

Los riesgos psicosociales, otra dimensión de la precariedad: Estudio en una clínica de salud mental

Julio Cesar Neffa

Introducción

En nuestra opinión, para comprender la naturaleza y significado de la precariedad es necesario situarla históricamente y relacionarla con las transformaciones del modo de producción capitalista desde la crisis de mediados de los años setenta. El modelo de desarrollo keynesiano-fordista encontró entonces sus límites debido al cuestionamiento de los procesos de trabajo que permitían un fuerte crecimiento de la productividad. En situaciones de crisis, el modo de producción capitalista tiene la capacidad de reestructurarse para evitar que caiga la tasa de ganancia, y con este fin cambia el modo de regulación y el régimen de acumulación del capital (Boyer, 2007; Neffa, 1998).

Hacia fines del siglo XX surgen las señales de un nuevo paradigma productivo impulsado por el Consenso de Washington. La apertura del comercio exterior fortaleció el proceso de mundialización y la financiarización; las privatizaciones de las empresas públicas y de los sistemas de previsión social dieron lugar a grandes empresas oligopólicas y a fondos de pensión que hoy manejan el sistema financiero

internacional. El mercado dejó de tener un papel subordinado al Estado y, por el contrario, pasó a controlarlo con el propósito de ampliar el espacio para la valorización del capital. Las políticas neoliberales instauradas se orientaron hacia la desregulación de todos los mercados de bienes y de servicios, que, en lugar de estimular la competencia, concluyeron en el desarrollo de empresas monopólicas y oligopólicas. Gracias a su poder, estas empresas son las que fijan los precios y tienen una gran responsabilidad en cuanto a la inflación. No obstante, a pesar de todas esas reformas, desde entonces la tasa de crecimiento del PBI es más lenta que en el pasado y las crisis —ahora eminentemente financieras— se suceden a un ritmo cada vez mayor. A instancias de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OCDE, Employment Department) se cuestionó la relación salarial precedente porque era costosa, rígida y frenaba la capacidad del empleador para modificar los procesos de trabajo. Las recomendaciones se dirigieron a reducir el peso del salario dentro de los costos flexibles empresariales: los costos salariales directos y los indirectos relacionados con la protección social, sustentados en la legislación laboral y el sistema de relaciones de trabajo.

Desde entonces se cuestionó lo que consideramos el “verdadero empleo”, es decir, el contrato por tiempo indeterminado (CDI) con garantías de estabilidad, y se abrió el paso a los contratos de duración determinada (CDD), a tiempo parcial, en tiempos asociados (como fines de semana). También aumentó el margen de libertad de los empleadores para contratar y despedir, tratando de disminuir los montos de los preavisos e indemnizaciones por despido —e incluso eliminarlos— y en su lugar constituir los Fondos de garantía por tiempo de servicio con el descuento sobre el salario de los propios trabajadores y el depósito en su cuenta bancaria, fondo del que pueden disponer en el caso de que termine el trabajo para el cual fueron contratados.

Las dimensiones de la precariedad

En el contexto detallado, el trabajo, el empleo y las condiciones laborales entraron en un período de precarización. Planteado de manera simple, esas tres son las dimensiones o rostros de la precariedad, graves en sí mismas, pero que algunas veces deben ser soportadas de forma simultánea por un mismo trabajador. Robert Castel (1996) calificó a estos procesos como signos del deterioro de la integración social y el aumento de la vulnerabilidad. Veremos las características de cada una de ellas y profundizaremos luego sobre la tercera, acerca de la cual el conocimiento es aún incipiente y está invisibilizado.

1) La precariedad del empleo se caracteriza por la inseguridad y la inestabilidad cuando al CDI lo sustituyen los CDD a tiempo parcial, trabajos temporarios, contratados por agencias de servicios eventuales, y, por otra parte, las pasantías, los contratos de empleo transitorios y contratos como monotributistas o autónomos que se renuevan cada año en la administración pública argentina. Estos empleos precarios generan vulnerabilidad, impiden la integración social del trabajador al colectivo de trabajo y lo segmentan, debilitando su potencial de reivindicación. Un avance significativo en esta dirección ha sido la “deslaborización”, es decir, el establecimiento de contratos para la prestación de un servicio o la ejecución de una tarea, según el derecho civil o comercial, que se factura como la compra de un bien (el trabajo-mercancía) y que no da derecho al amparo que proporciona la legislación del trabajo y de la seguridad social cubierta por los empleadores; el mismo trabajador es el que debe asumir los costos de su protección social. Es evidente que el desarrollo de los empleos precarios busca reducir el costo salarial, porque la baja recompensa monetaria se fija según la correlación de fuerzas entre un trabajador individual y el empleador, sin intervención de los sindicatos. Pero es más fuerte aún la situación de vulnerabilidad en cuanto a los costos laborales porque los empleadores no los asumen, dado que no es una relación protegida por

la legislación del trabajo y de la seguridad social. Cabe agregar a esto la autorización de los procesos de subcontratación y tercerización, que permiten reducir la talla de las grandes empresas, conservar para sí los sectores y productos cuyo valor agregado es mayor y transferir el riesgo a otras empresas para llevar a cabo tareas más penosas, peligrosas, menos rentables y que aportan poco valor agregado. A medida que ese proceso se desarrolla, los trabajadores de empresas subcontratistas y tercerizadas quedan necesariamente más expuestos al riesgo de la precarización.

