LAS RELACIONES LABORALES EN MEDICA URUGUAYA

por

Dra. Inés Casulo Pais, Dra. Rosario Irabuena Sosa, Dr. Danubio Moreira Rocca, Dra. Ana Sotelo Márquez

Presentación: Prof Juan Raso Delgue

Sumario

PRESENTACIÓN

El presente trabajo ha sido elaborado a partir de las investigaciones realizadas por cuatro alumnos de la asignatura de Relaciones Laborales del postgrado de Derecho del Trabajo. Los "alumnos" en realidad son abogados avanzados, algunos de ellos docentes, que en el postgrado han incorporado a sus conocimientos elementos de las *Relaciones Laborales*, disciplina de antiguo origen anglosajón, que recién en la década de los años '90 se impuso en el mundo latino.

¿Cuáles son las diferencias entre los estudios tradicionales del derecho del trabajo –y más aún de derecho colectivo del trabajo- y los enfoques de las relaciones laborales? En primer lugar debemos señalar que la nueva disciplina tiene una visión fundamentalmente multidisciplinaria del fenómeno laboral que estudia. De alguna manera el carácter multidisciplinario condiciona su visión de la fenomenología laboral. No se detiene en la consideración de la normativa aplicable a determinada realidad, sino que trata de conocer los contextos en que ella se desarrolla. Más allá de las normas, importa entender las características tecnológicas de determinado sistema laboral, el juego de poder que en él se desarrolla, cómo operan las aberturas y restricciones del mercado. También desde el punto de vista de las relaciones laborales, interesa especialmente el rol de cada uno de los actores, incluyendo el Estado, que siempre –aún cuando pretendidamente pregone su voluntad de "retirarse" del

sistema– determina activa o pasivamente muchas decisiones estratégicas de los dos interlocutores sociales: empresarios y trabajadores con sus respectivas organizaciones. Finalmente interesa a la disciplina conocer las motivaciones psicológicas, los condicionamientos sociales, las líneas de conflicto y de negociación (que son en definitiva las expresiones del disenso y del consenso en determinado ámbito) y los intereses manifiestos y ocultos que determinan el accionar de los actores.

Al haber sugerido la publicación del presente trabajo a la Revista de la Facultad de Derecho, hemos seguido un doble propósito. Por un lado, queremos explicar a través de un estudio de campo como opera una investigación de relaciones laborales, cuál es su profunda vinculación con la realidad, cómo importan más allá de las normas escritas, las normas no escritas (prácticas, usos y costumbres, decisiones unilaterales de las partes), en que médida inciden los juegos de poder y de cooperación de las partes. Creemos que una investigación sobre un universo reducido y puntual permite alcanzar el objetivo de "entender" la disciplina, más que investigaciones amplias que a veces se dispersan precisamente en la vastedad de los objetos que pretenden aprehender. El segundo motivo que nos llevó a impulsar la publicación es la opinión que creemos muy útil demostrar –a modo de ejemplo en una actividad de importante conflictividad en la realidad nacional actual, "la Salud"– cómo operan o pueden operar las relaciones laborales y como es posible, en una institución médica con particulares características históricas y gremiales, alcanzar soluciones en la que se involucren los actores sociales.

Finalmente queremos destacar la satisfacción que como docente nos ha provocado el presente estudio no solo por la descontada seriedad y madurez de sus autores, sino en particular por el entusiasmo, el espíritu con el cual han llevado a cabo cada entrevista y cada verificación de campo, para elaborar interesantes conclusiones. Porque son en definitiva las "conclusiones" el verdadero "producto" de toda investigación.

Juan Raso Delgue

I. INTRODUCCIÓN

El presente trabajo pretende analizar el sistema de relaciones laborales[1] en la empresa MEDICA URUGUAYA CORPORACION DE ASISTENCIA MEDICA (MUCAM). Para ello presentaremos a la empresa y al sindicato basándonos en una investigación de campo meramente exploratoria, consistente en las entrevistas realizadas a los actores sociales en el período 1998-2000.[2]

Nos proponemos como objetivos detectar, estudiar y describir las estrategias que si-

1. Cabe destacar que se optó por usar la expresión relaciones laborales, porque la misma supera la restrictividad de la expresión relaciones industriales. Revista Derecho Laboral No.172, Montevideo, Diciembre 1993, pág. 823 y ss.

2. Fueron entrevistados Olga Sosa Jara (Presidenta de Asociación del Personal de Médica Uruguaya), Rodrigo Ponce De León (Presidente de Caja de Previsión Social del Personal de Médica Uruguaya "Dr. Alberto Mantrana Garín"), Nicolás Cetta (Gerente General de MUCAM) y Cristina Lasalvia (Jefa de Recursos Humanos).

guen los actores de las relaciones laborales, es decir el sindicato (Asociación del Personal de Médica Uruguaya - APMU), la empresa (MUCAM) y el gobierno, tendientes al cumplimiento de sus propósitos; tomando como marco teórico la teoría de la opción estratégica.

Entendemos que la investigación propuesta es necesaria dada la actual situación de crisis del mutualismo y del sindicalismo, que en principio no parecerían afectar las relaciones laborales en la mencionada empresa.

II. MARCO TEÓRICO

Utilizaremos el marco teórico que nos proporciona la denominada teoría de la OPCION ESTRATEGICA, la que como lo revela su nombre, pone el énfasis en la ESTRATEGIA, aunque el análisis sistémico constituya su punto de partida.

En la teoría sistémica, Dunlop ponía el acento fundamentalmente en la negociación colectiva, y dentro de la concepción sistémica clásica encontramos este enfoque especial que da gran importancia a las estrategias que han de adoptarse por cada uno de los actores del sistema de relaciones laborales.

Si bien este enfoque nace de la teoría sistémica clásica, se despega de ésta tomando características propias[3] que le permitirían mejorar el análisis de algunos fenómenos que se dan en el ámbito de las relaciones laborales, como ser las políticas de recursos humanos, los centros de trabajo no sindicalizados o los descensos de la tasa de afiliación por mencionar algunos. Esto en un contexto donde el rol del Estado también estratégicamente es otro, pues se ha retirado de la negociación colectiva y esta actitud representa una opción muy trascendente en el juego de interrelación de los otros actores: empresas y sindicatos.

