XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017
3 - 8 Diciembre / Montevideo
Las encrucijadas abiertas de América Latina
La sociología en tiempos de cambio

"El paciente como eje articulador de las prestaciones en salud. Intensidad, ritmo y exigencias laborales en una clínica de medicina privada de la ciudad de La Plata, Argentina (2016)"

Sofía Malleville
sofi.malleville@hotmail.com
CIC-PBA/UNLP-IdIHCS-LESET
Argentina

RESUMEN

La pregunta en torno a los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST), su prevención y el mejoramiento de las condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) implica un desafío para los investigadores/as y para los distintos actores que integran el mundo laboral: trabajadores/as, empleadores, organizaciones sindicales y organismos públicos. En la Argentina, los riesgos asociados a las dimensiones psicosociales del trabajo suelen estar escasamente visibilizados y no son reconocidos por la legislación laboral, desestimando sus consecuencias en la salud de los trabajadores/as.

El objetivo de esta ponencia será entonces analizar la intensidad y las exigencias laborales de los trabajadores y trabajadoras de una clínica privada de la ciudad de La Plata, provincia de Buenos Aires, Argentina, a partir de la perspectiva de los RPST y haciendo énfasis en el paciente como eje articulador de las prestaciones en salud.

Para ello me serviré del material construido mediante el trabajo de campo. Por un lado las 80 encuestas realizadas a una muestra de trabajadores y trabajadoras de dicha institución -enfermeros/as, administrativos/as, limpieza, técnicos/as, camilleros, mantenimiento y personal de cocina-. Cabe resaltar que este cuestionario ya ha sido aplicado en diversos establecimientos y colectivos de trabajadores a nivel nacional. Además, se realizaron observaciones cualitativas durante la situación de encuesta y en el lugar de trabajo sumado a reuniones con delegados/as de la Asociación de Trabajadores de la Sanidad (ATSA), personal jerárquico de la clínica privada y una entrevista en profundidad con el secretario adjunto de ATSA-La Plata, ex camillero de la institución.

Palabras clave

Condiciones y medio ambiente de trabajo, riesgos psicosociales en el trabajo, trabajadores/as de la salud, La Plata- Buenos Aires- Argentina.

I. Introducción.

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). En Argentina, el abandono del modelo de acumulación 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,). En este marco, el concepto de riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) amplía el análisis de las CyMAT y permite indagar con mayor detenimiento en las transformaciones y características del proceso de trabajo en la actualidad y sus implicancias en el proceso de salud de los trabajadores y trabajadoras.

Un reciente artículo de Nieto (2014) sostiene que las enfermedades laborales, producto de las deficientes condiciones de trabajo, se han constituido en una pandemia mundial "por la que cada año mueren 2.350.000 personas, de las que unas 340.000 se corresponden con accidentes de trabajo y el resto, unos 2.020.000 por enfermedad laboral" (2014:1). Entre las enfermedades silenciosas se destacan: los trastornos músculo-esqueléticos, los riesgos psicosociales y el estrés vinculado al trabajo. En Argentina, según datos de la Secretaria de Riesgos del Trabajo (SRT), en 2015 se registraron 462.680 casos de los cuales sólo un 20% responden a enfermedades profesionales, si comparamos la situación de nuestro país con los datos de la OIT podemos vislumbrar que una gran cantidad de trabajadores afectados no acceden al sistema formal, puesto que gran parte de la fuerza

de trabajo posee empleos no registrados y el listado de enfermedades laborales es sumamente restrictivo, aquellas problemáticas ligadas a los RPST no tienen reconocimiento ni cobertura en la legislación de riesgos del trabajo.

En este marco surge la pregunta por la configuración de la intensidad, los ritmos y las exigencias laborales en una clínica de medicina privada ubicada en el casco urbano de la ciudad de La Plata-- Cabe señalar que esta ponencia se enmarca en un proyecto más amplio denominado *"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] el cual continúa desarrollándose. A partir de la participación en dicho proyecto elaboré mi tesina de grado y algunos de sus resultados serán presentados a continuación, además, actualmente, continúo profundizando esta primera aproximación en el marco de mi proyecto de tesis doctoral.

[1]El 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.

II. Marco conceptual

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).

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 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). Algunas miradas 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. 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. A su vez, 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.

Es en el caso del sector servicios donde este tipo de estudios cobra mayor relevancia. Como señalamos anteriormente, la clínica privada bajo estudio se orienta hacia la prestación de un servicio esencial 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), siendo el subsector privado quien concentra el 53% de los establecimientos de salud del país (Pereyra y Micha, 2016).