Otra modalidad de precarización del empleo la constituyen los trabajadores que para acceder a la protección social y poder facturar, adhieren a los regímenes de monotributo y de trabajo autónomo, cuya proporción dentro de la población económicamente activa (PEA) crece en el largo plazo.

Tal vez una forma extrema de precariedad del empleo es la contratación de trabajadores no registrados ante el Ministerio de Trabajo y la Seguridad Social, a quienes los empleadores, para reducir los costos laborales, no les hacen los aportes correspondientes, y que por esa razón no cuentan con la protección del sistema de seguridad social, no tienen cobertura de la salud a cargo de las obras sociales sindicales ni protección contra los riesgos del trabajo.

2) Otra cara o dimensión de la precariedad es analizada por Serge Paugam (1997), siguiendo a Robert Castel (1996). En cuanto a la integración social, y sin desconocer la gravedad de la precarización del empleo, pone el acento en el tipo de proceso de trabajo que ejecuta el trabajador, su inserción en la división social y técnica del trabajo, el tipo y nivel de recompensa monetaria y de reconocimiento moral que recibe, pues según sean esas condiciones de trabajo, se construye la identidad y se toma conciencia de la utilidad social de la actividad. Paugam (1997) construye una tipología según el tipo de integración de los trabajadores en la empresa u organización cruzando dos varia-

bles: a) la estabilidad en el empleo, y b) las condiciones de trabajo y el reconocimiento por parte de la empresa u organización (recompensa monetaria y reconocimiento moral o simbólico).

Las cuatro categorías propuestas son:

- La integración *asegurada*, que consiste en la seguridad y estabilidad en el empleo con la consiguiente protección social, junto a la obtención de satisfacción por el contenido del trabajo, unida al reconocimiento material y simbólico por parte de sus colegas y superiores.
- La integración es *incierta* cuando el asalariado logra satisfacción en el trabajo, existen buenas relaciones con sus colegas y superiores, pero al mismo tiempo su empleo es precario, pues no tiene seguridad y estabilidad. Esta situación puede desalentar que los trabajadores se involucren, constituir un estímulo incitativo para formarse, elevar la *performance* en términos de volumen de productividad y calidad, dar pruebas a los superiores y a los empleadores de que se reúnen las condiciones para alcanzar finalmente un puesto estable.
- La integración *trabajosa*, que existe cuando hay insatisfacción en el trabajo a pesar de contar con la seguridad y estabilidad en el empleo. La insatisfacción sería el resultado de sufrimientos físicos, psíquicos y mentales provocados por malas condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT), por ejecutar un trabajo intenso pero mal remunerado, y por relaciones conflictivas con los colegas y superiores.
- La integración *descalificante* se verifica cuando para un grupo de trabajadores se dan al mismo tiempo la insatisfacción debida a las malas condiciones y medio ambiente de trabajo, climas sociales tensos y conflictivas relaciones con los colegas y superiores jerárquicos, y por otra parte rige la inestabilidad e

inseguridad en el empleo, con riesgos no solo para el trabajador precarizado, sino también para el colectivo de trabajo en su conjunto, por amenazas de cierres, fusiones o reestructuración.

- La modalidad más extrema de precariedad, agregamos nosotros, es el *trabajo no registrado* o “en negro”, que involucra aproximadamente un 35% de los trabajadores asalariados, y cuya vulnerabilidad abarca tanto al empleo y a las condiciones y medio ambiente de trabajo como a la negación de sus derechos laborales y sociales.

3) La tercera dimensión o faceta de la precariedad se manifiesta cuando se deteriora la salud física, psíquica, social y mental debido a las deficientes condiciones y medio ambiente de trabajo (CyMAT) pero además por el impacto de los riesgos psicosociales en el trabajo sobre la salud. Esto último es la novedad y emerge luego de haber transcurrido varias etapas:

a) La Revolución Industrial, junto con la productividad y las elevadas tasas de ganancias, incrementaron fuertemente la cantidad de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, cuando la vida de los trabajadores estaba en una situación de fuerte vulnerabilidad, no existían aún los sindicatos y no se contaba con la protección del derecho del trabajo, un sistema de seguridad social ni la prevención de riesgos del trabajo;

b) el cambio introducido por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) desde su creación en 1919 y particularmente en 1974, reorientando sus actividades “Por un trabajo más humano” y formulando un programa para apoyar a los países en vías de desarrollo para mejorar las CyMAT —concepto que desde entonces incluye pero supera los accidentes de trabajo (AT) y enfermedades profesionales (EP), pues está centrado en la organización y el contenido del proceso de trabajo—. Esto ocurrió al mismo tiempo que se desataba la crisis

que cuestionó el anterior modo de desarrollo y se crearon las condiciones para la emergencia de un nuevo paradigma productivo;

c) desde los años ochenta, cuando ya se había logrado contener en muchos países el incremento y la gravedad de los riesgos de AT y EP que impactaban sobre el cuerpo, la atención se concentra cada vez más en el impacto de una fuerte intensificación del trabajo en todos los sectores de la economía y desde la epidemiología, la psicología del trabajo y de las organizaciones, la economía y la sociología del trabajo y la ergonomía, se identifican los riesgos psicosociales en el trabajo (RPST) y comienzan a desarrollarse diversas teorías con enfoques complementarios, cuestionando el concepto de estrés (acuñado por Selye en los años treinta). Este ya no es visto como la causa de problemas de salud psíquica y mental, sino como una consecuencia de los RPST.

