



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS DE LA EDUCACIÓN
DEPARTAMENTO DE SOCIOLOGÍA

LICENCIATURA EN SOCIOLOGÍA

TESINA

Las marcas del trabajo. Un estudio sobre las condiciones de trabajo y la salud de los trabajadores y las trabajadoras de una clínica de medicina privada de la ciudad de La Plata (2016).

Alumna: Malleville, Sofía

Legajo: 96885/8

Correo electrónico:

sofi.malleville@hotmail.com

Directora: Busso, Mariana

Fecha: 8 de noviembre de 2017

Resumen

La presente tesina analiza la configuración de las condiciones laborales y su relación con el proceso salud-enfermedad de los trabajadores y trabajadoras de una clínica de medicina privada ubicada en el casco urbano de la ciudad de La Plata, durante el año 2016. Dicha institución se inscribe en el complejo entramado que reviste el sistema de salud en nuestro país, caracterizado por su escasa articulación y elevada segmentación. A su vez, la clínica privada posee una serie de particularidades asociadas a la gran cantidad de servicios que presta, la multiplicidad de pacientes que asisten, su ubicación geográfica privilegiada y la diversidad de agrupamientos profesionales y no profesionales que trabajan en interdependencia cotidiana.

Haciendo foco en el contenido y la organización del proceso de trabajo y desde un abordaje de tipo mixto, que involucró distintas técnicas de producción de información –80 encuestas, entrevista a un representante gremial, observaciones y análisis de documentos-, se buscó recuperar la voz del personal de enfermería, administrativo, limpieza, técnico, cocina, mantenimiento y camilleros en relación a la intensidad y ritmos laborales, las exigencias emocionales y los vínculos interpersonales en el trabajo, en sintonía con sus percepciones respecto a la salud, seguridad y prevención en materia de riesgos laborales.

Palabras Claves: Condiciones y Medio Ambiente de Trabajo, Factores de Riesgos Psicosociales en el Trabajo, Trabajadores de la Salud, Clínica Privada, La Plata-Argentina.

Índice

Agradecimientos	5
1. INTRODUCCIÓN	6
1.1 El proceso de investigación.....	9
1.2 La estrategia metodológica	11
1.3 Estructura de la tesina	16
2. LA PREGUNTA POR LAS CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO EN PERSPECTIVA HISTÓRICA	17
2.1 Las nuevas formas de organización del proceso laboral y sus implicancias en el uso de la fuerza de trabajo	17
2.2 El concepto de riesgos psicosociales en el trabajo: debates y controversias sobre su abordaje.....	19
3. EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: ENTRE LA FRAGMENTACIÓN Y LA DESARTICULACIÓN	21
4. LA ORGANIZACIÓN EN CUESTIÓN	24
4.1 Entre el trabajo prescripto y el trabajo real: el marco normativo que regula la condiciones de trabajo en la institución.....	24
5. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO EN LA CLÍNICA PRIVADA.....	27
5.1 Intensidad, ritmo y carga de trabajo	28
5.2 Exigencias y control de las emociones.....	39
5.3 Los vínculos en el espacio de trabajo: relaciones con compañeros, superiores y la organización en general.....	47
6. SALUD, SEGURIDAD Y PREVENCIÓN EN EL ESPACIO LABORAL	60
6.1. La preocupación por la vinculación entre condiciones de trabajo y el proceso salud-enfermedad.....	61
6.2 La salud de los trabajadores y trabajadoras de la clínica privada.....	62
7. REFLEXIONES FINALES	70
Anexo.....	76
Bibliografía	77

Agradecimientos

A mi familia, especialmente a mí mamá y mis abuelos quienes siempre estuvieron a mi lado.

A mi directora Mariana, por el apoyo y la motivación a finalizar este camino.

A Julio César y equipo por invitarme a formar parte de sus múltiples proyectos de investigación, siempre motivados en la difusión y el intercambio mutuo entre la academia y otras organizaciones del mundo del trabajo.

A las mejores amigas y compañeras, Ceci, Eli, Ro. Sin ellas el camino hubiese sido mucho más difícil.

A los amigos y amigas que está lejos, pero siempre cerca.

A mis compañeros y compañeras del LESET.

1. INTRODUCCIÓN

La preocupación en torno a la relación entre condiciones de trabajo y salud ha motivado la reflexión de numerosas investigaciones en diversas disciplinas y momentos de la historia. Los primeros registros se remontan a los escritos de Ramazzini y Plott, en los tratados iniciales de medicina del trabajo en el siglo dieciocho, recuperados desde la literatura latinoamericana por Eduardo Galeano (2013).

Retomando esta motivación, en las últimas décadas, fruto de los procesos de reestructuración productiva y las transformaciones en las empresas y organizaciones, el contenido y la organización del proceso de trabajo se han modificado y, por ende, también lo han hecho las condiciones laborales y las exigencias para la fuerza de trabajo.

El objetivo que moviliza esta tesina será entonces analizar la configuración que asumen los factores de riesgos psicosociales en el trabajo y su vinculación con la salud de los trabajadores y las trabajadoras de una clínica de medicina privada ubicada en el casco urbano de la ciudad de La Plata. Me centraré en las características del proceso de trabajo en dicha institución, según los distintos puestos y categorías, en sintonía con las percepciones de los trabajadores sobre sus condiciones laborales, salud y seguridad en el trabajo. Para ello también considero necesario reponer los condicionantes estructurales presentes en la organización del sistema de salud en nuestro país y sus implicancias políticas, institucionales y prácticas.

Cuando hablamos de condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) hacemos referencia a los factores socio-técnicos y organizacionales del proceso productivo en un espacio de trabajo determinado y las particularidades del medio ambiente laboral. A su vez, estas dimensiones se encuentran situadas históricamente y en constante transformación, es

decir bajo una determinada forma de organización del proceso de trabajo resultante de relaciones sociales de producción y ancladas en un contexto local particular (Neffa, 1989).

En los últimos años surge una dimensión que engloba y supera a las CyMAT: los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST). Esta perspectiva nos permite profundizar en las transformaciones de las condiciones laborales atendiendo no sólo a las dimensiones físicas del trabajo y la salud sino también a los aspectos psíquicos, afectivos y relacionales que se movilizan. Vale señalar que si bien dichos riesgos se anclan en un contexto estructural – mercados recesivos, cambios tecnológicos, mayor competencia e incertidumbre, flexibilidad y precarización del empleo- no se presentan como una realidad autodefinida para los trabajadores y trabajadoras. Será necesario también tener en cuenta las características de la empresa, las vivencias personales, las relaciones con otros sujetos, las acciones grupales o colectivas, la información disponible, y otras mediaciones socio-culturales (Mora Salas, 2003).

En lo que refiere a la Argentina, durante los últimos años los estudios sobre RPST han cobraron mayor relevancia a partir de una serie de investigaciones que, en algunos casos, contaron con el apoyo de distintas organizaciones sindicales (Neffa y Busso, 2016; Neffa et Al. 2016; Neffa y Denda, 2017). No obstante, a pesar del reciente y creciente interés, las consecuencias de la mala organización del trabajo en la salud suelen subestimarse o menospreciarse reduciéndose a una serie de factores externos presentes en el medio ambiente de trabajo. Las características novedosas de los RPST y las limitaciones en materia de legislación laboral dificultan su reconocimiento y obstaculizan la prevención y atención de esta problemática.

Cabe señalar que cuando el escenario social, económico y político se complejiza la discusión en torno al mundo laboral suele restringirse, lógicamente, a los aspectos más

inmediatos del empleo, es decir a la conservación de los puestos de trabajo y la protección del salario. Sin embargo, considero que ambos debates deben darse en forma conjunta puesto que al calor del ajuste y los despidos también recrudecen las condiciones que regulan su utilización, impactando en la calidad de la vida laboral y en el bienestar de los trabajadores y trabajadoras. En los últimos tiempos distintas voces afirman la necesidad de realizar una serie de reformas con vistas a la flexibilización laboral y ponen en primera plana la discusión en torno a la salud ocupacional como variable de ajuste.

En lo que respecta particularmente al sistema de salud argentino, encontramos diversas investigaciones que coinciden en señalar que una de las características que lo define es su escasa articulación, lo cual repercute en las condiciones laborales de sus trabajadores/as, especialmente en las del personal de enfermería: bajos salarios, pluriempleo, realización de horas extras, contratos por tiempo determinado son algunos de los rasgos que caracterizan a esta actividad (Wainerman y Geldstein, 1990; Pereyra, 2014; Micha, 2015; Pereyra y Micha, 2016). Si bien algunos de estos estudios plantean que las deficientes condiciones laborales conllevan a un mayor desgaste y estrés para los trabajadores/as (Aspiazú, 2017) no profundizan en las problemáticas que los aquejan y el impacto que pueden acarrear en su salud.

Más allá de las dificultades señaladas, en este tipo de profesiones también suelen movilizarse otros sentidos y deberes que no se encuentran estrictamente ligados a las condiciones materiales de empleo sino a un componente vocacional: el sentimiento de realizar una actividad de gran utilidad social, salvar vidas, ayudar a otros, brindar cuidado, etc. (Esquivel y Pereyra, 2017). Al tratarse de un servicio central para la vida de la población la posibilidad de realizar reclamos por mejoras salariales o condiciones de trabajo, y las formas que asuman esas luchas, se verán condicionadas por la importancia

que reviste el servicio para la vida de una comunidad (Beliera, 2017). A su vez, en las instituciones privadas de salud al sentimiento de realizar una tarea orientada hacia los demás se le superponen otras lógicas ligadas a los requerimientos del empleador, en un mercado de prestaciones cada vez más competitivo.

Por otro lado, si bien hallamos bibliografía que indaga en torno a las condiciones de trabajo de los recursos humanos en enfermería, buena parte de la misma se focaliza únicamente en los profesionales del sector público (Horrac et Al; 2011; Acevedo et Al, 2013; Aspiazu, 2010, Beliera, 2017) y es escasa la literatura que incluye a quienes se desempeñan en otros puestos o categorías en el subsistema de salud privado, tales como administrativos/as, mucamas, personal de mantenimiento y cocina, técnicos/as, camilleros, entre otros. Esta heterogeneidad de funciones y saberes se presenta como un elemento constitutivo de los espacios de salud y es, a su vez, uno de los pilares a partir de los cuales se ordena y organiza el trabajo en la clínica, posibilitando también determinados vínculos interpersonales. No obstante, más allá de este entramado de heterogeneidades, también podemos vislumbrar una serie de elementos comunes que interpelan a los trabajadores/as de la clínica privada y que buscaremos desentrañar en las páginas siguientes.

1.1 El proceso de investigación

Esta tesina es tanto el fin como el principio de un proceso de aprendizaje mucho más amplio que transité y continuaré transitando. Fin porque culmina mi paso por la carrera de grado en sociología y permite articular una serie de experiencias en distintos espacios y proyectos de investigación en los que tuve la oportunidad de participar. Principio porque es el puntapié inicial para comenzar a pensar una serie de preguntas que buscaré abordar durante mi recorrido por las aulas de posgrado y el trabajo de campo en los años subsiguientes.

A su vez, los intereses que movilizan la escritura de estas páginas también se entrelazan con una doble motivación. La primera de ellas en relación a la búsqueda y el desafío en torno a la construcción de conocimiento colectivo. La segunda está en sintonía con una pregunta más amplia, que no se reduce al ámbito meramente académico sino que atraviesa deseos e intereses personales y es, por qué no, el motor que me llevó a estudiar sociología hace algunos años atrás. Esta motivación se ancla en la posibilidad de intercambiar experiencias, conocimientos y herramientas a partir del vínculo con distintas organizaciones y colectivos del mundo del trabajo.

En sintonía con estas dos motivaciones esta tesina se enmarca en un proyecto más amplio que involucra a investigadores/as formados y en formación, docentes y alumnas de distintas disciplinas. Dicho proyecto se denomina *“Los riesgos psicosociales en el trabajo. Relevamiento de la percepción y vivencias por parte de los trabajadores asalariados con vistas a su prevención”* (PDTS 422)¹ y, en la ciudad de La Plata, cuenta con la coordinación del Dr. Julio C. Neffa quien, junto con el equipo que conduce y mis compañeros/as del Laboratorio de Estudios en Sociología y Economía del Trabajo (LESET), representaron un pilar fundamental para poder llevar a cabo esta investigación.

Si bien esta tesina refleja algunos de los hallazgos de dicho proyecto, para su escritura no sólo utilicé los datos estadísticos producidos a partir de la aplicación de la encuesta sobre RPST-CyMAT sino que también incorporé al corpus de análisis otras

¹El PROYECTO DE DESARROLLO TECNOLÓGICO Y SOCIAL PDTS CIN-CONICET cuenta con la dirección de la Dra. Liliana Ferrari (UNAJ) y la Co-dirección del Dr. Julio César Neffa (FCE-UNLP). El mismo está conformado por un conjunto de universidades nacionales, entre ellas la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad de La Plata espacio que reúne al equipo anteriormente señalado. El objetivo central de este estudio empírico-descriptivo es construir y aplicar, mediante una metodología colaborativa, un sistema de evaluación e intervención sobre las prácticas de trabajo que permita reflejar un mapa de factores psicosociales con distintos niveles de riesgo y protección para los actores del trabajo de las distintas regiones intervinientes. Asimismo, se busca difundir, concientizar y realizar intercambios de herramientas y conocimientos entre el mundo académico y las distintas organizaciones adoptantes del proyecto.

observaciones y testimonios que construí en el desarrollo de la investigación, lo que me permitió complementar y otorgarle una lectura propia a los materiales. Considero que esta aproximación inicial brinda una imagen general de la situación de los trabajadores y trabajadoras de la clínica privada en materia de condiciones de trabajo y salud. Asimismo me ayuda a delimitar posibles líneas y preguntas de investigación a futuro que complementen y profundicen este primer análisis.

1.2 La estrategia metodológica

Atendiendo al objetivo de esta tesina se optó principalmente por un abordaje de tipo mixto, utilizando distintas estrategias para producir la evidencia empírica, buscando recuperar la voz de quienes trabajan en la clínica entendiendo que nadie mejor que ellos mismos para explicitar sus vivencias y problemáticas (Laurell, 1987; Laurell, 1993).

Cabe señalar que antes de comenzar el trabajo de campo propiamente dicho entregamos una serie de volantes informativos en el lugar de trabajo y se colocaron afiches realizados por el equipo de investigación con el fin de sensibilizar a la población en la temática y delimitar nuestro rol en tanto investigadores/as de la facultad.

a. Encuesta argentina sobre RPST y CyMAT

- El cuestionario y la confección de la muestra

En primer lugar se aplicó un cuestionario que releva las percepciones de los trabajadores y trabajadora sobre RPST y CYMAT². La muestra fue determinada a partir del listado de personal facilitado por las autoridades de la clínica, en base al conjunto de

² El formulario de CyMAT-RPST se inspira en una encuesta realizada en Francia por el *College d'expertise*. El mismo fue adaptado por un conjunto de investigadores/as, bajo la coordinación del Dr. Julio Neffa, a la realidad de nuestro país. Dicho cuestionario contiene preguntas cerradas y abiertas. Posee una parte inicial de "identificación", que da lugar a distintas baterías de preguntas las cuales permiten operacionalizar los seis factores de RPST (Gollac, 2011), asimismo contiene una serie de preguntas que abordan la salud y seguridad en el empleo, hacia el final del cuestionario una sección denominada "datos sociodemográficos" y, por último, un espacio para "observaciones de corte cualitativas", realizadas tanto por el encuestado como por el encuestador.

trabajadores y trabajadoras de planta estable, excluyendo al personal directivo, los profesionales médicos y parteras debido a que no se encuentran enmarcados en el Convenio Colectivo de Trabajo (CCT 122/75) y tampoco están representados gremialmente por el sindicato Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina La Plata (ATSA-LP).

Fruto de una serie de encuentros previos con referentes gremiales dimos cuenta de otras formas de contratación en la clínica estudiada que no pudimos abordar en este trabajo. Existen diversas áreas de la institución tercerizadas, es decir que bajo un mismo espacio conviven trabajadores que responden a diferentes empleadores. Además parte del personal de planta permanente realiza horas extraordinarias “en negro” por fuera de sus horarios habituales en la institución o posee otro empleo por fuera de la misma. También registramos que algunos trabajadores tuvieron otras formas de contratación por tiempo determinado antes de pasar a la planta estable de la organización.

Sin olvidar estas situaciones, se confeccionó una muestra de 80 trabajadores y trabajadoras sobre un total de casi 400 empleados de esa planta estable. La selección de los trabajadores/as se construyó atendiendo a las características y particularidades presentes en el proceso de trabajo y, en sintonía con los supuestos teóricos detrás del concepto de RPST, buscando representar a los principales agrupamientos en la organización.

Además de los distintos puestos se contemplaron los turnos -mañana, tarde/intermedio y noche- entendiendo que el ritmo de trabajo puede variar durante el transcurso de la jornada. Es decir que en cada categoría se procuró encuestar a trabajadores/as correspondientes a distintos turnos. También se consideró el área o sección del puesto ya que la intensidad de trabajo no será igual en todos los sectores del sanatorio. Por último, la selección de los casos al interior de cada categoría, y en consonancias con los criterios anteriormente mencionados, se realizó de manera aleatoria.

- La “situación de encuesta”

Como mencioné anteriormente utilizamos el cuestionario nacional sobre condiciones de trabajo y factores de riesgos psicosociales que fue aplicado en una sala aparte en el lugar de trabajo por un conjunto de ocho encuestadoras formadas para tal fin, estudiantes y graduadas de sociología y psicología, del cual formé parte.

Además de los datos numéricos que permite obtener el cuestionario, durante la “situación de encuesta” entendida como situación comunicacional y debido a las características y formas de trabajo que permite desplegar dicho cuestionario³ (Henry, 2016) se realizaron una serie de anotaciones y observaciones en los campos “abiertos” de la misma con el fin de recuperar la voz de los trabajadores/as sobre aspectos puntuales de su trabajo. Esta particularidad habilitó una serie de registros que permitieron profundizar en algunos elementos sobre los cuales la encuesta, en un sentido clásico de su uso, se ve limitada (Marradi, Archenti y Piovani, 2007).

b. Observaciones y reuniones

En diversos momentos de la investigación –antes de comenzar el trabajo de campo, durante y pos finalización del mismo- concretamos una serie de encuentros y entrevistas formales e informales con distintos actores relevantes para el estudio. En primer lugar podemos mencionar las reuniones previas con representantes gremiales de ATSA, delegados/as y secretarios, en la Facultad de Ciencias Económicas o en la sede sindical. A partir de las mismas nos interiorizamos de las principales problemáticas del colectivo de trabajadores de la sanidad, lo que nos brindó valiosa información para la organización de la investigación y la lectura posterior de los materiales de campo.