La premisa fundamental de este enfoque es que los procesos y resultados de las relaciones laborales estarían dados por la interacción en permanente cambio de las "presiones ambientales" y las respuestas que den las organizaciones: empresarios, sindicatos y gobierno. Estas respuestas pueden no ser inmediatas a los cambios en el entorno (cambios en el mercado), lo que determinará períodos de estabilidad o de grandes transformaciones.[4]

Los autores que desarrollan esta teoría presentan una estructura de las relaciones laborales en tres planos, ampliando de esta manera la concepción tradicional que solamente se ocupaba del proceso de negociación colectiva.

Estos tres planos o niveles serían: 1) el nivel superior de las decisiones estratégicas; 2) el nivel medio o funcional de la negociación colectiva, o de formulación de políticas de personal; 3) el nivel inferior que corresponde al lugar de trabajo en que se ponen en práctica las políticas. En cada uno de estos tres niveles los diferentes actores (empresarios, sindicatos y gobierno) van a ejercer un juego de interacción.

El *nivel superior* está dado por las decisiones macro a largo plazo en virtud de las

3. CEDROLA SPREMOLLA, Gerardo, "Los enfoques teóricos en relaciones industriales", Revista de RELASUR Nº 2, Montevideo, 1994, pág. 69.

4. KOCHAN, Thomas, KATZ, Harry y MC KERZIE, Robert, "La Transformación de las Relaciones Laborales en los Estados Unidos",. editado por MTSS de España, Madrid, 1993, pág. 36.

cuales los empresarios desarrollarán estrategias de inversión y recursos humanos; los sindicatos políticas de representación y de organización; y el gobierno políticas sociales y macroeconómicas.

Como expresáramos, el *nivel medio* englobaría el ámbito más tradicional de las relaciones laborales, el que se centra en la negociación colectiva, formulación de políticas de personal y desarrollo de las políticas públicas que regulan las relaciones entre trabajadores y empresarios.[5] En este nivel los empresarios van a aplicar políticas de personal y estrategias de negociación, los sindicatos estrategias de negociación colectiva, y el Estado va a desarrollar políticas de administración y derecho laboral.

Al *nivel inferior* corresponden las opciones estratégicas más directamente vinculadas a la organización del trabajo en la empresa, como ser diseño de los puestos de trabajo, relaciones entre trabajadores y superiores jerárquicos, etc.[6]

De esta forma las políticas que emplearán los diferentes actores dentro del cuadro descrito van a ser las siguientes: los empresarios van a llevar a cabo estrategias relativas a supervisión; los trabajadores, por su parte, políticas de participación, diseños de los puestos de trabajo y organización laboral; en tanto que el gobierno dictará normas laborales que regularán los derechos individuales así como leyes sobre seguridad e higiene en el trabajo.[7]

Las ventajas de aplicar este marco teórico en tres niveles serían que:

1. Posibilita la identificación de las "aparentes incoherencias y contradicciones en las estrategias y prácticas en diferentes niveles de las relaciones laborales dentro de la empresa".[8]
2. Permite el análisis de los papeles desempeñados por los trabajadores, los empresarios y el gobierno en sus respectivos ámbitos y actividades.
3. Considera los efectos que las decisiones a tomar por cada uno de los actores, tienen sobre los demás protagonistas, es decir, que cada uno de ellos en su actuar estará determinando de alguna manera el actuar de los dos restantes, aún cuando su actitud se traduzca en no hacer.

En conclusión, los teóricos de este enfoque buscarán estudiar las estrategias utilizadas por cada uno de los actores del sistema de relaciones laborales, lo que en definitiva implica una interacción de los mismos en el desarrollo de un verdadero "juego de poder", similar a una partida de ajedrez en la que la opción tomada necesariamente va a influir en los otros actores.

III. PRESENTACIÓN DE LA EMPRESA

5. KOCHAN y otros, "La Transformación ...", ob. cit., págs. 40, 41 y 42.
6. Idem nota anterior, pág. 41.
7. Idem nota anterior, pág. 41, 42 y 43.
8. Idem nota anterior, pág. 43 y 44.

1. Origen

El origen de la empresa y el origen del sindicato están íntimamente relacionados.

A mediados de la década del 40 Médica Uruguaya pertenecía a un único propietario, el Sr. Golino. En 1950 se forma la Asociación del Personal de Médica Uruguaya (APMU) que obtiene la personería jurídica en 1952. Está formada por técnicos y no técnicos representando a todo el personal de Médica Uruguaya frente a su único dueño. En la década del 60 éste sufre una crisis económica[9] que lo lleva a ceder la empresa a todo el personal, transformándose en lo que hoy conocemos como Médica Uruguaya Corporación de Asistencia Médica (MUCAM), en cuyo Consejo Directivo estaban equitativamente representados los técnicos y los no técnicos.[10]

Posteriormente, en cumplimiento de viejas disposiciones y a efectos de ser considerada como una Institución de 1ª categoría, el Consejo Directivo pasa a estar integrado por 5 médicos. Además había 2 representantes del personal (técnico y no técnico) que hasta 1973, tenían voz y voto en dicho Consejo pese a no ser miembros estatutarios. Estos delegados eran electos por APMU y en los hechos coincidían con su Presidente y su Secretario.[11]

En las primeras dos décadas la Organización tuvo un lento desarrollo. Si bien los representantes de la Empresa no expresaron cuales fueron los motivos, entendemos que quizá se debió a la situación política socioeconómica presente en el país en dicha época. Es a partir de la mitad de los años ochenta, cuando el crecimiento se vuelve explosivo, tornándose necesario el dotar a la Empresa de mayor infraestructura, motivo por el cual la Institución traslada sus instalaciones ubicándose en la actual sede (Avda. 8 de Octubre).

El crecimiento experimentado hizo necesario la transformación de la Institución. La Empresa dejó de tener un perfil familiar, convirtiéndose en una de las primeras prestatarias de servicios médicos del País. Esta situación obligó a la Dirección a que se reformularan las estrategias y políticas de la Empresa. Dentro de los cambios operados, se detectó la necesidad de contar con nuevas políticas comerciales tendientes a la captación de nuevos socios. A tal fin, en 1994 se contrataron asesores externos que fueran capaces de llevar adelante tal decisión.