La nueva cara de la precariedad

Como esta tercera cara o modalidad de la precariedad se descubrió recientemente, queremos contribuir a su identificación a partir de una investigación sobre los RPST en una clínica de salud mental.

En un contexto de crisis económica y social que incrementó la desocupación en todas sus formas, así como la precariedad, la pobreza y la indigencia, la problemática de la salud psíquica y mental de los trabajadores en relación con su actividad laboral está invisibilizada. La atención de las organizaciones sindicales y sus luchas —centradas en la defensa del empleo, del salario real y de los derechos laborales— otorgan poca prioridad al impacto del trabajo sobre la salud física, psíquica y mental. La falta de una política pública en la materia y la privatización de la prevención de los riesgos laborales (aseguradoras de riesgos del trabajo, ART) contribuyen a ocultar esta realidad. Como una excepción, presentaremos una breve síntesis de los resultados de una investigación reciente sobre los riesgos psicosociales en el trabajo

realizada en una clínica de salud mental de la ciudad de La Plata, y llevada a cabo con el sustancial apoyo de la delegación regional de Asociación de Trabajadores de la Sanidad Argentina (ATSA).

El marco teórico fue construido tomando en cuenta la experiencia internacional que ha identificado como causa determinante de dichos riesgos al contenido y la organización del proceso de trabajo. El mismo articula aportes de la ergonomía, la psicodinámica del trabajo, la economía y la sociología del trabajo. Dada la complejidad del trabajo humano —que consideramos un enigma— su investigación requiere el concurso de varias disciplinas y un trabajo en equipo. Para mayor precisión, cada vez que utilicemos el acrónimo RPST —riesgos psicosociales en el trabajo— lo haremos en los términos de la definición de Michel Gollac:

son los riesgos para la salud, física, psíquica, mental y social engendrados por los determinantes socioeconómicos, la condición de empleo, la organización y el contenido del trabajo y los factores relacionales que interactúan en el funcionamiento psíquico y mental de los trabajadores (2011, p.13) (traducción propia).

Este concepto fue operacionalizado tomando en cuenta los aportes de Karasek (1979, 1989), Siegrist (1996, 2000), Wisner (1985, 1988), Dejours (1992); Dejours y Gernet (2012), Coutrot (2003, 2013); Gollac (2011, 2013), Gollac y Volkoff (2000) y se estructura en seis ejes o campos de análisis:

1. Exigencias e intensidad del trabajo, los riesgos del medio ambiente laboral existente, el tiempo de trabajo y las vivencias y percepciones del impacto que este tiene sobre la salud.
2. El necesario control de las emociones, ya sea para poder realizar la actividad o para controlar y moldear las emociones de las personas con las cuales actúa.

3. La autonomía y el grado de control sobre la ejecución del trabajo.
4. Las relaciones sociales y de trabajo con los colegas, la jerarquía de la empresa u organización, con el exterior de la empresa, y en este caso con los pacientes y sus familiares, relaciones que pueden ser amigables o conflictivas y en las cuales la violencia física y verbal están siempre presentes.
5. Los conflictos éticos y de valores que surgen cuando un trabajador se ve obligado a adoptar actitudes o comportamientos contrarios a sus principios.
6. La estabilidad y la seguridad en la relación salarial.

Cuando analizamos las condiciones y medio ambiente de trabajo tratamos de identificar el impacto sobre la salud física y sobre el sistema biológico que se manifiesta en el dolor provocado por accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, la innovación resulta de captar las consecuencias de los factores de RPST en el análisis del sufrimiento experimentado, que es de otra naturaleza y no se puede medir. Sin embargo, los trabajadores los vivencian y perciben todos los días, y estudios epidemiológicos han demostrado la posibilidad de que sean somatizados y contribuyan finalmente a provocar graves enfermedades como el infarto del miocardio, ACV, úlceras, depresiones prolongadas, etc. Pero esto ocurre luego de un tiempo, más largo o más corto, de exposición a esos riesgos.

Se trata de un tema complejo, que es vivenciado por quienes los soportan, pero que ha sido ignorado, o más frecuentemente invisibilizado y ocultado por los dueños o gestores de las empresas y organizaciones para no reconocer el impacto sobre la salud, y en consecuencia tener que adoptar medidas de prevención y hacer frente al costo de su reparación. Dada su complejidad, si se busca hacer un trabajo completo y en profundidad se necesita recurrir a varias metodologías, cualitativas y cuantitativas. Puesto que los recursos son escasos, solo hemos

podido utilizar las entrevistas en profundidad y fundamentalmente las encuestas realizadas de manera presencial con un cuestionario inspirado en el que se utiliza en Francia y varios países de la Unión Europea. En el transcurso de la investigación se contó con el apoyo de ATSA Regional La Plata para informar a los trabajadores —afiliados o no al sindicato— sobre su utilidad con vistas a considerar los resultados de la misma en las próximas convenciones colectivas de trabajo en cuanto a la prevención. Las autoridades de la clínica fueron informadas previamente de los objetivos del estudio y otorgaron facilidades al personal, para que en horario de trabajo contestaran la encuesta en un local dotado de privacidad. Las encuestas fueron anónimas, confidenciales y voluntarias. Los participantes dieron su consentimiento informado,