³ Que se apartan de los postulados tradicionales y positivistas que suponen “una situación de encuesta donde el encuestador es considerado un instrumento neutral de la investigación, al que solo le incumbe la tarea de transmitir los estímulos verbales (preguntas) a los encuestados y registrar fielmente sus reacciones verbales (respuestas) en el formulario (...)” (Henry, 2016:9)

Una vez definidos los criterios de la investigación se pautaron reuniones en la clínica privada con las personas encargadas del área de recursos humanos a fin de coordinar de manera conjunta el trabajo de campo. Gracias a la buena predisposición de estas personas la entrada a la organización y la realización de las encuestas⁴ se efectuaron sin grandes inconvenientes.

En base a lo acontecidos en las distintas situaciones que presencié elaboré una serie de notas sobre las temáticas y discusiones de las reuniones con los representantes gremiales y de la institución: caracterizaciones que realizaban las personas encargadas del área de recursos humanos, las experiencias de sufrimiento que relataban las delegadas del sindicato, la sobrecarga de pacientes como un aspecto constitutivo de la actividad, las particularidades del “cuidado”, la relación con los médicos, entre otras.

Asimismo, la concurrencia a la clínica privada en diversas oportunidades durante la investigación me permitió realizar observaciones sobre la dinámica de algunas áreas de la misma, la presencia de pacientes y sus acompañantes en los pasillos, las relaciones interpersonales entre trabajadores y superiores, la información presente en carteleras, etc.

c. Entrevista semi-estructurada

Luego de finalizar la aplicación de la encuesta, realicé una entrevista semi-estructura (Marradi, Archenti y Piovani, 2007) con el subsecretario de ATSA-LP quien me recibió en su despacho ubicado en el edificio principal del gremio. El objetivo de la entrevista fue profundizar sobre las particularidades del trabajo en la salud privada, los distintos agrupamientos de trabajadores/as que se encuentran representados, el

⁴ Como estamos en presencia de un trabajo de alta complejidad que involucra la salud de las personas y teniendo en cuenta que la clínica recibe una gran afluencia de público, se consensuó encuestar a un trabajador/a por vez con el fin de no trastocar el funcionamiento de la organización ni sobrecargar a los compañeros/as de trabajo.

posicionamiento del sindicato respecto a la temática de condiciones de trabajo y salud y la situación en el establecimiento bajo estudio, recuperando no sólo el discurso del subsecretario gremial sino también de un trabajador que se desempeñó muchos años como camillero en la clínica privada.

d. Fuentes documentales

Finalmente, al trabajo de campo propiamente dicho sumé el análisis del marco normativo que regula las condiciones de empleo y de trabajo del personal de la sanidad en los distintos establecimientos de salud privada del país (CCT N° 122/75). En el mismo intervienen la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad Argentina con Confederación Argentina de Clínicas, Sanatorios y Hospitales Privados, Cámara de Instituciones Médico Asistenciales de la República Argentina (CIMARA), Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos y Asociación civil de Clínicas y Sanatorios Privados de Neuropsiquiatría. Celebrado en junio de 1975 comprende al personal técnico, administrativo y de maestranza, en relación de dependencia, de clínicas, sanatorios, hospitales privados, neuropsiquiátricos y establecimientos geriátricos. A partir del mismo se analizó la remuneración, la jornada de trabajo y las funciones delimitadas según cada categoría.

En relación al marco normativo nacional concerniente a la reparación de los daños derivados del trabajo, es decir accidentes laborales y/o enfermedades profesionales, tomé en cuenta la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557, nacida en 1995 al calor del neoliberalismo, los debates surgidos a partir de su modificación en 2012 bajo la Ley N° 26.773 y su discusión más reciente, a principios de este año, cuando distintos sectores del oficialismo y los medios de comunicación instalaron el debate en torno a la denominada “industria del juicio laboral” que derivó en el DNU N° 54/2017 y la Ley N° 27348,

complementaria de la Ley sobre Riesgos del Trabajo, en febrero de este año, buscando desalentar los juicios por causas laborales.

1.3 Estructura de la tesina

Teniendo en cuenta este recorrido y los distintos niveles de análisis que consideré relevantes para la comprensión de esta problemática, la presente tesina se estructura a partir de una serie de capítulos. En el primero de ellos presentaré el debate en torno al concepto de RPST, dando cuenta de sus limitaciones y potencialidades, entendiendo que la perspectiva teórica adoptada posibilitará y delimitará un determinado abordaje del problema de investigación (Sautú, 2003). En segundo lugar caracterizaré la disposición estructural del sector salud a nivel nacional y los nudos más problemáticos en materia de condiciones laborales de su fuerza de trabajo. En el tercer capítulo presentaré a la clínica privada bajo estudio y las distintas categorías y puestos analizados a partir de lo establecido en el CCT N°122/75. Posteriormente me centraré en el análisis de los principales factores de riesgos psicosociales en consonancia con las percepciones de los trabajadores y trabajadoras de la clínica y las particularidades de las ocupaciones en salud: intensidad y ritmo de trabajo, exigencias y control de las emociones y relaciones sociales y laborales. Luego abordaré las percepciones de los trabajadores en relación a la salud, seguridad y prevención de riesgos laborales en dicho espacio. Por último presentaré las reflexiones finales y las preguntas que surgieron a partir de este análisis.

2. LA PREGUNTA POR LAS CONDICIONES Y MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO Y LOS RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO EN PERSPECTIVA HISTÓRICA

2.1 Las nuevas formas de organización del proceso laboral y sus implicancias en el uso de la fuerza de trabajo

A pesar del paso del tiempo y las transformaciones sociales, el trabajo permanece como un eje articulador y organizador de la vida humana puesto que interpela al conjunto de las sociedades e instituciones, atraviesa la existencia de las personas que le dedican buena parte de su tiempo, determinando su nivel de vida, configurando identidades personales y colectivas y generando sentidos en quien lo ejecuta. Históricamente, se ha constituido como uno de los fundamentos sobre los cuales descansan las divisiones sociales a través de la opresión y la explotación de la fuerza de trabajo y, a su vez, es el motor que impulsa las acciones para transformar dichas desigualdades.

En las últimas décadas, el mundo del trabajo se ha modificado fruto de los diversos cambios operados en el modelo de acumulación mundial, puntualmente a partir de la crisis capitalista de la década del setenta y la emergencia de un nuevo paradigma productivo a nivel global (Neffa, 1982). La caída del producto bruto interno de las principales economías mundiales, la reducción de la productividad y el detraimiento de las tasas de ganancia fueron la antesala del derrumbe del régimen de acumulación keynesiano fordista que había preponderado durante los años dorados posteriores a la finalización de la Segunda Guerra Mundial.

En nuestro país, el abandono del paradigma basado en la sustitución de importaciones se inició en la década del setenta, bajo la dictadura cívico-militar y se afianzó durante las reformas neoliberales de la década del noventa, en sintonía con las recomendaciones del Consenso de Washington, adoptándose un modelo de acumulación

basado en la valorización financiera, en consonancia con la reestructuración productiva de numerosos sectores, el detrimento del empleo industrial, el crecimiento del sector servicios y la consolidación del extractivismo.

Estas transformaciones macroeconómicas trajeron aparejados cambios en la estructura y organización de las empresas, en la configuración del mercado de trabajo y por ende en las CyMAT. En este contexto el desgaste obrero deja de ser esencialmente físico y adquieren especial relevancia los riesgos ligados a las dimensiones psicosociales (Yanez, 2003; Neffa 1989; 2003,).

Puntualmente, la problemática en torno a los RPST comienza a vislumbrarse, desde lo institucional, hacia mediados de la década del ochenta, a partir de una serie de informes y convenios celebrados por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) con vistas a la promoción de la seguridad y salud en el empleo. Sin embargo, no es hasta la primera década de nuestro siglo cuando el concepto de RPST cobra plena singularidad y significado.

Desde nuestra perspectiva, el concepto de RPST amplía el análisis de las CyMAT (Neffa, 1989; 2003; Giraudo et Al., 2003) y nos permite indagar con mayor detenimiento en las transformaciones y características del proceso de trabajo en la actualidad. Dicho concepto nace en un mar de debates y controversias respecto a sus múltiples usos, sentidos teórico y formas de abordarlo (Bouffartigue, 2012a). Disciplinas como la medicina laboral, la epidemiología (Karasek, 1979; Siegrist, 2013), la psicodinámica del trabajo (Dejours, 1992); centros de investigación como el Instituto Sindical de Trabajo, Ambiente y Salud (ISTAS) en España que utiliza la encuesta CoPsoQ (Moncada et Al., 2003) y su adecuación en Argentina (Zelaschi, 2016), sin olvidar los innumerables aportes del “*College d’expertise*” en Francia (Gollac y Bodier, 2011) y en nuestro país, bajo esta perspectiva, los

trabajos de Neffa (2015), han abordado esta problemática desde distintos enfoques durante los últimos años. A su vez, existen numerosas situaciones que podrían englobarse bajo el - gran- concepto de RPST: el sufrimiento mental, el stress, la violencia laboral, el acoso o *mobbing*, el *burnout* o síndrome de quemarse en el trabajo, entre otras.

2.2 El concepto de riesgos psicosociales en el trabajo: debates y controversias sobre su abordaje

Teniendo en cuenta esta multiplicidad de abordajes, desde la perspectiva adoptada los RPST pueden ser definidos como aquellos riesgos para la salud en un sentido integral generados por los determinantes socioeconómicos y, esencialmente, las condiciones que asume el proceso de trabajo, su contenido y organización, susceptibles de interactuar con el funcionamiento físico, mental y social de los trabajadores e impactar en la empresa u organización (Coutrot, 2013; Gollac, 2013).

Si durante la jornada laboral el trabajador se enfrenta a una organización deficiente del proceso de trabajo, si la misma se extiende y/o intensifica más allá de los límites soportables, si se aceleran los ritmos de producción, si debe realizar tareas con las cuales no está de acuerdo, movilizar sus competencias emocionales por encima de sus capacidades personales o bien efectuar tareas repetitivas o monótonas, el trabajo puede ser fuente de padecimientos y por ende causarle sufrimiento con consecuencias en la salud (Dejours, 1992; 2013).

En este marco, la salud-enfermedad se manifiesta no como un estado sino como un proceso biopsicosocial que no se reduce a las dimensiones biológicas y físicas del cuerpo individual sino que posee un carácter multidimensional, colectivo y eminentemente histórico, en donde el proceso de trabajo, el cual se concreta bajo determinadas formas

históricas de producción, reviste un lugar preponderante a la hora de analizar sus transformaciones e implicancias en los trabajadores y trabajadoras (Laurell, 1978).

Poner el acento en la organización y el contenido que asume el proceso de trabajo nos aleja de aquellos enfoques ligados a la epidemiología y la higiene y seguridad, para quienes los riesgos laborales son producto de una serie de agentes y/o factores externos presentes en el medio ambiente de trabajo (Urquía, 2006). Desde nuestro posicionamiento teórico no sólo se toman en cuenta los riesgos para la salud clásicos, generados por los agentes físicos, químicos y biológicos del medio ambiente laboral, sino también las condiciones de trabajo resultantes de los factores sociotécnicos y organizacionales, los cuales impactan directamente en la configuración de la carga global de trabajo (Neffa, 1989; 1995).

Otros enfoques sostienen que en todo espacio de trabajo, independientemente del tipo de actividad y organización, estarán presentes situaciones riesgosas (Rodríguez, 2009) sin considerar las condiciones socio históricas, económicas y políticas en las cuales se enmarca el proceso de producción. En esta línea, como plantea Beck (1998) el riesgo no se presenta como externalidad sino como resultante del desarrollo tecnológico y la profundización de las estrategias de valorización del capital durante los últimos años de desarrollo capitalista. El trabajo en sí mismo no es patógeno sino que es necesario analizar las condiciones en las cuales se desarrolla, esas condiciones no son irreversibles sino que son el resultado y el punto de partida de luchas colectivas (Neffa, 1989).

Si bien el desgaste se expresa en el cuerpo individual, las características que asume el proceso laboral repercuten sobre la totalidad del colectivo de trabajo, por lo cual partimos de una perspectiva que no intenta culpabilizar al trabajador, individualizar o psicologizar los riesgos psicosociales sino que pone el acento en el colectivo, su entorno y

la organización en su conjunto (Gollac y otros, 2008). A la vez, los trabajadores no son seres pasivos frente a las restricciones presentes en la organización del proceso de trabajo sino que pueden accionar en el cotidiano a partir de una serie de estrategias de cooperación, adaptación o resistencia (Dejours, 1998) en función de sus características y trayectorias personales, las del grupo de trabajo y su organización colectiva.

3. EL SISTEMA DE SALUD ARGENTINO: ENTRE LA FRAGMENTACIÓN Y LA DESARTICULACIÓN

La clínica de medicina privada que analizamos en el transcurso de esta investigación forma parte del complejo entramado que reviste el sistema de salud en nuestro país. En términos generales, el mismo se orienta hacia la atención de la población a través de la asistencia y la prevención, teniendo una alta repercusión social ya que involucra el proceso salud-enfermedad-atención de las personas (Novick y Galin, 2003). A su vez, los espacios laborales en salud están marcados por su alto nivel de profesionalización: médicos/as, enfermeros/as, técnicos y demás auxiliares conviven y articulan sus prácticas estableciendo relaciones sociales y de poder en el transcurso de la jornada laboral (Faccia, 2015). La clínica privada es, como sostiene Beliera (2017) recuperando a Vega (2000)

“un microcosmos pluri-cultural donde grupos muy diversos trabajan en una relación de interdependencia profesional y en cercanía corporal con los pacientes” (2017:19)

En nuestro país el sistema de salud se caracteriza por su alto grado de descentralización y fragmentación, en términos espaciales, políticos, administrativos y financieros, tanto entre los distintos subsectores como hacia el interior de cada uno de ellos (Kessler, 2014; Micha, 2015; Pereyra y Micha, 2016).

Estas dificultades no se presentan como novedad sino que persisten desde la década del noventa, momento en el cual numerosos establecimientos estatales pasaron de la órbita nacional a la provincial o municipal. A la vez y al calor de las reformas pro-mercado se originó una concentración de afiliados en algunas obras sociales, mientras que otras se debilitaron o desaparecieron

“las obras sociales que sobrevivieron al proceso comenzaron, en un esfuerzo por reducir costos, a subcontratar servicios del sector privado, disminuyendo a niveles ínfimos su participación como proveedoras y empleadoras directas. Como resultado de este proceso, la participación del subsector privado como empleador en el sector adquirió un peso preponderante: de acuerdo a los últimos datos disponibles de la EPH, en el 2015 representaba el 55% de la fuerza de trabajo” (Esquivel y Pereyra, 2017:60).

A su vez, en un marco de creciente desigualdad social, los estratos más pudientes se inclinaron hacia sanatorios y clínicas de índole privada que se orientaron hacia la calidad y la primacía del servicio frente al detrimento de la infraestructura, equipamiento, insumos y recursos humanos en los establecimientos estatales.

En consonancia con estas modificaciones estructurales se extendieron una serie de mecanismos de precarización laboral que deterioraron las condiciones de empleo en el sector, no sólo en el ámbito público sino también privado. Entre ellos podemos mencionar la proliferación de formas de contratación a tiempo parcial, el pluriempleo, la extensión e intensificación de la jornada laboral, entre otros (Acuña y Chudnosky, 2002; Novick y Galin, 2003; Belmartino, 2005). Además dichas condiciones varían en función de la jurisdicción de pertenencia, en el caso del subsector público, y la escala de las empresas, en

el subsector privado (Pereyra y Micha, 2016; Tobar, Olaviaga y Solano, 2012; Esquivel y Pereyra, 2017).

En los últimos años si bien se impulsaron una serie medidas que buscaron desarticular este complejo de desigualdades y segmentaciones, a partir de por ejemplo el aumento de la inversión en salud, los efectos en la práctica no fueron los esperados persistiendo las distintas problemáticas y desfasajes entre los tres subsistemas (Kessler, 2014). Actualmente el sistema de salud nacional se encuentra conformado por tres subsectores -público, seguridad social obligatoria y privado- escasamente articulados entre sí, lo cual hace, como señalamos anteriormente, que la calidad de las prestaciones y las condiciones laborales de sus trabajadores y trabajadoras sean muy heterogéneas.

En lo que respecta al subsector privado el mismo se encuentra conformado por los profesionales de la salud y los sanatorios que atienden a usuarios particulares, obras sociales y seguros privados, concentrando al 53% de los establecimientos de salud del país (Pereyra y Micha, 2016). En términos de sindicalización, los enfermeros/as, administrativos/as, técnicos/as y demás auxiliares se encuentran agrupados a nivel nacional por la Federación de Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (FATSA) conformada por las numerosas Asociaciones de Trabajadores de la Sanidad (ATSA) divididas por distritos. En lo que respecta al personal médico su representación está distribuida entre Colegios Médicos y algunas asociaciones de profesionales (Bello y Becerril-Montekio, 2011).

En este sentido, la organización colectiva de los trabajadores del sector privado se encuentra menos fragmentada que el sector público puesto que los mismos están agrupados a nivel de la actividad y no por institución, agrupamiento o localidad. Sin embargo las formas de contratación y de trabajo varían considerablemente según el tamaño y el tipo de establecimiento empleador siendo, según lo esbozado por distintos representantes

gremiales, los pequeños geriátricos y sanatorios los espacios más problemáticos (Aspiazu, 2017).

4. LA ORGANIZACIÓN EN CUESTIÓN

La clínica privada bajo estudio, se encuentra ubicada en el casco urbano de la ciudad de La Plata. Presta una multiplicidad de servicios y especialidades que van desde la primera atención hasta servicios de alta complejidad. Centrándonos únicamente en el personal de planta estable, dicha institución emplea a casi 400 trabajadores y trabajadoras entre enfermeros/as, administrativos/as, técnicos/as, camilleros, personal de cocina, limpieza y mantenimiento, entre las principales categorías ocupacionales.

Fruto de la multiplicidad de prestaciones y de la gran cantidad de obras sociales con las que opera, arriban a sus instalaciones un amplio abanico de pacientes y allegados a los mismos, con diversos requerimientos, demandas y situaciones socioeconómicas. No es difícil concluir entonces que las emociones y vivencias de las cientos de personas que transcurren por sus pasillos son muchas y de diversa índole.