Como resultado de estos cambios, el número de socios tuvo un crecimiento de un 50% en el período 1995-96, pasando de 40.000 a 60.000 socios. En la actualidad dicho número asciende a 80.000.

La transformación llevó a la tercerización de algunos servicios tales como el de vigilancia y el de enfermería domiciliaria.

---

9. Según expresiones recogidas, esta crisis económica estuvo motivada en un importante endeudamiento con el Banco de Previsión Social.

10. Con el fin de superar esta crisis el personal tuvo la iniciativa de resignar el cobro de jornales. En esa época se realizó una campaña publicitaria cuyo slogan era:

"MEDICA URUGUAYA, una gran familia. Atendida y dirigida por sus propios dueños".

11. Paralelamente a APMU, se forma la Gremial Médica con aquellos médicos que trabajan en MUCAM y no son corporacionistas, pero quieren pasar a serlo. El Consejo Directivo hace que esta Gremial Médica no tenga sentido porque absorbe como corporacionistas a todos los que pretenden formar parte de aquélla. APMU queda pues representando al personal no técnico.

La Empresa cuenta con una casa central en Montevideo y policlínicos en distintos puntos de la ciudad. En el Interior brinda sus servicios a través de convenios con Instituciones locales.

El estilo de conducción empresarial es de corte burocrático, con reglamentos muy formales y departamentos funcionales con tareas rutinarias. La dirección de la Empresa está centralizada, la toma de decisiones sigue una cadena de mando y su estructura administrativa es muy compleja.

2. Organigrama de la Empresa (Anexo)

2.1. Asamblea de corporacionistas

En el máximo nivel jerárquico encontramos a la Asamblea de corporacionistas que cuenta con 150 integrantes.

Para ser corporacionista, se exigen los siguientes requisitos:

— ser médico
— contar con antigüedad de socio entre cinco y diez años
— ser designado por la Asamblea de corporacionistas

2.2. Consejo directivo

Está integrado por un Presidente, un Secretario, un Pro secretario y un Tesorero. El Consejo Directivo es electo cada dos años por la Asamblea de corporacionistas. Como órganos de staff del Consejo Directivo encontramos la Asesoría Contable, la Asesoría Jurídica y la Asesoría Médica.

Funciones:

- representar los intereses de los corporacionistas
- tomar las decisiones que marcan la visión y políticas a implementar
- designar al Director Técnico. Este es un cargo de confianza (generalmente se renueva junto con el Consejo Directivo) y tiene bajo su responsabilidad todo lo concerniente al área médica (farmacia, dirección médica sanatorial, servicios médicos externos, dirección médica, ingreso de médicos).
- designar al Gerente General

2.3. Gerencia General

Es un cargo contratado por tiempo indeterminado, el actual Gerente tiene 10 años de antigüedad en el puesto.

Reportan al Gerente General:

- Dirección Técnica Senatorial
- Oficinas de Personal, de Registros Médicos y del Interior
- Unidad de Recursos Humanos
- Departamento de servicios externos
- Proveeduría

Como órganos de staff de la Gerencia General encontramos la Secretaría Gerencial y el Contador Jefe.

2.4. Oficina de Personal

Hay una Jefe de área y diez asistentes administrativos.

La Oficina se encarga de todos los aspectos de la Administración de personal (contratos laborales, pago de salarios, control del cumplimiento del reglamento de trabajo, control del cumplimiento del padrón de funcionarios asignados a cada sector, divididos éstos en categoría de titulares y suplentes, etc.). Mensualmente elabora un informe a la Gerencia General, declarando el movimiento de altas y bajas de los funcionarios.

En diciembre '98, la plantilla era de 1925 funcionarios (titulares y suplentes), compuesta de la siguiente forma:

— 580 médicos
— 749 técnicos
— 596 no técnicos

Esta Oficina no está jerarquizada, existiendo serios problemas de comunicación entre la misma y la Gerencia General y resto de los departamentos.

De la entrevista realizada se desprende la necesidad de coordinar los trabajos de esta Oficina con los de la Unidad de Recursos Humanos, pudiéndose de esta manera realizar una mejor planificación de las responsabilidades asignadas.

2.5. Unidad de Recursos Humanos

Fue creada en el año 1996, siendo su misión controlar el ingreso de personal a la Organización, así como también crear e implementar políticas en Recursos Humanos tales como: el desarrollo de carrera, planes de capacitación y creación de un sistema de evaluación de desempeño de los empleados.

Si bien éstos fueron los motivos que determinaron su creación, actualmente su única función es la de Selección de Personal. Trabaja en forma independiente a la Oficina de Personal. La relación entre ambas se limita a la información suministrada por la Oficina de Personal respecto a los movimientos del padrón de funcionarios, ya que para que la Unidad de Recursos Humanos pueda realizar un proceso de selección debe tener certeza que realmente hay una vacante.

Está integrada por un Jefe de área, una Psicóloga, un Asistente de ésta y un médico laboralista.

La Jefe de área, Psic. Lasalvia, al consultársele respecto al servicio brindado por la Institución, ésta manifestó que aún cuando han crecido en número de afiliados, las políticas empresariales no se han visto modificadas, continuándose con un estilo de dirección de empresa de tipo familiar. La entrevistada entendía que esta situación era peligrosa, ya que esto no permitía visualizar los problemas a nivel macro y asumía un cierto riesgo de pérdida de afiliados.

Selección de personal: Hasta la creación de esta Oficina, la selección de personal era realizada por una consultora externa mediante llamado público. También se podía ingresar por recomendación de los médicos corporacionistas, siendo ésta la vía generalmente utilizada, y muy especialmente para el personal administrativo. Esta situación llevó a que existiera un alto componente de lazos familiares entre los funcionarios. Se priorizaba la recomendación ante la idoneidad y capacidad del postulante para el cargo.

Capacitación inicial: No se realizan cursos de inducción a la Empresa.

El personal administrativo recibe un breve curso (en el primer día de trabajo) a cargo del Jefe respectivo, en el cual se le explican las tareas a realizar, las normas internas, régimen disciplinario, etc..

El personal técnico, previo estudio de méritos por parte del jefe técnico, recibe tres días de orientación práctica; posteriormente se le realiza una evaluación psicológica.

Consultada la responsable de área, ésta entiende sería favorable a la Organización la coordinación que debiera existir entre todas las áreas, posibilitando de esa manera una planeación estratégica de los recursos humanos.