Un estudio empírico de esta modalidad de precariedad

En la provincia de Buenos Aires existen hoy 10 clínicas públicas que denominamos de salud mental y tienen gran dimensión, y 206 privadas, más pequeñas, sobre un total de 415 en todo el ámbito nacional. Los servicios de salud mental de la clínica estudiada articulan dispositivos y especialidades mediante el uso de tecnologías orientadas a la rehabilitación. Estos servicios son parte de un programa en el cual la atención psiquiátrica ocupa el centro y reúne variadas prestaciones. Tiene una capacidad de aproximadamente 200 camas, y atiende distintos grupos: adultos mayores, gerontes crónicos, adultos con problemáticas psiquiátricas, jóvenes y adicciones. La admisión de usuarios/as supone padecimientos que pueden ser agudos o crónicos y necesitar tratamientos ambulatorios o requerir internación. El trabajo de campo permitió encuestar a 63 personas de un total de 78 trabajadoras que desempeñan sus funciones en diferentes agrupamientos laborales, en su mayoría enfermeras y mucamas que juntas suman el 73% del total.

Sobre el total de las personas encuestadas, el 84,1% son mujeres (53 casos) mientras que solo el 15,9% (10 casos) son varones. A

su vez, el 71% (44 casos) es de nacionalidad argentina, mientras que el 29% (18 casos) tiene otra nacionalidad: provienen de países como Bolivia (ocho casos), República Dominicana (cuatro casos), Perú (tres casos), Paraguay (dos casos) y Colombia (un caso).

Principales resultados de la investigación

Según el sector o la rama de actividad económica, los/as trabajadores/as deben soportar las condiciones de trabajo propias de su puesto, resistir los distintos riesgos del medio ambiente de trabajo. Deben realizar esfuerzos y gestos con su cuerpo, y adoptar posturas para trabajar; al hacerlo ponen en práctica su educación y su formación profesional y movilizan sus capacidades psíquicas y mentales para resolver problemas y hacer frente a los incidentes que surgen habitualmente en el trabajo. Esta actividad es desarrollada a lo largo de los seis días que por lo general trabajan y está en el origen de la fatiga y lesiones que experimentan sus cuerpos, como también en las situaciones de sufrimiento que padecen. Este último factor en particular los/as predispone a ser víctimas de daños psíquicos y mentales que deben ser comprendidos en toda su complejidad y referidos a sus causas últimas: la organización del proceso de trabajo.

Es indispensable entender que el trabajo involucra las tres dimensiones del ser humano —física (y biológica), mental y psíquica— con impactos en materia de salud laboral. Al respecto, dentro del actual contexto socioeconómico podemos destacar que debido al cambio en el modo de desarrollo, al uso creciente de tecnologías y a la intensidad del trabajo exigida por una competencia exacerbada entre las empresas, la actividad laboral implica una proporción menor de carga física, pero una creciente exigencia de esfuerzos psíquicos y mentales.

Esto sucede con toda claridad en las actividades del sector terciario (educación, salud, administración pública, comercio, sector financiero) que generan la mayor parte del PBI y del empleo asalariado, y

es en el interior de estas actividades donde se evidencian con mayor magnitud las cargas psíquica y mental generadas por el contenido y la organización del proceso de trabajo.

El estudio realizado en esta clínica de salud mental nos ha permitido identificar cómo el trabajo incide sobre un colectivo de trabajadoras en distintas dimensiones, configurando elementos positivos pero también riesgos psicosociales que potencialmente pueden afectar su bienestar. A continuación detallamos los principales resultados.

1) Con referencia al primer eje del modelo teórico adoptado, el trabajo en la clínica de salud mental es intenso e implica una gran cantidad de tareas a realizar durante la jornada. Las trabajadoras tienen una carga horaria prolongada, pues más del 90% trabaja 45 o más horas semanales y más del 90% trabaja seis o más días de la semana. Todo esto supone un desgaste importante y escaso tiempo para el reposo y la recuperación de la fatiga, pues solo tienen un día entero de reposo en la semana. En cuanto al uso de su tiempo de trabajo, disponen de reducida autonomía en su manejo, pues el mismo está definido de manera unilateral por la organización empleadora, que establece turnos y horarios rígidos de funcionamiento.

Las tareas que se llevan a cabo en la clínica provocan una elevada carga física, pues exigen a los/as trabajadores/as hacer permanentes gestos y adoptar posturas que generan fatiga y dolores. La carga mental también es elevada, dado que deben estar todo el tiempo concentrados/as y muy atentos/as al suministro de medicación, a los comportamientos de las personas que están a su cuidado y al tipo de tratamientos que deben llevar adelante (horarios, dosis, etc.).

Esto explica que se haya constatado una cifra considerable de consumo de medicamentos y calmantes, probablemente derivado de que las demandas psicológicas son fuertes, los esfuerzos físicos son constantes y los horarios de trabajo, prolongados, todo lo cual provoca sufrimientos y dolores habituales que tratan de compensar por ese medio.

Por su intensidad, las condiciones y medio ambiente de trabajo y los factores de riesgo psicosociales en el trabajo que percibe el personal de la clínica tienen influencia directa en su salud, pero también en la calidad de los cuidados y de las relaciones con los colegas y con la jerarquía. Todavía no se ha constituido el Comité Mixto de Salud, Seguridad y Condiciones de Trabajo en la clínica que establece la legislación vigente en la Provincia de Buenos Aires, cuya implementación probablemente podría visibilizar estos problemas y permitiría discutir medidas concretas que ayuden a reducir su incidencia.