En cuanto al perfil socio demográfico del personal estudiado observamos varias cuestiones que coinciden con los rasgos estructurales del sector salud a nivel nacional: gran presencia femenina⁵, altos niveles de formación de la fuerza de trabajo y un elevado porcentaje de pluriempleo (Informe DGEyEL, 2015; Pereyra y Micha, 2016).

4.1 Entre el trabajo prescripto y el trabajo real: el marco normativo que regula la condiciones de trabajo en la institución

Las condiciones de trabajo en la clínica privada bajo estudio se encuentran reguladas por el Convenio Colectivo de Trabajo N°122/75, el cual fue sancionado a

⁵ Prácticamente dos tercios del personal de la clínica está conformado por mujeres, principalmente en aquellas categorías asociadas al cuidado como son la enfermería y las tareas de limpieza y cocina. En oposición, los puestos que implican el esfuerzo físico y las tareas principalmente manuales, como son los camilleros y el personal de mantenimiento, son ocupados íntegramente por varones.

mediados de la década del setenta y agrupa a todo el personal de clínicas, sanatorios, hospitales, geriátricos y neuropsiquiátricos de índole privada del país. Su contenido refleja distintos acuerdos entre los representantes gremiales y los empleadores, sistematizando una serie de luchas históricas por parte de los trabajadores del sector.

El conjunto de regulaciones presentes en dicho convenio impacta en la forma que se organiza el trabajo, normalizando no sólo la evolución salarial sino también la duración de la jornada laboral, el tiempo y el contenido de las tareas a realizar, los periodos de vacaciones, licencias y descansos, entre otros aspectos.

En el caso particular del personal de la sanidad, según las entrevistas con distintos representantes de ATSA-LP, algunos puntos de dicho convenio se encuentran rezagados⁶ en el tiempo puesto que las condiciones de trabajo han variado considerablemente en relación a la incorporación de nuevas tecnologías y la aparición de enfermedades y patologías propias de nuestro tiempo que al momento de su sanción en la década del setenta no existían.

Ahora bien, si nos centramos en nuestro caso veremos que casi la mitad del plantel está conformado por enfermeros y enfermeras de las distintas áreas y secciones, las cuales en su mayoría son mujeres. Según el CCT, el personal de enfermería de pisos se encarga de la atención al paciente -suministro de medicamentos indicados por el médico a cargo, tareas de higiene, curación y otras afines-. El número de camas asignadas por cada enfermero/a será de doce, en los turnos mañana y tarde, y catorce durante el turno noche. Asimismo el personal especializado de enfermería en unidad coronaria, terapia intensiva, nursery y/o

⁶Los convenios colectivos deben estar vivos para poder regular adecuadamente las relaciones laborales y aportar así al equilibrio necesario entre los intereses del capital y del trabajo. <http://noticias.unsam.edu.ar/2017/03/09/un-falso-debate-sobre-la-negociacion-colectiva-estan-actualizados-los-convenios-colectivos-de-trabajo/>

neonatología realiza tareas de cuidado y atención teniendo a su cargo hasta cuatro camas. En cuanto al personal que se desempeña en cirugía, su función consiste en atender la sala, sin realizar tareas de instrumentación. Cabe señalar que la problemática en torno a la “cantidad de camas”, fruto de la amplia demanda que recibe la clínica, será una de las cuestiones a tener en cuenta para comprender los ritmos de trabajo.

La segunda categoría más numerosa es la de administrativos y auxiliares administrativos, divididos en personal de “primera, segunda o tercera” en función de sus tareas y responsabilidades. Los mismos se desempeñan en diversas áreas de la clínica determinando el tipo de tareas y su intensidad. Si bien no se encuentra presente en el convenio, en los últimos tiempos a las tareas de recepción de pacientes -personal o telefónicamente- y de oficina se adicionó el manejo de la autorización de las obras sociales y, como consecuencia de esta incorporación, se suscitaron una serie de complicaciones externas asociado a su deficiente funcionamiento (Informe Final Hablemos del Trabajo, 2014).

En tercer lugar de representatividad encontramos a las mucamas de piso quienes tienen como tarea principal el mantenimiento de la higiene en su sector y también transportan alimentos para los enfermos. Entre quienes se desempeñan en el área de cirugía el CCT establece que su función es mantener la higiene de dicho sector sin realizar tareas de instrumentación.

Otra de las categorías presentes es la de personal de mantenimiento tanto oficiales, medio oficiales como peones generales, quienes se encargan de las actividades de maestranza, reparación y preservación del edificio según sus conocimientos y saberes en la materia.

En menor número podemos mencionar a los profesionales técnicos/as de las distintas especialidades. Según el convenio “se entiende por tal el que cuenta con título habilitante para la tarea que desempeña, otorgado por autoridad competente” (pp.5). En sexto lugar encontramos al personal de cocina que comprende tanto a cocineros como peones que realizan sus actividades en la misma cocina o bien en el buffet de la institución. Por último la clínica cuenta con poco menos de diez camilleros quienes se encargan del traslado de aquellos pacientes inmovilizados.

Si bien el CCT regula las condiciones laborales en los lugares de trabajo y define una serie de actividades a realizar, existen muchas otras tareas que no se encuentran estipuladas previamente pero que los trabajadores/as realizan en la práctica real o bien con el fin de solucionar imprevistos de la cotidianeidad laboral (Dejours, 1998): autorización de las órdenes de las obras sociales en el caso de los administrativos/as y, para el caso del personal de enfermería, el traslado de pacientes, cambiar la ropa de cama o realizar “tareas que le corresponderían a los médicos” son algunas de las actividades que reconocen como más allá de lo estipulado (Informe Hablemos del Trabajo, 2014). Dichos esfuerzos son fundamentales para el correcto funcionamiento de la organización y suelen ser escasamente reconocidos y recompensados.

5. ANÁLISIS DE LOS PRINCIPALES FACTORES DE RIESGOS PSICOSOCIALES EN EL TRABAJO EN LA CLÍNICA PRIVADA

La configuración que asumen los riesgos psicosociales en el trabajo no es producto de una única dimensión sino que interfieren y se articulan una multiplicidad de elementos. Según distintos autores para su análisis podemos identificar seis factores (Gollac y Bodier, 2011 y Neffa, 2015): intensidad y tiempo de trabajo, exigencias emocionales, autonomía y

margen de maniobra, relaciones sociales en el trabajo, conflictos éticos o de valores e inseguridad o inestabilidad en el puesto.

Para analizar el caso bajo estudio me centraré en tres de los seis factores anteriormente señalados. En primer lugar analizaré la configuración de los ritmos y la intensidad laboral, seguidamente las exigencias y el control de la emocionalidad y por último, las relaciones interpersonales y de trabajo en la clínica. Esta elección no es azarosa sino que descansa en las particularidades de los empleos en el sector salud y, en particular, a la clínica privada bajo estudio, como veremos más adelante. Considero que dichos factores son claves a la hora de comprender la forma en que se organiza el trabajo, configurando determinadas exigencias y requerimientos para sus trabajadores y trabajadoras. Los intensos ritmos laborales, el sobre esfuerzo físico y mental, la intervención y regulación sobre la emocionalidad propia y ajena y la interdependencia entre los distintos grupos profesionales que se encuentran en contacto directo con los pacientes son elementos centrales de la actividad en salud y permiten diferenciarla de otros empleos.

5.1 Intensidad, ritmo y carga de trabajo

En el marco de la proliferación de estrategias para elevar la productividad y competitividad de las empresas, al calor de la reestructuración productiva y la modernización organizacional de las últimas décadas la intensidad y los ritmos laborales se han incrementado considerablemente impactando en el uso de la fuerza de trabajo. En buena parte de los países de Latinoamérica luego de las reformas efectuadas durante los años noventa en los servicios de salud surge

“un nuevo modelo de gestión, denominado “*capitalismo sanitario*” y una lógica caracterizada, entre otros, por: tendencia a la fragmentación y descentralización organizativa; fuerte énfasis en la reducción de los costos y

aumento de la eficiencia; introducción de mecanismos de competencia entre los diferentes proveedores públicos y privados; uso más masivo y sistemático de formas flexibles de empleo; externalización de diversas funciones a empresas privadas; incorporación de nuevas tecnologías, novedosos sistemas de seguimiento y evaluación centrados en el rendimiento individual y formas flexibles de gestión de recursos humanos basados en incentivos con objetivos e indicadores de desempeño medibles.” (Ansoleaga et Al., 2011:1185).

Teniendo en cuenta estos procesos estructurales y centrándonos en el caso bajo estudio cuando hablamos de intensidad laboral hacemos referencia al ritmo y tiempo de trabajo, es decir su duración y configuración en días y horarios o la realización de horas extras, así como también el volumen, la especificidad y la complejidad de las tareas que se llevan a cabo en relación con las particularidades del objeto de trabajo, entendiendo que su articulación demandará un esfuerzo específico para el trabajador. A su vez, el carácter que asume la intensidad laboral también estará determinado por los riesgos laborales clásicos asociados a los agentes físicos, químicos y biológicos del medio ambiente de trabajo (Neffa, 2015).

a. La jornada laboral: horarios y días de trabajo en la clínica privada

Como la mayoría de los sanatorios y hospitales de alta complejidad, la clínica estudiada abre sus puertas las veinticuatro horas del día, es así que los horarios de trabajo se dividen en tres turnos: turno mañana, que comienza entre las 6 y las 9 de la mañana, turno tarde o turno intermedio generalmente entre las 14 Hs. y las 22. Hs y turno noche, desde las 21 ó 22 Hs. hasta la mañana siguiente. El grueso del personal trabaja, en relación de dependencia, entre 35 y 44 horas semanales, principalmente durante la mañana, momento en el cual la afluencia de público es mayor.

Ahora bien, vemos también que prácticamente un tercio del personal encuestado realiza horas extraordinarias por fuera de sus horarios habituales y un 35% posee otro empleo además de su actividad en la clínica. La experiencia de poseer más de un empleo adquiere mayor fuerza en el personal de enfermería y técnico por sobre otras categorías tales como administrativos, auxiliares de limpieza, mantenimiento y cocina.

“Manifestó que anteriormente realizaba guardias nocturnas, hasta hace seis meses atrás. Comenta que ha trabajado 21 días sin descanso. Cobraba estas guardias en negro.” (Observación de la encuestadora en base a lo dicho por una Trabajadora Técnica)

Según la literatura que aborda al sector salud en nuestro país el pluriempleo y, por ende, la extensión de la jornada laboral son rasgos característicos del mismo (Acevedo et Al, 2013; Informe DGEyEL, 2015; Micha, 2015; Pereyra y Micha, 2016; Aspiazu, 2017). Es así que un gran número de ocupados cuenta con más de un empleo o realiza horas extraordinarias en el mismo establecimiento, muchas veces “en negro” como forma de compensación salarial.

A su vez, la extensión de la jornada laboral también posee su correlato en la cantidad de días trabajados, la mayor parte del personal sólo “a veces” posee 48 Hs. seguidas de descanso en la semana puesto que alternan entre cinco y seis días de trabajo. Buena parte concurre al establecimiento los días sábados, el 55% responde que “siempre” o “casi siempre” trabaja ese día y un 25% contestó “a veces”, además la mitad de los encuestados manifestó trabajar domingos y/o feriados, según los requerimientos del empleador.

Sumado a la intensidad en materia de días y horas de trabajo también existen en la organización otros mecanismos que regulan el salario percibido en función de la asistencia,

por ejemplo a través de primas o premios al presentismo y la puntualidad, que al momento de realizarse el trabajo de campo entre agosto y octubre de 2016 significaba un plus de \$800 mensuales, es decir aproximadamente un 6% del salario básico de un enfermero/a de piso, categoría que representa a la mayor parte de los asalariados en la institución.

La realización de horas extras por fuera de los horarios estipulados, la posesión de otro empleo, el trabajo durante fines de semana y días no laborables devienen en la prolongación de la jornada laboral y, por ende, en la intensificación de los tiempos de trabajo, contribuyendo a aumentar el desgaste tanto físico como mental de los trabajadores y trabajadoras. Si además tenemos en cuenta que esta actividad de por sí implica tareas que demandan un gran esfuerzo corporal y mental, fruto de la atención y el traslado de pacientes- y mental -debido al contacto permanente con personas en situación de angustia, como veremos a continuación, el escenario se vuelve más problemático.

b. Ritmo e intensidad laboral: trabajar a “cama caliente”, el paciente como eje articulador de las prestaciones en salud.

En las distintas entrevistas y observaciones realizadas durante el trabajo de campo notamos que los pasillos de la clínica privada siempre están colmados de pacientes y familiares de los mismos: abuelos/as en sillas de ruedas, allegados a las futuras madres con ramos de flores, personas en situación de angustia, largas filas esperando para ser recibidos en la guardia, entre otros episodios que permiten describir su cotidianeidad.

Es así que el trabajo en la clínica se organiza centralmente alrededor de la prestación de un servicio esencial para la sociedad como es la salud. Dicho servicio demanda la atención y el cuidado de pacientes, lo cual implica el contacto directo y cotidiano con los mismos. Particularmente en el caso estudiado un 78,8% de los encuestados manifiesta estar en contacto con el público y, de ese porcentaje, un 84,1% lo hace de forma directa, es decir

mediante el vínculo “cara a cara”. En este marco, la intensidad y el ritmo laboral no sólo están delimitados por la disposición de horarios y días de trabajo sino que también se articulan en función de la afluencia de público y la urgencia que revisten sus demandas. Esta particularidad impacta directamente en la configuración de los plazos, las normas a cumplir y los tiempos a respetar.

A su vez, en los establecimientos de índole privada, suelen incorporarse objetivos y exigencias organizacionales en pos de mejorar la calidad de la atención y la orientación hacia el cliente: *servicio de calidad, excelencia en medicina, orientación hacia la comunidad* son lemas que pueden encontrarse en la presentación de numerosas clínicas y sanatorios. Desde esta lógica muchos de los establecimientos se someten periódicamente a auditorías de evaluación de calidad en sus distintas áreas y servicios con el fin de alcanzar determinados estándares médicos que eleven su prestigio en un mercado de salud cada vez más competitivo.

En la clínica estudiada casi un 65% de los encuestados sostienen que su ritmo de trabajo está dado por la presencia de una urgente solicitud externa que los obliga a brindar una respuesta inmediata (63,8% responde “siempre” o “casi siempre” y un 22,5% “a veces”). En varios de los testimonios cualitativos reconocen que “*todo es urgencia*” lo cual nos aporta información sobre aquellos rasgos cotidianos y por qué no constitutivos de la atención, especialmente en áreas de alta complejidad o de arribo de pacientes.

Un 38,8% de los encuestados manifiestan que “a veces” debe apurarse en su trabajo mientras que un 31,1% sostiene que “siempre” o “casi siempre” debe hacerlo. Además cuando se les consultó a los trabajadores si deben hacer demasiado rápido una operación o tarea que requeriría más tiempo y cuidado para hacerla bien el 42,5% manifestó que “a veces” vive este tipo de situaciones y un 23,3% indicó que “siempre” o “casi siempre”.

El ritmo de trabajo entonces no sólo estará dado por el contacto habitual con los pacientes sino también por la rapidez y el compromiso con el cual deben responder ante esas urgencias. Si bien la interrupción continua de las tareas es moneda frecuente, la mayoría de los encuestados sostiene que dichas interrupciones no implican necesariamente consecuencias en su trabajo.

“nos movemos en función de las necesidades de los pacientes si viene un bebé grave, no te avisaron pero tenés que responder, largas todo, priorizas al paciente... la calidad del paciente” (Trabajadora de Enfermería)

Teniendo en cuenta estas características es interesante señalar también que un gran porcentaje de los encuestados percibe que su ritmo laboral está dado por sus propios tiempos (47,5% “siempre” y “casi siempre”). Sus “prioridades” suelen estar en sintonía con el estado en el que se encuentren los pacientes, otorgándole primacía en la atención a las situaciones más delicadas. Además encontramos un claro componente colectivo en la forma en que se organiza el trabajo en la clínica puesto que un 45% afirma que su ritmo de trabajo depende “siempre” o “casi siempre” de las tareas realizadas por otros compañeros. Estos números son más significativos entre quienes ocupan el servicio de enfermería o técnico. Como plantean Spinelli y otros (2013)

“El trabajo en equipo y las relaciones de cooperación en el interior de las instituciones de salud suelen ser buenos aliados para los trabajadores” (2013: 21)

Retomando lo señalado inicialmente el personal de la clínica expresa que convive diariamente con ritmos de trabajo que muchas veces se tornan apremiantes, al punto de “no tener tiempo para aburrirse”. La atención de un “paciente tras otro” parecería ser un rasgo distintivo de este espacio laboral no sólo producto del crecimiento de la demanda en

salud sino también por las características que reviste la atención en la institución – ubicación geográfica, diversidad de áreas, servicios, profesionales y obras sociales con las que opera- lo cual hace que un amplio abanico de personas concurren a la misma. En este marco la intensidad laboral y por ende el desgaste de la fuerza de trabajo estará en relación con la sobrecarga de pacientes y de tareas que ello genera. Esta situación en muchas oportunidades deviene en la reducción de los momentos de descanso y recuperación, tal como lo plantean los siguientes testimonios:

“Trabajamos con 70 u 80 personas por día arriba [en referencia al sector donde se desempeña]” (Trabajadora de Limpieza)

“Te dan 20 minutos de descanso pero efectivamente no se cumplen porque te meten un paciente atrás de otro y esos 20 minutos los usas para llenar papeles”
(Trabajador de Enfermería)

“No hay tiempo para aburrirse (...) Uno trabaja a cama caliente, tienen que ocupar esa cama no importa lo mal que se haga, quieren la cama sí o sí”
(Trabajador de Enfermería)

“Todo es urgencia...no termina la [X] y ya están pasando al otro paciente (...) Cuando salgo del trabajo estoy tan cansada que no me dan ganas de caminar hasta siete a tomarme el colectivo, no podemos ni desayunar...Todo lo quieren sacar ya, la mayoría del trabajo lo traen a la mañana”. (Trabajadora de Limpieza)

El volumen de tareas asignadas y el uso de los tiempos de trabajo también operan como variables de ajuste a la hora de aumentar la productividad que, particularmente en esta empresa de salud, está estrechamente asociada a la calidad de las prestaciones y a la cuantía de pacientes. Los momentos para el descanso, es decir los momentos no productivos, son reducidos al mínimo con el objetivo de acelerar los ritmos de trabajo,

aumentar la cantidad de pacientes bajo atención y ocupar la totalidad de las camas con las que cuenta la clínica.