Ingreso de personal: El personal administrativo ingresa como suplente ocupando diferentes puestos en sucursales, pudiendo ser para cubrir las faltas de titulares, licencias y cuando se producen vacantes ingresa como titular. Los suplentes eligen el horario en que pueden trabajar y se les paga por hora de trabajo.

Evaluación de desempeño: Actualmente los jefes califican a sus subordinados, no existiendo un sistema planificado de evaluación de desempeño, recibiendo como premio dos días de licencia (en la práctica cuando los funcionarios necesitan días de licencia, le solicitan a su jefe que los evalue).

IV. PRESENTACIÓN DEL SINDICATO

1. Origen[12] y objetivos

La Asociación del Personal de la Médica Uruguaya (en adelante A.P.M.U.) nace con la Asamblea constitutiva que tuvo lugar el 9 de Noviembre de 1950, fecha en la que se aprobaron sus Estatutos y Reglamentos, obteniendo la personería jurídica en el año 1952.

Sus objetivos fundamentales son:

a. Asumir la defensa de los intereses gremiales de sus asociados.

12. Respecto a la íntima relación entre el origen del sindicato y el de la empresa, véase lo expresado supra III.1.

b. Organizar una Caja de Auxilios y Previsión Social.

c. Pugnar por la implantación dentro de la Médica Uruguaya, del Estatuto del Funcionario y del ascenso riguroso por escalafón.

d. Fomentar la unión y solidaridad entre todos sus asociados.

e. Facilitar la adquisición de medios de cultura (biblioteca, gimnasio, conferencias, etc.).

f. Controlar la conducta gremial y funcional de sus asociados.

En cumplimiento del objetivo mencionado en el literal b), fueron aprobados por las Asambleas celebradas los días 20 de junio, 20 de octubre y 26 de noviembre de 1987 los Estatutos de la Caja de Previsión Social del Personal de Médica Uruguaya "Dr. Alberto Mantrana Garín". Esta tiene por objeto social brindar los siguientes servicios: beneficio de retiro, amparo por fallecimiento, primas por matrimonio, natalidad e incluso extraordinarias, prestaciones pecuniarias y administración de convenios colectivos de seguridad social.

2. Autoridades

Las autoridades de A.P.M.U. son:

a) La *Asamblea*, que es la autoridad máxima de la Asociación y a ella compete privativamente considerar la Memoria y Balance anual e informes de la Comisión Fiscal; autorizar las adquisiciones, gravámenes o enajenación de bienes; resolver cualquier cuestión planteada por la Comisión Directiva, la Comisión Fiscal o por una quinta parte de los asociados en condiciones de votar; fijar la cuota mensual que deben abonar los asociados; reformar en forma parcial o total los Estatutos y el Reglamento General; y renovar autoridades.

b) La *Comisión Directiva,* compuesta por nueve miembros titulares y sus respectivos suplentes, cuyos deberes y atribuciones son: gestionar recursos extraordinarios para aumentar el fondo social; considerar las renuncias de sus miembros; nombrar y destituir a sus colaboradores y asesores. En caso de ser necesario, podrá incluso asumir la representación de la Asociación, así como adquirir, gravar o enajenar toda clase de bienes previa autorización de la Asamblea.

c) La *Comisión Fiscal*, compuesta por tres miembros titulares y sus respectivos suplentes, tiene amplios poderes de contralor económico (arqueos de caja, balances y en general toda medida necesaria tendiente a hacer efectiva su acción), debiendo informar a la Asamblea Ordinaria sobre el cumplimiento de su gestión y pudiendo incluso convocar a Asamblea en forma extraordinaria.

3. Características del Sindicato

3.1. Relacionamiento con el P.I.T.-C.N.T. y la F.U.S.

Históricamente, A.P.M.U. formaba parte de FUFEM y fue uno de los últimos sindicatos, junto al de la mutualista Casa de Galicia, en abandonar aquélla para integrarse luego al PIT-CNT. Tal actitud provocó una profunda crisis con MUCAM en la segunda mitad de la década del 60. Hasta ese entonces, médicos y funcionarios compartían sus expectativas

reivindicativas en forma igualitaria.

En 1983, en las postrimerías de la dictadura militar, la reorganización de los sindicatos tuvo la fundamental participación de la Asociación de Empleados Bancarios del Uruguay (A.E.B.U.) y la Iglesia Católica. Dentro del sector de la salud, el referente de aquel entonces era la Asociación de Funcionarios del CASMU (A.F.C.A.S.M.U.).

El 21 de octubre del mismo año se realizó la Asamblea que tuvo por objeto la reactivación de A.P.M.U. y en el marco de la llamada ley "Bolentini" referida a las asociaciones "laborales", se buscó mantener la denominación original (APMU) para poder así reivindicar la personería jurídica anterior y los bienes de su propiedad (inmueble ubicado en Avda. Italia 2478, que fuera y es actualmente su Sede).

En el Sindicato, no tanto a nivel de base sino a nivel directriz, ha habido siempre una visión muy "federacionista" del quehacer sindical. A tal punto que hoy es uno de los pocos sindicatos de la Federación Uruguaya de la Salud que, en concordancia con los lineamientos de esta última, nunca ha reivindicado beneficios tales como asiduidad, prima por casamiento, etc., que sí han sido conquistados por otros sindicatos de base.

3.2. Filiación política e ideológica

Los dirigentes del Sindicato se definen ideológicamente como *"de izquierda"*, no obstante lo cual, nunca se conformó una lista de delegados que representara a una corriente partidaria.[13] En la integración de tales listas incide fundamentalmente la afectividad hacia determinada persona, por encima de su adhesión a determinado partido.[14]

3.3. Nivel de afiliación

A.P.M.U. cuenta aproximadamente con 700 afiliados que abonan una cuota sindical equivalente al 1% del total de sus salarios. Dicho porcentaje, que es retenido por la empresa y abonado al sindicato, no se aplica sobre el aguinaldo y el salario vacacional. Si bien el número de afiliados es importante, un número muy reducido de trabajadores se dedica a la actividad sindical y a la militancia.