2) En cuanto a las exigencias emocionales en el trabajo, podemos destacar que la característica de invisibilidad del trabajo de cuidado constituye un riesgo psicosocial para las personas que realizan estas actividades. Dicha invisibilidad dificulta el reconocimiento por parte de los otros (superiores, trabajadoras/es de otros agrupamientos laborales, pacientes, familiares), y resulta un obstáculo para que los/as mismos/as trabajadores/as tomen conciencia y reconozcan la exigencia emocional a la que están expuestos/as. El carácter invisible de ciertos aspectos de la labor del cuidado obstaculiza el recurso a medidas preventivas en caso de que se exprese malestar y padecimiento en el trabajo.

Según se pudo observar, el conjunto de las/os trabajadoras/es de esta clínica (93,5%) está en contacto directo con el público (pacientes, sus familiares, etc.) y prácticamente la totalidad lo hace cara a cara (98,3%). Esta situación indica que las/os trabajadoras/es están expuestas/os a altas exigencias emocionales, y que deben controlar sus opiniones y emociones de manera permanente.

A su vez, el trabajo en el área de salud mental para quienes están cara a cara con pacientes y/o familiares requiere estar también en contacto directo con el sufrimiento, la angustia, y en ocasiones, intervenir en situaciones de crisis agudas. Las clínicas cuentan con protocolos de atención para estos momentos de crisis, y dan un marco a las acciones

y decisiones que deben tomar quienes se encuentran frente a las mismas, a la vez que brindan protección legal en el accionar. Hay que resaltar que una gran proporción de situaciones de agresión y violencia que las/os trabajadoras/es consideran como accidentes de trabajo se relacionan con los riesgos padecidos cuando están atendiendo pacientes o sus familiares en crisis y cuando falta un tratamiento adecuado *a posteriori*.

La mitad de las mujeres entrevistadas (mucamas y enfermeras) expresó que sufren situaciones de tensión en su trabajo, que se expresan en el nivel físico, psíquico y mental, y cuando es una situación constante, se manifiesta como fatiga crónica, cansancio mental, malestar en las relaciones interpersonales, perturbaciones del sueño y del humor, etc. El 60% de las trabajadoras entrevistadas expresó que desde que ingresó a trabajar en la clínica sufrió o incluso padece enfermedades o molestias relacionadas con su trabajo, que muchas de ellas identifican con el cansancio mental y el estrés.

El 84,1% de las/os trabajadoras/es declararon que están en contacto con personas angustiadas y el 87,3% contestó que frecuentemente deben calmar personas inquietas, coléricas o preocupadas. Y manifestaron que no habían sido formados/as para desempeñarse en esos casos, que son comunes.

Esas/os trabajadoras/es hacen un trabajo emocional y deben controlar permanentemente sus pensamientos, opiniones, emociones y cómo las expresan. El control emocional se hace necesario cuando sienten miedo frente a situaciones de trabajo en relación con sus superiores y los pacientes. El 32,8% experimenta la vivencia de sentir miedo. El 60,4% manifestó tener que evitar dar su opinión dentro de su trabajo cuando no coincide con la de sus superiores o colegas.

Por su propia naturaleza, este trabajo en el sector salud se lleva a cabo siempre en relación con otros, es un trabajo vivo y en acto. Esto implica movilizar la subjetividad para percibir las situaciones, y ser

creativas/os para hacer frente a los incidentes y problemas no previstos, a las deficiencias del trabajo prescripto y así poder ejecutar la actividad respetando las normas de calidad y los protocolos establecidos. Las clínicas de salud mental tienen contenidos y organizaciones del trabajo específicos y variados que requieren su involucramiento y una constante adaptación (Dejours y Gernet, 2013).

No es un trabajo de producción industrial estandarizado que tiene tiempos y movimientos asignados, sino más bien de tipo artesanal, que exige un constante esfuerzo de adaptación de las normas y protocolos —y si fuera necesario, incluso violarlos— en función de las necesidades y expectativas de las personas que están a su cuidado. En las encuestas y entrevistas se pudo captar la estrategia defensiva adoptada para sublimar el sufrimiento que acarrea su actividad: se sienten cuidadoras/es de la salud de otros, consideran que su trabajo es valioso y tiene una gran utilidad social, y esta vivencia ayuda a soportarlo. Pero tiene la limitación de que, dada la rígida división social y del trabajo imperante, no se cuenta con la posibilidad de cambiar la organización y el contenido del proceso de trabajo para prevenir esos riesgos.

3) En lo que concierne a los resultados específicos sobre los conflictos éticos, morales y de valores surgieron algunas evidencias. En términos generales, el colectivo dispone del tiempo y los medios para realizar un trabajo de calidad. Pero más de la mitad de las personas encuestadas considera que requerirían más tiempo y cuidado para realizar sus tareas; con frecuencia están obligadas a apurarse. El 22,2% de las personas encuestadas expresa que trabajan bajo presión; casi la mitad afirma que debe hacer cosas con las cuales no está de acuerdo, y un tercio manifestó que tuvo que hacer cosas con las cuales estaba en abierto desacuerdo. Esto es un indicador elevado que da cuenta de la existencia del sufrimiento ético, que, de hacerse crónico, podría ocasionar importantes daños a la salud de las/os trabajadoras/es. Casi un quinto siente que ha experimentado la sensación de ser explotada/o.