Para elevar la productividad y obtener mayores beneficios los mecanismos de control externos son otra de las estrategias fundamentales a las que recurre el capital. En esta línea vemos que buena parte de los encuestados identifican la presencia de controles y/o sistemas de vigilancia permanente o al menos cotidiana ejercidos por jefes y/o superiores. El 52,5% sostiene que “siempre” o “casi siempre” la mirada de los superiores jerárquicos interviene en su ritmo de trabajo. Asimismo el cincuenta por ciento de los encuestados responde que “siempre”, “casi siempre” o “a veces” su ritmo de trabajo está dado por un control o seguimiento informatizado.

c. Carga laboral y medio ambiente de trabajo

Como señalamos anteriormente el estudio de las CyMAT, desde una perspectiva ampliada, supone el análisis de las exigencias que demanda el puesto de trabajo, enmarcado en un determinado contexto socioeconómico y sector de la actividad, bajo ciertas características específicas de la empresa donde se lleva cabo. Será necesario entonces reponer tanto los elementos socio-técnicos y organizacionales del proceso productivo como así también los riesgos para la salud presentes en el medio ambiente de trabajo.

El hecho y la posibilidad de trabajar constituyen uno de los pilares fundamentales de realización personal y colectiva, no obstante si el trabajo se ejecuta bajo condiciones precarias puede ser riesgoso para la salud. Entre algunos de estos riesgos podemos mencionar la fatiga muscular fruto de la elevada carga física o el cansancio mental a raíz de la alta concentración en el puesto de trabajo. Asimismo la disposición del espacio físico, las instalaciones de la empresa, la cantidad de personas en un mismo ambiente, las altas o bajas temperaturas, la presencia de suciedad o malos olores no son un mero trasfondo sino que

también intervienen en la calidad de la vida laboral. Por último los medios con los cuales se ejecutan las tareas (maquinarias, equipos, instrumentos) y las particularidades del objeto (materias primas, insumos, etc.) también pueden ser causantes de dolencias, enfermedades o accidentes profesionales. A continuación analizaremos la carga laboral –tanto física como mental- y los factores externos, asociados clásicamente al medio ambiente de trabajo, en la clínica privada bajo estudio.

- Carga física

Uno de los elementos que define el contenido del trabajo en las ocupaciones de salud es su elevada carga física. En este sentido, buena parte de las tareas asignadas al personal de enfermería, mantenimiento, cocina, camilleros y mucamas implican el contacto físico con pacientes o bien trasladar, levantar y desplazar a quienes no pueden moverse por sí mismos, estar en continuo movimiento, permanecer en posturas incómodas, manejar objetos de gran peso e incluso realizar tareas repetitivas y en grandes volúmenes. La manipulación de cargas pesadas, el sobreesfuerzo y la repetición continua de movimientos cansadores o dolorosos son problemáticas comunes a los empleos en salud que pueden derivar en trastornos musculares o lumbalgias.

En lo que refiere al caso estudiado vemos que el 52,5% de los encuestados sostiene que “siempre” o “casi siempre” debe permanecer largo tiempo parado durante la jornada laboral. Asimismo un 41,3% sostiene que “siempre” o “casi siempre” debe efectuar a pie desplazamientos largos o frecuentes mientras que un 12,5% plantea que esto sucede “a veces”.

Respecto a las tareas y posiciones que pueden derivar en trastornos músculo esqueléticos y otros problemas asociados a la postura, observamos que un 45,1% de las personas respondió que “siempre” (13,8%), “casi siempre” (10%) o “a veces” (21,3%) debe

permanecer en una postura incómoda sin poder cambiar de posición o bien trabajar en un ambiente con poco espacio para moverse.

Sumado a estas dificultades, prácticamente la mitad de los encuestados señaló que cuando realiza su trabajo debe llevar o desplazar cargas pesadas “siempre”, “casi siempre” o “a veces”. A su vez similares porcentajes se registraron ante la pregunta sobre la ejecución repetitiva de movimientos dolorosos o cansadores en el marco de sus tareas cotidianas.

- **Carga mental**

Teniendo en cuenta que la mayor parte de los procesos laborales en la clínica estudiada están atravesados por el cuidado y la atención de pacientes, ya sea de forma directa como es el caso del personal de enfermería y los administrativos que atienden en las guardias o gestionan las obras sociales, o indirecta como es el caso del personal de cocina cuyas tareas si bien se orientan a terceros no involucra necesariamente el vínculo “cara a cara”, analizar la carga de tipo mental será un elemento relevante para comprender las dinámicas y requerimientos de este trabajo.

Desde su propia configuración, el trabajo en el sector salud implica un manejo de los tiempos mucho más acotados y, en muchos casos apremiantes, debido a las demandas de los usuarios y las situaciones de urgencia en las que se encuentran, requiriendo así de una enorme concentración para realizar las tareas. En este marco, cuando se le preguntó a los encuestados si durante la jornada laboral deben permanecer atentos las respuestas fueron contundentes: el 73,5% sostiene que “siempre” (44,3%), “casi siempre” 16,5% o “a veces” (12,7%) no puede quitarle los ojos a su trabajo debido a la complejidad que reviste. Asimismo más de un ochenta por ciento sostuvo que “siempre” (32,5%), “casi siempre”

(18,8%) o “a veces” (31,3%) dentro de su trabajo tiene que pensar en muchas cosas a la vez.

Respecto a los requerimientos de precisión visual vemos que más de un cincuenta y cinco por ciento indicó que en el cotidiano debe leer letras y/o cifras muy pequeñas o examinar objetos muy pequeños, detalles muy finos. Estas exigencias derivan del esforzarse para comprender las recetas escritas de forma poco clara por los médicos o bien leer palabras muy pequeñas presentes en las indicaciones de ampollas o medicamentos prescritos a los pacientes.

Por otro lado, más de un cuarenta y cinco por ciento del total de encuestados manifestó que “siempre”, “casi siempre” o “a veces” debe prestar atención a señales luminosas o sonoras breves, imprevisibles o difíciles de detectar asociadas a las diferente aparatología médica y a las nuevas tecnologías destinadas a mejorar la calidad del servicio incorporadas en los últimos tiempos.

- Riesgos del medio ambiente laboral

Fruto de las características que revisten los espacios en salud sus trabajadores y trabajadoras también están expuestos a una serie de riesgos externos asociados a los agentes químicos, físicos y biológicos del medio ambiente laboral. Entre ellos podemos mencionar la cercanía o manipulación de sustancias peligrosas -como gases, esterilizantes y desinfectantes- que si son inhaladas, ingeridas o penetran en la piel pueden derivar en una serie de alteraciones para la salud tales como reacciones cutáneas, respiratorias, alergias, irritaciones e incluso, si la exposición prolongada, contribuir a otro tipo de enfermedades de mayor gravedad. Cuando se indagó en torno al contacto con productos peligrosos encontramos que el 41,3% de los encuestados manifestó “siempre”, “casi siempre” o “a veces” estar en contacto con este tipo de productos.

Respecto a los factores biológicos observamos que el colectivo está en continua cercanía con microorganismos causantes de diversas enfermedades infecciosas presentes en los mismos pacientes, en equipos e instrumentos de trabajo, en los residuos generados o bien en las instalaciones de la institución. Además de este tipo de agentes biológicos también corren el riesgo de herirse o accidentarse, por ejemplo a través de cortes por el manejo de materiales cortantes y afilados como bisturís, tijeras, agujas, cuchillos, entre otros elementos.

Cuando se preguntó si dentro del establecimiento están expuestos a riesgos infecciosos las respuestas fueron contundentes: el 66,3% sostiene que “siempre” o “casi siempre” se encuentra expuesto a dichos riesgos para su salud y un 13,8% manifestó “a veces”. Son similares los porcentajes entre quienes afirman correr el riesgo de herirse o accidentarse: un 66,3% responde “siempre” o “casi siempre” y un 20% “a veces”.

Este tipo de riesgo puede complementarse negativamente con la presencia de agentes de tipo físico tales como altas temperaturas, radiaciones, ruido, suciedad, hacinamiento o malos olores en el lugar de trabajo. Cuando se le preguntó a los trabajadores y trabajadoras de la clínica privada si su medio ambiente laboral presentaba dificultades o inconvenientes relacionados con este tipo de riesgos observamos que un 43,5% de los mismos responde que su lugar habitual de trabajo posee suciedad. Mientras que un elevado porcentaje manifestó que convive cotidianamente con malos olores. Asimismo prácticamente un cincuenta por ciento de quienes accedieron a responder sostienen que están expuestos a temperaturas elevadas.

5.2 Exigencias y control de las emociones

La clínica privada que analizamos se orienta hacia la prestación de un servicio para la población que involucra el proceso salud-enfermedad-atención de las personas. Esta característica la posiciona en un entramado más amplio que involucra al sistema de salud nacional y al sector servicios en general. Las transformaciones operadas en las últimas décadas contribuyeron al aumento de la fuerza de trabajo empleada en dicho sector (Antunes, 2000) corriendo los márgenes de los estudios clásicos sobre el proceso de trabajo en la industria. Particularmente en el sector de salud argentino, entre 2003 y 2015, los ocupados crecieron en un 37,6%, superando el incremento en el resto de la economía (Informe DGEyEL, 2015).

A diferencia del trabajo en la fábrica, en esta actividad la producción reviste un carácter inmaterial puesto que el producto no existe separado de la propia actividad de producción (De la Garza Toledo, 2009). Asimismo el resultado de esa producción dependerá del contacto, directo o indirecto, con el público por lo cual las personas empleadas en los servicios suelen tener que movilizar sus habilidades emocionales, afectivas y relacionales para llevar adelante sus tareas.

Estas exigencias de tipo emocional implican una mayor gestión de las expresiones en pos de mejorar la interacción con los usuarios, en consonancia con los objetivos y requerimientos de la organización empleadora, especialmente en los servicios privados (Martínez Iñigo, 2001): estar de buen humor, ser amable y servicial, orientarse hacia el cliente son algunas de esas pautas establecidas. Además, en algunas ocupaciones específicas, las personas no sólo deben adaptar o controlar su propia emocionalidad sino que también deben manejar las reacciones y sentimientos de los usuarios con los cuales interactúan habitualmente (Ansoleaga y Toro, 2014). En este contexto, las exigencias y

regulaciones emocionales se manifiestan como una carga adicional a los esfuerzos físicos y cognitivos, típicamente ligados al sector industrial y a los trabajos manuales (Peiró, 2004)

a. El contacto directo y cotidiano con pacientes y sus acompañantes

Dentro de la amplitud que reviste el sector servicios existen empleos más expuestos a demandas de tipo emocionales, tal es el caso de los servicios sociales como la salud en donde el contacto inmediato y directo con personas en situaciones de extrema urgencia o que experimentan el dolor y el sufrimiento son moneda corriente. En este sentido nos encontramos en presencia de ocupaciones atravesadas por una gran carga afectiva donde el manejo de los sentimientos juega un papel preponderante para el desarrollo correcto de la actividad.

En el caso de la clínica relevada, como señalamos oportunamente, la mayor parte de los trabajadores y trabajadoras se encuentra en contacto directo con pacientes y allegados a los mismos -familiares, amigos, etc.-. En diversas oportunidades esas relaciones devienen en situaciones de tensión: el 44,4% sostiene que “a veces” sufre episodios de tensión en sus relaciones con el público mientras que un 15,9% responde “siempre” o “casi siempre”.

“Trabajamos con padres muy exigentes por lo que solicitamos una psicóloga que trate con los padres porque trabajamos muy tensionados” (Trabajadora de Enfermería)

Ese contacto habitual e inmediato se encuentra cargado de una gran emocionalidad fruto de la multiplicidad de problemáticas vividas por los usuarios. El 85% del personal encuestado de las distintas áreas de la clínica manifiesta estar en relación con personas en situación de angustia en su cotidianeidad laboral. Ese vínculo no se sustenta únicamente en el contacto puesto que también deben hacer uso de sus habilidades emocionales y comportamentales para calmar a quienes se encuentran preocupados, nerviosos o coléricos

(81,3%). En ambos casos son el total de los trabajadores/as de enfermería y los técnicos/as de las distintas áreas de la clínica quienes manifiestan estar en contacto o tener que calmar personas en situación de angustia y preocupación.

“Está en contacto con el público y esto puede ser muy estresante porque recibe todo el tiempo la afluencia de gente vulnerable, atravesando situaciones donde el dolor es central.” (Observación de la encuestadora en base a lo dicho por una Trabajadora de Enfermería)

Las emociones entonces juegan un papel preponderante en estas ocupaciones no sólo porque es común estar en contacto con personas que transitan distintas experiencias de vida sino también porque en muchas ocasiones los trabajadores y trabajadoras deben ponerlas en juego para poder llevar a cabo correctamente su trabajo.

“Comentó que en algunas oportunidades se encariña con los pacientes y eso la afecta, “los atendés por semanas, meses y ves cómo se van deteriorando y esta situación te hace mal””. (Observación de la encuestadora sobre lo dicho por una Trabajadora Técnica)

Incluso, como vemos en este último fragmento, el trato cotidiano y el contacto corporal con esas personas hace que los trabajadores y trabajadoras se comprometan o encariñan con los pacientes con los cuales interactúan durante días.

b. El manejo de la emocionalidad: lo colectivo, grupal e individual

Teniendo en cuenta estas características podemos identificar una serie de elementos, tanto a nivel del colectivo de trabajo como a nivel grupal e individual, que quizás permitan matizar el impacto que los vínculos con los usuarios pueden acarrear en las subjetividades y, a su vez, se transforman en acciones trascendentales para poder continuar con las tareas cuando los emergentes del trabajo los exceden.

Un primer elemento presente a nivel del colectivo de trabajo es la regulación de sus propias emociones y la cautela respecto a sus opiniones. Según los datos recabados es frecuente que los encuestados escondan sus emociones o finjan estar de buen humor: un 41,3% respondió “a veces” mientras que el 33,8% indicó que “siempre” o “casi siempre” debe controlar o modificar sus sentimientos durante su jornada laboral. Si desagregamos según agrupamientos veremos que son los enfermeros/as y técnicos/as quienes mayormente viven este tipo de episodios, por su parte al interior de personal administrativo predomina la respuesta “a veces”. Asimismo el 68,8% manifiesta que “a veces”, “casi siempre” o “siempre” tiene que evitar dar su opinión para poder llevar a cabo sus tareas.

El material con el que contamos nos permite realizar tres posibles lecturas de los porcentajes observados no excluyentes sino complementarios entre sí. Por un lado las personas que trabajan en salud deben limitar sus sentimientos, esconder el temor o la tristeza ante situaciones delicadas o complejas con el fin de realizar correctamente sus tareas y no comprometerse emocionalmente. La experiencia y el ejercicio cotidiano en el manejo de los sentimientos pueden volverse imprescindibles al momento de afrontar situaciones extremas que involucran un enorme compromiso y carga afectiva.

En otras oportunidades el control de dichas emociones o la imposibilidad de expresar lo que verdaderamente sienten se encuentran limitadas por los requerimientos de la empresa con el fin de alcanzar determinados objetivos y/o metas, especialmente en un servicio de carácter privado donde prevalece la orientación hacia el cliente y la diferenciación en materia de atención en relación a otras instituciones. Como señalamos anteriormente, la buena predisposición hacia los usuarios y el trato cordial por parte del personal de la clínica es un elemento central para lograr esa diferencia.

Por otro lado las falencias en la organización del trabajo asociadas, según algunos testimonios, al trabajo de los profesionales médicos o al mal funcionamiento de las obras sociales, pueden sobrepasar los recursos con los cuales cuenta el personal para hacer frente a dichos contratiempos. Sin embargo, al ser la cara visible de la institución, recaen sobre ellos las miradas y quejas de los usuarios insatisfechos.

“Comenta que debe esconder sus emociones, estar de buen humor, evitar dar su opinión. Sufre situaciones de tensión con el público debido a que muchas veces vienen enojados por sus situaciones particulares, el funcionamiento de las obras sociales o las indicaciones confusas de los profesionales.” (Observación de la encuestadora en base a lo dicho por una Trabajadora Administrativa)

En esta línea, si bien el contacto cotidiano y directo con un otro/a constituye un plus del trabajo en salud es también a partir de esta característica que pueden desarrollarse otros sentidos ligados a su dimensión vocacional. En algunos casos esos sentidos contribuyen a acentuar el compromiso de las personas que soportan condiciones laborales deficientes y pueden derivar en episodios de fatiga emocional (Ansoleaga y Toro, 2014). Molinier (2012) sostiene que buena parte de las profesiones asociadas al cuidado, realizadas principalmente por mujeres como la enfermería y las tareas de limpieza, suelen ser desvalorizadas y escasamente recompensadas dentro del mercado laboral. En estos casos el componente vocacional puede operar invisibilizando el trabajo o bien demandando un “plus” de esfuerzo no sólo físico sino también afectivo y emocional para esas trabajadoras.

Paradójicamente, el sentimiento de hacer un trabajo de gran utilidad para los demás, servir, ayudar u “ocuparse de” también puede constituir un aspecto positivo y central de este tipo de ocupaciones y transformarse en motor de realización personal y desarrollo profesional (Baudelot y Gollac, 2011) prevaleciendo sobre otras condiciones deficientes en

materia salarial o de condiciones laborales. Trabajar con la salud-enfermedad-atención de las personas reviste un claro componente social pues cumple una función primordial para el funcionamiento de las comunidades, configurando una serie de sentidos, creencias, valores, saberes y prácticas que apenas pueden ser equiparables con el trabajo en otros servicios sociales como la educación.

Aseverando lo señalado, vemos que prácticamente la totalidad de los trabajadores encuestados perciben que su labor posee una gran utilidad social y manifiestan estar orgullosos de su trabajo. Cuando se les preguntó si sentían el orgullo del trabajo bien hecho un 73,8% manifestó que “siempre” o “casi siempre” lo sienten de esa manera, mientras que un 15% sostuvo que “a veces” y sólo una persona respondió “nunca”. Ante la pregunta por el sentimiento de hacer una labor útil para los demás los números fueron contundentes, prácticamente un noventa por ciento del personal de la clínica percibe que sus tareas poseen una clara utilidad social (“siempre” y “casi siempre” (87,6), “a veces” 11,3% y sólo un caso respondió “nunca”). Entre quienes realizan tareas de enfermería, administración o técnicas priman las respuestas que se inclinan hacia el “siempre” o “casi siempre”.

En segundo lugar y situándonos al nivel del grupo de trabajo, entendiendo a éste como los compañeros/as o colegas con los cuales se trabaja habitualmente, vemos cómo las trabajadoras de un sector de enfermería establecen ciertas estrategias o dinámicas grupales, internas y de manera más o menos informal, con el fin de “protegerse” grupalmente. El trabajo en equipo se presenta como un pilar fundamental para la dinámica del trabajo en salud.