A través de la Caja de Previsión Social del Personal de Médica Uruguaya, organismo que bien puede ser considerado el "brazo social" del Sindicato, se busca captar nuevos afiliados, proporcionando beneficios tales como convenios con casas de electrodomésticos, supermercados, clubes deportivos, instituciones de enseñanza, computación, etc, estando proyectada la futura construcción de una colonia de vacaciones.

Pero más allá de beneficios, la adhesión de los trabajadores se apoya fundamentalmente en la incuestionable imagen de seriedad, respeto y credibilidad que el sindicato tiene

13. Se habla de un sindicato no partidizado, pese a que la mayoría de sus dirigentes adhieren al Movimiento de Liberación Nacional - Tupamaros, o se definen como independientes o anarquistas.

14. A tal punto que, una lista de filiación anarquista postulaba como Presidente del Sindicato a un dirigente de reconocida filiación comunista.

frente a sus afiliados, frente a la empresa y frente a otros sindicatos, principalmente a partir del reacondicionamiento de su local sindical, actualmente equipado con moderna tecnología y en el que trabaja un muy capacitado personal.

4. Visión que el sindicato tiene de la empresa

En cuanto a la prestación del servicio, actualmente la atención personalizada no es posible, como consecuencia del gran crecimiento del número de asociados a Médica Uruguaya, que antes atendía a 37 pacientes por día y hoy atiende a más de 130. En tal sentido, existe preocupación en el sindicato por la eventual pérdida del control del importante número de convenios suscriptos.

Se señala la falta de aggiornamiento estructural de Médica Uruguaya en relación con el crecimiento numérico de sus afiliados. Antes tenía afiliados de mucha edad. Actualmente predominan los niños y los jóvenes que como contrapartida ocasionan menos gastos a la empresa, siendo los más comunes los vinculados al tratamiento de gripe, sarampión, apéndice y embarazo.

Como contrapartida, se destaca en el plano asistencial un valor agregado como lo es la solidaridad del personal que brinda al asociado una atención "muy humana".

En lo que hace a la organización institucional, a juicio del sindicato no existe confianza institucional en los mandos medios, ni distribución del gobierno y del poder dentro de la Institución. La Gerencia lo resuelve todo. Se critica un manejo "hormonal" y no cerebral de muchos asuntos, aún en contra de la opinión de los asesores en las distintas áreas.

En cuanto a las relaciones laborales, para el sindicato la empresa se maneja con relaciones laborales personales con marcadas diferencias entre funcionarios de la misma jerarquía, del mismo escalafón, pero con remuneraciones salariales diferentes.

Las relaciones laborales de tipo familiar existentes en Médica Uruguaya dificultan la efectiva aplicación de normativas generales que abarquen por igual a todo el personal.

Tales relaciones determinan notorias diferencias en el trato que recibe el personal que trabaja en el Area Administrativa (donde trabajan muchos hijos o familiares directos de los directores) en comparación con el que recibe el personal del Sanatorio (directamente vinculado al Area Asistencial). A modo de ejemplo: el Reglamento de Trabajo de la empresa se aplica en forma estricta a de los trabajadores del Area Asistencial. En cambio al Area Administrativa se puede ingresar por recomendación de algún funcionario de jerarquía y hay una mayor tolerancia en cuanto a las ausencias, llegadas tarde, cambios de horario, etc.

La empresa se preocupa por solucionar los problemas de la persona más que los del empleado. No hay un Departamento de Recursos Humanos con una estrategia global.

Los trabajadores por su parte, aceptan esta forma de relacionamiento laboral, estando muy arraigado el "somos una gran familia y no tenemos patrón".

V. RELACIÓN EMPRESA-SINDICATO.

La Empresa reconoce al Sindicato como interlocutor válido de los trabajadores. Siem-

pre que éste plantea orgánicamente una reivindicación o pone alguna objeción (por ej. por un despido, un sumario, etc) provoca inevitablemente una respuesta de la Empresa, que no mantiene invariable una decisión sin escuchar al Sindicato. En tal sentido, puede decirse que en el relacionamiento empresa-sindicato existe un marco pautado, aunque no escrito, que ambas partes reconocen y respetan[15].

A lo largo de la historia, ha sido y sigue siendo un propósito del Sindicato acompañar el crecimiento de la empresa, participando activa y responsablemente en toda adecuación o reestructura que sea necesaria realizar.

No existe en Médica Uruguaya represión sindical. Los dirigentes sindicales circulan libremente por todos los Sectores de la Institución a cualquier hora.

No se realizan descuentos sobre el salario por concurrir a Asambleas informativas, las cuales tienen lugar en la Institución o frente a la misma, en el local sindical, con la asistencia de unas 80 personas por turno y con una duración aproximada de 30 minutos.

Entre las prerrogativas sindicales deben mencionarse la utilización de cartelera sindical dentro de la empresa y la existencia de licencia gremial. El Sindicato comunica quién hace uso de esta última, aunque no tenga la calidad de dirigente, y sin que sea necesario justificar para qué la solicita.

VI. CONFLICTOS

1. Objeto de los conflictos

El concepto de MUCAM como "un*a gran familia*" comienza a romperse a partir de 1983, cuando se marca la diferencia entre el sindicato y la empresa. Se inicia pues una etapa de grandes movilizaciones a nivel sindical motivadas fundamentalmente en reivindicaciones salariales, cumplimiento del laudo, categorizaciones, titularizaciones, despidos, etc. Es un período de grandes dificultades económicas que se exteriorizan en el inminente cierre de la empresa; el atraso en el pago de salarios, el no pago de salarios vacacionales, el no cobro de aguinaldo y salario vacacional por parte de los médicos y que además cobraban sus salarios tres o cuatro meses después de la fecha correspondiente, etc. En aquél entonces la empresa tenía 27 mil socios, hoy cuenta con 86 mil.

En tal coyuntura, el Sindicato entiende que debe salvar la fuente de trabajo y para eso modifica algunas actitudes. Cobra capital importancia el descuento por paros que comienza a realizar la Empresa a partir de 1987 y que obliga al Sindicato a cambiar la estrategia, la metodología del conflicto, la frecuencia de los paros.

Pese a que desde la reinstitucionalización democrática Médica Uruguaya ha tenido siempre directivos vinculados al más alto nivel gubernamental,[16] el Sindicato nunca promo-

15. Infra VI.3.

vió un conflicto a expensas de un problema político nacional.