El colectivo tiene una alta valoración sobre sus tareas: sienten el orgullo de cuidar a otros y consideran que su trabajo es de utilidad social. Estos aspectos contribuyen a construir la identidad profesional y a recibir un reconocimiento moral o simbólico por parte de pacientes y familiares que permite compensar el sufrimiento. Pero también podrían contribuir a invisibilizar y naturalizar los riesgos psicosociales.

4) En cuanto a la autonomía y el margen de maniobra de las/os trabajadoras/es, las respuestas a la encuesta permitieron identificar ciertos aspectos esenciales de la organización y contenido del proceso de trabajo que si se controlaran, podrían prevenir los efectos dañinos de la exposición a factores de RPST. En primer lugar, disponer de posibilidades de adaptar los horarios de trabajo y el tiempo de descanso a sus necesidades para reducir la fatiga. El 95,3% manifestó que sus horarios de trabajo están definidos de manera estricta por la organización, y ya mencionamos que el 90,5% trabaja 45 horas o más por semana e incluso muchas/os lo hacen seis días por semana. Esto acota rígidamente los lapsos de tiempo para llevar adelante en su vida privada actividades del ámbito personal o recreativo que les permitan recuperarse.

En segundo lugar, el 54% de las/os trabajadoras/es consideran que les faltan conocimientos teóricos o prácticos y que se deberían impulsar acciones formativas y talleres conducentes a completar y perfeccionar sus conocimientos y competencias para realizar correctamente el trabajo. De esa manera, sin disminuir su grado de exposición, se controlaría ese factor de RPST y se incrementaría la calidad de los servicios brindados por la clínica a los pacientes. En tercera instancia, el 22,2% de las/os trabajadoras/es declara que siempre, o casi siempre, tienen que hacer demasiado rápido una operación que requeriría más tiempo y cuidado para realizarla bien. Esto indica la necesidad de reducir su carga de trabajo en cantidad e intensidad, así como la necesidad de incrementar la planta de personal. De esa manera se reduciría

la tensión y mejoraría también la calidad de los servicios prestados.

En cuanto a la libertad para expresarse, se recogió la declaración de siete trabajadoras (11%) a quienes “una o varias personas de la empresa le impiden expresarse o hablar”. Esta limitación a un derecho humano esencial genera miedo y obliga a fingir, adoptar comportamientos de retracción y a aislarse. Esto sucede cuando se opina de manera diferente a quienes tienen autoridad, y no está bien visto oponerse.

5) Otro eje de análisis se refiere a las relaciones sociales y de trabajo predominantes en la clínica. En cuanto a los vínculos con los superiores, hay una cercanía facilitada por el tamaño reducido de la institución y el estilo de gestión del dueño de la misma (que está con frecuencia en su oficina). Las relaciones con los supervisores o jefes inmediatos están facilitadas por la existencia de normas y protocolos estandarizados que deben aplicarse sin que se requiera una orden en cada caso. Por otra parte, existe un cierto margen de autonomía para ejecutar esas tareas dado que la mayoría del personal tiene mucha antigüedad en la clínica. Gran parte de las/os encuestadas/os afirmó que son pocas las ocasiones de desacuerdo con sus superiores, pero que en el caso de existir, pueden resolverlas por medio del diálogo. En cuanto a las relaciones entre pares, los distintos indicadores dan cuenta de un vínculo colaborativo que hace más llevaderos los quehaceres diarios y las extenuantes jornadas. Esas relaciones pueden significar aspectos positivos en la vida laboral de las/os trabajadoras/es, hay cooperación con las/os compañeras/os y apoyo social para realizar sus labores. En este caso, también pueden resolver desacuerdos mediante el diálogo. La mayoría se sienten respetadas/os por sus colegas y consideran que forman parte de un equipo de trabajo.

En cuanto a las recompensas monetarias, se constató que los salarios están en consonancia con lo establecido por el convenio colectivo de trabajo y que, a pesar de que en términos sectoriales estos se

caracterizan por ser bajos, la mayor parte del personal considera que está bien pago.

Algunas/os de las/os trabajadoras/es llevan a cabo actividades profesionales fuera del horario de trabajo, en sus domicilios, en casa de pacientes o en otros establecimientos, lo que indica que necesitan completar sus salarios y que las jornadas efectivas de trabajo son largas. Pero dada la estructura organizativa, de carácter horizontal, las/os trabajadoras/es consideran que cuentan con pocas expectativas de promoción o de ser ascendidas/os.

Las/os encuestadas/os manifestaron que habían estado en presencia o que fueron víctimas de situaciones de violencia laboral en la institución, debido a la naturaleza misma de la organización y funcionamiento de la clínica. Se identificaron hechos de violencia simbólica atribuidos principalmente a personas que integran la organización, es decir que no todas las relaciones son cordiales y amigables, y que por otra parte, la mayoría de los actos de agresión física o verbal son atribuidos a los usuarios o pacientes (jóvenes adictos a drogas o adultos con desequilibrios mentales), aun cuando en muchos casos son provocados por los familiares y allegados de los mismos. No se recogieron datos sobre la violencia proveniente del exterior de la clínica. El conocimiento de las situaciones por las que están atravesando las personas internadas y sus familiares les permite comprender las causas de estos episodios de agresión, pero a pesar de ello estos generan sentimientos de temor y/o incertidumbre entre las/os trabajadoras/es.