“Manifiesta que con sus compañeros/as “van rotando cada semana” para “cuidarse psicológicamente”, es decir que no siempre la misma persona se encarga de realizar la misma tarea o atender a los pacientes más graves del área”

(Observación de la encuestadora en base a lo dicho por una Trabajadora de Enfermería)

Desde el propio sindicato también dan cuenta de este tipo de escenarios en donde, a falta de respuestas desde la organización, las personas generan sus propias estrategias de resguardo

“cuando reciben a un paciente con cáncer y la familia todavía no lo sabe, no saben cómo manejarse, entonces les dicen que le pregunten al médico de guardia o llaman a la enfermera más vieja, con más años de experiencia” (Entrevista Secretario Adjunto de ATSA-LP).

En otros casos las restricciones presentes en la organización del trabajo no pueden resolverse en el espacio laboral, y ante la falta de respuestas y de formación por parte de la empresa o del colectivo, recurren a instancias individuales por fuera de la institución.

“Está a cargo de un sector donde hay gran afluencia de público. A raíz de esto hay muchos choques que se producen no sólo con los pacientes sino también con los familiares de los mismos (...) Muchas veces le es difícil contener la angustia y por ello ha recurrido a una psicoterapia individual por fuera de su trabajo.”

(Observación de la encuestadora en base a lo dicho por una Trabajadora Administrativa)

En el proceso salud-enfermedad-atención las demandas emocionales y el control de las mismas son requerimientos centrales para los trabajadores y trabajadoras que, en su mayoría, se encuentran permanentemente en contacto con personas que atraviesan distintas situaciones de vida. Una de las principales diferencias en torno a la *calidad* de las prestaciones, en un mercado de salud cada vez más competitivo, radica en la manera en

cómo *se trata* a los pacientes y a sus acompañantes. A su vez, en la clínica privada también entran en juego otras lógicas asociadas a los requerimientos del empleador y a la competencia entre prestadores de salud, las promesas de *excelencia en medicina* y *orientación hacia la comunidad* son ejemplo de ello.

El control de la propia emocionalidad, el fingir estar de buen humor, evitar dar su opinión u ocultar sentimientos de tristeza o temor también resultan fundamentales al momento de realizar correctamente las tareas asignadas y no comprometerse afectivamente con las situaciones con las que se enfrentan diariamente. Esta particularidad también hace que los trabajadores y trabajadoras de la clínica perciban, prácticamente en su totalidad, que realizan un trabajo con una clara orientación social y se enorgullecen por ello.

5.3 Los vínculos en el espacio de trabajo: relaciones con compañeros, superiores y la organización en general

Resumiendo los principales elementos que surgieron del análisis realizado hasta el momento podemos decir que el trabajo en la clínica privada se caracteriza por su elevada intensidad y ritmos de trabajo derivados principalmente del gran caudal de pacientes que transitan por los distintos servicios de la clínica, lo cual opera en la reducción de los tiempos de descanso, los sistemas de control ejercidos por los jefes y la carga laboral global. Las tareas cotidianas también involucran grandes exigencias emocionales, comportamentales y afectivas fruto de las relaciones interpersonales con los usuarios, especialmente entre quienes tienen contacto directo con el público. Dichas relaciones, también permiten movilizar otros significados de la ocupación tales como el sentimiento de efectuar una labor de gran utilidad social y el sentimiento de orgullo por el trabajo realizado.

En este sentido, las formas que asume la organización y el contenido del trabajo limitan, posibilitan o vehiculizan la articulación de los vínculos en el espacio laboral y, a su vez, esos vínculos pueden accionar sobre la organización del trabajo prescripta como vimos en el apartado anterior.

Desde nuestra perspectiva, las relaciones sociales en el trabajo pueden ser definidas a partir de las características que asumen dichas interacciones y las percepciones que poseen los trabajadores y trabajadoras sobre las mismas. Para su análisis nos centraremos tanto en las relaciones de tipo horizontal, entre compañeros y colegas, como así también en las relaciones de tipo vertical, con superiores jerárquicos y con la organización empleadora en general (Gollac, 2011; Neffa, 2015).

La configuración de las relaciones interpersonales y de trabajo puede constituir un elemento positivo y de resguardo ante situaciones complejas, matizando el impacto de la sobrecarga de tareas, de los intensos ritmos o del trato cara a cara con pacientes, contribuyendo a mejorar la calidad de la vida laboral (Stecher Guzmán et al., 2012). No obstante, si los vínculos que los trabajadores entretejen con sus compañeros, superiores o con la organización en general se basan en el escaso apoyo técnico o social y en la falta de reconocimiento y comunicación, los mismos pueden contribuir a elevar el malestar en el espacio de trabajo. Con frecuencia, estas situaciones no son lineales sino que encontramos zonas grises, entre estos dos extremos posibles. A continuación, abordaremos tres dimensiones de las relaciones sociales en el trabajo (Gollac, 2011):

- a. Relaciones con compañeros/as y/o colegas.
- b. Relaciones con superiores jerárquicos.
- c. Relaciones con la organización en general.

a. Relaciones con compañeros/as de trabajo

El sentimiento de pertenencia a un colectivo de trabajo, la posibilidad de establecer reglas comunes en el cotidiano, intercambiar experiencias y saberes tácitos a partir del debate con las personas con las cuales se trabaja comúnmente constituye un elemento central a la hora de dar respuesta a los contratiempos presentes en la organización del trabajo (Dejours et Al., 1998). En ese sentido el apoyo social a partir de los entramados vinculares entre los sujetos resulta un pilar fundamental a la hora de emitir consejos, prestar ayuda técnico-profesional o emocional ante las exigencias y demandas que superan las capacidades de resistencia y adaptación de los sujetos (Neffa, 2015).

En lo que respecta a la clínica estudiada observamos, según los datos de la encuesta, que existe un gran intercambio de experiencias y conocimientos entre compañeros y colegas lo cual posibilita un trabajo de tipo colaborativo. Un 70% de los encuestados afirma ser ayudado por las personas con las cuales habitualmente trabaja “siempre” o “casi siempre”. A su vez, frente a la afirmación “los compañeros con quienes trabajo me ayudan a realizar correctamente mis tareas” el 70,9% afirmó que esto sucede “siempre” y “casi siempre”.

La comunicación entre compañeros es otro de los elementos centrales a la hora de analizar las relaciones sociales y de trabajo, no solo porque es parte importante del apoyo social sino también porque permite compartir opiniones, experiencias y saberes referidos a la actividad cotidiana, establecer reglas comunes y formas de acción grupales, más o menos consensuadas, ante los emergentes del trabajo.

Por medio de la encuesta pudimos ver que la mayoría de los trabajadores afirma “siempre” y “casi siempre” (76,3%) hablar con sus compañeros sobre el funcionamiento y la organización de su actividad laboral, sin embargo también encontramos que esas

conversaciones no se realizan en reuniones programadas para tal fin (“nunca” 71, 6%). Estos resultados nos permiten realizar al menos dos reflexiones, por un lado destacar la enorme importancia que representa la posibilidad de dialogar o realizar reuniones informales entre compañeros/as con el fin de discutir sobre las labores cotidianas y las indicaciones brindadas. Como vimos en el apartado sobre exigencias y control de las emociones las "estrategias defensivas" llevadas a cabo por el grupo de trabajo permiten sobrellevar situaciones complejas que serían difíciles de abordar de forma individual. Por otro lado nos invita a preguntarnos por el lugar que ocupan los encuentros formales de discusión en la clínica, ya sea mediante espacios convocados por la gestión, por los delegados gremiales o por el sindicato de la sanidad. A pesar de que prácticamente la totalidad del personal manifiesta discutir sobre su actividad laboral dichos intercambios no se formalizan en reuniones programadas a tal fin.

Si bien existe en la provincia de Buenos Aires una Ley (N° 14408) que incentiva la creación de Comités Mixtos de Salud, Higiene y Seguridad en el empleo, con el objetivo de mejorar la prevención y fomentar la cooperación entre trabajadores y empleadores a fin de promover la salud; prevenir los riesgos laborales y evitar la siniestralidad, estos espacios funcionan en muy pocos establecimientos y la clínica estudiada no es la excepción.

Lo señalado anteriormente nos permite afirmar que en líneas generales los trabajadores se sienten parte de un colectivo de trabajo en sentido positivo. Esto no quita que existan situaciones de tensión entre compañeros y colegas, no obstante el 69% de los trabajadores expresa que “nunca” o “casi nunca” sufre situaciones de tensión con sus compañeros. Si comparamos estos porcentajes con las situaciones de tensión que manifiestan sufrir en sus relaciones con los superiores jerárquicos veremos que es allí donde se encuentra el nudo más problemático.

Para finalizar este apartado también es interesante recuperar aquellos elementos ligados al reconocimiento en el trabajo. Como sostiene Dejours (1998) el sujeto que aporta a la organización espera recibir una retribución, es decir cierta gratitud por su participación, sin la cual suele desmovilizarse. El autor reconoce dos fuentes de reconocimiento por el trabajo realizado, que denominará “juicios”. Uno de ellos es el “juicio de utilidad”, emitido de manera vertical y otro, el “juicio de belleza” que refiere a la retribución simbólica realizada por pares o colegas. En el caso estudiado, vemos que cuando se le consultó a los encuestados si recibían el respeto y la estima que merece su trabajo de parte de compañeros un 72,5% respondió “siempre” o “casi siempre”, el 25% manifestó recibirlo “a veces” y sólo en dos casos la respuesta fue “nunca”.

Uno de los puntos positivos a rescatar en este espacio laboral, y que tal vez permita matizar otros aspectos problemáticos de las condiciones de trabajo, es la forma que asumen los vínculos entre compañeros/as y colegas. Sería interesante continuar indagando en torno a las conversaciones y experiencias cotidianas, en las estrategias grupales de estos trabajadores/as para complejizar el debate en torno al control sobre el proceso de trabajo en los servicios, en tanto éste no se da de manera unilateral sino que es una construcción social que articula elementos estructurales, subjetivos, relacionales y culturales (De la Garza Toledo, 2012).

b. Relaciones con los superiores jerárquicos

Otro aspecto importante a la hora de caracterizar las relaciones sociales en el trabajo es el análisis de los vínculos verticales al interior de la organización. En este sentido, los superiores jerárquicos pueden brindar apoyo técnico ante una labor delicada o compleja, habilitar espacios de diálogo, componer adecuados sistemas de información y comunicación y valorar los esfuerzos que realizan las personas a su cargo (Neffa, 2015).

En la clínica privada se pueden identificar distintas líneas jerárquicas, directas e indirectas a las cuales deben responder los trabajadores y trabajadoras durante su jornada laboral. Por un lado encontramos a los superiores directos, es decir los jefes de las distintas áreas y servicios, en su mayoría varones. A su vez, los trabajadores son empleados de una empresa que brinda servicios de salud, por lo cual también estarán sujetos a las decisiones y requerimientos del directorio, conformado por sus propios dueños, y la gerencia. Sumada a esta superposición de jefaturas, según los testimonios reconstruidos a partir de las observaciones de la encuesta, las relaciones que se establecen con los médicos también suelen asumir un carácter diferencial asociado al saber y la práctica médica lo cual los posiciona en un lugar de mayor jerarquía respecto a otras categorías profesionales y no profesionales de la institución. En este sentido, creemos necesario señalar una de las limitaciones que posee la encuesta a la hora de distinguir entre las distintas líneas jerárquicas, ya que la misma sólo nos permite abordar la categoría “superiores” en términos generales sin adentrarnos en estas particularidades.

Respecto al denominado “apoyo técnico”, es decir la colaboración brindada por los superiores a la hora de solucionar problemas o dar consejos, observamos que más de un cincuenta por ciento de los trabajadores manifiesta que sus superiores “nunca” o “casi nunca” lo ayudan a resolver este tipo de situaciones (51,2%), mientras que a un 23,8% lo apoyan “a veces” ante un trabajo delicado o dificultoso. La pregunta anterior puede complementarse con las siguientes respuestas: un 46,3% de los trabajadores/as sostiene que “nunca” o “casi nunca” es ayudado por su jefe a realizar correctamente sus tareas y un 21,3% sostiene que sólo “a veces” recibe el apoyo de sus superiores.

En términos generales observamos que un gran porcentaje de trabajadores y trabajadoras manifiestan sentirse poco acompañados por sus superiores jerárquicos a la

hora de realizar un trabajo complejo o delicado. Este punto es relevante si consideramos que los mismos se encuentran cotidianamente frente a decisiones y tareas que implican la salud-enfermedad-atención de las personas. Además, si comparamos los porcentajes obtenidos con lo manifestado en las relaciones de apoyo y cooperación entre compañeros y colegas analizadas anteriormente veremos que los valores se invierten negativamente.

Según varios autores (Gollac y Bodier 2011; Dejours, 2013; Neffa, 2015) las relaciones sociales en el trabajo se vinculan directamente con los conceptos de reconocimiento y justicia. El reconocimiento del esfuerzo y la valoración del trabajo realizado son fundamentales para la autoestima y el refuerzo de la identidad del trabajador y, cuando no existe, puede constituirse en un factor de riesgo psicosocial.

Cuando se les preguntó a los empleados de la clínica privada si recibían el respeto y estima que merece su trabajo de parte de sus superiores encontramos que prácticamente un cincuenta por ciento respondió “siempre” o “casi siempre” sin embargo, casi un veinticinco por ciento del personal encuestado respondió “nunca” o “casi nunca” y un 23,8% manifestó que sólo “a veces” siente que su trabajo es reconocido por sus superiores. En este sentido la valoración y el respeto por las tareas y esfuerzos efectuados son componentes centrales en la conformación de sentidos y en la posibilidad de realización laboral, contribuyendo al bienestar general de las personas.

Otra de las nociones que nos permite complejizar este análisis es la de “justicia organizacional”, es decir las percepciones de los trabajadores en torno al trato que reciben por parte de sus superiores jerárquicos. En este caso vemos que un 52,5% de los trabajadores sostienen que “siempre” o “casi siempre” es tratado de manera igualitaria por sus superiores no obstante casi un treinta por ciento manifiesta que “nunca” o “casi nunca” es tratado de igual forma. Como mencionamos anteriormente siguiendo a Dejours (1992;

2013) los “juicios de utilidad” son pronunciados por la línea jerárquica respecto a la labor realizada por el personal a cargo. Si un trabajador siente que su compromiso no es tenido en cuenta, es subestimado o no es tratado de manera igualitaria podemos encontrar escenarios de sufrimiento para esas personas.

En relación a las situaciones de tensión vemos que 48,8% percibe que “nunca” o “casi nunca” sufre episodios de rispidez con sus superiores jerárquicos en el marco de sus tareas cotidianas. Sin embargo, si consideramos aquellos trabajadores que “a veces”, “casi siempre” y “siempre” viven escenarios de tensión en esas relaciones observamos que el número asciende a un 52,3% de las respuestas, es decir más de la mitad de los encuestados.

Por último si bien no pudimos encuestar a los médicos que se desempeñan en las distintas áreas de la clínica privada, durante la situación de entrevista recuperamos una serie de testimonios que dan cuenta de ciertos episodios de tensión en las relaciones del personal de la clínica con los profesionales médicos. A continuación transcribimos algunos fragmentos que nos permiten vislumbrar esta situación:

“El encuestado manifestó situaciones de tensión en su lugar de trabajo, especialmente con un médico en particular. Cada vez que le toca trabajar con este médico suele generarse algún conflicto, por ejemplo le hace bromas/comentarios de mal gusto mientras realiza tareas delicadas que requieren de su extrema concentración” (Observación de la encuestadora sobre lo dicho por un Trabajador de Enfermería).

“Comentó una mala relación con una médica en particular la cual “se siente más por ser médica” (Observación de la encuestadora sobre lo dicho por una Trabajadora Técnica).

“Manifiesta diferencias entre “los médicos de antes y los de ahora”, los de ahora “quieren todo para ayer”. Te apuran “dependiendo del médico de guardia, no tiene que ver con la urgencia del paciente sino con el médico”” (Observación de la encuestadora sobre lo dicho por una Trabajadora Técnica).

“Remarca que hay un médico que hace uso de su puesto e injerencia y que en múltiples ocasiones ha contribuido a situaciones tales como el llanto y el destrato de las personas que trabajan en el sector y deben responder a él por “ser médico””. (Observación de la encuestadora sobre lo dicho por un Trabajador de Enfermería).

Como describen los testimonios, los episodios de tensión no se originan únicamente en los vínculos entre médicos/as y enfermeros/as, como podría pensarse en un primer momento, sino que el personal de otras categorías también lo manifiesta. En este sentido, los espacios laborales en salud se caracterizan por su alto nivel de profesionalización, rasgo que posibilita la organización del trabajo y, a su vez, habilita determinadas relaciones interpersonales y grupales que, en muchos casos, se basan en relaciones de poder asociadas a representaciones asimétricas entre los distintos saberes.

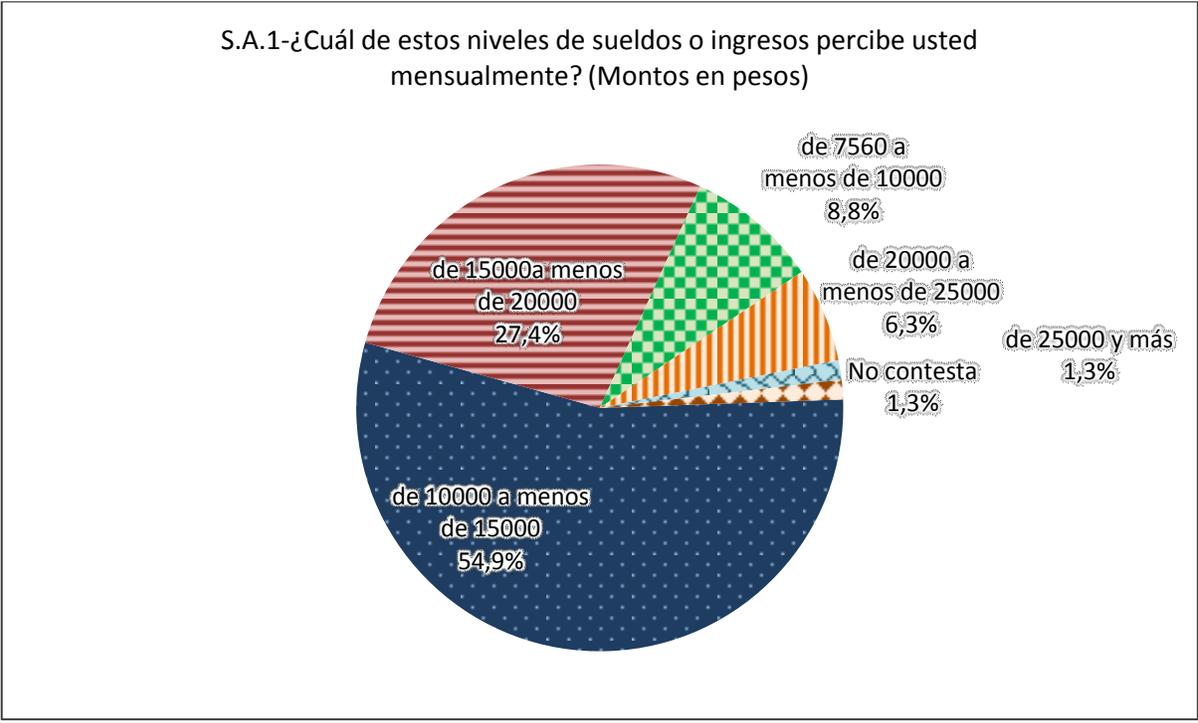
c. Relaciones con la organización empleadora

Las nociones de reconocimiento y justicia no son únicamente aplicables al análisis de las relaciones interpersonales en el lugar de trabajo sino que también cobran relevancia para el estudio del vínculo entre los trabajadores y la organización que los emplea. Como sostiene Paugam (2012) a partir de la interacción social, el sujeto da prueba de su existencia y valor a través de la mirada de los otros, puesto que ese “otro” aparece como un exterior constitutivo.