En general, puede decirse que los conflictos en MUCAM han tenido por objeto la plataforma reivindicativa de la Federación Uruguaya de la Salud por un lado, y por otro el mejoramiento de las condiciones salariales y laborales obtenidas a nivel de la rama de actividad, esto último a través de negociaciones posteriores a nivel de la empresa.[17]

2. Exteriorización de los conflictos

El 100% de los empleados (afiliados y no afiliados al sindicato) adhiere a los conflictos motivados en temas relacionados con la Empresa (fundamentalmente en cuanto a condiciones laborales); no ocurriendo lo mismo con las movilizaciones generales de la FUS o el PIT-CNT, en las que la participación obrera es sensiblemente inferior[18].

Cabe señalar que el cobro en fecha de los salarios (sueldo, licencia, salario vacacional y aguinaldo) dificulta la organización de un conflicto, pues a la hora de participar en el mismo incide en un importante número de trabajadores el contraste que viven en sus otros lugares de trabajo, donde cobran sus haberes salariales con sensible atraso.

Existe la convicción en el personal de enfermería de que la interrupción de tareas por adhesión a un conflicto no constituye omisión de asistencia. Para posibilitar la concurrencia a las Asambleas en el local sindical, se ha instrumentado que dos o hasta tres de cuatro enfermeros y un auxiliar de servicio por Sector pueden asistir a las mismas, permaneciendo en el servicio una Enfermera Universitaria y un Médico. El Sindicato impuso su presencia siempre que la patronal intentó reprimir esto último. Si en algún sector alguien no quiere asistir a la Asamblea puede ser redistribuido en otro en el que falte personal.

Los conflictos se han manifestado a través de paros totales o parciales por turno, con distribución de volantes, uso de autoparlantes, etc.

3. Solución de los conflictos

Los conflictos se solucionan a través del diálogo entre la Empresa y el Sindicato. Este último, representado en la persona de sus autoridades, es atendido directamente por el Consejo Directivo o por el Gerente. Asimismo, existen líderes sindicales que por su vasta trayectoria como tales, aún sin integrar la Dirección del Sindicato, son reconocidos por toda la

16. El Dr. Raúl Bustos fue Ministro de Salud Pública, habiendo ocupado anteriormente dicha Secretaría de Estado el Dr. Raúl Ugarte. El Dr. Lasalvia, por su parte, ocupó el cargo de Subsecretario de dicha cartera.

17. En tal sentido pueden mencionarse entre otros: la obtención del pago por única vez de una partida fija independiente del aumento general para el grupo de actividad; el cambio automático de categoría cada cuatro años en Enfermería; la titularización automática de los suplentes al alcanzar determinada antigüedad; la imposibilidad de cambiar de sector al trabajador pasada la hora de inicio de su actividad; el mantenimiento de compensaciones tales como nocturnidad o CTI cuando la empresa dispone un cambio de turno o de sector, la consideración de Carnaval y Turismo como feriados pagos para el personal administrativo.

18. En los paros generales convocados por el PIT-CNT, un importante número de trabajadores concurre a trabajar para no perder el jornal, justificando su actitud por el hecho de pertenecer a una de las denominados "áreas imprescindibles".

jerarquía institucional de Médica Uruguaya e intervienen como delegados del personal ante problemas puntuales.

El diálogo empresa-sindicato normalmente tiene lugar en la misma Empresa; canalizándose fundamentalmente a través de la Comisión Paritaria. Muy excepcionalmente dicho diálogo ha tenido lugar en y con la intervención de la Dirección Nacional del Trabajo (DINATRA), dependiente del MTSS. Esto último ocurrió por un corto período, cuando en 1987, el Consejo Directivo de MUCAM no permitió el ingreso de la representación obrera a sus sesiones[19].

La Comisión Paritaria se integra normalmente por el lado del Sindicato con tres representantes (dos integrantes de la Comisión o Mesa Directiva y un trabajador del Sector involucrado en el tema a tratar), asistidos por el abogado del Sindicato,[20] y por el lado de la Empresa, con tres o cuatro jerarcas elegidos por el Consejo Directivo. En cuanto a la actividad que desarrolla dicha Comisión, debe señalarse que la misma se reúne semanalmente, documentándose en Actas las reglas de funcionamiento que cada año acuerdan las partes, así como las "Resoluciones" que posteriormente se elevan al Consejo Directivo de MUCAM que es quien en definitiva resuelve, sin apartarse normalmente de aquéllas. Los temas abordados por la Comisión pueden ir desde "pequeños" problemas personales (suspensiones, traslados, etc.) hasta reestructuras, titularizaciones de suplentes, etc. Para solucionar los temas de mayor importancia se plantea ante el Consejo Directivo o a la Mesa Directiva, esta última integrada por el Presidente, el Secretario y otro miembro del Consejo, con poder resolutivo y mayor ejecutividad.

VII. ANÁLISIS

1. El ***entorno exterior*** está dado por una profunda crisis del mutualismo y del sindicalismo.

Por el lado del mutualismo, dicha crisis deja inmersas a las instituciones de asistencia médica colectiva (IAMC) en una feroz competencia para la captación de afiliados. Esto determina que sobrevivan fundamentalmente aquellas instituciones que cuentan con mayores recursos y mejor infraestructura, apreciándose una progresiva desaparición de las que no reúnen tales condiciones. Constituyen ejemplos de esto último los cierres de Asociación de Empleados Civiles de la Nación, Servicio de Salud Panamericano, Mutualista Uruguay-España, Centro Médico Cooperativo, entre otros.

En este contexto hay que resaltar el alto costo de la cuota mutual pese al control que sobre la misma ejerce el Estado.

---

19. Hasta 1973, en las sesiones del Consejo Directivo de MUCAM participaban con voz y voto dos delegados del sindicato. Entre 1973 y 1984 no se verificó tal participación como consecuencia de la dictadura militar. Con la reinstitucionalización democrática, estos delegados volvieron a participar con voz pero sin voto. Finalmente, a partir de 1987 y a raíz de la gran conflictividad imperante en la época, dichos delegados fueron expulsados del Consejo Directivo.

20. Inicialmente la empresa pretendía que quienes concurrieran a la misma fueran los dirigentes sindicales. En los hechos integran ésta la o las personas que designa el Sindicato, aunque no integren la Comisión Directiva del mismo.