Una forma de violencia percibida por el personal es la “calidad impedida”. La mitad de las/os trabajadoras/es declaró que para hacer un trabajo de calidad a veces necesitarían disponer de más tiempo para ejecutar correctamente las tareas. Tienen que apurarse para hacerlas. Esta situación es diferente en el caso de trabajos administrativos o de cuidado de la salud. Y se detectaron indicadores de sufrimiento ético, pues un número importante señaló que había tenido que hacer cosas

con las cuales no estaba de acuerdo, o realizar acciones que claramente desaprobaban. Cuando se asiste como testigo a actos de violencia o de acoso y por miedo o vergüenza no se interviene para controlar la situación, o no se denuncia al agresor, se genera una sensación de culpabilidad y pérdida de la autoestima que produce sufrimiento y provoca daños psicosociales en el trabajo.

Se mencionaron comportamientos agresivos dentro de la institución, que van desde la agresión física, la humillación y el silenciamiento hasta el impedimento de trabajar. Las agresiones verbales y físicas son en gran medida situaciones provocadas por pacientes o usuarios/as, mientras que el ninguneo, el silenciamiento, la crítica injusta y el sabotaje son propias de situaciones generadas por personas de la organización.

La clínica donde se realizó la investigación se inserta en el sector denominado “salud mental”, sobre el cual existen ordenamientos legales tanto nacionales como provinciales que han promovido un cambio. Este busca que las/os trabajadoras/es superen la figura del “paciente-usuario-cliente” —propia del modelo médico hegemónico que prevalece en el sector privado de salud, que la reduce a sus aspectos físicos y biológicos, desconoce los determinantes socioeconómicos que están en el origen—, para que se abran a otras consideraciones basadas en la ética de los trabajos del cuidado y se reconozcan como sujetos de derechos.

Los trabajos de cuidado se han caracterizado como “femeninos”, naturalizándolos y negando su condición de trabajo. La labor de cuidado moviliza dimensiones cognitivas, afectivas y relacionales, para estar atentos, anticiparse a las demandas y necesidades de los pacientes y personas dependientes en situación de vulnerabilidad. Requiere discreción, atención personalizada, y capacidad para ser tolerantes con los sujetos a su cuidado y con sus familiares. Es un trabajo emocional.

6) Con relación a la estabilidad y seguridad en el trabajo, esta clínica no presenta mayores problemas, porque todo su personal está re-

gistrado y el 95,2% declaró poseer un “empleo con contrato por tiempo indeterminado, de planta estable o permanente”. Y en cuanto a la percepción sobre la estabilidad laboral, el 85,7% dijo no tener temor a perder su empleo el año siguiente. Cabe recordar que la investigación se desarrolló desde fines de 2017 a principios de 2018, período durante el cual no se percibían aún con toda contundencia los efectos de la crisis económica y social de fines de 2019. Si las encuestas se hubieran llevado a cabo en ese momento, es probable que se hubiera vislumbrado incertidumbre y la existencia de temor a perder el trabajo, porque muchas clínicas se vieron en la necesidad de reducir su planta de personal. Un elemento importante en cuanto a la estabilidad y seguridad es la sensación de previsibilidad con respecto a las tareas que tenían que hacer *a posteriori*. Casi tres cuartos de las/os trabajadoras/es manifestaron tener certeza sobre las tareas que deberían hacer el mes siguiente. Respecto a verse sometidas/os a cambios imprevisibles o mal preparados, esto fue poco frecuente, dado que el 70,5% indicó que “nunca” y “casi nunca” suceden. En efecto, muchas de las tareas que deben ejecutar son de naturaleza rutinaria y no permiten un gran margen de variación. La internación de personas durante períodos prolongados implica respetar protocolos médicos y ejecutar a diario acciones preestablecidas vinculadas al cuidado, que tienen vigencia en un horizonte de tiempo que a veces es previsible.

Reflexiones y perspectivas

Esta nueva dimensión de la precariedad tiene como variable determinante el contenido y la organización del proceso de trabajo. Se trata de problemas colectivos y no individuales, por lo que no tiene mucho justificativo buscar explicaciones individualizadoras sobre estos padecimientos que hacen recaer sobre el/la trabajador/a la responsabilidad, aduciendo que son personas que tienen problemas psíquicos, están afectados/as por situaciones personales, son débiles y no tienen capa-

cidad para resistir y adaptarse a las exigencias e intensidad del trabajo y en consecuencia deben someterse a un tratamiento psicológico o psiquiátrico para tratar de resolver “su problema”. En la subjetividad se reflejan procesos de trabajo que tienen impactos negativos sobre la salud.

Las conclusiones de la investigación sobre esta dimensión de la precariedad fortalecen el marco teórico utilizado y brindan enseñanzas para los actores de las relaciones de trabajo (Estado, sindicatos, cámaras empresariales) así como para los investigadores y profesionales de las ciencias sociales del trabajo que intervienen en empresas y organizaciones a fin de prevenir esos riesgos y curar a las víctimas que no pudieron resistir.

Para hacer frente a los riesgos psicosociales en el trabajo generadores de precariedad, la tarea necesaria y más urgente consiste en:

- Hacer visibles los RPST, porque han sido ocultados, naturalizados, invisibilizados, subestimados o negados por ignorancia o, más frecuentemente, para reducir los costos de su prevención.
- Señalar el papel del Estado en lo atinente a legislar y controlar, para que se incluyan las consecuencias de los RPST en el listado de las enfermedades profesionales reconocidas por la legislación del trabajo (LRT).
- Mostrar que los RPST son problemas colectivos y no individuales, y que son provocados por el contenido y la organización del proceso de trabajo así como por la forma adoptada por la relación salarial.
- Sustener que los RPST no son una fatalidad, porque la prevención es posible y necesaria.
- Evitar la búsqueda de soluciones simplistas e inmediatas a dichos problemas considerándolos de naturaleza psicológica e individual (es decir, culpabilizando a las víctimas y estigmatizándolas).