De esta forma, si el trabajador siente que su desempeño no es reconocido por la organización, si percibe estar mal retribuido o si no tiene la posibilidad de realizarse profesionalmente pueden generarse situaciones de sufrimiento y/o pérdida de autoestima con consecuencias para su salud. A continuación analizaremos dos dimensiones relevantes para la comprensión de las relaciones sociales con la organización empleadora.

- **Retribución material. Salario percibido y percepción del salario**

En lo que respecta a la retribución monetaria observamos que el grueso del personal, al momento de realizarse la encuesta entre agosto y octubre de 2016, manifestaba percibir un salario en pesos que iba de \$10.000 a menos de \$15.000 (54,9%). En segundo lugar encontramos al personal que percibía un sueldo de entre \$15.000 y menos de \$20.000 (27,5%).

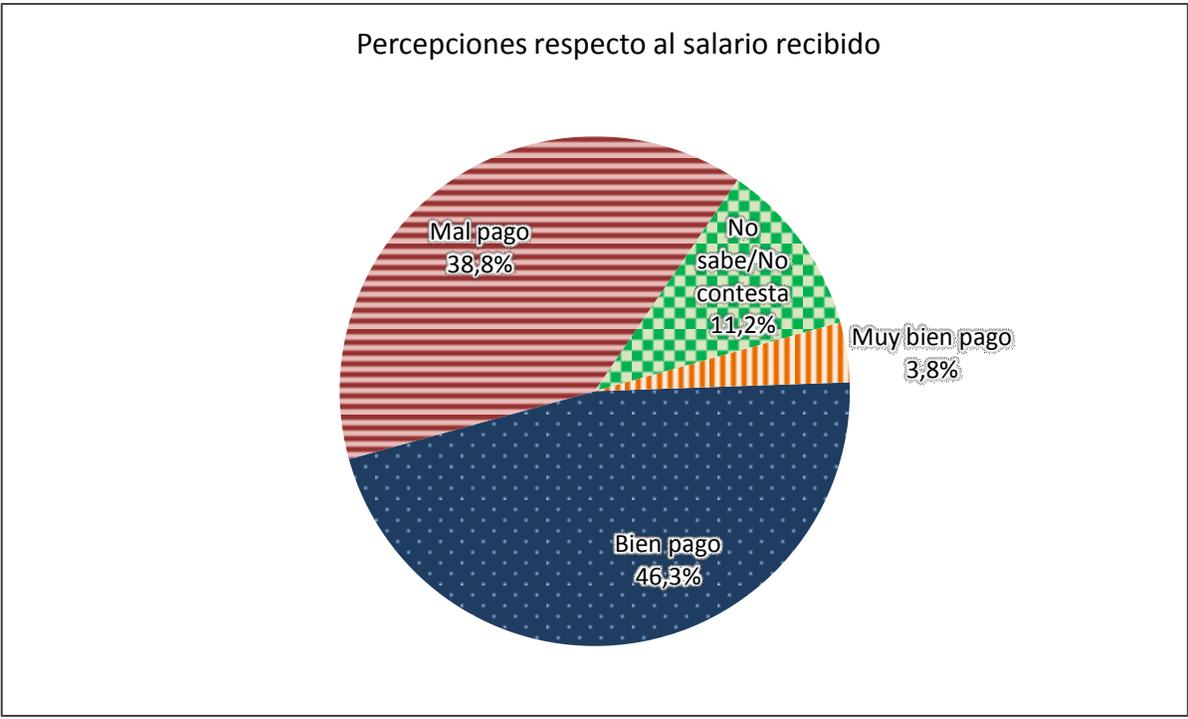


Fuente: elaboración propia en base a los resultados de la encuesta sobre RPST y CYMAT

Según la paritaria presente en la renovación parcial del CCT 122/75 en 2016 la escala salarial percibió tres aumentos durante el año anterior, el primero de ellos en julio,

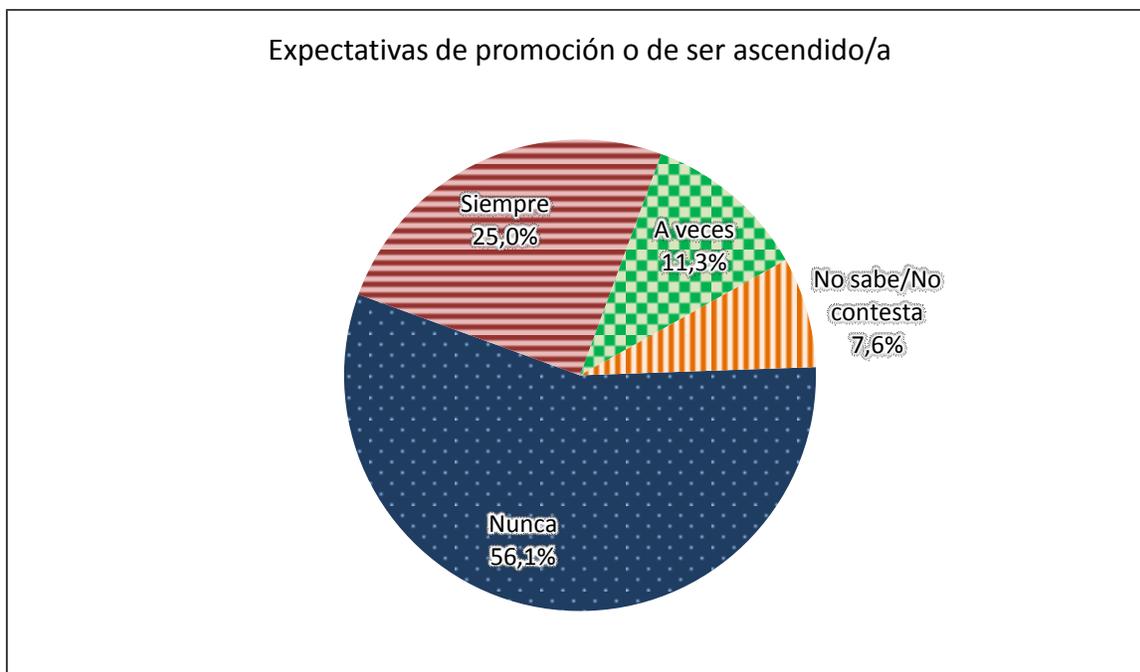
luego en noviembre y el último en diciembre. Vemos por ejemplo que el salario básico de un/una enfermero/ra de piso, categoría profesional que representa al mayor número de trabajadores/as de esta clínica, era de \$13.341,59 en julio de 2016, momento en el cual se realizaron el grueso de las encuestas, \$14.564,57 con el aumento de noviembre y ascendió a \$15.009,29 en diciembre de ese mismo año. Estos montos salariales no difieren de la situación general del sector salud en Argentina, el cual se caracteriza por un desequilibrio entre el esfuerzo cotidiano y la retribución material, especialmente en el caso de los recursos humanos en enfermería lo cual hace que buena parte de los mismos realice horas extraordinarias, muchas veces en negro, como forma de compensación salarial (Acevedo et Al., 2013; Pereyra y Micha, 2016).

Ahora bien, si analizamos la “justicia distributiva” en la organización, es decir las percepciones de los sujetos respecto a los montos salariales recibidos en relación a las tareas que realizan, observamos que las opiniones parecería estar claramente divididas: un 50,1% considera estar “bien pago” o “muy bien pago” mientras que un 38,8% responde sentirse “muy mal pago”. La percepción sobre la recompensa salarial puede variar en función del nivel de estudio alcanzado, por ejemplo si consideramos que los sueldos del personal de enfermería no difieren, a grandes rasgos, de los valores percibidos por otros agrupamientos no profesionales. Si cruzamos esta variable con el nivel de estudios alcanzado veremos que entre aquellos que accedieron a primaria o secundaria -completa o incompleta- predominan las respuestas que se inclinan hacia el “bien” o “muy bien pagos”. Por el contrario, la mayoría de los trabajadores y trabajadoras que accedieron a estudios terciarios o universitarios –completos o incompletos- consideran estar “mal pagos”.



Fuente: elaboración propia en base a los resultados de la encuesta sobre RPST y CYMAT

- Reconocimiento profesional. La posibilidad de hacer carrera y la valoración de los conocimientos y saberes por parte de la organización.
 Como señalamos anteriormente el reconocimiento y la justicia organizacional involucran también aspectos ligados a la valoración del esfuerzo y la posibilidad de hacer carrera en dicha organización. En este sentido los datos son contundentes: un 56,1% responden que “nunca”, “casi nunca” o directamente “no le corresponde” ser promocionado o recibir un ascenso por su trabajo en la clínica.



Fuente: elaboración propia en base a los resultados de la encuesta sobre RPST y CYMAT

Por un lado, esto puede deberse a la imposibilidad real de promoción al interior de la institución debido a la percepción de mecanismos arbitrarios de ascenso o a la escasa valoración del esfuerzo realizado por parte de las autoridades. Por ejemplo, para el caso de los administrativos que pueden escalar desde posiciones de “tercera” a “primera”. Sin embargo, también puede que de ante mano las personas no tengan expectativas de promoción ya que no existe posibilidad formal de acceder a puestos jerárquicos, como es el caso de las mucamas de la clínica.

En segundo lugar, otra dimensión que nos permite profundizar en el vínculo entre la fuerza de trabajo y la organización empleadora reside en el análisis de las diferentes formas de capacitación, formación y utilización de los conocimientos y habilidades de la fuerza de trabajo. En este sentido, según los datos proporcionados en torno a la situación ocupacional de los trabajadores del sector salud por el Informe realizado por la DGEyEL en base a la EPH y SIPA en noviembre de 2015, los ocupados en salud cuentan con un alto nivel

educativo en comparación con otras actividades de la economía, principalmente en el ámbito privado. Los resultados del trabajo de campo avalan esta hipótesis puesto que aproximadamente un 65% de los encuestados poseen nivel terciario o universitario, completo o incompleto. La característica anteriormente señalada puede vislumbrarse ante la pregunta “su preparación para el puesto que ocupa es...” donde el 83,8% de los encuestados aduce estar “bien formado” en relación al puesto que ocupa. Sin embargo cuando se pregunta por la falta de algún conocimiento o competencia para realizar correctamente sus tareas observamos que un 62,5% sostiene que “faltan algunos” mientras que un 36,3% responde que “no falta ninguno” y sólo un caso plantea “sí totalmente”. Pese al elevado capital educativo buena parte del personal manifiesta la necesidad de continuar formándose para adquirir conocimientos que le permitan realizar aún mejor su labor.

Respecto al reconocimiento por parte de la organización empleadora de los saberes que poseen sus ocupados vemos que prácticamente un 45% de los mismos afirma que “a veces” y un 13% sostiene que “siempre” sus conocimientos y/o competencias no son tomados en cuenta por la administración. Si cruzamos estas respuestas con el nivel de estudios alcanzados veremos que entre quienes accedieron a estudios primarios o secundarios el grueso de las respuestas se inclina por "nunca" mientras que para el caso de los trabajadores y trabajadoras que poseen terciario o universitario preponderan quienes "a veces" sienten que sus conocimientos y/o competencias no revisten la atención que merecerían.

6. SALUD, SEGURIDAD Y PREVENCIÓN EN EL ESPACIO LABORAL

En este capítulo analizaremos las percepciones de los trabajadores y trabajadoras de la clínica privada bajo estudio sobre la salud, seguridad y prevención de riesgos en su

espacio laboral. Para ello presentaremos brevemente algunos de los estudios que han abordado la vinculación entre condiciones de trabajo y salud, recuperando también el marco normativo que regula la prevención y reparación de los riesgos laborales en nuestro país. En un segundo momento nos centraremos puntualmente en el análisis de los trabajadores y trabajadoras de la clínica privada. Indagaremos en torno a los accidentes y enfermedades profesionales, en las percepciones y prácticas respecto a la salud y su relación con el trabajo. Por último analizaremos la información y formación disponible en materia de seguridad laboral y el lugar que ocupa el sindicato como uno de los principales interlocutores en la temática.

61. La preocupación por la vinculación entre condiciones de trabajo y el proceso salud-enfermedad

Desde la década del setenta hallamos distintas investigaciones que han abordado la relación entre CyMAT y la salud física y mental de la fuerza de trabajo (Kalimo, 1988; Laurell, 1978). Actualmente, según un informe de la OIT entre las enfermedades silenciosas y escasamente reconocidas que derivan de las malas condiciones laborales se destacan: los trastornos músculo-esqueléticos, los riesgos psicosociales y el estrés.

En el caso de los trabajadores y trabajadoras del sector salud podemos citar diversos estudios europeos (Gil Monte, 2003; Moreno Jiménez et Al., 2004) que señalan al “*burnout*” o desgaste emocional como una de las problemáticas más extendidas en los profesionales de ese campo. Dificultades al momento de concentrarse y conciliar el sueño, trastornos de ansiedad, depresión e irritabilidad, insatisfacción laboral que pueden conllevar al consumo de alcohol o drogas, manifestarse como problemas cardiovasculares e incluso, trastocar distintos aspectos de la vida familiar y social de las personas.

En Latinoamérica los trabajos de Ansoleaga y equipo (2011) dan cuenta de la correlación entre deficientes condiciones laborales y malestar psicofisiológico. El incremento de la cantidad e intensidad de trabajo, las exigencias de los empleadores para cumplir con distintas tareas de forma simultánea, la orientación hacia los usuarios y la reducción del personal no sólo interfieren en el tipo de sociabilidad que se genera el espacio laboral sino que también devienen en sentimientos de estrés, cansancio y ansiedad para esos trabajadores.

En la Argentina la prevención de los riesgos y la reparación de los daños derivados del trabajo, en términos de accidentes laborales y/o enfermedades profesionales, se rigen por la Ley de Riesgos del Trabajo N° 24.557, nacida en 1995. A partir de la misma se creó un sistema de seguridad social mixto, es decir con operadores privados -Aseguradoras de Riesgos en el Trabajo- y control estatal -a través de la Secretaría de Riesgos del Trabajo- (Epelman, 1997). Herencia de la década neoliberal, dicha ley fue modificada recién en 2012 (Ley N° 26.773). Sin embargo los cambios en la misma no representaron mejoras significativas para los trabajadores/as afectados y sus límites contribuyeron al aumento de la litigiosidad. Este escenario habilitó su posterior reforma, en febrero de este año, al calor de un discurso oficial que buscaba desincentivar la “mafia o industria de los juicios laborales”, sin indagar profundamente en el porqué de dicho incremento.

Sumado a este contexto regresivo, la normativa posee un carácter restrictivo puesto que no incluye aquellos padecimientos asociados a la salud psíquica y mental de los trabajadores/as, reduciendo los procesos salud-enfermedad a su aspecto físico.

6.2 La salud de los trabajadores y trabajadoras de la clínica privada

Circunscribiendo la mirada al caso abordado tomaremos tres elementos para su análisis, en primer lugar los accidentes laborales y las enfermedades profesionales,

registradas a partir de lo expresado por los trabajadores/as en las preguntas del cuestionario que abordan esta temática. En segundo lugar, las percepciones respecto a su estado de salud general y las acciones que llevan a cabo con el fin de atenuar las consecuencias de un arduo día laboral. Finalmente, analizaremos la formación e información con la que cuenta el personal de la clínica en materia de prevención de riesgos e higiene y seguridad laboral.

a. Accidentes y enfermedades profesionales

En cuanto a los accidentes de trabajo encontramos que del total de la muestra dieciséis personas manifestaron haber sufrido uno o varios contratiempos que los han obligado a hacerse atender por los servicios médicos dentro o fuera de su lugar de trabajo. Respecto al tipo de accidentes predominan los problemas musculoesqueléticos: tendinitis, lesiones en la zona lumbar, hombros, contracturas y problemas en las cervicales, derivados del levantamiento de cargas pesadas, la realización de movimientos repetitivos y/o en posiciones incómodas. También declaran haber sufrido distensiones musculares, desgarros o esguinces en las extremidades inferiores fruto de por ejemplo caídas al bajar rápidamente las escaleras del establecimiento. En tercer lugar los encuestados plantean haber sufrido cortes o pinchaduras debido a la manipulación de elementos cortantes, punzantes como agujas y/o bisturís.

En este sentido notamos que los accidentes que describen los trabajadores/as de la clínica se condicen con las respuestas en torno a la configuración de los riesgos del medioambiente de trabajo y el tipo de carga laboral: elevadas exigencias físicas fruto del desplazamiento de elementos pesados, el traslado y la sobre carga de pacientes bajo su responsabilidad, la repetición continua de movimientos dolorosos y cansadores o bien el trabajar en posturas incómodas. Además los accidentes asociados a la manipulación de

elementos cortantes son una de las principales causas de lesiones junto con las caídas, debido a la rapidez con la cual deben desplazarse por las instalaciones de la clínica.

