.
- Ugalde, A. & Homedes, N. (2005). Las reformas neoliberales del sector de la salud: déficit gerencial y alienación del recurso humano en América Latina. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 17(3), 202-209.
- Uribe, A., Garrido, J. & Rodríguez, A. M. (2011). Influencia del tipo de contratación en la calidad de vida laboral: manifestaciones del capitalismo organizacional. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 33, 101-116.
- Useche, M. C. (2002). La organización del trabajo en el marco de la globalización. *Gaceta Laboral*, 8, 67-78.
- Varela, A., Carrasquilla, G., Tono, T. & Samper, B. (2002). Asimetría en la información: barreras para la implementación de la reforma de salud en Colombia. *Colombia Médica*, 33 (3), 95-101.
- Vargas, J. & Molina, G. (2009). Acceso a los servicios de salud en seis ciudades de Colombia: limitaciones y consecuencias. *Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública*, 27 (2), 121-130.
- Waitzkin, H. (2000). *The second sickness: contradictions of capitalist health care*. Estados Unidos: Rowman and Littlefield Publishing.
- Ylijoki, O-H. (2005). Academic Nostalgia: A Narrative Approach to Academic Work. *Human Relations*, 58(5), 555-576.