Tal circunstancia, en la perspectiva de la actual crisis económica y social, implica una disminución de la afiliación privada y una desmedida competencia por captar afiliados provenientes del sistema de seguridad social (ex Dirección de los Seguros Sociales por Enfermedad, DISSE) a través de la exoneración del pago de órdenes y tickets.

Por su parte, el sindicalismo también se ve enfrentado a una grave crisis en términos generales, que se ve reflejada principalmente en las bajas tasas de afiliación sindical y en la escasa participación de los trabajadores a nivel colectivo.

Es importante destacar que un número significativo de los trabajadores de la salud privada tienen doble o pluri-empleo[21], hecho éste que explicaría la falta de identificación del trabajador tanto con la empresa como con su sindicato.

2. Pasaremos a desarrollar el análisis de las ***estrategias o decisiones macro*** seguidas por los actores sociales, en nuestro caso M.U.C.A.M. (empresa), A.P.M.U. (sindicato) y Estado.

Tras un estudio de mercado realizado por una consultora externa se constató que existía una porción del mercado insatisfecha con las ofertas del medio. Para intentar llegar a ella, la *Empresa* celebró convenios con diferentes instituciones (educacionales, deportivas,[22] etc.), cuyo poder de convocatoria contribuyó a prestar una difusión más amplia de aquélla.

La campaña publicitaria fue dirigida a la población adolescente y niños, grupos que en principio no harían incurrir a la institución en gastos de significativa cuantía, representando los comprendidos en estos convenios un 33% del total de la facturación.

Asimismo Médica Uruguaya focalizó su estrategia de marketing hacia un sector de la población de clase media y media-baja, que realiza la opción entre el servicio de asistencia pública o uno privado con costos bajos. La ventaja comparativa ofrecida estaría dada por un precio bajo vinculado a una "atención más personalizada" y no al ofrecimiento de la más alta tecnología, aspecto al que apuntan algunas de sus competidoras.

En otro orden, fue creada la Oficina de Recursos Humanos como respuesta a la necesidad de controlar el ingreso de personal y de implementar políticas referentes al desarrollo de carrera, planes de capacitación y creación de un sistema de evaluación del desempeño de los empleados.

A pesar de ello observamos que la empresa no ha practicado una verdadera política de planeación, no existiendo un plan de carreras y dándose la movilidad del personal para cubrir las necesidades específicas del momento. No se han definido objetivos ni estrategias claras que deba seguir la Unidad de Recursos Humanos.

Las políticas comerciales y sus repercusiones tuvieron un fuere impacto en el ámbito de los recursos humanos que no acompasaron el crecimiento de la Organización, siendo producto de una falta de planificación adecuada. La forma de funcionamiento fue reactiva y

21. Posibilitado por una jornada máxima reducida por convenio colectivo, aunque generalmente dentro del mismo grupo de actvidad.

22. Por ejemplo: afiliándose a Médica Uruguaya se podía adquirir la calidad de socio del Club Neptuno por un importe equivalente a menos del 10% de la cuota regular.

no proactiva, produciéndose una ausencia descontrolada de personal en la Organización.

El *Sindicato*, por su parte, ha logrado captar y mantener a un alto número de afiliados a partir de la creación de la Caja de Previsión Social del Personal de Médica Uruguaya, proporcionándoles gran variedad de beneficios como por ejemplo: préstamos y convenios con casas de electrodomésticos, supermercados, clubes deportivos, instituciones de enseñanza, computación, servicio odontológico, etc. También ha incidido en el nivel de afiliación la imagen del sindicato que a diferencia de otros cuenta con un local sindical totalmente reacondicionado y equipado con moderna tecnología, en el que trabaja personal altamente calificado.

A nivel macro, APMU ha respetado siempre la plataforma reivindicativa de la Federación Uruguaya de la Salud, sin perjuicio de negociar a nivel de la empresa el mejoramiento de las condiciones salariales y laborales obtenidas por esta última a nivel de la rama de actividad.

En cuanto al *Estado* cabe señalar que en Uruguay no existe una reglamentación específica de los sindicatos, la negociación colectiva y la huelga, sino un marco general de rango constitucional.

Desde 1991-92 el Estado ha dejado de intervenir en la fijación de salarios de las distintas ramas de actividad (salvo en cuanto al salario mínimo nacional, trabajadores rurales y servicio doméstico), no convocando a los Consejos de Salarios, pretendiendo así incentivar la libre negociación de las partes. Sin embargo, la salud privada, al igual que el transporte y la construcción, constituye una excepción a dicha política estatal, por tratarse de un sector considerado estratégico para los intereses generales del Estado.

En nuestro país la asistencia médica es brindada a través de un régimen público y un régimen privado, este último compuesto de dos sectores diferenciados: el de asistencia particular y el de asistencia colectiva (instituciones mutuales).

3. En cuanto al ***nivel medio*** cabe reiterar que la Empresa reconoce al Sindicato como interlocutor válido de los trabajadores, debiéndose destacar la existencia de un marco de relacionamiento pautado, aunque no escrito, que ambas partes reconocen y respetan, y que determina que no haya represión sindical, que no se realicen descuentos salariales por concurrir a Asambleas, que se permita la utilización de cartelera sindical y que se otorgue licencia gremial.

Se aprecia que tanto la Empresa como el Sindicato fomentan un relacionamiento fluido a través de distintas instancias de diálogo, lo que le permite a la empresa prevenir situaciones conflictivas, y al Sindicato lograr sus reivindicaciones, mejorando las condiciones laborales y salariales obtenidas por el sindicato de rama, éste es la Federación Uruguaya de la Salud.

En este orden debe destacarse la importancia de la Comisión Paritaria, que constituye el principal ámbito de negociación y que ha obtenido logros tales como el pago de hogar constituído, la implementación del régimen de descanso semanal cuatro por uno, la adopción de un convenio sobre garantías sumariales, la concesión de uniformes y vestuario, titularizaciones y categorizaciones.

En materia de conflictos, a partir de 1987 y a raíz del descuento por paros, el sindicato cambia la frecuencia de éstos y la metodología del conflicto, priorizando la exteriorización de éste por encima de la interrupción de actividades propiamente dicha[23].