En relación al reconocimiento e indemnización de los accidentes laborales es notable que la mitad de los lesionados sostengan que dichos episodios no fueron reconocidos ni indemnizados por la seguridad social o la ART a título de accidentes de trabajo. A su vez, entre quienes fueron compensados, algunos perciben que la misma resultó escasamente adecuada, no sólo en términos monetarios sino también respecto a la preocupación por su bienestar general:

“Me pinché con una aguja y me corté con un bisturí. La ART sólo me sacó sangre para saber si tenía alguna enfermedad previa como HIV por ejemplo, no le importó saber si estaba bien” (Observación de la encuestadora en base a lo dicho por una Trabajadores de Enfermería)

En lo que respecta a las enfermedades profesionales o molestias asociadas al trabajo en la clínica privada observamos que la mayor parte de las respuestas se condicen con lo anteriormente señalado: problemas musculares, contracturas, lesiones en hombros, cintura y extremidades superiores, dolores cervicales y lumbares, tendinitis, lumbalgias y hernias de disco, es decir molestias ligadas a exigencias de tipo físicas. Una trabajadora indicó padecer dermatitis de contacto, sin embargo sostuvo que la ART no se la reconoce como una afección vinculada a su trabajo en la clínica. Sólo unas pocas personas indicaron sufrir trastornos asociados a la carga psíquica y mental del trabajo: dolores de cabeza, cansancio extremo, problemas de insomnio, estrés y solo un caso manifestó haber sufrido una crisis hipertensiva fruto de presenciar una situación tensa entre compañeros de trabajo.

Teniendo en cuenta estas respuestas es llamativo que si bien los trabajadores/as de la clínica perciben ritmos intensos y exigencias de tipo emocionales sólo identifican

molestias asociadas a los riesgos laborales clásicos tales como problemas músculo-esqueléticos, cansancio corporal, derivados de las exigencias físicas o bien lesiones cortantes o musculares fruto de la manipulación de objetos filosos o las caídas. En este marco, cabe recordar que una determinada situación vivenciada en el trabajo no se presenta como riesgosa de una manera lineal y autoevidente sino que detrás de su reconocimiento y desnaturalización es necesario un proceso activo de formación e información sobre sus consecuencias para la salud. Asimismo también pueden estar operando otros sentidos ligados a su trabajo que sería interesante profundizar en investigaciones futuras.

b. Percepciones de los trabajadores y trabajadoras sobre su salud

En lo que refiere a las percepciones de los trabajadores y trabajadoras sobre su estado de salud en general encontramos que más de la mitad de los encuestados responde que el mismo es “bueno” (56,3%) y un 20% planeta “muy bueno”, no obstante un 22,5% del total de la muestra siente que su estado de salud es “regular”.

Respecto a la vinculación que realiza el personal entre el trabajo en la clínica y su salud las respuestas son contundentes: casi un cuarenta y cinco por ciento piensa que su trabajo puede afectar o modificar su salud en un sentido negativo (42,5%) mientras que un 17,5% indica que no ejerce influencia.

En cuanto a las acciones que llevan a cabo para atenuar las consecuencias de un arduo día de trabajo, prácticamente un cuarto de la población relevada responde que luego o durante la jornada laboral toma algún medicamento, calmante o analgésicos, mio-relajantes, medicinas para la acidez y, en unos pocos casos, psicofármacos. Diversos estudios dan cuenta de la asociación entre trastornos psicosociales y consumo de medicamentos como forma de palear o soportar la sobre carga laboral (Gil Monte, 2003; Moreno Jiménez et. Al, 2004). Asimismo llama la atención el elevado número de

respuestas afirmativas puesto que es una cuestión que suele acarrear una importante carga valorativa y, por ende, sub declararse.

Por otro lado, cuando se les preguntó si en el último año fueron a trabajar sabiendo que no debían hacerlo por estar enfermos/as encontramos que la mitad de ellos afirmó haberlo hecho (51,3%), en promedio unas siete veces durante el transcurso de los últimos doce meses. Si bien la encuesta no echa luz sobre la multiplicidad de factores que estarían interviniendo en esta situación, a partir de las observaciones realizadas podemos dar cuenta de algunos indicios para su análisis. En primer lugar, es necesario recordar que el personal de la clínica privada recibe un plus salarial de casi mil pesos por el presentismo y la puntualidad, por lo que faltar al trabajo podría significar la pérdida de dicha retribución. A su vez observamos que para este colectivo la posibilidad de ausentarse en caso de imprevistos o contratiempos, ya sea personales o familiares, no es una cuestión uniforme: el 56,3% de los encuestados responde que “siempre” o “casi siempre” puede hacerlo mientras que el 13,8% sostiene que sólo “a veces” y el 30% manifiesta que “nunca” puede demorarse algunas horas por estas razones. Según algunos testimonios esa posibilidad o imposibilidad está sujeta a los vínculos personales y acuerdos informales con los distintos jefes de áreas:

“Respecto a la pregunta “si en casos de contratiempos puede ausentarse algunas horas de su trabajo”: la encuestada señaló “nunca”, y luego aclaró que sólo en casos extremos y porque la coordinadora de su servicio es accesible, no pasa lo mismo en otros servicios” (Observación de la encuestadora en base a lo dicho por una Trabajadora de Enfermería)

Ante la pregunta “si en caso de una situación imprevista tiene la posibilidad de ausentarse algunas horas” el encuestado manifiesta: “casi nunca, si te vas tenés

que compensar las horas otro día, por ejemplo si algún día salís a las 4 te vas a las 5. Hay que avisar con tiempo, depende de cada jefe y sector. A veces te hacen quedar una hora más y después la compensas saliendo una hora antes. Tenés tres llegadas tarde por mes, de diez minutos de retraso, si llegas tarde “no te pagan el premio”” (Observación de la encuestadora en base a lo dicho por un Trabajador Administrativo)

“Manifiesta que es difícil pedir un médico cuando se está enfermo “te complican bastante la vida”, “preferible venir enfermo”. Respecto a poder ausentarse en caso de imprevistos o contratiempos señala que es prácticamente imposible ya que les piden que avisen con 48 Hs. de anticipación” (Observación de la encuestadora en base a lo dicho por una Trabajadora Técnica)

Como señalamos que más de un cincuenta por ciento de los trabajadores/as encuestados/as sostengan que concurrieron a su trabajo aun sabiendo que no debían hacerlo por estar enfermos, puede deberse a distintas situaciones. En primer lugar, a la posibilidad de perder el “premio” al presentismo y la puntualidad, lo que implica una reducción salarial de aproximadamente un 6%. En segundo término, a la dificultad para ausentarse algunas horas en caso de contratiempos personales o familiares, ya que ello dependerá de la buena predisposición de los superiores inmediatos. En tercer lugar debido a las complicaciones suscitadas al momento de solicitar un médico por causas de enfermedad.

c. Prevención y seguridad en el trabajo

La presencia de riesgos laborales no es una cuestión uniforme puesto que el trabajo en sí mismo no es causante de padecimientos sino que debemos reparar en las condiciones en las cuales se ejecuta. No existe una vinculación directa entre la presencia de riesgos de carácter estructural y su reconocimiento como tales por parte de los trabajadores/as. Es así

que, la prevención en materia de riesgos del trabajo no se presenta como un problema individual sino colectivo que involucra políticas y acciones conjuntas, en diversos niveles y actores del mundo del trabajo.

En cuanto a los trabajadores y trabajadoras de la clínica privada vemos que el 58% de los encuestados responde tener a su disposición formación o información sobre las consecuencias que las malas condiciones de trabajo pueden ocasionarle en su salud, no obstante prácticamente un 40% sostiene que no cuenta con dicha información. Entre quienes manifiestan haber recibido instrucciones encontramos que las mismas fueron brindadas, en primer lugar, por la administración de la clínica, en segundo término por servicios especializados/consultores y, menos de diez casos, describen que la información provino de la ART, el Ministerio de Trabajo o el sindicato que los representa.

En este sentido, es el propio secretario de ATSA-LP quien reconoce las dificultades que tiene la organización al momento de concientizar a sus trabajadores en materia de riesgos laborales y seguridad en el trabajo. A su vez, el sindicato también parecería tener obstáculos a la hora de afiliar y movilizar al personal de la clínica, puesto que solo cinco personas respondieron tener algún tipo de vinculación sindical. Anteriormente, según lo expresado por autoridades de ATSA-LP, la organización contaba con un setenta por ciento de afiliados en la clínica privada, número que hoy en día descende a un cincuenta por ciento. Además el secretario adjunto sostiene que si bien cuentan con dos delegados/as en ese espacio, los trabajadores se muestran apáticos ante la posibilidad de organizarse colectivamente, tendiendo a individualizar sus problemas y reclamos.

Otra de las preguntas que nos permiten visualizar la prevención y seguridad en el lugar de trabajo es la consulta por la visita, en los últimos doce meses, del médico del trabajo, el ingeniero de higiene y seguridad o el encargado de la prevención del lugar. Ante

esta pregunta el 53,8% indica que “sí” recibió dicha visita, no obstante un 41,3% manifestó “no”.

En materia de prevención sobre la salud, según el artículo 29° del CCT los establecimientos realizarán una vez al año, como mínimo, un control psicofísico a cada trabajador/a. En el caso del personal dedicado a la atención de enfermos mentales y nerviosos tal control se efectuará tres veces como mínimo durante su primer año de antigüedad, con un lapso no menor a tres meses entre cada control. Sin embargo cuando se consultó a los encuestados un 76,9% indicó que “no” tiene la obligación de realizar una visita médica periódica. A su vez, ante la pregunta por la última visita a un médico del trabajo por razón de una enfermedad luego del ingreso a la institución encontramos que el 48,8% señaló que fue hace “menos de un año”, el 16,3% indicó que “nunca” tuvo una visita.

Teniendo en cuenta estos hallazgos, podemos sumar otra dimensión que interviene en la discusión sobre los RPST: el lugar que ocupan las organizaciones sindicales al momento de concientizar y debatir en torno a esta problemática. Como sostiene Bouffartigue (2012b) la discusión en materia de riesgos psicosociales no sólo nos permite desenmascarar las fuentes de malestar en el trabajo y abrir el diálogo para pensar la calidad, el contenido y la organización del mismo, también es una temática que nos invita a reflexionar sobre la democratización, la justicia y la participación efectiva de los trabajadores/as en dichos espacios. Pensar las condiciones laborales y sus implicancias en la salud puede abrir la puerta a un cambio de perspectiva en el movimiento sindical en pos de escuchar a los trabajadores, sus experiencias y conflictos cotidianos. Posicionarlos no como seres pasivos, que como tales deben ser protegidos de un ambiente laboral nocivo, sino revalorizar su voz y capacidad de acción. Ejemplo de ello puede ser el impulso y la

creación, en las empresas privadas, de Comités Mixtos de Salud, Higiene y Seguridad en el Empleo, con el objeto de mejorar las medidas de prevención de riesgos para la salud, higiene y seguridad en el seno mismo de los establecimientos.

7. REFLEXIONES FINALES

Como fuimos reconstruyendo en los primeros capítulos de esta tesina, el sistema de salud argentino se caracteriza por su alto grado de descentralización y fragmentación tanto en términos espaciales y políticos como administrativos y financieros, lo cual también se expresa en la escasa articulación entre los distintos subsistemas que lo conforman –obras sociales, subsistema público y privado-. Este entramado de desigualdades hace que las condiciones laborales de sus ocupados y la calidad de las prestaciones brindadas varíen considerablemente entre los distintos subsectores y hacia el interior de los mismos (Kessler, 2014; Micha, 2015; Pereyra y Micha, 2016). En el subsector privado, si bien la representación sindical de los trabajadores/as “no médicos” se encuentra articulada a nivel nacional, las condiciones de contratación y de trabajo alternan considerablemente según el tipo, tamaño y ubicación de la institución empleadora (Aspiazu, 2017).

Dimos cuenta también que, al igual que en otros espacios de salud, la clínica privada analizada se caracteriza por su gran heterogeneidad: multiplicidad de servicios que brinda, diversidad de pacientes y problemáticas que asiste, articulación de los distintos agrupamientos con sus correspondientes tareas, presencia de grupos profesionales y no profesionales, áreas que se encuentran tercerizadas, médicos externos a la institución, gran variedad de obras sociales con las cuales opera, entre otros. A su vez, sobre esta heterogeneidad se ordena y organiza el trabajo en la clínica, en función de los distintos saberes y conocimientos específicos de cada uno de los grupos que trabajan de forma

interdependiente y en cercanía con los pacientes y sus acompañantes. Dicha complejidad también le imprime cierta particularidad a las relaciones profesionales e interpersonales que se establecen, donde muchas veces se expresan esas diferencias y representaciones diferenciales respecto a los saberes que poseen las distintas categorías.

Sin olvidar este complejo entramado de heterogeneidades presentamos también una serie de elementos compartidos por los trabajadores y trabajadoras de la clínica privada analizada. Jornadas laborales que implican en su mayoría entre 35 y 44 horas semanales, trabajando entre cinco y seis días por semana, es decir alternando entre 48 Hs. y 24 Hs. de descanso, sumado a que prácticamente un tercio de la muestra realiza horas extraordinarias o bien posee otro empleo.

A la intensidad en materia de días y horarios laborales se le suman las elevadas exigencias físicas puesto que buena parte de las tareas asignadas al personal consiste en el contacto directo con pacientes, trasladar, levantar y desplazar grandes pesos, permanecer en posturas incómodas y realizar movimientos repetitivos o cansadores. Son ellos mismos quienes señalan a estas exigencias como las principales molestias relacionadas con su trabajo: problemas musculares, contracturas, lesiones en hombros, cintura y extremidades superiores, dolores cervicales y lumbares, entre otras afecciones. También es significativa la carga mental del trabajo asociada a la enorme concentración y complejidad que demandan las tareas y a la rapidez con la cual deben ejecutarse.

Debido a la importancia que reviste el sistema de salud para la comunidad, reparamos en que sería difícil comprender las tareas y exigencias laborales sin focalizarnos en la figura central que articula las prestaciones en la clínica: el paciente. Los ritmos y las

pautas de trabajo se delimitan en función de esa figura, de sus requerimientos y necesidades, de la urgencia en la que se encuentran, de la atención que demandan y del gran caudal en el que se presentan. Esta particularidad condiciona especialmente a quienes trabajan en contacto directo con personas que, en muchas oportunidades, se encuentran viviendo situaciones de angustia. Debido a esto los trabajadores y trabajadoras de la institución suelen tener que recurrir a sus habilidades comportamentales y afectivas para calmarlos o contenerlos, muchas veces regulando sus propias emociones y sentimientos.

La percepción de realizar un trabajo de gran utilidad para los demás, de ayudar a otro/s también se presenta como uno de los elementos constitutivos de este colectivo, más aún entre quienes realizan tareas de enfermería o técnicas. No obstante, a diferencia de lo que sucede en la salud pública, en una institución de carácter privado como es la clínica, también entran en juego otros requerimientos asociados a lógicas propias de un mercado en salud que se ha tornado cada vez más competitivo. Las exigencias de rapidez en la atención para “liberar camas”, la reducción de los tiempos de descanso entre paciente y paciente y los controles ejercidos por superiores pueden ser ejemplos de ello.

Además, la diversidad de agrupamientos y la interdependencia profesional que caracteriza el funcionamiento de los establecimientos médicos hace que los trabajadores y trabajadoras sientan también que sus ritmos laborales dependen, en gran medida, de lo realizado por otros compañeros y/o colegas. El trabajar en equipo se presenta como un elemento fundamental para el correcto funcionamiento de los servicios, por lo que la forma que asuman las relaciones entre compañeros/as que comparten habitualmente sus labores será de suma importancia. En la clínica privada, si bien existen matices, este tipo vínculo se presenta como un elemento positivo en lo que respecta al apoyo técnico, la posibilidad de

diálogo y el intercambio de experiencias y saberes en el cotidiano. En oposición, los nudos más problemáticos en lo que refiere a los lazos interpersonales los encontramos en las relaciones con los superiores jerárquicos, expresándose centralmente en el escaso apoyo técnico que perciben recibir los trabajadores/as por parte de sus jefes y en las relaciones conflictivas con los profesionales médicos. En esta línea, sería interesante entrevistar en futuros estudios a estos profesionales con el fin de comprender más cabalmente las dinámicas al interior de la clínica.

Por otro lado, en lo que respecta a la relación entre trabajador/a y organización empleadora encontramos características estructurales compartidas con el sistema de salud en general: bajos salarios y elevada formación de la fuerza de trabajo respecto a otros sectores de la actividad privada (Acevedo et Al., 2013; Informe DGEyEL, 2015; Pereyra y Micha, 2016). La diferencia en el nivel educativo alcanzado por el personal de la clínica actúa como variable interviniente en la percepción que se tiene sobre el salario recibido y las competencias o conocimientos que no son utilizados por la organización. Otro aspecto problemático detectado en las relaciones con la organización es la escasa perspectiva de ascenso o promoción que posee más del cincuenta por ciento del personal de la clínica.

En lo que respecta a las representaciones de estos trabajadores y trabajadoras sobre su salud, notamos que buena parte de la población relevada percibe que la actividad que realiza en la clínica puede tener consecuencias negativas para su bienestar. Prácticamente un cincuenta por ciento también señaló haber concurrido al establecimiento aun sabiendo que no debían hacerlo por encontrarse enfermos.

Entre los principales accidentes, enfermedades o dolencias que reconocen asociadas a sus tareas encontramos problemáticas ligadas a los aspectos físicos del cuerpo individual. Sostenemos que una determinada situación estructural no se presenta como riesgosa de una manera lineal y autoevidente (Mora Salas, 2003) sino que detrás de su reconocimiento y desnaturalización es necesario un proceso activo de formación e información sobre sus consecuencias para la salud. En este sentido, una de las potencialidades detrás de la pregunta por los RPST radica en que nos permite vislumbrar las implicancias de las malas condiciones laborales para la salud no sólo física - dolores, lesiones y accidentes- sino también incorporar en el análisis las dimensiones cognitivas, relacionales, emocionales y de la vida cotidiana que pueden ser afectadas por dichas condiciones (Neffa et Al, 2017). Entre los trabajadores/as de la salud, y especialmente entre quienes realizan tareas de cuidado, este tipo de estudios cobra especial centralidad puesto que si bien las exigencias físicas son elevadas durante su trabajo también aportan un “plus”, asociado a la contención y al afecto, que no es fácilmente medible o cuantificable, y que muchas veces se encuentra naturalizado y, por ende, escasamente reconocido (Molinier, 2012).