El desafío consiste en que, para buscar soluciones de fondo, se deben atacar las causas de dichos riesgos y en esencia promover cambios en el contenido y la organización del proceso de trabajo para “humanizarlo”, como ya lo propuso la OIT desde 1974 con sus convenios y recomendaciones internacionales del trabajo.

Para que este cambio de mentalidades se produzca, y se preste efectiva atención al problema, se debe asegurar la libertad de expresión a fin de que se escuche la voz de los trabajadores que padecen los RPST, y que los representantes sindicales tengan la posibilidad de participar, por medio de Comités Mixtos de Salud, Seguridad y Condiciones de Trabajo, en medidas de prevención. La Ley N° 14.408 (2012) de la Legislatura de la Provincia de Buenos Aires instituyó los Comités Mixtos de Salud, Higiene y Seguridad en el Empleo, pero esa institución participativa que existe en la mayoría de países miembros de la OIT todavía no se ha constituido en la clínica.

Consideramos que la condición necesaria para que la prevención se instaure y tenga éxito, es el desarrollo de un sólido programa de información, formación y concientización sobre estos temas, tanto por iniciativa de la gerencia y de los responsables de la gestión de las relaciones de trabajo como por parte de los dirigentes, delegados, militantes sindicales y trabajadores en general, programa que debe estar dirigido al conjunto del personal.

Queda por delante una inmensa tarea: la de elaborar una política de Estado para combatir la precariedad bajo todas sus formas, y en especial un programa específico de prevención de los RPST, partiendo de los diagnósticos brindados por estudios e investigaciones pluridisciplinarias, promovido con la participación de los empleadores, los trabajadores y sus respectivas organizaciones, con el apoyo de las universidades y centros de investigación especializados. Al respecto, investigaciones como las que aquí hemos presentado aportan evidencia sobre la magnitud de estos problemas y sobre su importancia en

términos sociales por las consecuencias que tienen sobre la vida y la salud de las personas.

La salud en el trabajo y la incidencia de los RPST constituye un problema cuya solución de fondo es política. Para ello, es prioritaria la ratificación de los convenios y recomendaciones de la OIT, la adecuación de la legislación y su efectivo cumplimiento.

Referencias bibliográficas

- Boyer, R. (2007). *Crisis y regímenes de crecimiento: una introducción a la teoría de la regulación*. Buenos Aires: Trabajo y Sociedad.
- Castel, R. (1996). *Les métamorphoses de la question sociale. Une chronique du salariat*. Paris: Fayard.
- Coutrot, T. (2003). La santé au risque du travail. *Travail et Emploi*, (96), 5-7.
- Coutrot, T. (2013). *Riesgos psicosociales y precariedad laboral: el caso francés*. Ponencia presentada en Seminario Internacional, Facultad de Ciencias Económicas - UNLP, Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires y CEIL, La Plata.
- Dejours, C. (1992). *Trabajo y desgaste mental: una contribución a la psicopatología del trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.
- Dejours, C. y Gernet, I. (2012). *Psychopathologie du travail*. Paris: Elsevier Masson.
- Gollac, M. (Dir.). (2011). *Mesurer les facteurs psychosociaux de risque au travail pour les maîtriser*. Paris: Ministère du Travail, de l'Emploi et du Dialogue Social.
- Gollac, M. (2013). *Los riesgos psicosociales en el trabajo*. Ponencia presentada en Seminario Internacional, Facultad de Ciencias Económicas - UNLP, Ministerio de Trabajo de la Provincia de Buenos Aires y CEIL, La Plata.
- Gollac, M. y Volkoff, S. (2000). *Les conditions de travail*. Paris: La Découvert.

- Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude, and mental strain. Implication for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24(2), 285-308.
- Karasek, R. A. (1989). The political implications of psychosocial work redesign: a model of the psychosocial class structure. *International Journal of Health Services*, 19(3), 481-508.
- Neffa, J. C. (1998). *Los paradigmas productivos taylorista y fordista y su crisis. Una contribución a su estudio desde la Teoría de la Regulación*. Buenos Aires: Lumen- Humanitas ; Piette del Conicet / Trabajo y Sociedad.
- Paugam, S. (1997) *Les salariés de la precariedad. Les nouvelles formes de l'intégration professionnelles*. Paris: PUF.
- Provincia de Buenos Aires. (2012). *Ley N° 14.408. Creación de Comités Mixtos de Salud, Higiene y Seguridad en el empleo*. Recuperado de <https://normas.gba.gob.ar/ar-b/ley/2012/14408/11427>
- Siegrist, J. (1996). Adverse health effects of high effort - low reward conditions at work. *Journal of Occupational Health Psychology*, 1, 27-41.
- Siegrist, J. (2000). *Social Determinants of Health - contributions from European Health and Medical Sociology*. Alemania: University of Dusseldorf.
- Wisner, A. (Ed.) (1985). *Psychopathologie du Travail*. Paris: Entreprise moderne d'Édition.
- Wisner, A. (1988). *Ergonomía y condiciones de trabajo*. Buenos Aires: Humanitas.