En lo relacionado a las políticas de personal, la Empresa selecciona a este último de acuerdo a lo establecido en el capítulo referido a las políticas de alimentación de recursos humanos. Dada la reciente creación de la Oficina de Recursos Humanos aún se mantiene como característica del personal (fundamentalmente administrativo) la existencia de vínculos familiares o de amistad con los médicos corporacionistas. Ello explicaría las notorias diferencias en las relaciones de la Empresa con los empleados del Area Administrativa y con los del Area Asistencial.

En cuanto a la posición tomada por el Estado de continuar interviniendo en la negociación colectiva en la Salud Privada, tiene por consecuencia la existencia de convenios colectivos de rama, que traen aparejada una regulación general, especialmente en materia salarial, para todo el sector.

4. En lo referente al ***nivel micro,*** se detecta la necesidad de organizar el área de recursos humanos. Sería muy beneficiosa la implementación de un plan de carrera, donde se estableciera claramente como podría ser el desarrollo de un empleado desde el momento de su incorporación a la Organización. Esto traería aparejado el fortalecimiento en la credibilidad de parte del Sindicato hacia la Empresa.

Para establecer el plan de carrera, debería comenzarse por el diseño de los puestos de trabajo, y el establecimiento de una descripción de tareas acordes a cada puesto. En este sentido, ambas partes, Sindicato y Empresa estarían adecuándose a las nuevas tendencias teóricas que hablan de la elasticidad que debería existir respecto de las tareas que corresponden a cada puesto, las cuales no podrían ser inmodificables, sino variar de acuerdo a diferentes factores, ya sea internos o externos a la Organización.

Se detecta la centralización de la toma de decisiones y la autoridad a nivel del Consejo Directivo y la Gerencia General. En este aspecto no se practica la delegación de tareas, lo que repercute en una falta de iniciativa en los niveles de jefaturas y en un sistema muy rígido en cuanto al control y al cumplimiento de las normas.

El Sindicato por su lado, ha optado como estrategia estar presente en toda reestructura o reorganización proyectada por la Empresa, aunque dicha presencia no implica necesariamente una participación activa en dichos procesos. En la Comisión Paritaria han sido tratados estos temas que hacen a la dinámica del relacionamiento entre los actores sociales;

23. El cambio en las modalidades de conflicto no es exclusivo de esta empresa, sino que se trata de un fenómeno más global que afecta a las distintas ramas de actividad. En tal sentido puede consultarse BAYLOS GRAU, Antonio, "Formas nuevas y reglas viejas en el conflicto social", Revista de Derecho Social N° 2, Albacete, 1998, pág. 77; ERMIDA URIARTE, Oscar, La flexibilización de la huelga, Cuadernos de Fundación, Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social N° 2, 1ª edición, FCU, Montevideo, Setiembre 1999,, pág. 20; GUERRA, Pablo, La conflictividad en Uruguay: cinco años de seguimiento y evaluación. Serie RR.LL. CEALS, 1997, pág. 26; SOTELO, Ana y MOREIRA, Danubio, "Descentralización y Conflicto Colectivo", en Cuarenta y dos estudios sobre La Descentralización Empresarial y el Derecho del Trabajo, FCU, Montevideo, 2000, pág. 523 y ss.

de esta forma se ha resuelto sobre titularizaciones y categorizaciones, como sobre uniformes y vestuario.

El Estado por su parte, realiza a este nivel el control sanitario, dictando normas sobre seguridad e higiene y vigilando su cumplimiento a través del Ministerio de Salud Pública.

VIII. CONCLUSIONES

Las relaciones laborales de la Empresa objeto de este estudio están pautadas por un intenso diálogo entre los interlocutores sociales. Es de destacar el particular relacionamiento de los mismos en un contexto de gran conflictividad en el Sector y de apartamiento del Estado de la negociación colectiva en general.

La Empresa está abocada a estrategias de captación de socios ofreciendo una "atención más humana" (personalizada), buscando de esta forma un mayor crecimiento. Por otro lado intenta insertar una política de recursos humanos, manifestado con la decisión de la creación de la Oficina de Recursos Humanos, estando aún muy lejos de un verdadero desarrollo e implementación de dichas políticas, situación que se desprende del hecho que ésta Oficina todavía no ha logrado su reconocimiento a nivel interno.

El Sindicato encuentra su estrategia en el diálogo ininterrumpido con la Empresa y, fundamentalmente a través de la Comisión Paritaria, el camino para el logro de sus reivindicaciones laborales.

La historia de la Empresa justifica la permanente interrelación entre Empresa y Sindicato, que desde sus orígenes han estado estrechamente vinculados hasta el extremo de haberse considerado en algún momento como "una gran familia".

Bibliografía

BAYLOS GRAU, Antonio: "Formas nuevas y reglas viejas en el conflicto social". Revista de Derecho Social Nº 2, Albacete, 1998.

CEDROLA SPREMOLLA Gerardo: ¿Relaciones Industriales: ciencia o campo de investigación"?, en Revista Derecho Laboral No. 172, Montevideo; 1993.

CEDROLA, SPREMOLLA Gerardo: "Los enfoques teóricos en relaciones industriales", en Revista Relasur No. 2. Relasur OIT., Montevideo, 1994.

CORIAT, Benjamín: Pensar al revés. Trabajo y organización del Trabajo en la empresa japonesa. Siglo veintuno Editores, México, 1995.

ERMIDA URIARTE, Oscar: Curso Introductorio de Relaciones Laborales. Selección de lecturas a cargo de Oscar Ermida Uriarte. 2ª edición, F. C. U., Montevideo, 1996.

ERMIDA URIARTE, Oscar: La flexibilización de la huelga. Cuadernos de Fundación, Derecho del Trabajo y de la Seguridad Social Nº 2, 1ª edición, FCU, Montevideo, Setiembre 1999.

GUERRA, Pablo: La conflictividad en Uruguay: cinco años de seguimiento y evaluación. Serie RR.LL. CEALS, 1997.

KOCHAN, Thomas, KATZ; Harry y MC KERZIE, Robert: La transformación de las relaciones laborales en los Estados Unidos. editado por Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España, Madrid, 1993.

LAS RELACIONES LABORALES EN URUGUAY. Informe RELASUR, FCU, OIT RELASUR, Ministerio de Trabajo y Seguridad Social de España, Montevideo, 1ª edición, junio1995.