A su vez, poner el acento en la organización del proceso de trabajo nos aleja de aquellas concepciones que intenta individualizar, psicologizar o pensar los riesgos de forma externa y determinista, sin dar cuenta de las transformaciones históricas, las particularidades y las luchas posibles. Por el contrario, el proceso de trabajo no se encuentra sujeto únicamente a la imposición y el control sino que también son los trabajadores/as quienes generan en el cotidiano una serie de acciones de adaptación, resistencia o cooperación en el marco de ciertas estructuras anteriores, estrategias empresariales,

elementos culturales y relaciones sociales que sería interesante continuar profundizando a futuro.

Otra de las dimensiones que sería valiosa de incorporar en estudios posteriores es la pregunta por la organización sindical y sus desafíos en pos de una mayor democratización y participación de los trabajadores en la discusión sobre condiciones de trabajo, salud y seguridad, al calor de su experiencia laboral cotidiana (Bouffartigue et Massot, 2013). Uno de los ámbitos que permitiría la participación real de los trabajadores en la discusión sobre CyMAT sería la puesta en vigencia de los Comité Mixtos de Salud, Higiene y Seguridad en el Empleo en el sector privado en tanto instrumento para la prevención de riesgos y la preservación de la salud en los lugares de trabajo. No obstante, las únicas provincias donde se han instituido estos espacios son Santa Fe y Buenos Aires y distan de funcionar de manera integral, por lo cual sería interesante indagar en los desafíos para efectivizar el funcionamiento de dichos espacios.

Por último considero que esta discusión también abre interrogantes respecto a la visibilización y prevención a escala nacional de las problemáticas derivadas de las malas condiciones de trabajo. En particular genera nuevas preguntas en relación al debate en torno a los límites del sistema de reconocimiento de las enfermedades profesionales y los riesgos laborales en nuestro país, especialmente entre aquellas patologías y sufrimientos propios de las nuevas lógicas de valorización del capital.

Anexo

El diseño de la muestra quedó constituido de la siguiente manera:

Categoría / puesto	Cantidad de trabajadores
Enfermeros/as	30
Administrativos/as	19
Mucamas	10
Técnicos/as	7
Camilleros	4
Personal de mantenimiento	6
Personal de cocina	4
Total	80

Documentos analizados

Sindicales	<ul style="list-style-type: none">- CCT N° 122/75 Disponible en http://www.sanidad.org.ar/acciongremial/cct/c122.aspx
Nacionales	<ul style="list-style-type: none">- Ley de Riesgos del Trabajo N°24557 Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/25000-29999/27971/texact.htm- Ley de Riesgos del Trabajo N°26773 Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/200000-204999/203798/norma.htm

	<ul style="list-style-type: none"> - Decreto DNU 54/2017. Disponible en: http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=271092 - Ley Complementaria de Riesgos del Trabajo N°27348 Disponible en http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/verNorma.do?id=272119 - Informe Elaborado por la Subsecretaría de Programación Técnica y Estudios Laborales – DGEyEL- Situación ocupacional de los trabajadores del sector Salud, noviembre 2015. Disponible en http://www.msal.gob.ar/observatorio/images/stories/documentos_fuerza_trabajo/Informe-Noviembre-de-2015-Preliminar.pdf
Provinciales	<ul style="list-style-type: none"> - Ley Provincial Comité Mixtos de Salud, Higiene y Seguridad en el Empleo N°14408 Disponible en http://www.gob.gba.gov.ar/legislacion/legislacion/l-14408.html

Bibliografía

- ACEVEDO et. Al. (2013). “Condiciones y medio ambiente de trabajo en hospitales públicos provinciales de la ciudad de Córdoba, Argentina”, *Revista de Salud Pública*, 17, 8-20.
- ACUÑA, C. y CHUDNOVSKY, M. (2002) “El sistema de salud en Argentina”, Documento 60, Universidad de San Andrés-CEDI. Bs. As., Marzo. Disponible en <http://www.ccgsm.gob.ar/areas/salud/dircap/mat/matbiblio/salud.pdf>
- ANSOLEAGA E., TORO JP., GODOY L., et al. (2011). Malestar psicofisiológico en profesionales de la salud pública de la Región Metropolitana. *Revista Medicina Chile*, 9, 1185-1191.
- ANSOLEAGA, E. y TORO, J.P., (2014). Salud Mental y Naturaleza del Trabajo: Cuando las Demandas Emocionales Resultan Inevitables. *Revista Psicologia, Organizações e Trabalho*, 46, 180-189. Disponible en: <http://submission-pepsic.scielo.br/index.php/rpot/index>
- ANTUNES, R. (2000). Las Metamorfosis En el Mundo del Trabajo. *Nómadas (Col)*, Sin mes, 28-37.

- ASPIAZU E. (2010). Los conflictos laborales en la salud pública en Argentina. En: Trabajo, ocupación y empleo: Una mirada a sectores económicos desde las relaciones laborales y la innovación. Buenos Aires: Ministerio de Trabajo Empleo y Seguridad Social.
- ASPIAZU, E. (2017). Las condiciones laborales de las y los enfermeros en Argentina: entre la profesionalización y la precariedad del cuidado en la salud. *Trabajo y sociedad*, 28, 11-35.
- BAUDELLOT, C. y GOLLAC, M. (coords.) (2011). *¿Trabajar para ser feliz? La felicidad y el trabajo en Francia*. Buenos Aires: Miño y Dávila.
- BECK, U. (1998). *La sociedad del riesgo: hacia una nueva modernidad*, Barcelona: Paidós.
- BELIERA, A. (2017). Lo sindical en su multiplicidad. Un estudio del entramado de experiencias sindicales en el Hospital Provincial Neuquén (2005-2016). Tesis para optar por el grado de Doctora en Ciencias Sociales. Universidad Nacional de La Plata, Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación.
- BELLO, M. y BECERRIL-MONTEKIO, VM. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública Mexico*, 53, 96-108.
- BELMARTINO, S. (2005). “Una década de reforma de la atención médica en argentina”. *Salud Colectiva*, 1(2), 155-171.
- BIAFFORE, E. (2015). La jurisprudencia en materia de riesgos del trabajo. Asignaturas pendientes. *Revista Voces del Fénix*, 14 (6),18-25.
- BOUFFARTIGUE, P. (2012a, janvier). Mesurer les "Risques psychosociaux"?. Mesures et demesures du travail. XIII eme journées Internationales de Sociologie du Travail, Bruxelles, Belgique.
- BOUFFARTIGUE, P. (2012b). Les « risques psychosociaux » : quels enjeux de démocratie et de justice au travail ? » Manuscrit auteur, publié dans "Second forum de l'Association Internationale de Sociologie, Buenos-Aires: Argentine (2012)"
- BOUFFARTIGUE, P. et MASSOT, C. (2013); Elus CHSCT face aux « Risques psychosociaux » Comprendre l’hétérogénéité des pratiques. En Quelles actions pour un autre travail : soulager la souffrance, éradiquer les facteurs de risques, « soigner le travail »? Colloque du DIM-GESTES, Paris.

- BUSSO, M. y NEFFA, J.C. (2016, agosto). El contexto socioeconómico en la percepción de los riesgos psicosociales del trabajo: un estudio en una industria del Conurbano bonaerense. Trabajo presentado en VIII Congreso Latinoamericano de Estudios del Trabajo, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
- COUTROT, T. (2013). "Riesgos psicosociales y precariedad laboral: el caso francés", Seminario organizado por la Facultad de Ciencias Económicas de la UNLP, el Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires y el CEIL del CONICET, Septiembre.
- DE LA GARZA TOLEDO, E. (2009). Hacia un concepto ampliado de trabajo. En Julio César Neffa, Enrique de la Garza Toledo y Leticia Muñiz Terra (comp.) *Trabajo, empleo, calificaciones profesionales, relaciones de trabajo e identidades laborales*. Buenos Aires: CLACSO.
- DE LA GARZA TOLEDO, E. (2012). "La revitalización del debate del proceso de trabajo", *Revista Latinoamericana de Estudios del Trabajo*, 16 (26),7-35.
- DEJOURS, C. (1992). *Trabajo y desgaste mental: una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.
- DEJOURS, C. (1998). De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo. En Dessors D., Guiho- Bailly M-P (comp.) *Organización del trabajo y salud. De la psicopatología a la psicodinámica del trabajo*. Argentina: Lumen Humanitas.
- DEJOURS, C. (2013). *Trabajo vivo II: Trabajo y emancipación*. Buenos Aires: Topia Editorial.
- EPELMAN, M. (1997). El funcionamiento del sistema de riesgos del trabajo: un balance. En Panaia, M. (coop.) *Competitividad y salud ocupacional. Tres sectores críticos: petroquímica, construcción y docencia*. Buenos Aires: Ed. La Colmena:
- ESQUIVEL, V. y PEREYRA, F. (2017). Las condiciones laborales de las y los trabajadores del cuidado en Argentina. Reflexiones en base al análisis de tres ocupaciones seleccionadas. *Trabajo y Sociedad Sociología del trabajo*; Santiago del Estero; vol. 28, 55 - 8
- FACCIA, K.A. (2015). Continuidades y rupturas del proceso de profesionalización de la enfermería (1955-2011). En: C. Biernat, J.M. Cerdá y K. Ramacciotti, *La salud pública y la enfermería en la Argentina*. Universidad Nacional de Quilmes.

- GALEANO, E. (2013). Una Enfermedad Llamada Trabajo, *Cuadernos del Pensamiento Crítico Latinoamericano*, N° 4; CLACSO
- GIL MONTE, P. (2003). El síndrome de quemarse por el trabajo (síndrome de burnout) en profesionales de enfermería. *Revista Eletrônica InterAção Psy* , Año 1, n° 1, 19-33.
- GIRAUDO, E. y Al. (2003). Relación trabajo y salud: un campo permanente de reflexión e intervención. Concurso Bicentenario de la Patria Premio Biale Massé, segunda edición.
- GOLLAC, M.; CASTEL, M.J., JABOT F. y PRESSEQ, P. (2008). "De la renegación a la banalización", Documentos de trabajo para seminarios N°13.
- GOLLAC, M. (Dir) (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser. París: Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue Social.
- GOLLAC, M. (2013). Los riesgos psicosociales en el trabajo. Seminario internacional. UNLP, CEIL, Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.
- GOLLAC., M. y BODIER, M. (2011). Medir los factores psicosociales de riesgo en el trabajo para manejarlos. Seminario Internacional: Los riesgos psicosociales en el trabajo. UNLP, CEIL, Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires.
- HENRY, M.L. (2016, diciembre). La encuesta como herramienta de recolección de datos sobre riesgos psicosociales. Características y balance metodológico del relevamiento realizado a trabajadores de ANSES. Trabajo presentado en IX Jornadas de Sociología de la UNLP, Ensenada, Argentina.
- HORRAC, B. et Al. (2010). Percepción sobre las condiciones y medioambiente de trabajo, su impacto sobre la salud y la prevención en enfermería. El caso de tres hospitales provinciales interzonales del gran La Plata. En Las Condiciones de Trabajo en la Provincia de Buenos Aires, TOMO 1, Serie de Estudios n°1, Documentos presentados en la Primera Edición del Concurso del Bicentenario de la Patria, Ministerio de Trabajo, La Plata.
- KALIMO R. (1988). Los factores psicosociales y la salud de los trabajadores: panorama general. En Kalimo R., El-Batawi M, Cooper C. L. (comps.) *Los factores psicosociales en el trabajo y su relación con la salud*. OMS. Ginebra
- KARASEK, R.A. (1979). "Job demands, job decision latitude, and mental strain. Implication for job redesign" en *Administrative Science Quarterly*.

- KESSLER, G. (2014). *Controversias sobre la desigualdad: Argentina, 2003-2013*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- LAURELL, A.C (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, nº 17, México, D.F., 59-79.
- LAURELL, A.C. (1987). Para el estudio de la salud en su relación con el proceso de producción. En Taller Latinoamericano de Medicina Social. Memorias, Medellín.
- LAURELL, A. C. (1993). La construcción teórico metodológica de la investigación sobre la salud de los trabajadores. En Laurell, A. C. (ed.) *Para la investigación sobre la salud de los trabajadores*, Washington: Organización Panamericana de la Salud, Serie PALTEX.
- MARRADI, A., ARCHENTI, N., y PIOVANI, J. I. (2007). *Metodología de Las Ciencias Sociales*. Emecé, Buenos Aires.
- MARTINEZ IÑIGO, D. (2001). Evolución del Concepto de Trabajo Emocional: dimensiones, antecedentes y consecuencias. Una revisión teórica. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 17, Nº 2, 131-153.
- MICHA, A. (2015). "Las condiciones de trabajo de la enfermería en Argentina: algunos determinantes político-institucionales". *Revista Estudios del Trabajo* Nº49/50, 61-90
- MOLINIER, P. (2012). "El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad". livret de 40 pages.
- MONCADA, S.; LLORENS, C. y KRISTENSEN, T. S. (2003). Método ISTAS21 COPSOQ. Manual para la evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo. Barcelona: ISTAS. Disponible en: www.istas.net.
- MORA SALAS, M. (2003). El riesgo laboral en tiempos de globalización. En *Revista Estudios Sociológicos*, vol. XXI, Nº. 3, 643-666.
- MORENO JIMÉNEZ B., MINGOTE ADÁNA J.C. y GÁLVEZ HERRER (2004). Desgaste profesional y salud de los profesionales médicos: revisión y propuestas de prevención. *Med Clin*, 123(7), 265-70.
- NEFFA, J. C. (1982). *Proceso de trabajo, división del trabajo y nuevas formas de organización del trabajo*. México DF: INET.

- NEFFA, J. C. (1989). *¿Qué son las condiciones y medio ambiente de trabajo? Propuesta de una nueva perspectiva*. Buenos Aires: Área de Estudio e Investigación en Ciencias sociales del Trabajo, Centro de Estudios e Investigaciones laborales, CREDAL - CNRS / Humanitas.
- NEFFA, J. C. (1995). "Las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT). Presentación de la concepción dominante y de una visión alternativa", *Revista Claves en Psicoanálisis y Medicina*. 8, 2º, 112-120.
- NEFFA, J. C. (2003). *El trabajo humano. Contribución al estudio de un valor que permanece*. Buenos Aires: Trabajo y Sociedad/CEIL-PIETTE-CONICET/ Lumen.
- NEFFA, J.C. (2015). *Los riesgos psicosociales en el trabajo. Contribución a su estudio*. Buenos Aires: CEIL/CONICET/FCE-UNLP/CITRA
- NEFFA, J.C. y DENDA, E. (coord.) (2016). *Trabajo y salud de los no docentes de la UNLP. Los riesgos psicosociales en el trabajo y su prevención*. Edulp, Universidad Nacional de La Plata. Disponible en http://sedici.unlp.edu.ar/bitstream/handle/10915/62261/Documento_completo.pdf-PDFA.pdf?sequence=1
- NEFFA, J.C (dir.); HENRY, M.L; y KORINFELD, S. (2017). *Trabajo y salud en puestos de atención al público. Una investigación sobre riesgos psicosociales en el trabajo en ANSES*. Buenos Aires: SECASFPI.
- NOVICK, M. y GALÍN, P. (2003). Flexibilidad del mercado de trabajo y precarización del empleo. El caso del sector salud. Observatorio de RRHH en Salud en Argentina. Información estratégica para la toma de decisiones, Buenos Aires: OPS/OMS.
- PAUGAM, S. (2012). "Protección y reconocimiento. Por una sociología de los vínculos sociales" en Papeles del CEIC N° 82, septiembre.
- PEIRÓ, J.M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicancias para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. *Univ. Psychol. Bogotá*, 179-186.
- PEREYRA, F. (2014, octubre). "Los desafíos del trabajo de cuidado en la configuración de las condiciones laborales de la enfermería" trabajo presentado en II Simposio Pensar los Afectos. Ciencias Sociales y Humanidades ante un desafío común, FLACSO-UNGS_IIS, Buenos Aires.

- PEREYRA, F. y MICHA, A. (2016). La configuración de las condiciones laborales de la enfermería en el Área Metropolitana de Buenos Aires: un análisis en el cruce del orden de género y la organización del sistema de salud. *Rev. De Salud Colectiva*. 12(2), 221-238.
- RODRIGUEZ, M. (2009). Factores Psicosociales de Riesgo Laboral: ¿Nuevos tiempos, nuevos riesgos? *Observatorio Laboral Revista Venezolana*, vol. 2, núm. 3, 127-141.
- SAUTU, R. (2003). *Todo es Teoría: objetivos y métodos de investigación*. Buenos Aires: Ed. Lumiere.
- SIEGRIST, J. (2013). Reconnaissance et santé au travail: de l'évidence scientifique à l'action", Colloque International DIM GESTES: Quelles actions pour un autre travail, 10-11 de junio, Montroque, Francia.
- SPINELLI, H. et. Al. (2013). *La salud de los trabajadores de la salud. Trabajo, empleo, organización y vida institucional en hospitales públicos del aglomerado Gran Buenos Aires, Argentina, 2010-2012*. OPS: Buenos Aires
- STECHER GUZMÁN, A. et al. (2012). Sociabilidad y calidad de vida laboral en un entorno de trabajo flexible. La experiencia de trabajadores de supermercado en Santiago de Chile. *Revista de Psicología*, Vol. 21, Nº 2, 133-157.
- SUAREZ MAESTRE, A. (Coord.); ALESSI, D.; GUIAMET, L.; RUIZ, P. y BARRERE, S. (2014). *Hablemos del Trabajo. Conocer las condiciones de trabajo para transformarlas* (Informe de cierre del Proyecto de Extensión "Hablemos del Trabajo"). Facultad de Ciencias Económicas, Universidad Nacional de La Plata.
- TOBAR F., OLAVIAGA S. y SOLANO R. (2012). Complejidad y fragmentación: las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino. Documento de Políticas Públicas. Análisis Nº 108. Buenos Aires: CIPPEC.
- URQUÍA, M. L. (2006). *Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología*. Buenos Aires: Ediciones de la UNLa.
- VEGA, A. (2000). Une ethnologue à l'hôpital. L'ambiguïté du quotidien infirmier (Éditions des archives contemporaines).
- WAINERMAN C, GELDSTEIN R. (1990). Condiciones de vida y trabajo de las enfermeras en Argentina. Buenos Aires: CENEP; Serie Cuadernos del CENEP Nº 44.

- YANEZ, L. (2003); El trabajo como determinante de la salud. En Salud Trabajadores, Vol. 11, N° 1, 21-42.
- ZELASCHI, M.C (2016) “Estudio de adaptación cultural y validación para la Argentina del cuestionario psicosocial de Copenhague (CoPsoQ –ISTAS21)”. En en el VIII Congreso de la Asociación Latinoamericana de Estudios del Trabajo, FLACSO-ALAST, 3 al 6 de Agosto, Facultad de Ciencias Económicas, Buenos Aires.