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).

Además, en las profesiones ligadas a los servicios de salud 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). Lo cual muchas veces actúa como matiz o bien profundiza cuestiones ligadas al entramado estructural.

III. Metodología

Atendiendo al objetivo de este trabajo 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).

En primer lugar se aplicó la encuesta argentina sobre RPST y CYMAT que releva las percepciones de los trabajadores y trabajadora sobre dichas problemáticas[2]. La muestra de 80 trabajadores y trabajadoras -sobre un total de casi 400- fue determinada a partir del listado de personal facilitado por las autoridades de la clínica, en base al conjunto de trabajadores y trabajadoras de planta estable -enfermería, administrativo, limpieza, técnico, cocina, mantenimiento y camilleros- 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 ATSA-La Plata.

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 cuestionario [3] (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.

[2] El formulario de CyMAT-RPST se inspira en una encuesta realizada en Francia por el *College d´expertice*. 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.

[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)

Por otro lado, 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 representantes del gremio, quienes nos interiorizaron en las principales problemáticas que aquejan a este colectivo, y con las personas encargadas del área de recursos humanos de la clínica privada, a fin de coordinar de manera conjunta el trabajo de campo. 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.

IV. Análisis y discusión de datos

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.

A su vez dicha clínica se 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 atravesada por el contacto directo con los pacientes (Faccia, 2015).

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). Actualmente se encuentra conformado por tres subsectores -público, seguridad social obligatoria y privado- escasamente articulados entre sí, lo cual hace que la calidad de las prestaciones y las condiciones laborales de sus trabajadores y trabajadoras sean muy heterogéneas (Wainerman y Geldstein, 1990; Pereyra, 2014; Micha, 2015; Pereyra y Micha, 2016).

a. ***Ritmo, intensidad laboral y exigencias emocionales: trabajar a "cama caliente", el contacto cotidiano y directo con pacientes y sus acompañantes.***

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.

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.

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)

También expresan 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 concurran 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 los 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.

b. Los trabajadores/as y sus estrategias: lo colectivo, grupal e individual

Teniendo en cuenta las características del trabajo en la clínica también 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.

V. Reflexiones finales

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, 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.

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 articulada 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.

Por último y en términos más generales, 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. En este sentido el estudio de los procesos de trabajo en el sector servicios, como es el caso del sector salud, permite iluminar nuevos aspectos de dicha categoría, haciendo énfasis en las disputas sobre su control, en vinculación con la problemática en torno al proceso de salud-enfermedad de sus trabajadores y trabajadoras.

VI. Bibliografía

- 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.

- BAUDELOT, C. y GOLLAC, M. (coords.) (2011). *¿Trabajar para ser feliz? La felicidad y el trabajo en Francia*. Buenos Aires: Miño y Dávila.

- 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.

- 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.

- 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.

- GIRAUDO, E. y Al. (2003). Relación trabajo y salud: un campo permanente de reflexión e intervención. Concurso Bicentenario de la Patria Premio Bialet 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 Nº13.

- GOLLAC, M. (Dir) (2011). Mesurer les facteurs psychosociaux de risqueau travail pour les maitriser. 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.

- 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

- LAURELL, A.C (1978). Proceso de trabajo y salud. *Cuadernos Políticos*, n° 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* N°49/50, 61-90

- MOLINIER, P. (2012). "El Trabajo de Cuidado y la Subalternidad". livret de 40 pages.

- 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 (2003). *El trabajo humano. Contribución al estudio de un valor que permanece*. Buenos Aires: Trabajo y Sociedad/CEIL-PIETTE-CONICET/ Lumen.

- NIETO, J. (2014); Enfermedades laborales, una pandemia que requiere prevención. En Enero Medicina y Seguridad en el Trabajo (Internet); 60 (234), enero-marzo, 1-3, PEIRÓ, J.M. (2004). El sistema de trabajo y sus implicancias para la prevención de los riesgos psicosociales en el trabajo. Univ. Psychol. Bogotá, pp. 179-186, julio-diciembre de 2004.

- 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.

- 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.

- URQUÍA, M. L. (2006). *Teorías dominantes y alternativas en Epidemiología*. Buenos Aires: Edicionesde la UNLa.

- 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, Nº. 1, 21-42.

XXXI CONGRESO ALAS
URUGUAY 2017
3 - 8 Diciembre / Montevideo
Las encrucijadas abiertas de América Latina
La sociología en tiempos de cambio